

OTDK-dolgozat

2017

Szpisják Nóra
Szegedi Tudományegyetem

**ÚJ REMÉNY AZ ELMARADOTTSÁG CSÖKKENTÉSÉRE? – AZ
INNOVATÍV FEJLESZTÉSFINANSZÍROZÁS**

**NEW HOPE FOR REDUCING THE UNDERDEVELOPMENT? –
INNOVATIVE FINANCING FOR DEVELOPMENT**

Témavezető: Dr. Udvari Beáta

Kézirat lezárása:
2016. április 04.

Tartalomjegyzék

1. BEVEZETÉS.....	1
2. FEKETE-AFRIKA ÉS A SEGÉLYEZÉS	3
2.1. Fekete-Afrika egészségügyi helyzete.....	3
2.2. A HIV/AIDS gazdasági hatásai és a megoldási lehetőségek	9
2.2.1. A HIV/AIDS gazdasági hatásai	9
2.2.2. Megoldási lehetőségek	14
2.3. Segélyek és a segélyhatékonysági problémák.....	18
3. AZ INNOVATÍV FEJLESZTÉSFINANSZÍROZÁS	22
3.1. Az innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközök szükségessége	22
3.2. Az innovatív fejlesztésfinanszírozás fogalma.....	23
4. AZ INNOVATÍV FEJLESZTÉSFINANSZÍROZÁS CSOPORTOSÍTÁSA, ESZKÖZEI.....	28
4.1. Kötelező adók, illetékek, díjak (1. csoport)	29
4.2. Önkéntes, szolidaritási alapú hozzájárulások (2. csoport)	31
4.3. „Front-loading”, adósság-alapú konstrukciók és kötvénykibocsátások (3. csoport) .	33
4.4. Állami garanciák, egyéb piaci alapú mechanizmusok (4. csoport).....	41
4.5. Tárgyalás alatt lévő innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközök	47
5. AZ INNOVATÍV FEJLESZTÉSFINANSZÍROZÁS EREDMÉNYESSÉGE	53
5.1. Az empirikus vizsgálat során felmerült problémák és kezelésük	53
5.2. Az elemzésbe bevont indikátorok	54
5.3. A vizsgálat módszertana	56
5.4. A vizsgálat eredményei	58
6. ÖSSZEGZÉS	62
IRODALOMJEGYZÉK.....	65

Táblázatok jegyzéke

1. táblázat	Az innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközök jellemzői különböző szervezetek szerint.....	26
2. táblázat	Az innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközök csoportosítása a különböző szervezetek szerint.....	28
3. táblázat	Egyes innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközök jellemzői, céljai, a működtető szervezet neve, valamint előnyei, hátrányai	47
4. táblázat	A megvitatás alatt álló mechanizmusok által teremthető források megoszlása	52
5. táblázat	Az elemzésbe bevont indikátorok, mértékegységük, forrásuk	54
6. táblázat	Korreláció a függő változó (öt éven aluli gyermekhalandóság) és az egyes magyarázó változók között	57
7. táblázat	A regressziós modell koefficiensei (és szig. értékei)	59

Ábrajegyzék

1. ábra HIV vírussal fertőzöttek számának alakulása (jobb tengely, millió fő), illetve az AIDS által okozott halálesetek számának alakulása (bal tengely, ezer fő) Fekete-Afrikában, 2010–2015.....	4
2. ábra HIV vírussal fertőzöttek számának alakulása (jobb tengely, millió fő), illetve az AIDS által okozott halálesetek számának alakulása (bal tengely, millió fő) a világon, 2010–2015	5
3. ábra Maláriás megbetegedések száma (bal tengely, millió fő), illetve maláriában elhunytak száma (jobb tengely, ezer fő) Fekete-Afrikában, 2010–2015	6
4. ábra HIV/AIDS és malária okozta 5 éven aluli gyermekhalandóság számának alakulása Fekete-Afrikában, fő, 2009–2014	7
5. ábra TBC-s megbetegedések számának alakulása Fekete-Afrikában és világszerte, millió fő, 2010–2014.....	8
6. ábra A betegségek gazdasági hatásai	14
7. ábra Az IFFIm donoroktól, valamint a DAC országoktól származó, egészségügyi szektort támogató ODA, és az IFFIm összege Fekete-Afrikában, millió USD, 2009–2014.....	17
8. ábra A GDP/fő és a segélyezés alakulása Fekete-Afrikában, 1970–2009.....	20
9. ábra A repülőjegyekre kivetett adók működése Chilében és Franciaországban.....	30
10. ábra A Product (RED) mechanizmus működése	32
11. ábra Az IFFIm működése	34
12. ábra Az IFFIm GAVI részére történő kifizetései és az IFFIm részére fennálló ODA-kötelezettségvállalások, 2006–2031, millió USD.....	36
13. ábra A Debt2Health működése.....	38
14. ábra Az AMC pneumococcus elleni vakcinájának árstruktúrája, 2013–2022, USD/dózis.....	42
15. ábra Az AMC működése	43

Rövidítések

AMC	Advance Market Commitment
AMFm	Affordable Medicines Facility for Malaria
ART	Antiretroviral therapy
CDM	Clean Development Mechanism
CER	Certified Emission Reduction
CTT	Currency Transactions Tax
DAC	Development Assistance Committee
EU ETS	European Union Emissions Trading Scheme
FTT	Financial Transactions Taxes
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunisation
GNI	Gross National Income
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
IMF	International Monetary Fund
IFFIm	International Finance Facility for Immunisation
ODA	Official Development Assistance
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
MDG	Millennium Development Goals
NTDs	Neglected tropical diseases
PPP	Public-Private Partnership
REDD+	Reducing Emissions from Deforestation and Forest Degradation
SDR	Special Drawing Rights
STC	Solidarity Tobacco Contribution
TPP	Target Product Profile
UNDP	United Nations Development Programme
UNICEF	United Nations Children's Fund
WHO	World Health Organization

1. BEVEZETÉS

Napjainkban, az elmaradottságot csökkentő törekvések ellenére is számottevő különbség van egyes fejlett és fejlődő országok között, nem csak a gazdasági fejlettség tekintetében, hanem egyéb területeken is – többek között az egészségügy területén. A nemzetközi fejlesztési együttműködés során évről évre egyre nagyobb szerep jut a fejlődő országoknak, egyre több adományozó (akár ország vagy szervezet) tűzi ki céljául az elmaradottabb országok felzárkóztatását, azonban eddig az évek, évtizedek során nem sikerült látványos eredményeket elérniük.

Az előző évtizedben, a 2000-es évek folyamán jelentek meg az innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközök a segélyezés területén, mintegy „új reményként” a fejlődő országok számára. Ezen eszközök innovativitása, újszerűsége egyrészt a folyamatokban részt vevő *szereplőkben* rejlik, ugyanis az állami szektor szereplői mellett egyre nagyobb számban jelennek meg a magánszektor szereplői is (például a fogyasztók, akik vagy tudatosan szánnak forrást a fejlesztésre, vagy akár anélkül segélyeznek, hogy tudnának arról, hogy az általuk kifizetett összeg fejlesztésre fordítódik). Másrészt, a fejlesztésre szánt *forrás előállításának módja* is újszerű a nemzetközi segélyezés területén, ahány eszköz, annyi folyamat, de mind összetettebb annál, minthogy az adományozó a fogadó állam rendelkezésére bocsátja a támogatást. A magyar szakirodalomban eddig még nem terjedtek el nagy számban tanulmányok a segélyezés ezen formájáról, valamint a mechanizmusok által elért, illetve elérhető eredményekről, azonban a külföldi szakirodalomban egyre több szerző végez kutatásokat a témában. Ezen kívül az eszközöket létrehozó és működtető szervezetek is egyre gyakrabban adnak ki ismertető és értékelő kiadványokat, amelyekkel a saját mechanizmusuk által elért eredményeket ismertetik. Ennek következtében esett a választásom erre a témára: a dolgozat megírásával az innovatív fejlesztésfinanszírozás már működésben lévő, valamint a még tárgyalás alatt álló eszközeiről szeretnék átfogó képet adni, a fontosabb nemzetközi szakirodalmak segítségével.

Az innovatív fejlesztésfinanszírozás eszközei túlnyomó részben az egészségügyi szektor fejlesztését célozzák meg, ezáltal a betegségben élők számának csökkentését szeretnék elérni. Mivel a legtöbb beteg ember – az elmaradottságból is eredően – a fejlődő országokban él, és a legtöbb fejlődő ország Fekete-Afrikában¹ (vagy másik nevén

¹ 48 ország alkotja Fekete-Afrikát, melyek a Szaharától délre fekszenek, ebből 46 fejlődő ország.

Forrás: http://data.worldbank.org/about/country-and-lending-groups#Sub_Saharan_Africa és <http://data.worldbank.org/region/SSA> Letöltve: 2016. február 22.

Szubszaharai-Afrikában) található, így könnyen kialakult, hogy dolgozatom mely téma köré épüljön. Ezek alapján a dolgozat során arra keresem a választ, hogy *az innovatív fejlesztésfinanszírozás eszközei vajon hatékonyak-e az egészségügy területén a Föld legelmaradottabb térségében, Fekete-Afrikában*. Ennek tesztelésére egy eszközt választottam ki (IFFIm), és ezt vizsgáltam meg a hagyományos segélyekhez viszonyítva. Ezen elemzés a szakirodalom áttekintésén túl statisztikai vizsgálatot is magában foglal.

A dolgozat 2. fejezete Fekete-Afrika egészségügyi helyzetének vizsgálatát tartalmazza, majd a térséget leginkább sújtó betegségek ismertetése után kitérek a betegségek következményeként jelentkező, a gazdaságot érintő hatásokra, valamint – a teljes kép érdekében – ezek megoldási lehetőségeire. Ezt követően röviden bemutatom, hogy mit is értünk segélyek alatt, illetve, hogy milyen problémák merültek fel az elmúlt évtizedekben a hagyományos segélyekkel kapcsolatban, melyek rávilágítottak arra, hogy ezek a segélyek nem képesek csökkenteni a fejlődő országok elmaradottságát.

A 3. fejezetben a 2000-es évek során tartott segélyhatékonysági konferenciák céljainak rövid ismertetése által összefoglalom, hogy milyen felismerések vezettek el odáig, hogy szükség van más finanszírozási forrásokra, azaz az innovatív fejlesztésfinanszírozás eszközeire is. A fejezet második részében definiálom az innovatív fejlesztésfinanszírozás kifejezést, illetve kitérek arra is, hogy ezen finanszírozási forma innovativitása miben nyilvánul meg.

A 4. fejezetben bemutatom, hogy milyen kategóriákba sorolhatók az innovatív fejlesztésfinanszírozás már működésben lévő eszközei, mechanizmusai, valamint ismertetem ezeknek az eszközöknek a jellemzőit, illetve az általuk elért eredményeket. A fejezet végén pedig a jelenleg még csak tárgyalás alatt álló eszközökkel foglalkozom, továbbá bemutatom, hogy bevezetésükkel mekkora bevételhez jutnának a kedvezményezett országok.

Az 5. fejezetet az empirikus elemzés alkotja, melyben regressziószámítás segítségével próbálom igazolni vagy cáfolni a kutatási kérdésemet. Végül, a kutatás során kapott eredményeket mutatom be, illetve az azokból levonható következtetéseket ismertetem.

2. FEKETE-AFRIKA ÉS A SEGÉLYEZÉS

A fekete-afrikai országok évtizedek óta küzdenek olyan betegségekkel, melyek nagy számban veszélyeztetik a térségben élő emberek egészségét. Ezen helyzet javítására vállalkoztak már országok és különböző nemzetközi szervezetek is, azonban a betegségek még napjainkban is komoly gondokat okoznak a fekete-afrikai lakosságnak.

A dolgozat jelen fejezetében bemutatom Fekete-Afrika egészségügyi helyzetét, ismertetem azokat a betegségeket, amelyek a leginkább jellemzőek a térségre, és amelyek leküzdése évek óta problémát jelent Fekete-Afrika számára. Ezt követően ismertetem a betegségek gazdasági hatásait a HIV/AIDS betegségen keresztül, majd pedig azt vizsgálom, hogy milyen megoldások léteznek a probléma megoldására, azaz az egészségügyi helyzet javítására. A fejezet második részében – a segélyek rövid ismertetése után – a segélyezés területén fennálló problémákkal foglalkozom.

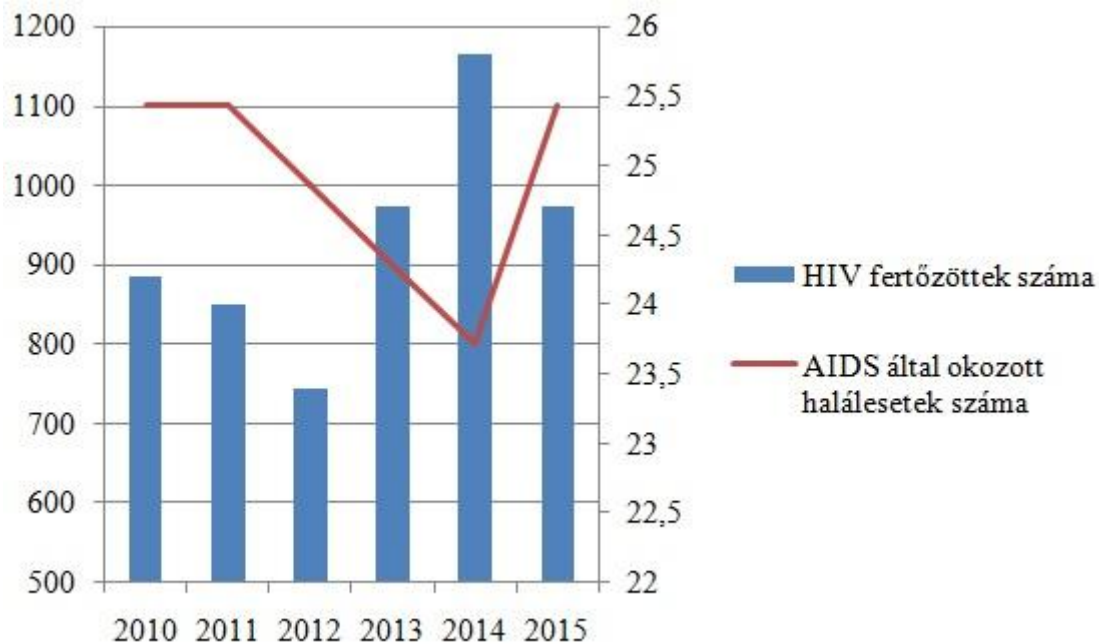
2.1. Fekete-Afrika egészségügyi helyzete

Fekete-Afrika az afrikai kontinens Szahara alatti térségét jelenti. Jelenleg – ahogy azt már a dolgozat elején is említettem – 48 ország tartozik ebbe a régióba, melyből 46 fejlődő ország. A lakosság száma 2014-ben 974,3 millió fő² volt, amelyet ha összehasonlítunk a 2010-ben mért 802 millió fős adattal (Uhrin 2013), látható, hogy a népesség száma az elmúlt évek során növekedett. Azonban három betegség komoly egészségügyi problémákat okoz a fekete-afrikai országokban, ezek a *HIV/AIDS*, a *malária* és a *tuberkulózis* (TBC), valamint fontos megemlíteni az elhanyagolt trópusi betegségeket is, amelyek az előző három betegséggel szemben kevesebb figyelmet kapnak.

A HIV vírussal fertőzöttek száma jelenleg Fekete-Afrikában a legmagasabb: a világon körülbelül 35 millió fő szenved HIV fertőzésben, ebből 24,7 millió ember él Fekete-Afrikában (a fertőzöttek 70%-a). Ebből kifolyólag, a HIV vírus okozta AIDS betegség általi halálesetek száma is ebben a térségben a legmagasabb: egy 2015-ös adat szerint körülbelül 1,5 millió halálesetet okozott a fertőzés világszerte, melyből 1,1 millió, azaz 73% Szubszaharai-Afrikában történt (1. ábra).

² Forrás: <http://data.worldbank.org/region/SSA>. Letöltve: 2016. március 09.

1. ábra HIV vírussal fertőzöttek számának alakulása (jobb tengely, millió fő), illetve az AIDS által okozott halálozások számának alakulása (bal tengely, ezer fő) Fekete-Afrikában, 2010–2015

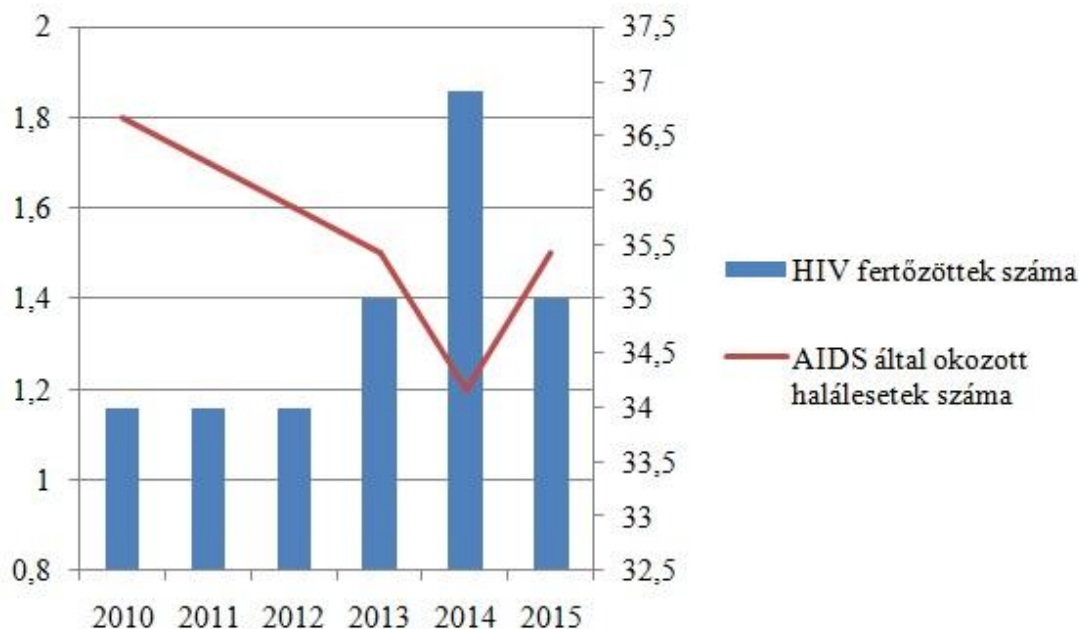


Forrás: WHO (2011b, 2013, 2015c), Ansa – Sifa (2015) és <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/> alapján saját szerkesztés

A 15–49 éves korosztály 5%-ánál tapasztalható a HIV vírus, mely a világszinten mért 0,8%-hoz képest magasnak mondható. Ezen kívül a 15 év alatti gyermekek esetében az AIDS-betegek száma 2,3 millió fő, valamint évente körülbelül 230 000 gyermek hal meg az AIDS miatt Fekete-Afrikában (Ansa–Sifa 2015). Az *anyák által átadott fertőzés* is növelheti a gyermekhalandóság számát, hiszen egy HIV-fertőzött anya akár a terhesség, akár a szoptatás alatt is átadhatja a vírust a gyermekének (Santos et al. 2012). A HIV vírussal fertőzöttek száma évről évre egyre magasabb volt ebben a térségben 2000 és 2010 között. 2000-ben 18,5 millió fő volt fertőzött, 2009-re ez a szám 21,5 millióra növekedett (Uhrin 2013), majd 2010-re már a 24 milliót is meghaladta (WHO 2011b). 2 évig mérséklődött a HIV vírussal fertőzöttek száma, azonban 2013-ban és 2014-ben további emelkedés volt tapasztalható (WHO 2015c), majd számuk 2015-re ismét visszaesett a 2013-as szintre (Ansa–Sifa 2015). Pozitívum, hogy mindezek mellett az AIDS általi halálozások száma csökkenő tendenciát mutatott az évek során: míg 2004-ben több mint 1,5 millió ember vesztette életét, 2009-ben számuk már csak kicsivel haladta meg az 1,2 millió főt (Uhrin 2013). 2014-ig évről évre csökkent ez az érték – annak ellenére, hogy a megbetegedések számában nem volt tapasztalható tartós csökkenés –, 2015-re azonban ez a szám újra elérte az 1 milliót (Ansa–

Sifa 2015). A Fekete-Afrikában bekövetkezett tendenciák nagyjából megegyeznek a világon összességében tapasztaltakkal (2. ábra).

2. ábra HIV vírussal fertőzöttek számának alakulása (jobb tengely, millió fő), illetve az AIDS által okozott halálozások számának alakulása (bal tengely, millió fő) a világon, 2010–2015



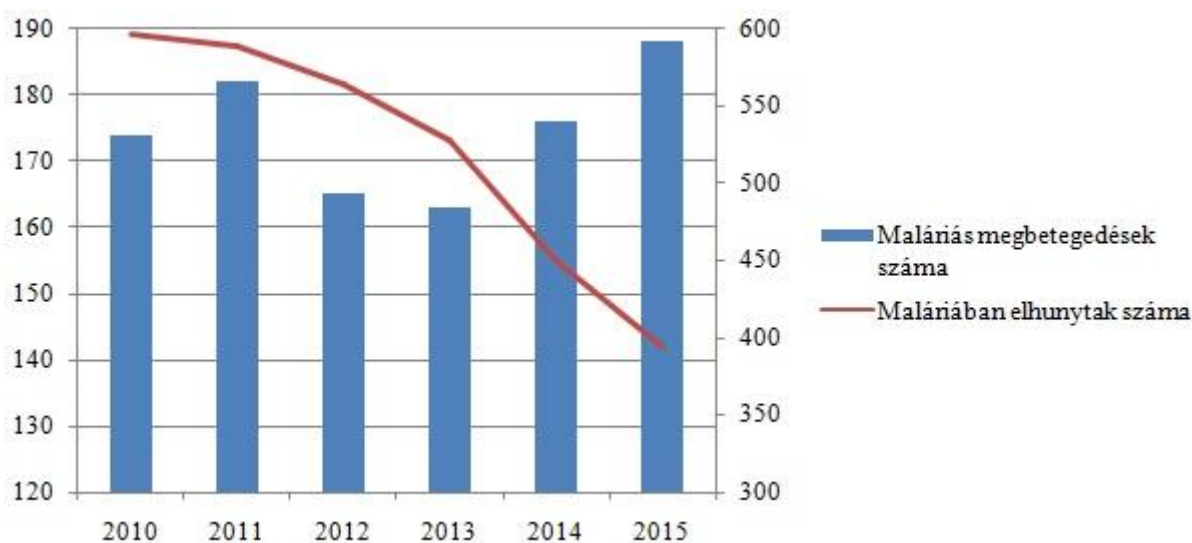
Forrás: WHO (2011b, 2013a, 2015c), Ansa – Sifa (2015) és <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/> alapján saját szerkesztés

A 2. ábra alapján elmondható, hogy 2010 és 2013 között a HIV vírussal fertőzöttek száma stagnált, majd a 2013-as és a 2014-es évben következett be növekedés a számukban (2014-ben majdnem elérte a 37 milliót), majd 2015-re ez az érték ismét csökkent. Az AIDS általi halálozások számát vizsgálva kijelenthető, hogy 2010-től 2014-ig folyamatosan csökkent az értéke, majd 2015-re ismét növekedés volt tapasztalható, amelyet véleményem szerint a 2013-ban és a 2014-ben mért HIV vírussal fertőzöttek magas számának tudhatunk be.

A HIV/AIDS járvány mellett Fekete-Afrika második legtöbb gondot okozó betegsége a *malária*, amely azonban az előbb említett betegséggel szemben már egyre kevesebb halálesetet okoz. Világszinten nézve 2000-ről 2015-re 262 millióról 214 millióra esett azon emberek száma, akik ebben a betegségben szenvednek, valamint 839 000-ről 438 000-re csökkent a betegségben elhunytak száma (WHO 2015a). Fekete-Afrikában 2000-ben 175 millióan szenvedtek maláriás megbetegedésben, továbbá több mint 650 000 ember halálát okozta ez a betegség (Uhrin 2013). 2013-ban körülbelül 500 000 fekete-afrikai ember vesztette életét a malária miatt, több mint fele öt év alatti gyermek volt. Napjainkban a

megbetegedések 88%-a (körülbelül 188 millió fő), és a halálozások 90%-a (körülbelül 394 200 fő) történik ebben a térségben (WHO 2015a), azaz látható, hogy a maláriában szenvedők száma nőtt, de az elhunytak száma összességében csökkent az elmúlt 15 év során (3. ábra). Az öt éven aluliak halandóságára vonatkozó adatok is javulást mutatnak: míg 2000-ben 694 000 haláleset történt ebben a korosztályban Fekete-Afrikában, addig 2015-re már csak 292 000 5 éven aluli gyermek halálát okozta a malária (WHO 2015a).

3. ábra Maláriás megbetegedések száma (bal tengely, millió fő), illetve maláriában elhunytak száma (jobb tengely, ezer fő) Fekete-Afrikában, 2010–2015

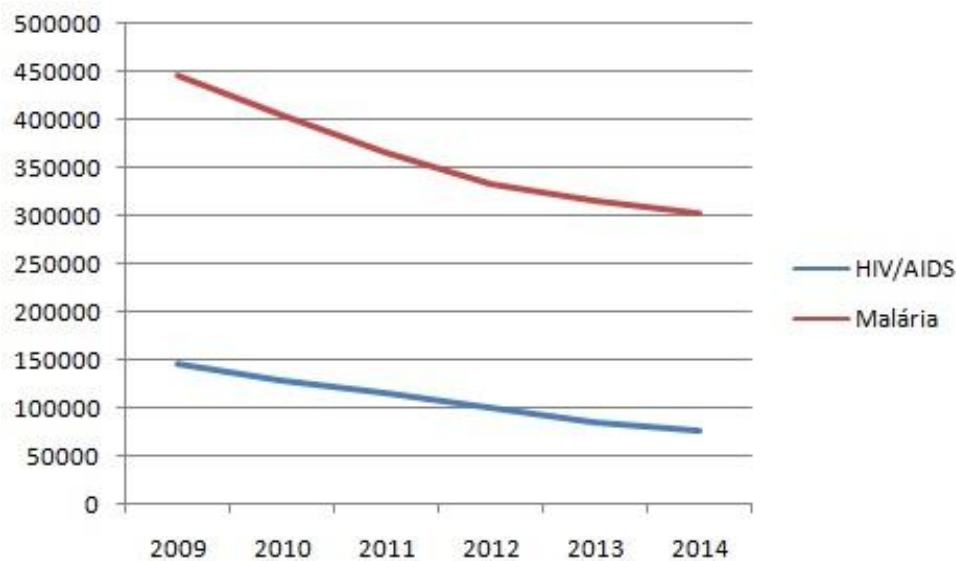


Forrás: WHO (2011c, 2012a, 2013b, 2014a, 2015a) alapján saját szerkesztés

A Fekete-Afrikában bekövetkező maláriás megbetegedések számára vonatkozóan az általam vizsgált időszakban nincs egységes tendencia, annyi azonban elmondható, hogy számuk 160 és 190 millió közé tehető. 2013 óta a betegségben szenvedők száma növekedett, azonban a malária következtében elhunytak száma 2010-től napjainkig folyamatosan csökkent. Azonban halálozások számának pozitív alakulása ellenére az általam ismertett adatok alapján egyértelműen kijelenthetjük, hogy a malária – a HIV/AIDS mellett – elsősorban Fekete-Afrika betegsége.

Az öt éven aluli gyermekek halálozási rátája mind a HIV/AIDS, mind a maláriás megbetegedések esetében javulást mutat Fekete-Afrikában az általam vizsgált 2009 és 2014 közötti időszakban (4. ábra). Azonban ezek a számok még mindig magasak a globálisan mért adatokhoz képest (WHO (2016) adatai alapján elmondható, hogy a HIV/AIDS betegség miatt 2014-ben 178 ezer, míg maláriában 643 ezer gyermek veszítette életét világszerte, tehát látható, hogy a globálisan bekövetkezett halálozások több mint fele történt a térségben), így továbbra is törekedni kell a térségben bekövetkező gyermekhalandóság csökkentésére.

4. ábra HIV/AIDS és malária okozta 5 éven aluli gyermekhalandóság számának alakulása Fekete-Afrikában, fő, 2009–2014

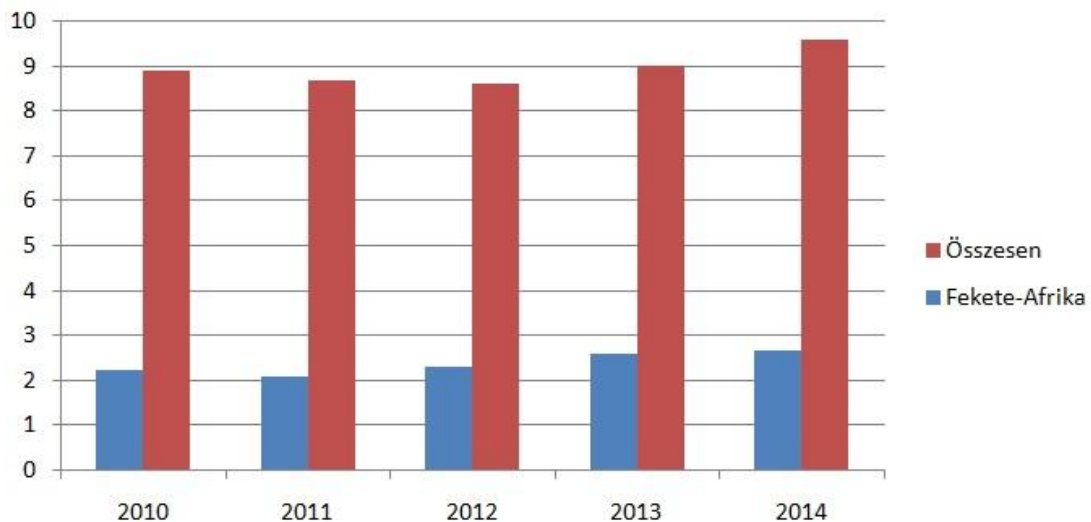


Forrás: WHO (2016) alapján saját szerkesztés

A 4. ábrán látható, hogy az öt éven aluli korosztály számára a *malária* minden általam vizsgált évben *nagyobb veszélyt jelentett* Fekete-Afrikában, mint a HIV/AIDS. 2009-ben közel 450 000 0–4 éves gyermek halálát okozta malária, míg a HIV/AIDS ennek csak a harmadáért (150 000 fő) volt felelős. A 2009–2014 közötti időszakban azonban évről évre mindkét betegségben egyre kevesebb 5 év alatti gyermek hunyt el: 2014-ben a malária a WHO becslése szerint körülbelül 300 000, míg a HIV/AIDS alig 80 000 gyermek halálát okozta a térségben.

A harmadik betegség, amely szintén nagy számban okoz haláleseteket Szubszaharai-Afrikában, a *tuberkulózis* (TBC). Ez azonban – ellentétben az előbb említett két betegséggel – túlnyomórészt nem a Fekete-Afrikában élők egészségét veszélyezteti, ugyanis a 22 tuberkulózis által sújtott ország kevesebb mint fele, csupán 9 ország található a vizsgált térségben (Ansa–Sifa 2015). Azonban fontos megjegyezni, hogy ebben a térségben is a lakosság több mint negyede szenved a TBC fertőzéstől (5. ábra).

5. ábra TBC-s megbetegedések számának alakulása Fekete-Afrikában és világszerte, millió fő, 2010–2014



Forrás: Uhrin (2013), WHO (2012b, 2013c, 2014b, 2015b) alapján saját szerkesztés

2005-ben körülbelül 2,2 millió ember szenvedett TBC fertőzésben, ez a szám 2010-re csak csekély mértékben emelkedett, körülbelül 2,25 millió megbetegedést regisztráltak abban az évben (Uhrin 2013). 2011-ben majdnem sikerült a fertőzések számát 2 millió alá csökkenteni, azonban azóta a megbetegedések száma folyamatosan növekszik, világszinten és Fekete-Afrikában egyaránt. 2014-ben világszerte körülbelül 9,6 millió TBC megbetegedést regisztráltak, melyből körülbelül 2,68 millió (28%) vonatkozott Fekete-Afrikára, valamint 1,5 millió ember halálát okozta a betegség világszerte, melyből 140 000 fő volt gyermek (WHO 2015b). Az 5. ábrán jól látható, hogy a világban előforduló TBC fertőzések mindössze 20-28%-a tehető Fekete-Afrikába.

A HIV/AIDS, malária és TBC mellett fontos megemlíteni az úgynevezett *elhanyagolt trópusi betegségeket* (*neglected tropical diseases*, NTDs) is, melyek többnyire fertőzőek, és a világ 2,7 milliárd legszegényebb emberéből több mint 1 milliárd embert érintenek. Ezek a betegségek – a nevükből is láthatóan – legtöbbször a trópusi területeken koncentrálódnak (mint például az afrikai nyomornegyedekben) (Quansah et al. 2015), és leginkább azokat veszélyeztetik, akik napi 2 dollárnál kevesebből élnek, és emiatt nem tudnak pénzt fordítani az ilyen betegségek megelőzésére vagy kezelésére. 37 betegség sorolható ebbe a kategóriába (mint például az afrikai álomkór vagy az elefantiázis), melyből 13 fordul elő a leggyakrabban (Payne–Fitchett 2010). Akadályt jelenthet az NTD-k leküzdésében az országokban fellelhető politikai akarat hiánya, valamint az emberi akarat hiánya is, ugyanis ha a donorok a fentebb már említett három betegség leküzdésére fordított összeg 10%-át a leggyakoribb NTD-k kezelésére szánják, számos fajtája megszűnne létezni (Fenwick 2012).

Összefoglalásként elmondható, hogy a fekete-afrikai országok számára továbbra is kihívást jelentenek az általam ismertetett betegségek. Ahogy láthattuk, a *HIV vírussal fertőzöttek* száma évről évre növekszik, azonban pozitívum, hogy az AIDS által okozott halálozások száma csökkenő tendenciát mutatott az elmúlt években (eltekintve a 2015-ös kiugrástól, amely akár az adatok frissessége miatt téves is lehet). A *maláriás megbetegedések* számát sem sikerült az elmúlt évek során mérsékelni, de itt teljes mértékben javulást mutat az általa bekövetkező halálozások számának csökkenése. A *tuberkulózis* tekintetében elmondható, hogy eddig sem Fekete-Afrikában szedte áldozatai többségét, és a 2014-es adatból levont következtetés alapján továbbra sem ez a betegség lesz a legfőbb halálozási ok a térségben. A fejezet következő részében azt vizsgálom, hogy a betegségek milyen hatással vannak a gazdaságra, mely területeken okoznak negatív következményeket, valamint milyen lehetőségek léteznek a betegségek ezen következményeinek orvoslására, és a betegségben szenvedők számának csökkentésére.

2.2. A HIV/AIDS gazdasági hatásai és a megoldási lehetőségek

A betegségek gazdasági következményeit nem általánosságban, hanem a HIV/AIDS betegség által okozott hatásokon keresztül vizsgálom. Ennek az az oka, hogy ez az a betegség, amely a leggyakrabban jelenik meg a szakirodalomban, és segítségével jól lehet szemléltetni a betegségek gazdasági hatásait. Ennek következtében arra is választ lehet kapni, hogy miért kell csökkenteni a betegségben szenvedők számát, valamint miért van szükség támogatásokra, segélyekre az egészségügyi szektorban.

A HIV fertőzés, és az általa okozott AIDS betegség több területen is okoz negatívumokat: csökkenti az oktatásban résztvevők számát, a munkaerő-kínálatot, ezek eredményeképpen csökkenti a termelékenységet, valamint magas kiadásokat követel, ami a már eleve szegény társadalomban még tovább növeli a szegénységet, továbbá befolyásolja a külföldi működőtőke (FDI) beáramlását is az érintett országokba. Az országok kormányainak feladata tenni a betegség ellen, így a szerepük folyamatosan növekszik az egészségügy és az oktatás területén egyaránt. Ebben a fejezetben a HIV/AIDS betegség gazdasági hatásainak áttekintése után a betegek számának csökkentését célzó intézkedéseket ismertetem.

2.2.1. A HIV/AIDS gazdasági hatásai

A HIV/AIDS gazdaságra gyakorolt hatásai sokszor kapcsolatban állnak egymással, egyik hatásból következik a másik. Booysen és Arntz (2003) szerzőpáros szerint ezek a hatások elsődlegesen az egyén szintjén jelentkeznek (akik betegek lesznek vagy meghalnak),

ezt követően a háztartások körét befolyásolják (akik a beteget kezelik vagy elvesztésekor gyásszal kell megbirkózniuk), majd később áttérjednek szélesebb, makroökonómiai szintre is. Afrikában azért jelent komoly gondot ez a betegség, mert a *munkaerőpiacon résztvevő korosztályban* jelenik meg leginkább, azaz a 15-49 éves korosztályt sújtja a legnagyobb arányban (Mtika 2007). Amennyiben ők fertőzöttek lesznek, kiesnek a munkaerőpiacról, ennek eredményeképpen pedig csökken a munkaerő-kínálat, ezáltal a termelékenység, végül pedig a potenciális kibocsátás (DelaCruz 2007). Gezahegn és Upadhyay (2014) szerzőpáros is a *termelékenység visszaesését* emeli ki a HIV vírus hatásai közül, azonban ők a születéskor várható élettartam csökkenésével magyarázzák ezt. Vizsgálataik szerint Fekete-Afrika néhány országában a születéskor várható élettartam 20 évvel alacsonyabb lett az évek során a HIV/AIDS járvány miatt.³ Ennek következtében egyre kevesebb ember fogja elérni a munkaképes kort, egyre kevesebben lesznek aktívak a munkaerőpiacon, és így a termelékenység alacsonyabb lesz.

Masanjala (2007) a HIV/AIDS és a *szegénység* kapcsolatát vizsgálta. Elemzése során arra az eredményre jutott, hogy a betegség terjedése az elszegényedett háztartások számának növekedéséhez vezethet, a szegénység pedig elősegíti a vírus terjedését. Látható, hogy ez egy ördögi kör, ahol az egyik ok a másik ok okozatává válik. A betegségek kezelése nagy mennyiségű forrást igényel, amely a szegényebb háztartásoknak nem áll rendelkezésükre, így vagy a megtakarított pénzükből finanszírozzák a kiadásait, vagy pedig kölcsönt kérnek/vesznek fel, és mivel így adósságba verik magukat, szegénységük tovább nő. McDonald és Roberts (2006) vizsgálata szerint Afrikában a HIV előfordulásának 1%-os növekedése átlagosan 0,59%-kal csökkenti az egy főre jutó jövedelmet, tehát ők is azt állapították meg, hogy a betegség jelenléte kedvezőtlen hatással van a gazdasági helyzetre.

Asiedu és szerzőtársai (2015) a HIV/AIDS *külföldi működőtőkére* (FDI) gyakorolt hatását elemezték Fekete-Afrika 41 országában, 1990 és 2008 között. Vizsgálataik során arra a megállapításra jutottak, hogy a betegség negatív hatással van az FDI-ra (azaz minél magasabb a fertőzöttek száma az adott országban, annál kevesebb FDI áramlik oda), de ez a negatív hatás megszűnhet, ahogy a fertőzöttek aránya csökken. Azonban fontos kiemelni azt is, hogy amennyiben a HIV előfordulási rátája 0,1% lenne, ez a negatív hatás akkor is fennállna. A HIV/AIDS és az FDI közötti negatív kapcsolat nem meglepő, hiszen a befektetők olyan országokat preferálnak működőtőke-befektetésük során, ahol az egészséges munkaerő magas termelékenységet tud produkálni. Azonban Fekete-Afrikában ez nem

³ Thirumurthy és szerzőtársai szerint néhány országban kevesebb mint 40 év a várható élettartam (Thirumurthy et al. 2008).

valósul meg, mivel a népesség több mint fele szenved a vírustól. Ezen kívül a munkából való távolmaradás is problémát okoz, hiszen a fertőzöttek a betegségük idejére szabadnapot vesznek ki, és ezeken a napokon nem tudnak hozzájárulni a termelékenység növeléséhez. Amennyiben betegen kényszerülnek dolgozni, csökkenhet a munkamorál, valamint az egészséges dolgozók a fertőzés félelme miatt vonakodhatnak attól, hogy a beteg dolgozókkal egy légtérben tartózkodjanak. Így nem csak a fertőzött, hanem az egészséges dolgozók produktivitása is alacsony lesz, tehát összességében a vírus csökkentheti a munkahelyi termelékenységet, amely a külföldi befektetők számára nem előnyös (Asiedu et al. 2015).

Masanjala (2007) tanulmányában azt is kiemelte, hogy legtöbb esetben a család női tagjai maradnak otthon a beteggel, és gondozzák őket, azonban ez nem mindig csak a felnőtteket jelenti. Ha a felnőttek már nem tudnak megbirkózni a beteg gondozásával, a lány gyermeket veszik ki az iskolából, hogy segítsen az ápolásban. Mivel ők így kiesnek a tanulásból, képzetlenek lesznek, és ez a jövőjükre is kihat: megfelelő iskolai végzettség hiányában kénytelenek lesznek a megélhetésükért valamilyen szexuális tevékenységet folytatni, amelyek során ők is könnyen fertőzést szerezhetnek. Behrman (2015) az *általános iskolai részvétel* és a felnőttkori HIV- státusz vizsgálatához Malawit és Ugandát választotta, ahol a betegséggel élők száma 2013-ban 1 és 1,6 millió volt. Vizsgálatával a lányok és nők egészségügyi állapotát és iskolai részvételét célozta, mivel a HIV fertőzöttek 60%-a nő (szemben a vírus kezdetekor tapasztaltakkal, amikor a férfiak szenvedtek nagyobb arányban a fertőzéstől). Elemzésének eredménye rámutatott arra, hogy az *oktatásban való részvétel növelése* által csökkenhetne a fertőzöttek száma: plusz egy oktatásban eltöltött év Malawiban 0,06, Ugandában pedig 0,03 fővel csökkentené a fertőzöttek számát a felnőtt nők körében. Ebből az is következik, hogy nem csak az általános iskolában való részvételt kellene erősíteni, hanem a középiskolába járást is, mert általa több információhoz jutnának a HIV vírusról, jobban ismernék a kockázatokat és a megelőzési módokat is (Behrman 2015). Osili és Long (2008) kutatása kimutatta, hogy plusz egy oktatásban eltöltött év 0,26 születéssel csökkentené a korai terhességek számát, mellyel szintén mérsékelni lehetne a vírus terjedését. Alsan és Cutler (2013) is rávilágítottak arra, hogy az oktatásban eltöltött évek számának növekedésével csökken a HIV fertőzöttek száma. Ők csak Ugandát vonták be a vizsgálatukba, ahol a HIV előfordulása 1990-ben 15% volt a teljes népesség arányában, 2007-re pedig 5%-ra csökkent. Ezzel a csökkenéssel egyidejűleg növekedést figyeltek meg a lányok középiskolába történő beiratkozásuk számában, majd levonták a következtetést, miszerint minél több évet töltenek az oktatásban, annál több információt szereznek a vírusról és a megelőzési módokról, így könnyebben tudnak védekezni ellene (Alsan–Cutler 2013). Rena (2007) a HIV/AIDS hatását

nem csak a diákok, hanem a tanárok szemszögéből is vizsgálta. Megállapította, hogy a betegség miatt kevesebb tanuló lesz, mivel eleve kevesebb gyermek fog születni a HIV-fertőzött anyák miatt (akik kevésbé termékenyek), valamint azok a gyerekek, akik már születésükkor fertőzöttek, nagy valószínűséggel nem élik meg az iskolás kort. Az iskolában az AIDS által érintett gyerekek gyakran motiválatlanok – akár ők a betegek, akár valamelyik hozzátartozójuk –, valamint az is előfordulhat, hogy ezek a gyermekek árvák vagy alultápláltak, és ez tovább növeli annak az esélyét, hogy kiesnek az oktatásból. Az oktatók körében is fennállhat a HIV fertőzés, amely esetében a tapasztalt, képzett emberek elhagyják munkájukat, és legtöbbször nehéz őket pótolni, így a tanulóknak nem mindig biztosított a megfelelő képzés. Előfordulhat az is, hogy a szakember-hiány miatt több osztályt összevonnak, ezzel azonban az a probléma, hogy a diákok nem kapják meg a számukra szükséges figyelmet az oktatás terén (Rena 2007).

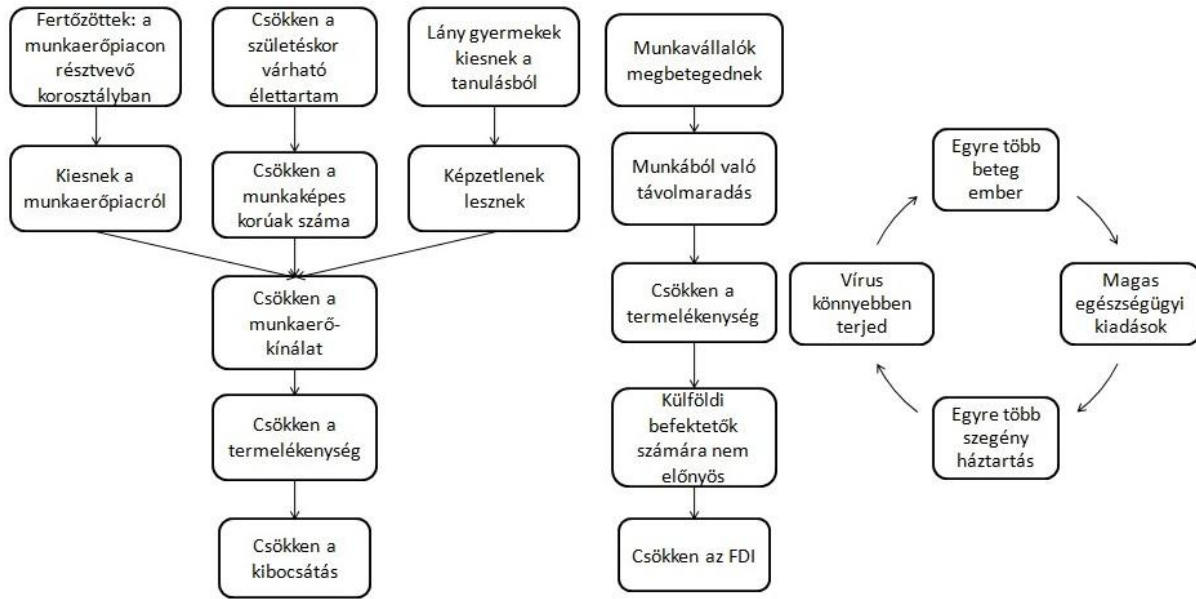
A betegségekben szenvedők, így a HIV/AIDS fertőzöttek számának csökkentéséhez elengedhetetlenek az egészségügyi szolgáltatások, a különböző kezelések. Fekete-Afrikában az *egészségügyi szolgáltatások* felét hittel kapcsolatban álló intézmények nyújtják („*faith-affiliated institutions*”), ennek ellenére a Demográfiai és Egészségügyi Felmérés (*Demographic and Health Surveys, DHS*) az egészségügyi lefedettség mérésekor ezt a szektort nem különíti el. Három széles kategória között tesz különbséget az egészségügy területén: *közüntézmények* (például állami kórházak), *magánintézmények* (például magánkórházak) és *egyéb lehetőségek* (például üzletek vagy piacok által az öngyógyítás, vagy házalók, akik gyógyszereket árulnak). Eltérő esetekben vizsgálja az egyes szektorok részesedését: a közintézmények állnak az első helyen például a hasmenés (56,8%) vagy a láz és köhögés (54,86%) kezelésekor, valamint a fogamzásgátlás (54,82%) és a családtervezés (86,28%) esetében is. Egyedül csak az utolsó születés helyét vizsgálva szorultak a közintézmények a harmadik helyre, itt az első helyen az „egyéb” szektor áll, 47,4%-kal (Wodon et al. 2012). Wagner (2011) és szerzőtársai 70 országot – 22 alacsony, 18 alsó közepes, 10 felső közepes és 20 magas jövedelmű – vizsgáltak a 2002-es és 2003-as Világ Egészségügyi Felmérés (*World Health Survey*) adatai alapján, elemzésük során az egészségügyi kiadások mellett az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésre is kitértek. Azt találták, hogy 51 alsó közepes jövedelmű ország egészségügyi kiadása 13–32%-a a négy hetes háztartási kiadásuknak, valamint az ezen országokban lévő háztartások 41–56%-a az egészségügyi kiadásokat teljes egészében gyógyszerekre fordítja. Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés vizsgálata során 286 603 háztartást (276 362 fő) vizsgáltak, melyből 97 578 háztartás volt szegény (100 440 fő). Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés az utolsó

szükséges kezelés esetében a teljes és a szegény népesség esetében is magas volt: a vizsgálatban résztvevők 93% és 100% közötti értékekben részesültek a szükséges ellátásban a vizsgálatot megelőző 12 hónapban. Azonban a krónikus állapotok gyógyításához szükséges ellátások esetében már nem ilyen biztatóak az eredmények: a szegényebb népesség esetében 26,7%-tól 49%-ig, az összes vizsgált népesség esetében pedig 31,9%-tól 50,6%-ig terjed az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés. Az utolsó kategória, amelyet elemeztek, a gyógyszerekhez való hozzájutás volt: itt a válaszadók 71,8–84,9%-a mondta azt, hogy megkapta a számára vagy gyermeke számára szükséges gyógyszeres kezelést a vizsgált időszakban (Wagner et al. 2011). Látható, hogy annak ellenére, hogy az utolsó szükséges kezelést szinte teljes egészében megkapták a vizsgálatban megkérdezettek, azért van még mit javítani az egészségügy területén.

Loubiere és szerzőtársai (2009) Kamerunban vizsgálták a HIV kezelésére szolgáló *antiretrovirális terápia (antiretroviral therapy, ART)* általi lefedettséget, mely 2008-ban mintegy 58% volt, azaz a HIV fertőzöttek több mint fele részesült kezelésben. Elemzésük kitért a kórházak számának vizsgálatára is. 1992-ben 174 körzeti kórház működött Kamerunban, melyek egyenként 100-200 férőhellyel rendelkeztek, és legalább egy kezelőorvos alkotta az állandó személyzetet. A nagyobb, minimum 200 ágygal rendelkező kórházak a nagyobb városokban helyezkedtek el (például a fővárosban, Yaoundéban, és Doualában, amely Kamerun legnépesebb városa). 2008-ra 24 Akkreditált Kezelési Központot (*Accredited Treatment Centers, ATCs*) hoztak létre, ahol az ART kezelések folytak, valamint a 174 körzeti kórházból 106-ban is elérhető volt az ART. Ezek az intézkedések tették lehetővé, hogy 2008-ban már mintegy 91 ezer felnőtt és 10 ezer gyermek hozzáférhessen a HIV fertőzés ellenszeréhez (Loubiere et al. 2009).

Látható, hogy a HIV/AIDS kedvezőtlen hatásai a fekete-afrikai gazdaságot több területen is veszélyeztetik (6. ábra). Általánosságban elmondható, hogy a következmények többsége a termelékenység, és ezáltal a kibocsátás csökkentését idézi elő.

6. ábra A betegségek gazdasági hatásai



Forrás: saját szerkesztés

A szegénység és a HIV/AIDS betegségben szenvedők száma között kölcsönös kapcsolat áll fenn. Ahogy már említettem, a szegények számának növekedése is hat a betegség terjedésére, és fordítva, tehát a két tényező között lévő kapcsolatot leginkább egy körkörös folyamatábrával lehet szemléltetni.

Ebben az alfejezetben láthattuk, hogy a különböző betegségek – a HIV/AIDS példáján bemutatva – komoly gazdasági következményeket okozhatnak, amennyiben nem csökkentjük vagy szüntetjük meg a betegségben szenvedők számát. A következőkben azt vizsgálom, hogy milyen intézkedéseket tesznek – és kellene tenniük – a kormányok az egészségügy és az oktatás területén, hogy mérsékeljék a betegségben élők vagy elhunytak számát, valamint hogy az egészségügyi szektort célzó támogatások mekkora összegeket tudtak realizálni Fekete-Afrika számára az elmúlt évek során.

2.2.2. Megoldási lehetőségek

A kormányok az egészségügy és az oktatás területén is vezettek már be olyan intézkedéseket, amelyekkel csökkenthetik a HIV/AIDS-ben szenvedők számát. Haacker (2002) szerint a HIV/AIDS járvány az egész társadalombiztosítási rendszert érinti. Erre az állításra építve három kategóriát különített el a rendszeren belül, mely programok célja a betegséggel kapcsolatban állók helyzetének javítása. A kategóriák a következők:

- *előrelátó segélyalapok* („provident funds”), amelyek halál vagy nyugdíjba vonulás esetén kifizetik a kamattal növelt felhalmozott járulékok összegét,

- *társadalombiztosítási programok („social insurance program”)*, ahol a juttatások a hozzájárulások időtartamával arányosan változnak. Ebben az esetben a kormány a betegségekben korán elhunytak hozzátartozói számára csak csekély összeget fizet ki, azonban előnye, hogy támogathatja az AIDS miatt elhunytak hozzátartozóit, például az árván maradt gyermekeket, végül
- *társadalomvédelmi program („social security program”)*, amely esetén a juttatások nem függnék előzetes hozzájárulásoktól, hanem közvetlenül a kormány költségvetéséből történik a kifizetés.

A betegség által érintettek számára az utolsó kategória lenne a legkedvezőbb, azonban a kormány számára nem lenne előnyös, mert a követelések száma a halálozások számával arányosan nőne, míg a kifizetésre szánt összegek állandóak maradnának (Haacker 2002). Wagner és szerzőtársai (2011) is kiemelték az *egészségbiztosítási programok* fontosságát. Arra az eredményre jutottak, hogy amennyiben a vizsgálatukban résztvevő háztartások tagjai mindannyian rendelkeztek egészségügyi biztosítással, könnyebben hozzáférhettek az egészségügyi szolgáltatásokhoz – akut és krónikus megbetegedések esetében egyaránt –, és alacsonyabb volt a kezelések miatt rájuk nehezedő gazdasági teher is (hiszen az ilyen biztosítások célja a háztartások egészségügyi kiadásainak csökkentése a kezelés költségeinek fedezése által). Azonban az elemzésük arra is rámutatott, hogy a fejlődő országokban az egészségbiztosítási programok nem nyújtanak jelentős hozzájárulást a gyógyszeres kezelésekhöz, hanem sok esetben csak a fekvőbeteg-, és a járóbeteg-ellátás költségeit fedezik. Ez azért jelent problémát, mert pont azok az országok nem jutnak megfelelő anyagi támogatáshoz a biztosítások által, akik a leginkább rászorulnának, és ezen országok lakóinak a felírt gyógyszereket saját forrásból kell finanszírozniuk (Wagner et al. 2011).

Ngalawa (2014) a Dél-afrikai Vámunió (*Southern African Customs Union, SACU*) általi, HIV/AIDS betegségek csökkentését célzó finanszírozási forrásokat vizsgálta, melyek a „BLNS” országokat⁴ támogatják. Tanulmánya során meglepő eredményre jutott: azt találta, hogy a kormányzati kiadásokból és a SACU-ból származó források növekedésével a HIV előfordulási rátája is nő. Ezt követően külön vizsgálta az egészségügyi és a nem-egészségügyi állami kiadásokat, és bebizonyosodott, hogy az *egészségüggyel kapcsolatos állami kiadások csökkentik a HIV előfordulási rátáját*, így a meglepő eredmény hátterében a nem-egészségügyi állami kiadások álltak (Ngalawa 2014).

⁴ Botswana, Lesotho, Namíbia és Sváziföld.

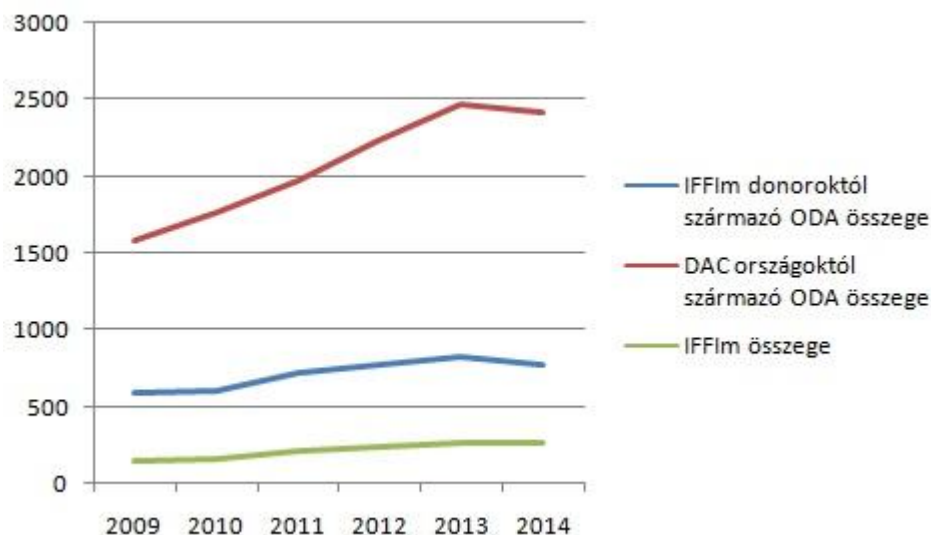
Shadlen (2004) az *antiretrovirális terápiával* kapcsolatos javaslatokat fogalmazott meg a fejlődő országok számára, mivel úgy véli, hogy ez a fajta kezelés ritkaság azokban az országokban, ahol a népesség 70%-ának szüksége lenne rá. A szerző szerint a legfőbb kihívás a HIV/AIDS elleni harc esetében, hogy az országok alacsony, számukra megengedhető áron, és folyamatosan juthassanak hozzá a szükséges gyógyszerekhez. Fontos, hogy ez a két kitétel együttesen valósuljon meg, tehát *olcsó gyógyszerek folyamatos, stabil kínálatára* van szükség a betegség leküzdéséhez, nem csak a jelenben, hanem a jövőben is (Shadlen 2004). Thirumurthy és szerzőtársai (2008) is rámutattak az ART általi kezelések pozitív, tovagyrúzó („*spillover*”) hatásaira. Ugyanis ha a háztartás valamely felnőtt tagja szenved a HIV vírustól, és megkapja a betegség leküzdéséhez szükséges terápiát, amitől meggyógyul, az őt gondozók visszatérhetnek a munkájukhoz, vagy amennyiben gyermekek segítettek az ápolásban, az iskolába (Thirumurthy 2008). A betegség gazdasági hatásainak vizsgálatakor pedig láthattuk, hogy ezáltal a termelékenység növekedhet, a gyermekek pedig az iskolába történő visszatérés lehetőségével megkaphatják a számukra szükséges ismereteket, mellyel még tovább csökkenhet a fertőzöttek száma.

Rena (2007) szerint a legtöbb afrikai országban végbemenő *politikaformálás* tévhiteken alapszik, például a kormányok úgy gondolják, hogy hatékonyan és célirányosan reagálnak az egészségügy területén felmerülő problémákra, holott nem. Írásában kitér arra is, hogy habár hivatalosan az afrikai kormányok együttműködnek egyes civil szervezetekkel, a gyakorlatban nem világos, hogy a nemzeti és helyi szinten működő szervezetek együttműködése hogyan valósul meg. Annyi bizonyos, hogy a kormányok felelőssége a politikai és szabályozási keret létrehozása, továbbá kötelességük az egészségügyi és szociális szolgáltatások biztosítása, valamint az ő feladatuk megbizonyosodni arról (különböző közösségek segítségével), hogy a források az arra rászorulókhöz kerülnek. A helyi szinten működő civil szervezetek legtöbbször a nőket és a gyermekeket segítik, valamint tanácsadóként támogatást nyújtanak a tanároknak és az iskolaigazgatóknak azáltal, hogy ismeretterjesztő órákat tartanak a HIV/AIDS-ről (Rena 2007).

Mivel ez a betegség jelenti a legnagyobb veszélyt az afrikai népességre, így leküzdéséhez alapjaiban kell megváltoztatni a fejlesztési elveket és eljárásokat, valamint a kormányok, a helyi közösségek és finanszírozási forrásokat nyújtó partnerek közötti kapcsolatot (Rena 2007). Ahogy már említettem, a szegénységgel szoros összefüggésben áll a fertőzés terjedése, tehát a szegénység csökkentését is célozni kell a fertőzés mérséklése mellett.

A betegségek által leginkább érintett országok saját költségvetésükből nem tudnának javítani az egészségügyi helyzetükön, így külső forrásra szorulnak. Ez a forrás lehet többek között a hivatalos fejlesztési támogatás egészségügyi része, vagy éppen valamely innovatív fejlesztésfinanszírozási eszköz is (7. ábra).

7. ábra Az *IFFIm* donoroktól, valamint a DAC országoktól származó, egészségügyi szektort támogató ODA, és az *IFFIm* összege Fekete-Afrikában, millió USD, 2009–2014



Forrás: OECD (2016) és IFFIm (2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014) alapján saját szerkesztés

A 7. ábráról leolvasható, hogy az összes DAC országtól⁵ származó egészségügyi ODA (hivatalos fejlesztési támogatás) összege 2009 és 2014 között 1500 és 2500 millió amerikai dollár között ingadozott. Az *IFFIm* donorok általi felajánlások összege egyik vizsgált évben sem érte el az 500 millió dollárt, azonban növekedést mutat az évek során: míg 2009-ben alig haladta meg a 150 millió dollárt, addig 2014-re már több mint 260 millió dollár volt a felajánlások összege. Azonban torzíthatja az adatokat, hogy az *IFFIm* donoroktól származó egészségügyi szektort támogató ODA összegének meghatározásakor két országra – Brazíliára és Dél-Afrikára – nem volt elérhető adat, így ezen mutató megalkotásakor nyolc országot vettem figyelembe. Továbbá kiszámoltam, hogy a DAC országok, illetve a nyolc *IFFIm* donor esetében az összes hivatalos fejlesztési támogatás mekkora részét teszi ki az egészségügy fejlesztését célzó ODA: előbbi esetében 7,5–11%, míg utóbbinál 7–10% volt ez az arány 2009 és 2014 között, azaz megállapítható, hogy a vizsgált időszakban mind az *IFFIm*, mind a DAC donoroktól származó egészségügyi ODA aránya közel azonos mértékben emelkedett a teljes ODA-n belül.

⁵ Jelenleg 29 ország sorolható a DAC tagországai közé. Forrás: <http://www.oecd.org/dac/dacmembers.htm>. Letöltve: 2016. március 28.

2.3. Segélyek és a segélyhatékonysági problémák

A nemzetközi közösség tagjai (országok és szervezetek egyaránt) már évek, évtizedek óta próbálnak segíteni a fejlődő országoknak az elmaradottságuk csökkentésében, legtöbbször segélyek nyújtásával. Az elmúlt évek során azonban felmerült az a probléma, hogy ezek a segélyek nem képesek elérni a céljukat, és sokszor nem a mennyiségük jelent gondot, hanem a hatékonyságuk nem megfelelő (Rajan–Subramanian 2011). A dolgozatnak nem központi témája a segélyhatékonyság elemzése, azonban fontos kitérni rá, mert a vizsgálata során létrejött eredmények világítottak rá arra, hogy szükség van más fejlesztésfinanszírozási eszközökre is.

Segélyek alatt azokat a külső, hivatalos támogatásokat értjük, amelyeket fejlesztési célra ad a donor állam (adományozó) a recipiensnek (fogadó állam) (Paragi et al. 2007). Több fajtáját lehet megkülönböztetni, és a nevükben általában szerepel, hogy milyen célra szánják őket, például: nemzetközi segély (*foreign aid*), fejlesztési segély (*development aid*), humanitárius segély (*humanitarian aid*). A fejlesztési segély helyett egyre többször használják a „fejlesztési együttműködés” kifejezést, amely a donor és a recipiens közötti egyenrangúságra utal, valamint a szűken értelmezett pénzügyi transfereken túl kiterjedhet többek között technikai tanácsadásra vagy akár technológiai transzferre is (Szent-Iványi 2009). Napjainkban a gyakorlatban egymás szinonimájaként használják a két kifejezést, így a dolgozat során én sem teszek különbséget közöttük.

A segélyek mérhetősége érdekében az OECD DAC⁶ létrehozta a *hivatalos fejlesztési támogatás* fogalmát (*Official Development Assistance, ODA*), mellyel pontosan meg lehet határozni, hogy milyen kiadásokat lehet nemzetközi fejlesztési segélyként elszámolni. Amennyiben egy fejlett és egy fejlődő ország közötti pénzáramlás teljesíti az alábbi három kritériumot, ODA-nak minősül (OECD 2009):

- hivatalos szektorok között történjék az erőforrás-átvitel,
- fejlesztési vagy szegénységcsökkentési célokat szolgáljon, valamint
- legalább 25 százaléka vissza nem térítendő adomány legyen.

A dolgozat során bemutatásra kerülő innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközöket számos esetben az ODA-hoz viszonyítják, így a később felmerülő „hagyományos források” alatt a hivatalos fejlesztési támogatást értem.

⁶ Az OECD Fejlesztési Támogatási Bizottsága, a bilaterális segélyeket nyújtók vezető fóruma, akik a fejlesztési együttműködésben vesznek részt. Céljuk a fejlődő országokban lévő szegénység csökkentése a segélyezési tevékenységeik összehangolása által (OECD 2006).

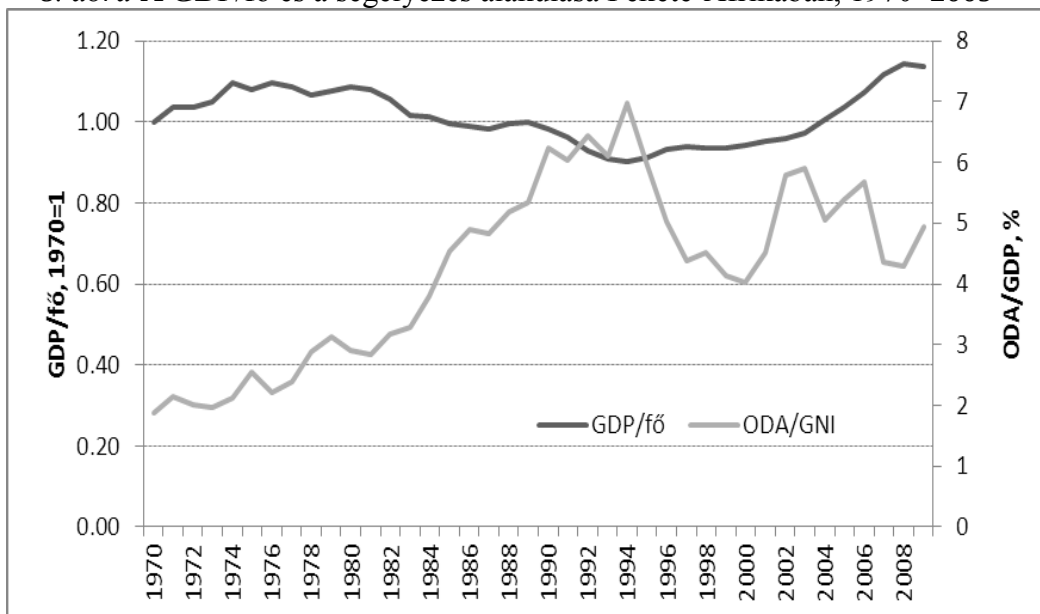
A nemzetközi segélyezésben mindig fontos szerepet játszottak a fejlett országok azon törekvései, melyek a fejlődő országok elmaradottságának csökkentését célozták. A legismertebb nemzetközi célkitűzés a segélyezés területén az ODA mértékének növelése a bruttó nemzeti jövedelem (*Gross National Income, GNI*) 0,7 százalékáig, amely az 1960-as években jelent meg először, és amely összeget a donorok az évek során a fejlődő országok számára tervezték nyújtani támogatásként. Az 1970-es években az OECD DAC országok kötelezettséget vállaltak arra, hogy bruttó nemzeti jövedelmüknek legalább 0,7%-át a fejlődő országok segítésére fordítják, hivatalos fejlesztési támogatásként, majd évekkel később ismét ezt az összeget ajánlották fel számukra, így segítve nekik a Millenniumi Fejlesztési Célok⁷ teljesítését (EC 2010, OECD 2003). Azonban az elmúlt évek, évtizedek során bebizonyosodott, hogy a fejlett országok általi kötelezettségvállalás – mely szerint bruttó nemzeti jövedelmük 0,7%-ával segítik a fejlődő országokat – nem teljesíthető.⁸ Az 1960-as évektől az OECD DAC országoktól származó ODA abszolút értékben nőtt, de a donor ország bruttó nemzeti jövedelmének arányában nézve csökkenő tendenciát mutatott, egyre távolabb kerülve az 1970-es céltól (UN 2012).

Az ENSZ által meghatározott 0,7%-os érték összesen 314,6 milliárd dollárt jelentett a DAC donorok számára 2013-ban, azonban csak a GNI 0,3%-át (134,8 milliárd dollár) tudták segélyként a fejlődő országok számára nyújtani, így ebben az évben közel 180 milliárd dolláros hiánnyal számolhattak az eredeti tervhez képest (OECD 2014, UN 2014). A segélyezés sikertelenségét mutatja a 8. ábra is. Látható, hogy Fekete-Afrikában a hivatalos fejlesztési támogatás bruttó nemzeti jövedelemhez viszonyított értéke növekedett az 1970-es évek óta, azonban az egy főre jutó GDP értéke alig mutatott változást a térségben az 1970-es szinthez képest (Udvari 2012).

⁷ A Millenniumi Fejlesztési Célokat (Millennium Development Goals, MDG) az ENSZ 2000-ben fogadta el. Nyolc átfogó célt tartalmaznak, melyek célja a fejlődő országokat sújtó problémák megoldása, illetve mérséklése volt, 2015-ös határidővel (UN 2000).

⁸ A skandináv országok esetében az ODA/GNI arány meghaladja a 0,7%-ot (például Dánia esetében 0,86%), azonban ez az érték Magyarország esetében csupán 0,11%, Lettország esetében pedig mindössze 0,07% volt 2011-ben. Forrás: www.europa.eu/rapid/press-release_IP-12-348_en.doc Letöltve: 2016. február 23.

8. ábra A GDP/fő és a segélyezés alakulása Fekete-Afrikában, 1970–2009



Forrás: Udvari (2012), 34. o.

Az évtizedek által tapasztalt trend igazolta, hogy a hivatalos fejlesztési támogatás nem elégséges a fejlődő országok elmaradottságának csökkentéséhez, valamint a Millenniumi Fejlesztési Célok és a 2015-ben elfogadott Fenntartható Fejlesztési Célok elérésnek finanszírozásához, így hamar felismerték, hogy ezen segélyezési forma mellett más finanszírozási eszközökre, módokra is szükség van (UN 2012).

Ahogy a fejezet elején már említettem, a *segélyek* mennyisége mellett a *hatékonyságuk* is felmerülhet annak okaként, hogy szükség van más típusú finanszírozási formákra. A nemzetközi fejlesztési együttműködésben egyre jelentősebb szerepet töltenek be a feltörekvő donorok, amely kifejezés alatt olyan országokat értünk, akik nem tagjai az OECD DAC-nak, de részt vesznek a segélyezésben (például Brazília és Kína). Míg 2006-ban a segélyek 8–10%-a származott a feltörekvő donoroktól, addig 2012-ben már az ODA negyedét ők szolgáltatták (Udvari 2014). A hagyományos és az új donorok is számos tekintetben hasonlóak, azonban Dreher és szerzőtársai (2011) szerint az új donorok kevésbé veszik figyelembe a recipiensek igényeit, valamint úgynevezett „csaló segélyeket” („*rogue aid*”) nyújtanak számukra. Ezek a segélyek is fejlesztési célú támogatások, azonban működésük legtöbbször nem átlátható, így eredményességüket nem, vagy csak nehezen lehet mérni (Naím 2007). A segélyek Szent-Iványi (2009, 72. o.) szerint akkor minősülnek hatékonynak, „*ha érdemben hozzájárulnak a recipiens ország gazdasági fejlődéséhez, vagy pedig a szegénység csökkentéséhez*”. Doucouliagos és Paldam (2007) 40 év segélyezési irodalmát összegezték a segélyek hatékonyságát vizsgálva, és 97, ökonometriaire alapuló,

segélyhatékonyságot elemző tanulmány alapján 2007-ben kimondták, hogy az általuk vizsgált időszakban a segélyezés nem volt hatékony.⁹ Látható, hogy több szerző nézőpontja is megegyezik arra vonatkozóan, hogy *a hagyományos segélyek sem mennyiségüket, sem hatékonyságukat tekintve nem elegendőek a fejlődő országok problémáinak kezelésére*, ezért más módszerekre is szükség van.

A fejezetben láthattuk, hogy Fekete-Afrikában komoly egészségügyi gondokat okoznak a HIV/AIDS, a malária, és a TBC-s megbetegedések. A térség országai saját forrásaikból nem tudnak javítani az egészségügyi helyzetükön, ezért külső forrásra szorulnak. Azonban az elmúlt évtizedek során bebizonyosodott, hogy a donorok által nyújtott segélyekkel sem tudtak jelentős eredményeket elérni a nemzetközi fejlesztés területén. A következő fejezetben az innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközök szükségességével, megjelenésével valamint fogalmi meghatározásával foglalkozom.

⁹ A segélyhatékonyságról bővebben lásd például Abegaz (2005), Bigsten–Tengstam (2015), Kasuga–Morita (2012), Kosack (2003) és Weller–Yi-Chong (2009) munkáját.

3. AZ INNOVATÍV FEJLESZTÉSFINANSZÍROZÁS

Az innovatív fejlesztésfinanszírozásnak nincs nemzetközileg egységesen elfogadott definíciója – ahány szervezet, annyi meghatározás. Egyik definíció szűkebb, míg másik tágabb értelemben fogalmazza meg a kifejezés jelentését, de vannak közös jellemzőik, amelyek segítségével könnyebben behatárolható, hogy pontosan mit is értünk innovatív finanszírozás alatt.

Ezen fejezet első részében az innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközök szükségességének felmerülésére és megjelenésére fókuszálok, majd a fejezet következő részében ismertetem, hogy egyes szervezetek mit értenek az innovatív finanszírozás kifejezés alatt, milyen feltételek teljesülése esetén tekintenek innovatívként egy pénzügyi eszközre.

3.1. Az innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközök szükségessége

A 2000-es években több konferenciát is tartottak, melyek célja a nemzetközi fejlesztési együttműködés eredményességének és hatékonyságának javítása volt. Az első ilyen fórumon, a 2002-es Monterrey-i Konszenzus (*Monterrey Consensus of the International Conference on Financing for Development*) során – mely 2002. március 18–22. között zajlott – merült fel először a donorok körében, hogy növelni kell a *segélyek összegét* ahhoz, hogy a Millenniumi Fejlesztési Célok teljesíthetők legyenek (UN 2002). Azonban az ODA nagysága továbbra sem érte el az ENSZ által kívánatosnak tartott szintet, így ez a segélyezési forma nem volt elegendő az MDG-k eléréséhez. Ekkor jelent meg a nemzetközi segélyezésben az innovatív fejlesztésfinanszírozás¹⁰ (*innovative financing for development*) kifejezés, mely a hivatalos fejlesztési támogatást nem leváltani, hanem kiegészíteni hivatott (UNDP 2012). Három évvel később, 2005-ben a párizsi konferencia a Párizsi Deklaráció (*Paris Declaration on Aid Effectiveness*), majd újabb három évvel később, 2008-ban az accrai konferencia az Accrai Cselekvési Terv (*Accra Agenda for Action*) megszületéséhez vezetett, melyek célja a *segélyek hatékonyságának* növelése volt. Ezt a hatékonyságnövelést többféle módon el lehet érni: akár addicionális finanszírozási források létrehozásával¹¹, akár a már meglévő források hatékonyabb felhasználásával.¹² A 2011-es, dél-koreai Busan városában létrejött Partnerség a hatékony fejlesztési együttműködésért (*The Busan Partnership for Effective Development Cooperation*) volt az utolsó a segélyhatékonysági fórumok között. Az

¹⁰ Dolgozatomban az „innovatív fejlesztésfinanszírozás” és az „innovatív finanszírozás” kifejezéseket szinonimaként használok.

¹¹ Azonban itt ellentmondás figyelhető meg, hiszen itt a segélyek mennyiségének növelését is meg kívánják valósítani, holott korábban már megjelent, hogy nem a segélyek mennyisége, hanem a hatékonysága a döntő.

¹² Forrás: <http://www.oecd.org/dac/effectiveness/34428351.pdf>. Letöltve: 2016. február 26.

egyik fő jellemzője ennek a partnerségnek az volt, hogy a segély szerepének hangsúlyát az addicionalitásra helyezte, azaz hogy a segély más fejlesztési forrásokat kiegészítsen, mellettük létezzen.¹³ Ebben a megfogalmazásban már megjelenik az innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközök egyik fő jellemzője, amelyről bővebben a következő fejezetben írok.

A 2000-es évektől folyamatosan jelentek meg szervezetek, amelyek az innovatív fejlesztésfinanszírozással foglalkoznak (például a Leading Group on Innovative Financing for Development, a GAVI Alliance, a Global Fund vagy a UNITAID), valamint a különböző innovatív finanszírozási formák is ettől kezdve terjedtek el. Vannak olyan mechanizmusok, amelyek már több éve működésben vannak (ilyenek például a repülőjegyekre kivetett adók), míg számos eszközök eddig még csak ötletek maradtak (például a szénadó vagy a milliárdosok megadóztatása) (Kiss 2015).

Összességében tehát elmondható, hogy a hagyományos segélyek nem váltották be a hozzájuk fűzött reményeket, és segítségükkel sem sikerült csökkenteni a fejlődő országok elmaradottságát. Ezen probléma orvoslására jönnek létre újabb és újabb innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközök, amelyek a 2000-es évek folyamán kezdtek el működni a segélyezés területén.

3.2. Az innovatív fejlesztésfinanszírozás fogalma

Mivel az innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközöknek nincs egységes, mindenki által elfogadott meghatározása, így csak az egyes szervezetek által megfogalmazott definíciókból lehet kiindulni, és a közös jellemzők összegyűjtése után lehet levonni a következtetést, hogy mit is takarhat ez a kifejezés.

A *Világbank* szerint az innovatív finanszírozás alatt azokat a nem hagyományos pénzügyi mechanizmusokat érthetjük, melyek új, addicionális fejlesztési alapot hoznak létre más források csökkentésével vagy új partnerek (befektetők) megnyerésével, miközben növelik a hatékonyságot – ez történhet idő- és költségcsökkentés által –, továbbá a pénzáramlásokat eredményorientáltabbá teszik azáltal, hogy mérhető teljesítményhez kötik azokat (World Bank 2010). Fontos megjegyezni, hogy a Világbank a már meglévő, működő mechanizmusokra fókuszál, nem csak az elméletben létezőkre (UN 2012).

Az *OECD* sem fogalmazott meg konkrét definíciót az innovatív fejlesztésfinanszírozás értelmezésére. Azon pénzügyi mechanizmusokat értelmezi az innovatív finanszírozás eszközeiként, melyek túlmutatnak a hagyományos forrásokon a nemzetközi fejlesztés

¹³ Forrás: <http://www.oecd.org/dac/effectiveness/Busan%20partnership.pdf>. Leöltve: 2016. február 26.

tekintetében, kiegészítik az ODA-t, és teljesítik a következő, az OECD által meghatározott kritériumokat (OECD 2014, UN 2012):

- *hivatalos szektor bevonása valósuljon meg*: olyan mechanizmusokat, eszközöket értenek ezalatt, amelyek esetében egyértelmű és látható, hogy a magán és önkéntes szektor kezdeményezése mellett hivatalos, állami szektor általi támogatás is történik. A hivatalos szektor támogatása többféle lehet, akár kisebb hozzájárulásokról, technikai segítségnyújtásról vagy tanácsadásról is beszélhetünk. Összefoglalva tehát azok a magán vagy önkéntes hozzájárulások tartoznak ide, amelyek valamely állami intézmény segítségével teremtenek fejlesztésre fordítható forrásokat (például Product(REDF) vagy Massivegood) (Sandor 2010).
- *addicionális pénzügyi forrást mozgósítson*: azok a mechanizmusok tartoznak ide, amelyek új, kiegészítő forrásokat jelentenek, vagy a már meglévő pénzügyi források elérhetőségét javítják. Azonban azok a mechanizmusok, amelyek nem mozgósítanak jelentős addicionális, kiegészítő támogatást, hanem csak a már meglévő támogatások hatékonyságára koncentrálnak, nem tartoznak ide (Sandor 2010).
- *határokon átnyúló forrásátcsoportosítást jelentsen*: olyan mechanizmusok, amelyek nemzetközi donor finanszírozást, nemzetközi tőkepiacokat vagy más határokon átnyúló tranzakciókat foglalnak magukban. A tisztán hazai mechanizmusok, mint például a helyi adók és a partnerországokban történő tőkepiaci innovációk, melyek nem igényelnek nemzetközi támogatást, nem tartoznak ide (Sandor 2010).
- *működőképes legyen*: ahogy a más területeken történő innovációknál is megszokott, így a segélyezés területén végbemenő pénzügyi innovációk is sok fejlesztési fázison mennek keresztül, míg működésbe lépve eredményesek lesznek. Az OECD azokra az innovatív finanszírozási eszközökre fókuszál, melyek még korai szakaszban vannak, de ígéretesnek bizonyulnak a jövőre nézve (Sandor 2010).

Az ENSZ meghatározása nagyon hasonló az OECD megfogalmazásához. Mindkét szervezet definíciójában szerepel, hogy az innovatív finanszírozás *kiegészíti a hivatalos fejlesztési támogatást*, valamint ezek a mechanizmusok a fejlesztés érdekében törekednek forrásbevonásra. Ezen kívül az ENSZ kritériumai között is szerepel a hivatalos, *állami szektor*

bevonása, és a *határokon átnyúló forrásátcsoportosítás* is, mely kritériumokkal az OECD meghatározásánál is találkoztunk. Azonban az ENSZ értelmezése szerint az alább felsoroltaknak is teljesülniük kell ahhoz, hogy innovatív finanszírozási eszközről beszélhessünk (UN 2012):

- nemzetközi együttműködést foglaljon magában,
- a hagyományos finanszírozási mechanizmust új kontextusban használják, vagy tartalmazzon innovatív elemeket, végül pedig
- képes legyen jelentős pénzügyi forrást mozgósítani.

A *Leading Group on Innovative Financing for Development*¹⁴ meghatározása szerint az innovatív finanszírozás eszközei *kiszámíthatóak és stabilak*, és *kiegészítik a hivatalos fejlesztési támogatást*. Ezen felül a definíciójuk kimondja, hogy az eszközök a hagyományos finanszírozási mechanizmusokat *új kontextusban* alkalmazzák, vagy azok *innovatív elemeket* tartalmaznak. Végül, a Leading Group az innovatív finanszírozást a globalizációval összekapcsolva értelmezi, azaz úgy vélik, hogy ezen eszközök segítségével egyes szervezetek a *globalizáció negatív hatásait igyekeznek ellensúlyozni*: azokat a szektorokat adóztatják meg, amelyek a globalizáció legnagyobb nyertesei (például a pénzügyi szektor) vagy amelyek jelentős károkat okoznak az emberiségnek, a környezetnek (például a szénkibocsátás) (UN 2012). Két alkategóriát határoztak meg az innovatív finanszírozáson belül: az egyikbe azok az innovatív források tartoznak, amelyek új pénzügyi eszközöket generálnak a fenntartható fejlődésért, a másik kategória pedig azokat az innovatív mechanizmusokat tartalmazza, amelyek elősegítik a már meglévő források hatékonyabb felhasználását (OECD 2014).

Látható, hogy nincs teljes egyezés a négy szervezet innovatív fejlesztésfinanszírozásra alkotott definíciójában, azonban egy-egy jellemző megegyezik a szervezetek meghatározásaiban, még ha máshogy is fogalmazták meg azokat (1. táblázat).

¹⁴ A *Leading Group* jelenleg 66 államból és számos nemzetközi és nem-kormányközi szervezetből áll. Forrás: <http://leadinggroup.org/rubrique173.html> Letöltve: 2016. március 09.

1. táblázat Az innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközök jellemzői különböző szervezetek szerint

Jellemzők	Világbank	OECD	ENSZ	Leading Group
új fejlesztési forrás	x	x	x	x
pénzáramlások hatékonysága	x			
eredményorientált	x			
hivatalos szektor bevonása		x	x	
meglévő források elérhetősége javul		x		
határokon átnyúló		x	x	
nemzetközi együttműködés			x	
működőképes		x		
új kontextus vagy innovatív elemek			x	x
jelentős pénzügyi forrás			x	
kiszámítható, stabil				x
a globalizáció negatív hatásait ellensúlyozza				x

Forrás: saját szerkesztés

A közös jellemzők a következők (Kiss 2015):

- a vizsgált szervezetek mindegyike, kivétel nélkül egyetért abban, hogy ez a segélyezési forma új forrást hoz létre, valamint a hivatalos fejlesztési támogatás mellett, és nem helyett létezik¹⁵, tehát elismerik a kiegészítő jellegét,
- a Világbank kivételével a szervezetek nemzetközi viszonylatban értelmezik a felhasználását, globális problémák megoldására jöttek létre ezen innovatív formák, azaz nem szűkítik le a fejlődő országok támogatására, valamint
- nem csak az újonnan megjelenő finanszírozási forrásokat tekintik innovatívnak, hanem ezen források felhasználásának újszerű módjait is.

¹⁵ Azonban számos ország ODA-ként számolja el (Kiss 2015).

Alonso (2012) hat kritériumot fogalmazott meg, melyek nagyjából lefedik az általam fentebb leírt négy szervezet meghatározásának közös jellemzőit. A szerző által figyelembe vett kritériumok, amelyeknek az innovatív fejlesztésfinanszírozás eszközeinek meg kell felelniük, az alábbiak:

- *addicionalitás (additionality)*: a hivatalos fejlesztési segély mellett létezzen, ne helyette,
- *elégségesség (sufficiency)*: az eszköz által létrejött forrásnak elegendőnek kell lennie azon probléma megoldásához, amely leküzdésére létre lett hozva,
- *hatékonyság (efficiency)*: az eszköznek a lehető legalacsonyabb költséggel kell megvalósulnia,
- *hatásosság (effectiveness)*: az eszköznek könnyen végrehajthatónak kell lennie,
- *igazságosság (fairness)*: a költségeket és a hasznokat egyenlően, igazságosan kell szétosztani,
- *előreláthatóság (predictability)*: a forrásoknak könnyen kiszámíthatóaknak, megjósolhatónak kell lenniük, hogy el lehessen kerülni az instabilitást.

A dolgozatom során az ENSZ meghatározását veszem alapul, mert véleményem szerint ezen szervezet megfogalmazása írja le a legjobban, hogy mely fejlesztésfinanszírozási eszközök innovatívak. Számos jellemzőben hasonlít az OECD definíciójához, azonban annak használatát elvettem, mert az OECD általi kritérium, mely szerint a létrejövő eszköznek működőképesnek kell lennie, véleményem szerint nem hiányosság a másik három szervezet meghatározásában, hiszen azért hozzák ezeket az eszközöket létre, hogy működjenek, és általuk pozitív eredményeket érjenek el a segélyezés területén.

A fejezetben leírtakból látható, hogy a 2000-es évek során megszületett az a felismerés, mely szerint a hagyományos segélyek mennyisége és hatékonysága sem megfelelő az elmaradott országok problémáinak kezelésére, ezért van szükség az innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközökre. Ezen mechanizmusok *innovativitása* egyrészt a *szereplőknél* jelenik meg – az állami szektor szereplői mellett magánszereplők is részt vesznek a segélyezésben –, másrészt a *fejlesztésre szánt forrás* előállításának újszerű módja is innovativitásnak tekinthető. A következő fejezetben ezen eszközök kategorizálását ismertetem, továbbá az egyes csoportokba tartozó, lényegesebb eszközöket mutatom be.

4. AZ INNOVATÍV FEJLESZTÉSFINANSZÍROZÁS CSOPORTOSÍTÁSA, ESZKÖZEI

Ahogy a definícióknál sincs teljes mértékben egyezés a különböző szervezetek meghatározásai között, így az innovatív fejlesztésfinanszírozás eszközeinek csoportosításánál sem lehet konkrét, minden szervezet által elfogadott kategorizálásra támaszkodni. Ebben a fejezetben először ismertetem a nemzetközi szervezetek általi kategorizálást, majd pedig bemutatom a jelenleg működésben lévő innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközöket, továbbá azt, hogy milyen folyamatok játszódnak le, amíg a finanszírozási forrás eljut a donortól a recipiensig. Ezt követően összefoglalom az általuk elért eredményeket, valamint ismertetem, hogy az egyes eszközök milyen előnyökkel, illetve hátrányokkal rendelkeznek. Ezen kívül kitérek arra is, hogy melyek azok a mechanizmusok, amelyek még nincsenek működésben, hanem csak megvitatás alatt állnak, és bevezetésükkel mekkora forrást lehetne generálni a fejlesztés számára.

Az *OECD* a fogalmi meghatározásnál megfogalmazott négy kritérium alapján három csoportba sorolta az innovatív finanszírozás eszközeit (Sandor 2010), míg az *Innovative Financing Initiative* és a *UNDP* egyenként négy-négy csoportot határozott meg (2. táblázat) (Kiss 2015).

2. táblázat Az innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközök csoportosítása a különböző szervezetek szerint

	1. csoport	2. csoport	3. csoport	4. csoport
OECD	Magán- és állami források összevonása	Új, fejlesztési célokra fordítható bevételek teremtése	Új, a piac tökéletlenségét kezelő eszközök	-
UNDP	Kötelező adók, illetékek, díjak	Önkéntes, szolidaritási alapú hozzájárulások	„Front-loading”, adósság-alapú konstrukciók és kötvénykibocsátások	Állami garanciák, a magánszektor befektetéseinek ösztönzése, biztosítások és egyéb piaci alapú mechanizmusok
Innovative Financing Initiative	Értékpapírok és derivatívák	Eredmény alapú mechanizmusok	Önkéntes adakozások	Kötelező adók, illetékek

Forrás: Kiss (2015) alapján saját szerkesztés

Az egyes szervezetek általi csoportok kialakítása és elnevezése nagyon hasonló, átfedéseket is találhatunk közöttük. Dolgozatomban a UNDP tipológiáját és elnevezéseit használom, mert véleményem szerint ez ötvözi a másik két szervezet által meghatározott csoportokat, ezáltal ez a kategorizálás fogja át leginkább az innovatív fejlesztésfinanszírozás eszközeit.

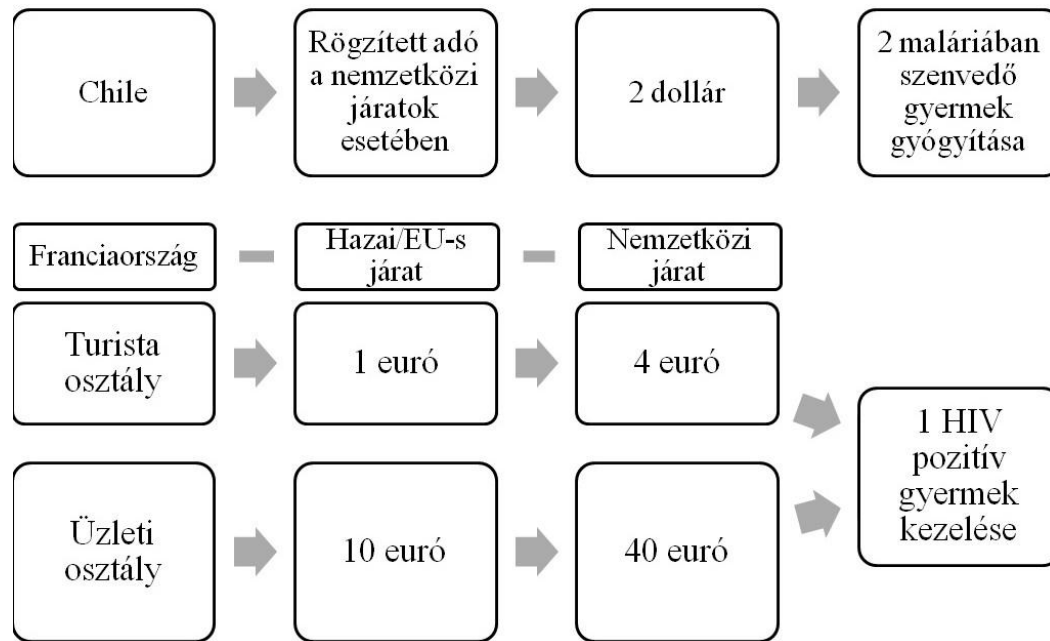
4.1. Kötelező adók, illetékek, díjak (1. csoport)

Az első csoportba azok a *kötelező adók, illetékek* illetve egyéb *díjak* tartoznak, amelyeket globális tevékenységekre vetnek ki. Ezek az eszközök a magánszektorból származnak, és az állami szektor számára jelentenek bevételi forrást, melyet minden esetben fejlesztésre fordítanak (UNDP 2012). Ezen csoportból csupán egy mechanizmust szeretnék kiemelni, mely a repülőjegyekre kivetett nemzetközi szolidaritási adó (*International solidarity levy on airline tickets/airline ticket tax*).

A repülőjegyekre kivetett adó az elsők között jelent meg az innovatív fejlesztésfinanszírozás területén. 2006-ban hozta létre 5 ország kormánya: Brazília, Chile, Franciaország, Norvégia és az Egyesült Királyság, azonban az évek folyamán más országok is csatlakoztak ehhez a kezdeményezéshez (Girishankar 2009). Napjainkban jelenleg 9 ország alkalmazza ezt az innovatív finanszírozási mechanizmust: Chile, Dél-Korea, Franciaország, Kamerun, Kongó, Madagaszkár, Mali, Mauritius és Níger (OECD 2014). Ezt az adót az országok kormánya veti ki, az utasok fizetik, amikor megveszik a repülőjegyeiket, és az adott légitársaság gyűjti be. Nincs egységes mértéke, összege több tényezőtől is függ: az országok jövedelmi helyzetétől, az utazás távolságától és attól is, hogy milyen osztályon utazik az illető (UN 2009). Franciaország két osztályt különböztet meg: „*economy*” (turista) és „*business*” (üzleti) osztályt (9. ábra). A turista osztályon utazóknak 1 euró ez az illeték hazai és Európai Unión belüli járat esetében, valamint 4 euró¹⁶ az adó, amennyiben nemzetközi járatról van szó. Üzleti osztály esetében magasabbak ezek az összegek: hazai és európai járat esetben 10, míg nemzetközi járat esetében 40 euró az adó mértéke. Ezzel szemben Chile fix adót vetett ki: minden nemzetközi járat esetében 2 dollár az az összeg, amely az innovatív finanszírozás eszközét jelenti (UNDP 2012).

¹⁶ Az összegre vonatkozóan nincs egységes álláspont, hiszen például a UN (2012) szerint 6 euró az adó nagysága.

9. ábra A repülőjegyekre kivetett adók működése Chilében és Franciaországban



Forrás: UNDP (2012) alapján saját szerkesztés

Az így befolyt összeg a UNITAID tulajdonába kerül, amely szervezet célja a HIV/AIDS-ben, tuberkulózisban és maláriában szenvedő betegek segítése a kezelésükhöz szükséges gyógyszerek árának csökkentése által (Le Gargasson – Salomé 2010). A UNITAID jövedelmének 70%-a származik a repülőjegyekre kivetett adókból (UNDP 2012). A UNITAID 2011-es jelentése szerint az addig az évig befolyt összeggel 94 országban tudtak segíteni az embereken (Kiss (2015) alapján ebből 41 ország fekete-afrikai), míg a 2013-as jelentés szerint Franciaországban a repülőjegyekre kivetett adók által több mint 1 milliárd euró folyt be az alapítás, azaz 2006 óta (UNITAID 2011, UNITAID 2013).

Nagy előnye ennek a finanszírozási formának, hogy mivel az adó beszedéséhez nincs szükség külön adminisztrációs mechanizmusra, hanem a már meglévő nemzeti hatóságok, valamint a légitársaságok hajtják végre, így nem merül fel plusz költség az alkalmazása során.¹⁷ Ezen kívül figyelmet fordítanak arra is, hogy az adó mértéke alacsony legyen, és ne okozzon negatív hatást a légiközlekedésre (UN 2012).

A donor országok kormányai a repülőjegyekre kivetett adókból befolyt összegeket az éves költségvetésükben ODA-ként számolják el, így ezen eszköz esetében nem valósul meg az addicionalitás. Pozitívum, hogy az így létrejött bevételek *stabilak és kiszámíthatóak*, mivel csak a légiutas-forgalomtól függnének, más tényező nem befolyásolja az adózás ezen fajtáját.

¹⁷Forrás:

http://www.unitaid.eu/images/Factsheets/UNITAID_Air%20Ticket%20Levy%20in%20Africa_2013_EN.pdf.
Letöltve: 2016. február 09.

Azonban ugyanebből a tényezőből fakadóan hátrányokkal is számolnunk kell. Mivel a légiutas-forgalomtól függ, ezért ki van téve többek között a terrorizmus vagy a gazdasági válság hatásainak is, így az előző évtizedben éles visszaesés volt tapasztalható a 2001-es terrortámadás, valamint a 2008–2009-es gazdasági válság következményeként is (UNDP 2012).

A repülőjegyekre kivetett illetékekből befolyt összeg felhasználását tekintve *kötött*, vagyis csak a már említett betegségek kezelésére, az egészségügyi helyzet javítására lehet fordítani (Kiss 2015). Ez a kötöttség pedig felveti a kötött segélyekkel kapcsolatos összes dilemmát, többek között, hogy ezek a feltételek korlátozzák a segélyek hatékonyságát. További kritika a kötött segélyekre vonatkozóan, hogy nem engedik a recipiens országoknak, hogy ők döntsenek a segélyek felhasználásáról a fejlesztési folyamatok során (Kim–Kim 2016). Amennyiben valamely fejlődő ország szeretne részesülni a repülőjegyekre kivetett adók által létrejött forrásokból, a UNITAID felé kell fordulnia az igényével (Kiss 2015).

A repülőjegyekre kivetett adó esetében *innovatív vonásként* említhető meg, hogy a hozzájárulás nem önkéntes, mint általában a segélyek esetében, hanem adóként szedik be a légitársaságok a repülőjegyek árával együtt. Ezen kívül az „adományozók” nem országok, hanem a magánszektor azon szereplői, akik az adott légitársaságot veszik igénybe utazásuk során.

4.2. Önkéntes, szolidaritási alapú hozzájárulások (2. csoport)

Az innovatív fejlesztésfinanszírozás eszközeinek második csoportját az *önkéntes, szolidaritási alapú hozzájárulások* alkotják. Ide azokat a kezdeményezéseket sorolhatjuk, melyek esetében az adományozók dönthetnek arról, hogy szeretnének-e egy bizonyos összeget felajánlani nemzetközi fejlesztésekre. Az önkéntes hozzájárulás származhat fogyasztóktól, üzleti körökből vagy a diaszpóra tagjaitól (UNDP 2012).

1. 1%-os digitális szolidaritási hozzájárulás (1% digital solidarity)

Az 1%-os digitális szolidaritási hozzájárulás működése során az állami intézmények és magánvállalatok adományozhatják valamely infokommunikációval kapcsolatos szerződéseik értékének 1%-át a *Global Digital Solidarity Fund*-nak, amely alap célja, hogy csökkentse a fejlett és fejlődő országok között fennálló digitális szakadékot, mely véleményük szerint az egyik legfőbb akadálya a fejlődésnek (UNDP 2012).

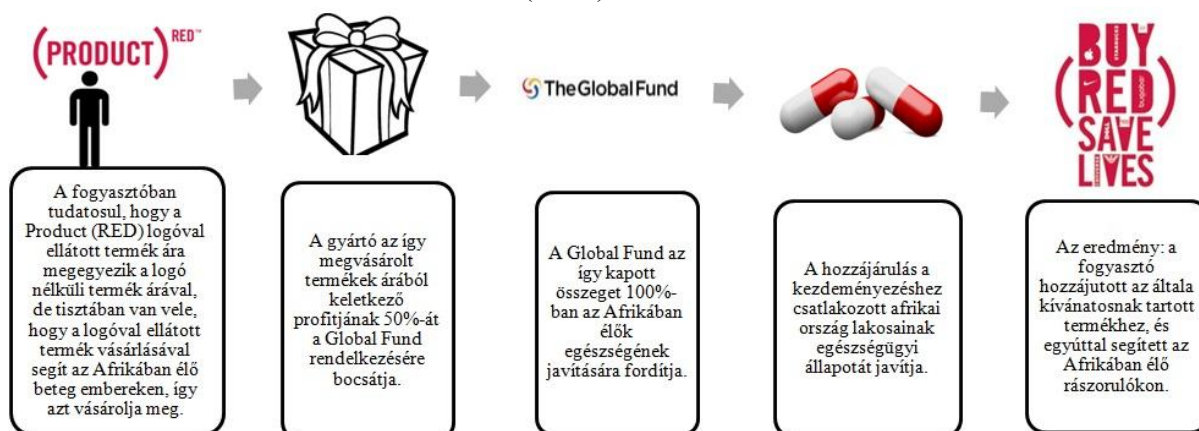
2. MASSIVEGOOD

Az önkéntes szolidaritási alapú hozzájárulások másik fajtája, a MASSIVEGOOD 2010-ben jött létre Spanyolországban. Ez a kezdeményezés a turisták számára jelentett adakozási lehetőséget, akik az útjuk online lefoglalása során adományozhattak kisebb összeget, amelyet betegségek kezelésére (mint például a malária) és nemzetközi fejlesztésre szántak (UNDP 2012). Ez a mechanizmus nagyon hasonlított a fentebb már ismertetett repülőjegyekre kivetett adókra, azzal a különbséggel, hogy itt az adakozás önkéntes volt. 2011 novemberében megszüntették ezt a kezdeményezést, egyes források szerint a gazdasági válság hatása miatt nem bizonyult működőképesnek (UN 2012).

3. Product (RED)

A Product (RED) elnevezésű mechanizmus 2006-ban jelent meg, létrehozása az énekes Bono és Bobby Shriver nevéhez fűződik. A kezdeményezéssel céljuk az volt, hogy felhívják az emberek figyelmét az AIDS, a tuberkulózis és a malária elleni harc fontosságára (UN 2012). A Product (RED) esetében az ilyen logókkal ellátott termékek vásárlásából befolyt összeg egy részét (akár 50%-át) adományozzák a gyártók a *Global Fund*-nak, majd ők az így kapott összeget teljes egészében az AIDS, a tuberkulózis és a malária kezelésére fordítják (10. ábra) (UNDP 2012). Számos ismert vállalat csatlakozott már a kezdeményezéshez, többek között a Nike, az Apple, a Gap, a Starbucks, a Converse, a Dell és az Emporio Armani is. A mechanizmus segítségével, a 2006-os elindulását követő 5 évben összesen 190 millió dollár gyűjt össze a *Global Fund* számára, mellyel 2012-ig 7,5 millió embert tudtak kezelni Afrika 6 országában¹⁸ (UN 2012).

10. ábra A Product (RED) mechanizmus működése



Forrás: UN (2009) alapján saját szerkesztés

¹⁸ Dél-afrikai Köztársaság, Ghána, Lesotho, Ruanda, Szváziföld és Zambia.

A Product (RED) promóciós kampánya a média minden formájában megjelent: az Egyesült Királyságban a „*The Independent*” napilap, valamint a világhálón a *MySpace* weboldal is támogatta a mechanizmust az elindulásától kezdve. A televízióban Bono és Oprah Winfrey szereplésével is igyekeztek ismertebbé tenni a kezdeményezést, amely sikerült is: Oprah a felvétel során az egyik támogató gyártó, a Gap INSPI(RED) feliratú pólóját viselte, amelyet különösen erre az alkalomra terveztek, és a műsort követően rekord mennyiségben vásárolták a fogyasztók, hozzájárulva a kezdeményezéshez (UN 2009).

Annak ellenére, hogy láthatóan nagy eredményeket tud a Product (RED) felmutatni, ezt az eszközt is érik kritikák. Egyes vélemények szerint ez a mechanizmus kevésbé átlátható és hatékony, mint más, a vállalatoktól érkező, közvetlen jótékonyági hozzájárulások. Azonban az innovatív fejlesztési finanszírozás más eszközeitől eltérően, a Product (RED) esetében előnyként fogalmazható meg, hogy olyan kiegészítő forrást generál, amely más esetben nem jönne létre és nem lehetne fejlesztésre fordítani (UN 2012).

Az önkéntes, szolidaritási alapú hozzájárulásokról összefoglalva elmondható, hogy mivel önkéntes és magánjellegű pénzáramlásról van szó, így *nem kell elszámolni ODA-ként*, tehát teljesül az innovatív fejlesztési finanszírozási eszköz addicionális jellege (OECD 2011). Továbbá, a fejlesztésre szánt forrás létrehozásának módja is *újszerű*: például a Product (RED) esetében bizonyos márkák gyártói ajánlják fel a mechanizmus logójával ellátott termékek eladásából befolyt bevételeik egy részét az egészségügy fejlesztésére. Előnyük ezeknek az eszközöknek, hogy az általuk teremtett források begyűjtése túlnyomó részben internetes átutalásokkal történik, így ezeknek a folyamatoknak a *költsége minimális*, nem megterhelő az adománygyűjtésben részt vevők számára. Azonban, mivel meglehetősen újak ezek a mechanizmusok, szinte teljes mértékben a fogyasztóktól és a termelőktől függnék, így nagyon *sebezhetőek*. Ezt az állítást bizonyítja az is, hogy az általam ismertetett három eszköz közül egy, a MASSIVEGOOD csupán két évig működött (UNDP 2012).

4.3. „Front-loading”, adósság-alapú konstrukciók és kötvénykibocsátások (3. csoport)

Az innovatív fejlesztésfinanszírozás harmadik csoportjába háromféle mechanizmust sorolhatunk. Egyrészt, ezt a kategóriát olyan eszközök alkotják, melyeknél az *állami források* – az elnevezésből (front-loading = megelőlegezett befektetések) is láthatóan – *korábban állnak rendelkezésre*, mint ahogy hagyományos segélyként hozzá lehetne jutni, így hamarabb fordíthatók fejlesztésre, köszönhetően a nemzetközi piacokon végbemenő

kötvénykibocsátásoknak. Másrészt, az *adósságalapú konstrukciók* közé tartoznak az adósságkonverziók, amelyek az adósság csökkentése által olyan forrásokat szabadítanak fel, amelyeket fejlesztésre lehet fordítani. Végül, ebbe a csoportba sorolhatók a különböző *kötvénykibocsátások* is, melyek az előbbi két mechanizmussal ellentétben új finanszírozási forrásokat generálnak a fejlesztés érdekében (Kiss 2015, UNDP 2012).

1. Nemzetközi pénzügyi alap a védőoltásokért (*International Finance Facility for Immunisation, IFFIm*)

A „front-loading” mechanizmusok egyik példája az *IFFIm*, amelyet 2006-ban alapított hat ország: az Egyesült Királyság, Franciaország, Olaszország, Norvégia, Spanyolország és Svédország, azonban az elindítása óta Ausztrália, Brazília, Dél-Afrika és Hollandia is csatlakozott a kezdeményezéshez (UNDP 2012). Az *IFFIm* a nemzetközi tőkepiacokon bocsát ki kötvényeket (ún. „*vaccine bonds*”-okat), így az ezáltal létrejött forrásokat azonnal fel tudják használni fejlesztésre, ebben az esetben immunizációs problémák megoldására. A kötvénykibocsátás során a Világbank nyújt az *IFFIm* számára adminisztratív támogatást és felelős a pénzügyekért („*Treasury Manager*”) (OECD 2014, World Bank 2010). A magánbefektetők pénzét az *IFFIm* egy hosszú, akár 20 éves periódus alatt fizeti vissza, mely visszafizetésre garanciát a donor országok kormányának ODA kötelezettségvállalása nyújt (11. ábra). Így igazából ez a mechanizmus „megelőlegezett ODA”-ként értelmezhető, ugyanis a kötvényt a visszaváltáskor a kibocsátók ODA-ként számolják el (UNDP 2012).

11. ábra Az *IFFIm* működése



Forrás: GAVI (2014), 12. o.

Mivel ezen előrehozott befektetés során nagy összegű beruházás történik, így ez lehetővé teszi az *IFFIm* számára, hogy alkudozzon egyes gyógyszeripari cégekkel. Az *IFFIm* azt szeretné elérni, hogy a megvásárolt termékek nagy mennyiségére való tekintettel a cégek csökkentsék a vakcinák árát. Ezáltal ugyanakkora összegből több ember egészségügyi helyzetén tudnának javítani (OECD 2014).

Az *IFFIm* általi kötvénykibocsátásból befolyt összeg túlnyomó részét a GAVI (Oltóanyag és Immunizációs Világszövetség¹⁹) nevű szervezethez utalják, mely 2000 óta létezik, és célja, hogy a legszegényebb országokban élő gyermekek egyre nagyobb számban juthassanak hozzá a szükséges oltóanyagokhoz, valamint elérjék a vakcinák árának csökkenését²⁰, ezáltal növeljék az immunizációhoz való hozzáférést, és így javítsák a lakosság egészségét (IFFIm 2015, UNDP 2012). A forrást csak erre a célra lehet felhasználni, vagyis kötött forrásról van szó, a recipiens országok sem befolyásolhatják ezt (Kiss 2015). Az *IFFIm* létrehozásától számított 4 év alatt (vagyis 2006-tól 2010-ig) a GAVI megháromszorozta a kifizetéseit, ez a tény is azt bizonyítja, hogy az *IFFIm* a GAVI legfőbb forrása (UN 2011).

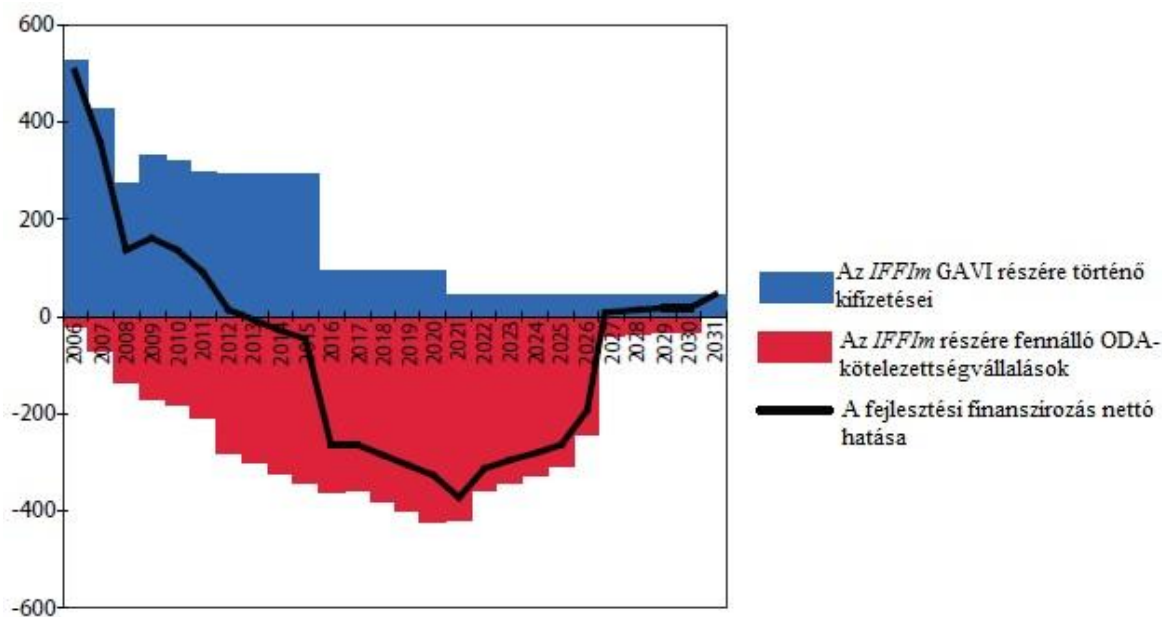
A kezdeményezésben részt vevő 10 ország 2012-ig összesen 6,2 milliárd dolláros kötelezettséget vállalt, az összeg 72,4%-ának teljesítését az Egyesült Királyság és Franciaország vállalta. Ezen ígéretek figyelembe vételével az *IFFIm* 2012-ig 19 kötvényt bocsátott ki 5 piacon, melyek értéke megközelítette a 3,6 milliárd dollárt. 2010 végéig az általuk nyújtott forrásból 1,9 milliárd dollárral tudtak segíteni 70 alacsony jövedelmű országban (UN 2012), valamint 2014-ig mintegy 5 milliárd dollár bevételt tudtak generálni a kötvénykibocsátások által (Gartner 2015).

Mivel az *IFFIm* a jelenben teszi lehetővé a forrás elköltését, de a jövőben történik a törlesztés, amikor a forrás már nem fog rendelkezésre állni, így eleinte a GAVI számára kifizetett összegek meg fogják haladni az *IFFIm* részére fennálló ODA-kötelezettségvállalást, de néhány év elteltével, amikor már nem történik kötvénykibocsátás, ez a tendencia megfordul (12. ábra). Ennek következtében az *IFFIm* kötvényeket szolgáló ODA éves összege meg fogja haladni az *IFFIm* által a GAVI-nak nyújtott forrást, így a fejlesztési finanszírozás nettó hatása negatívvá válhat. Ez a negatív egyenleg több éven át is fennállhat, és jelentős mértékű lehet, valamint az is előfordulhat, hogy csak 10–15 év múlva sikerül újból pozitívvá válnia (UN 2012).

¹⁹ A szervezet nevének fordítása az Európai Parlament szerint. Forrás: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2012-0230+0+DOC+XML+V0//HU>. Letöltve: 2016. február 27.

²⁰ A szervezet célja továbbá az úgynevezett pentavalens vakcina („pentavalent vaccine”, más néven a DTP-HepB-Hib oltás) általi lefedettség növelése, mely oltás öt fertőzés – Diftéria, Tetanusz, Pertussis (szamárköhögés), Hepatitis-B, H influenza-b – ellen nyújt védeltséget (Lydon et al. 2008).

12. ábra Az IFFIm GAVI részére történő kifizetései és az IFFIm részére fennálló ODA-kötelezettségvállalások, 2006–2031, millió USD



Forrás: UN (2012), 53. o.

Az IFFIm mechanizmus megjelenése 3 tényezőt bizonyít (UN 2009):

- politikai akaratot, ugyanis a segélyezésben eddig még nem tapasztalt időtartamra (akár 20 év) vállalnak kötelezettséget az egyes államok kormányai,
- általa olyan rendszer jön létre, amely mérhető inputokat és outputokat biztosít, és segítségével könnyű a forrásokat nyomon követni, valamint
- nem csak egészségügyi, hanem pénzügyi tekintetben is hatásos, ugyanis az IFFIm AAA hitelminősítésű besorolást szerzett, ami a legjobb a befektetőknek, mert szilárd adósságfizetést jelent, továbbá a mechanizmusban való részvétel erősíti a befektetőkben a társadalmi felelősségvállalás érzését is.

Az IFFIm megjelenése óta, az általa elért pozitív eredmények ellenére is merültek fel a használatával kapcsolatban kockázatok, negatívumok. A megjelenésekor – ahogy fentebb is említettem – a mechanizmus AAA hitelminősítésű volt, melyet többek között az alábbi tényezőnek köszönhetett: a pénzügyi felajánlások 85%-át AAA besorolású országok kormányai tették, ezen kívül maga a mechanizmus kormányközi kezdeményezést tesz lehetővé, valamint az a tényező is előnyt jelentett a pozitív elbírálásban, hogy a Világbankot választották a pénzügyeiket kezelő szervezetnek (UN 2012). Azonban a gazdasági válság hatására csökkent az IFFIm hatékonysága és romlott a megítélése. Azok a donorok, akik a felajánlások körülbelül 41,3%-át adták (Franciaország, Olaszország és Spanyolország)

elveszítették az AAA besorolásukat több hitelminősítő intézménynél is, és más országok esetében is felmerült a *leminősítés veszélye* (például az Egyesült Királyságra vonatkozóan is, akik szintén nagy részt vállaltak a felajánlások tekintetében). Ebből kifolyólag az *IFFIm* kevesebb kötvényt tud kibocsátani, így pedig kevesebb fejlesztési forrást tud generálni a GAVI számára. További negatívum a donor országokra nehezedő *költségvetési nyomás*, amely korlátozhatja a jövőbeli pénzügyi felajánlások mértékét. Az Európai Unió tagországai számára a Stabilitási és Növekedési Paktum általi szabályok²¹ jelentenek nyomást a költségvetésre, ennek következtében csökkenhetnek az uniós országok általi felajánlások az *IFFIm* számára (UN 2012).

2. Adósságkonverziók („debt swaps”)

Az adósságkonverziók – eredeti elnevezéssel „*debt conversions*” vagy „*debt swaps*” – során úgy történik a forrás létrehozása, mellyel az egészségügy fejlesztését célozzák meg a donorok, hogy a fennálló adósság egy részét fordítják segélyezésre. A mechanizmus során a hitelező a követelésének egy részéről lemond, azzal a feltétellel, hogy az adós ország ezt az előre egyeztetett összeget valamely társadalmi vagy környezetvédelmi probléma megoldására fordítja (UNDP 2012).

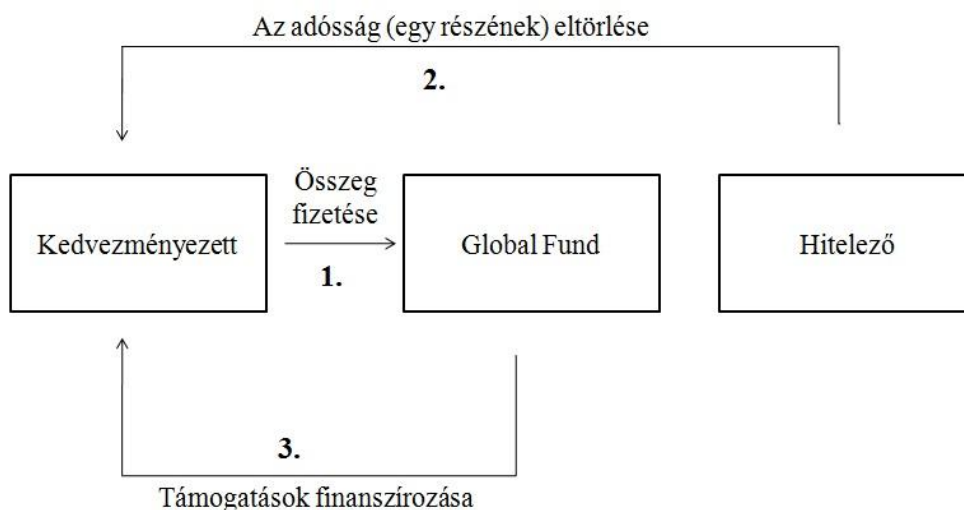
Az adósságkonverzió először az 1980-as években jelent meg, de ekkor még nem volt szó innovatív fejlesztésfinanszírozásról. Ebben az időszakban a mechanizmus a „*debt-for-nature*” elnevezést kapta, mert az adósság elengedett részét az adós országnak környezetvédelemre kellett fordítania (UN 2012). A folyamat a következőképpen zajlott: először az adós ország fennálló adósságát névérték alatt értékesítették a másodlagos piacon, majd az érte kapott összeget átváltották hazai valutára, és az így keletkezett forrást fordították környezetvédelemre (UNDP 2012). Az ENSZ becslése szerint az 1980-as évek óta 1,1–1,5 milliárd dollár értékű forrást sikerült generálni a kezdeményezés által (UN 2012).

Az adósságkonverzió egyik formája a „*Debt2Health*” elnevezésű kezdeményezés, melyet 2007-ben indított a *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* (GFATM) nevű szervezet. A mechanizmus során a hitelező lemond a részére törlesztendő adósság egy részéről azzal a feltétellel, hogy az adós (más néven kedvezményezett) egy előre meghatározott összeget a *Global Fund* rendelkezésére bocsát, amely szervezet ezt az összeget az egészségügy javítására fordítja (UNDP 2012). A folyamat végrehajtásához nincs szükség új szabályokra, a *Debt2Health* a *Global Fund* már létező elvei és politikái alapján működik.

²¹ A költségvetési deficit nem haladhatja meg a GDP 3%-át, és a bruttó államadósság nem haladhatja meg a GDP 60%-át (Moutot et al 2011).

Az ENSZ leírása szerint az eljárás a következőképpen zajlik: első lépésben a kedvezményezett egy meghatározott összeget bocsát a Global Fund rendelkezésére (ez történhet egy összegben vagy részletekben is, ahogy az adósságot törlesztené), ezt követően a hitelező csökkenti az adóssal szemben fennálló követelését (13. ábra). Végül, a Global Fund az így kapott összeget az egészségügy javítására fordítja (UN 2009).

13. ábra A Debt2Health működése



Forrás: UN (2009), 64. o.

Az első ilyen egyezmény Németország és Indonézia között született: Németország elengedte 50 millió euró értékű követelését Indonéziával szemben, feltéve, hogy Indonézia 25 millió eurót fordít az egészségügy fejlesztésére a *Global Fund*-on keresztül (Girishankar 2009). Egy másik megállapodás keretében Pakisztán és Elefántcsontpart volt a kedvezményezett, akik összesen 59 millió euró értékű adósság-elengedésben részesültek Németországtól, melyből 29,5 millió eurót bocsátottak a *Global Fund* részére, továbbá Ausztrália mint hitelező is lemondott Indonézia 54,6 millió euró értékű adósságának törlesztéséről, ennek eredményeképpen 27,3 millió euró került a *Global Fund*-hoz. 2011-ben egy háromszög-együttműködés jött létre Németország, Egyiptom és – a *Global Fund*-on keresztül – Etiópia között: Németország vállalta, hogy lemond 6,6 millió euró értékű egyiptomi követeléséről, amennyiben Egyiptom hozzájárul ahhoz, hogy az összeg felét az etiópai maláriaellenes programokra fordítják, természetesen a *Global Fund* segítségével (UN 2012).

Nem csak az egészségügy javítását szolgáló adósságkonverziók léteznek, hanem az oktatás javítását („*debt-for-education*”) és magát a fejlesztést célzó („*debt-for-*

development”) is. Az egyes konstrukciók közötti határvonal meghúzása eléggé problémás, mivel a fejlesztést célzó adósságkonverziók legtöbb esetben az egészségügyi, az oktatási vagy a környezetvédelmi programokat támogatják (UN 2012).

Az adósság-konverzió már több mint 20 éve létezik, és működése alatt számos fejlődésen ment keresztül. Azonban felhasználását tekintve a kezdetektől fogva *kötött*, hiszen ahogy az elnevezésekből is látható, csak bizonyos, előre meghatározott szektorok fejlesztésére lehet fordítani az általa keletkezett forrást. Összegét tekintve változatos: kevesebb mint 1 millió dollártól akár több száz dollárig is változhat a konstrukcióból származó forrás, vagyis nem kiszámítható forrásról van szó (UN 2012). Hátránya, hogy a tranzakciók nagyon *idő- és költségigényesek*, így érdemes mérlegelni, hogy kisebb összegű konstrukciók esetén megéri-e ezen mechanizmus alkalmazása (Kiss 2015).

3. Kötvénykibocsátások

Az előző két eszközzel ellentétben a kötvénykibocsátás új fejlesztésfinanszírozási forrást hoz létre. A UNDP által meghatározott „fenntartható befektetési” („*sustainable investing*”) kötvények alkotják az innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközök ezen csoportját, melyre konkrét példák a Világbank által kibocsátott Öko-kötvények (*Eco notes*), „hűvös” kötvények (*Cool bonds*) és a Zöld kötvények (*Green bonds*). A Világbank ezekkel a kötvényekkel azokat a befektetőket célozza meg, akik a befektetési döntésük meghozatala során figyelembe vesznek bizonyos szociális és környezeti szempontokat is (UNDP 2012), valamint attól sem riadnak vissza, hogy esetleg alacsonyabb hozamot realizálhatnak a fejlődés előmozdítása érdekében (EC 2010).

A Zöld kötvényeket 2008 óta bocsátja ki a Világbank, 2014-ig körülbelül 4,4 milliárd dollár értékben valósult meg ilyen fajta kötvénykibocsátás. A kötvények által létrejövő projektek célja többek között a nap- és szélenergia létesítmények rehabilitációja, a károsanyag-kibocsátás csökkentése, az alternatív üzemanyagok felhasználásának elterjesztése, az erdők állapotának javítása és újraerdősítés, tehát összességében – ahogy az elnevezésből is látszik – egy „zöldebb” élet létrehozása (World Bank 2010). A Világbank ezzel a mechanizmussal a közepes jövedelmű országokat támogatja: Kolumbiának, Egyiptomnak és Törökországnak nyújtott kölcsönt, melyet az országok a városi közlekedés fejlesztésére és megújuló energiaforrásokra (mint például szélenergia építésére) fordítottak (UNDP 2012).

A befektetők számára előnyös, hogy ezen kötvények hozama többnyire megegyezik a hagyományos kötvényekével, és emellett még lehetővé teszi a befektető számára, hogy hozzájáruljon a környezet állapotának javításához (Guarnaschelli et al. 2014). Továbbá, a

„hűvös” és a Zöld kötvények által is többszörösen nyer a befektető: egyrészt, hozzájárul a globális felmelegedés elleni harchoz, másrészt támogatja a Világbank szegénység elleni küzdelmét (World Bank 2010).

A kötvénykibocsátásokkal kapcsolatban érdemes megemlíteni a diaszpóra kötvényeket (*diaspora bonds*) is, melyek célja új fejlesztésfinanszírozási forrás létrehozása a recipiens ország számára, melyet valamely külföldön élő diaszpórája ad. A forrás így a kibocsátó ország kormányának költségvetésébe kerül, és ezt az összeget az állam tetszőleges célra fordíthatja. India és Izrael a legjelentősebb kibocsátók – 2012-ig 35–40 milliárd dollárhoz tudtak hozzájutni diaszpóra kötvények kibocsátása által –, India a fizetési mérleg egyensúlyba hozásához, míg Izrael lakásépítéshez és az infrastruktúra fejlesztésére használta fel az így befolyt összeget (UNDP 2012).

A diaszpóra kötvények kibocsátása elsősorban közepes jövedelmű országokra jellemző (mint például India és Izrael), de egyre nagyobb számban kezd elterjedni az alacsony jövedelmű országok között is (mint például Etiópia, Kenya, Nigéria, Ruanda és Zimbabwe) (UNDP 2012). Előnye, hogy általa a külföldön élő diaszpóra tagjai kapcsolatban maradnak az anyaországgal, és lehetőségük nyílik arra, hogy támogassák az országukat (Girishankar 2009). Azonban ebből kifolyólag hátrány is származhat, hiszen a diaszpóra kötvények által nyerhető forrás nagysága függ a külföldön élők anyaországgal, illetve annak kormányával ápolt viszonyától, és a külföldön élők anyagi helyzetétől is. Fontos megemlíteni, hogy ezen eszköz alkalmazásakor a kötvénykibocsátás által növekszik az államadósság, és a kötvényt vissza kell fizetni a lejáratkor. Azonban mindent egybevéve, a stabil gazdasággal rendelkező országok számára ajánlott ez a konstrukció, mert általa magas összegű forráshoz lehet jutni, amely felhasználása nem kötött (Kiss 2015).

Az innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközök harmadik csoportját alkotó források közül az *IFFIm* és az adósságkonverziók nem teremtenek ténylegesen új forrást a fogadó országok számára (Kiss 2015). Az *IFFIm* mechanizmus során a donoroktól származó hozzájárulás akkor számolandó el ODA-ként, amikor a donor ország átutalja az összeget az *IFFIm*-nek, így ez az eszköz nem jelent kiegészítő forrást az ODA mellett (OECD 2011). Az adósságkonverziók esetében az adósság elszámolása akkor történhet meg ODA-ként, ha az adósságot leíró intézmény hivatalos hitelező (Kiss 2015). A csoportot alkotó eszközökről együttesen elmondható, hogy a szereplők és a források előállítási módja esetében is megvalósul az innovativitás. Az *IFFIm* és a diaszpóra kötvények esetében magánszereplők is bekapcsolódnak a segélyezésbe, a Debt2Health működése során pedig maga a

kedvezményezett ország vesz részt a segélyezésben (ugyanis a fennálló adóssága egy részét fordíthatja fejlesztésre), ezen kívül a fejlesztésre szánt források előállítása eddig még nem tapasztalt módokon történik, ezzel is alátámasztva az eszközök innovatív jellegét.

4.4. Állami garanciák, egyéb piaci alapú mechanizmusok (4. csoport)

Ezt a csoportot olyan eszközök alkotják, amelyek esetében az *állam ösztönözni próbálja* a magánszektor befektetéseit különböző intézkedések által (például állami támogatásokkal). Az így megvalósuló mechanizmusok célja az ún. piaci kudarcok („*market failures*”) korrekciója, valamint a kockázatok és a sebezhetőség csökkentése (UNDP 2012). Többnyire ezen eszközök sem teremtenek új forrást, hanem inkább a már rendelkezésre álló források hatékonyabb felhasználását teszik lehetővé (Kiss 2015).

1. Előzetes piaci kötelezettségvállalás (*Advance Market Commitment, AMC*)

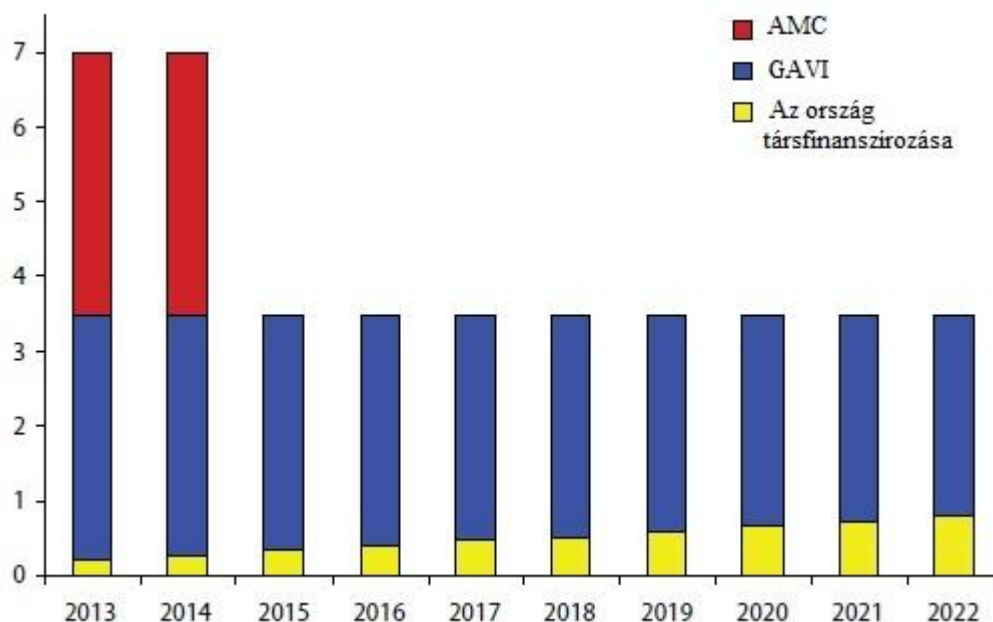
A donorok és a magánszektor szereplőinek együttműködésére tökéletes példa az előzetes piaci kötelezettségvállalás, melyet 2007-ben indított el 5 ország – az Egyesült Királyság, Kanada, Norvégia, Olaszország és Oroszország –, valamint a Bill & Melinda Gates Alapítvány, és céljuk, hogy felgyorsítsák a pneumococcus oltóanyag kifejlesztését²², és szélesítsék a vakcinához való hozzáférhetőséget (UNDP 2012). Ezen kívül az AMC átfogó célja a pneumococcus általi halálesetek számának mérséklése: 2030-ra a gyermekhalálozások számának csökkentése körülbelül 7 millióval (GAVI 2015). 2009-ben hozták létre az *AMC for pneumococcal vaccines* mechanizmust, amely keretében 2009 és 2020 között összességében 1,5 milliárd dollár értékben vállaltak kötelezettséget a kitűzött célok elérésére, az összeg legnagyobb részét (635 millió dollárt) Olaszország ajánlotta (GAVI 2010).

Ezzel a pénzügyi segítséggel lehetővé válik a gyógyszergyártók számára olyan termékek kifejlesztése is, amelyekre normál piaci viszonyok mellett nem lenne lehetőségük, valamint olyan mennyiségű terméket tudnak így létrehozni, amely kielégíti a fejlődő országok igényeit. Cserébe a gyógyszergyártók szerződésben garantálják, hogy az így előállított vakcinákat egy előre egyeztetett áron kínálják (UNDP 2012), amely ár nem lehet dózisonként több mint 3,50 dollár (GAVI 2010). Azonban minden gyártó kínálatának első 20%-áért 7 dollárt fizetnek dózisonként – ezzel is ösztönözve őket az együttműködésre –, 3,5 dollárt az AMC és 3,5 dollárt a GAVI és a recipiens ország („*co-payment*”) együttesen (14. ábra). A

²² A pneumococcus baktérium okozta betegségek évente 1 millió gyermek halálát okozzák a fejlődő országokban (UN 2009).

recipiens általi hozzájárulás mértéke változó, függ az ország egy főre jutó jövedelmétől (UN 2012).

14. ábra Az AMC pneumococcus elleni vakcinájának árstruktúrája, 2013–2022, USD/dózis



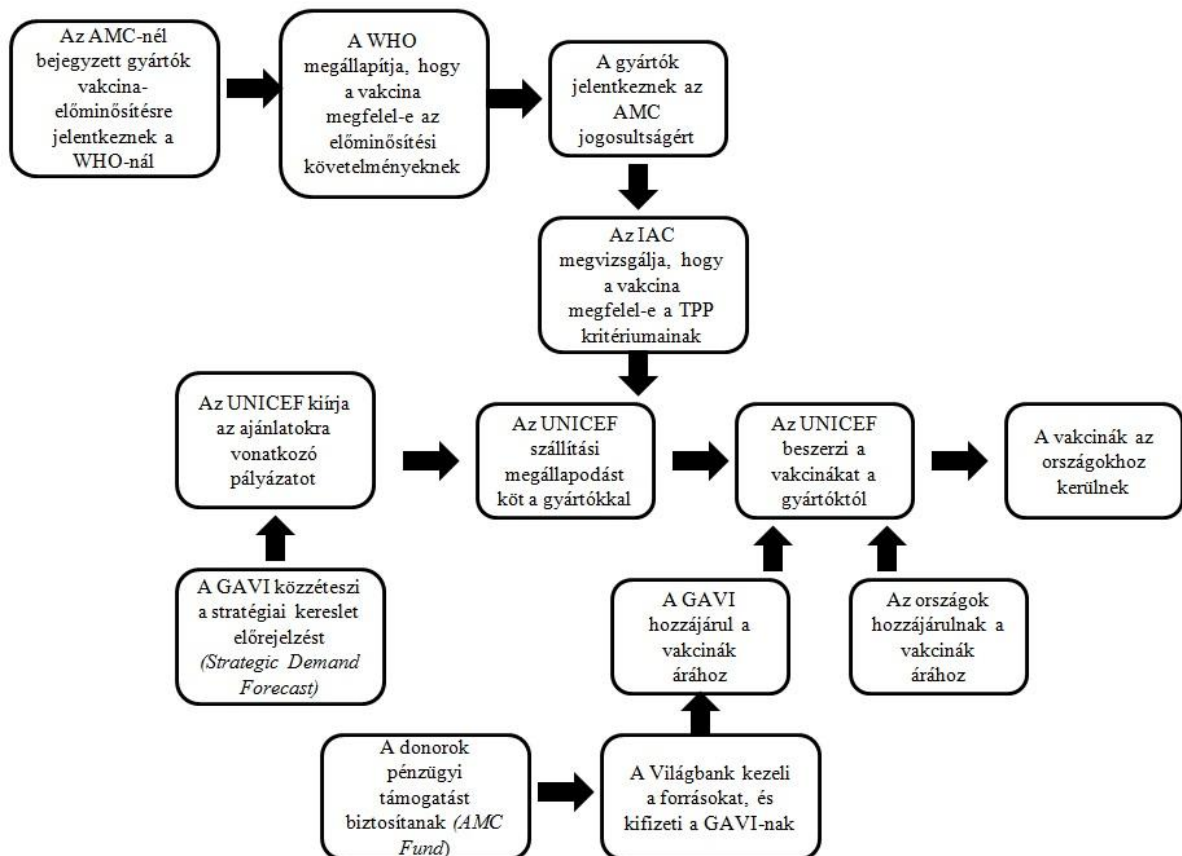
Forrás: UN (2012), 62. o.

A gyártók olyan arányban részesülnek a donorok által felajánlott összegből, amilyen arányban vállalták a beszállítási kötelezettséget. Látható, hogy ez a mechanizmus a gyógyszergyártóknak és a fogyasztóknak is egyaránt előnyös, hiszen a gyártók így biztos piacot szereznek a termékeiknek, és általa biztos profithoz jutnak, míg a fogyasztók alacsonyabb áron jutnak hozzá a számukra szükséges vakcinákhoz (Kiss 2015).

Az AMC kezdeményezésben több ismert szervezet is részt vesz (15. ábra): a Világbank biztosítja a pénzügyi folyamatok lebonyolítását, a GAVI a mechanizmus nagy részének végrehajtását, a WHO felelős a különböző biztonsági és hatékonysági kritériumok megalkotásáért, amely feltételeket a vakcináknak teljesíteniük kell, az UNICEF pedig a vakcinák beszerzését és elosztását intézi (UN 2009). Az AMC független értékelő bizottsága (*Independent Assessment Committee, IAC*) azt vizsgálja, hogy a vakcinák eleget tesznek-e a *Target Product Profile* (TPP) kritériumainak²³, vagyis megfelelnek-e egyes minimális követelményeknek, hogy jogosultak legyenek az AMC támogatására (GAVI 2015).

²³ A TPP kritériumokról több információ a WHO (2008) kiadványában található.

15. ábra Az AMC működése



Forrás: UNDP (2012), 14. o.

Két gyógyszergyártó cég – a GlaxoSmithKline és a Pfizer – vállalta, hogy 10 év alatt évi 30–30 millió dózis vakcinát állítanak elő a fejlődő országok részére, kezdve 2012-ben, illetve 2013-ban (GAVI 2011). Ezért a vállalásért a gyártók a rendelkezésre álló forrás 15–15%-át kapták (fejenként 225 millió dollárt a 1,5 milliárd dollárból). Ennek eredményeképpen a rendelkezésre álló AMC forrás maradék 70%-át egyéb célokra tudják fordítani. 2011 decemberéig összesen 37 ország kapott jogosultságot kedvezményes árú vakcinákhoz való hozzájutásra, és 16 országban ez már meg is tudott valósulni a GAVI támogatásával (UN 2012).

Az AMC kezdeményezés megjelenése előtt is léteztek már a pneumococcus elleni oltások, azonban csak a tehetősebbek tudtak hozzájutni, a szegényebb országoknak nem adatott meg ez a lehetőség. Azonban az AMC lehetővé teszi, hogy az arra leginkább rászoruló is hozzájuthassanak a vakcinákhoz, ráadásul alacsonyabb áron (UN 2009).

Az előzetes piaci kötelezettségvállalás mindhárom szereplő – a finanszírozó, a gyártó és a recipiens – számára egyaránt jelenthet kockázatot. A finanszírozó számára kihívás, hogy

több éven keresztül kell kifizetéseket biztosítania: az *AMC* számára ez a periódus első két évét jelenti, azonban a GAVI esetében 10 évről van szó. A gyártók szemszögéből az jelenthet kockázatot, hogy a biztos bevétel ellenére a gyártást megelőző kutatások finanszírozása nem biztosított, így a kisebb cégek kiszorulhatnak a mechanizmusból. A recipiens országnak pedig a vakcina árához való hozzájárulás jelenthet problémát, annak ellenére, hogy a mechanizmus által a piaci ár alatt tudnak hozzájutni (UN 2012).

Az *AMC* mechanizmushoz hasonló a „megfizethető gyógyszerek a malária ellen” (*Affordable Medicines Facility for Malaria, AMFm*) elnevezésű konstrukció, melynek célja, hogy a maláriában szenvedők méltányos áron juthassanak a kezelésükhöz szükséges gyógyszerekhez (Kiss 2015). Az *AMFm* tárgyalásokat folytat a gyógyszercégekkel, hogy azok csökkentsék az áraikat (6–10 dollárról 0,5 dollárra), a donorok pedig további összegeket ajánlanak fel a gyártók számára, hogy így még alacsonyabb áron lehessen hozzájutni a gyógyszerekhez. A források három helyről származnak: a UNITAID, az Egyesült Királyság és a Bill és Melinda Gates Alapítvány finanszírozza a programot, akik 2012 áprilisáig összesen 312,1 millió dollár kifizetésére tettek ígéretet, melyből 243,6 millió dollár már eljutott a Global Fund-hoz (UN 2012).

Az *AMC* és az *AMFm* konstrukció során is *kiszámíthatatlan* az általuk generált finanszírozási forrás, mivel függ a donorok hozzájárulásaitól, valamint a gyógyszergyárak hozzáállásától is. További problémát jelent az is, hogy hiába kínálják alacsonyabb áron a gyógyszereket, számos fejlődő ország számára még ez az *ár is magasnak minősül*. A donorok a programokhoz való hozzájárulásukat ODA-ként számolják el (Kiss 2015).

2. Szénfinanszírozás (Carbon finance)

A szénfinanszírozás mint innovatív fejlesztésfinanszírozási eszköz a Kiotói Egyezményen alapszik, amely az eddigi legátfogóbb nemzetközi egyezmény az üvegházhatású gázok kibocsátásának csökkentésére vonatkozóan.²⁴ Mára azonban ez a kibocsátás-csökkentési folyamat piaci termék lett, ez adja az eszköz innovatív jellegét (Kiss 2015).

²⁴ 2010-ig 187 ország írta alá az egyezményt, melyben kötelezettséget vállaltak arra, hogy az üvegházhatású gázok kibocsátását csökkentsék (Kumazawa–Callaghan 2010). Különböző országcsoportok eltérő mennyiségű csökkentésre tettek ígéretet, fejlettségi szintjüktől függően: például a legfejlettebb 37 ország az 1990-es szinthez képest 5,2%-kal alacsonyabb kibocsátásra vállalt kötelezettséget a 2008-2012 időszakra (Pérez de las Heras 2013).

A szénfinanszírozás egyik formája a *széndioxid-kvótákkal való kereskedelem*, melynek alapját az Európai Unió Kibocsátáskereskedelmi rendszere²⁵ (*European Union Emissions Trading Scheme, EU ETS*) adja, amelyen keresztül különböző országok kormányai kereskedhetnek a részükre megállapított, de általuk fel nem használt üvegházhatású gázkibocsátás-csökkentési kvótákkal. Ennek eredményeképpen az az ország, aki fel nem használt, és számára szükségtelen kvótákkal rendelkezik, értékesítheti vagy átadhatja olyan országoknak, akik már túllépték a részükre megállapított mennyiséget (Kiss 2015).

Németország 2008-ban és 2009-ben ezen mechanizmus által 1,5 milliárd euróhoz jutott – mely összeget ODA-ként számolt el –, ebből 327 millió eurót fordított a fejlődő országokban végbemenő, környezetvédelmet célzó programokra. Az EU kimondja, hogy az ilyen módon keletkezett források 50%-át az üvegházhatású gázok kibocsátása során keletkezett károk javítására kell fordítani – ez megtörténhet az EU-n belül és kívül is (UNDP 2012).

A szénfinanszírozás másik formája a *tiszta fejlesztési mechanizmus* (*Clean Development Mechanism, CDM*), amely szintén a Kiotói Egyezményen alapszik. Ez a mechanizmus lehetővé teszi a Kiotói Egyezményt aláíró országok számára, hogy az egyezményben vállalt üvegházhatású gázkibocsátás-csökkentési vagy -korlátozási kötelezettségeiket ne a saját országukban, hanem valamely fejlődő országban hajtsák végre egy projekt keretében. Ezáltal olyan eladható, hitelesített kibocsátás-csökkentési (*Certified Emission Reduction, CER*) tanúsítványt – egyenként 1 tonna széndioxiddal egyenértékű – szerezhetnek, amely beleszámít a Kiotói Egyezmény általi vállalásba. 2%-os adót vetnek ki a tanúsítványokra, az így befolyt összeg pedig az *Adaptation Fund*-hoz kerül, amely alpból azokban a fejlődő országokban hajtanak végre klímaváltozáshoz kapcsolódó projekteket, amelyek szintén aláírták a Kiotói Egyezményt. 2011-ig 12 projektet finanszírozott az Adaptation Fund, összesen körülbelül 70 millió dollár értékben, 10 országban (például Mongóliában, Nicaraguában, Eritreában, Ecuadorban, Pakisztánban és Szenegálban). A CER által létrejött források – a kvótakereskedelemmel ellentétben – addicionális forrásnak tekinthetők (Kiss 2015, UNDP 2012).

Az utolsó csoportot alkotó eszközök közül az AMC esetében innovatív vonásként említhető meg, hogy a recipiens országok is részt vesznek a segélyezésben, ugyanis – még ha csekély mértékben is, de – hozzájárulnak a fejlesztésre szánt forrás előállításához. A gyógyszergyártók szerepe is újszerű a nemzetközi együttműködés területén, hiszen ők nem

²⁵ Amely a Kiotói Egyezmény 17. cikkelyén alapszik (Kiss 2015).

közvetlenül segíeyeznek, hanem a donoroktól származó támogatásokból állítanak elő gyógyszereket, amelyekhez az arra rászoruló országok olcsóbban juthatnak hozzá. A szénfinanszírozás mindkét formája során az innovativitás abban nyilvánul meg, hogy a korábban csak a Kiotói Megállapodásban megjelenő vállalások mára már piaci termékként vannak jelen, mellyel az országok kereskednek egymás között, és az így keletkezett bevételt fordítják fejlesztésre.

Az eddig bevezetett, és már működésben lévő innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközöket vizsgálva látható, hogy *jelentős forrást tudnak generálni*, amellyel segíteni tudják az elmaradottabb országokat. Azonban számos esetben negatívumként említhető az a tény, hogy ezek a források felhasználásukat tekintve *kötöttek*, azaz csak a már előre meghatározott célra lehet felhasználni őket (például csak az egészségügy területén végbemenő fejlesztésekre). További problémát jelent, hogy számos eszköz esetében *nehéz eldönteni, hogy ODA-nak minősül-e vagy sem*, mert némelyiket ODA-ként számolják el, míg másokat nem. Ez addig nem is lesz biztosra mondható, amíg nem születik egy egységes definíció és elfogadott kategorizálás az innovatív fejlesztésfinanszírozás területén (Kiss 2015). Azonban az elméleti áttekintés során minden eszköznél látható volt, hogy az alkalmazásuk során egyaránt merültek fel olyan tényezők, amelyek előnyt, illetve hátrányt jelenthetnek a működésükre. A 3. táblázat összefoglalja a fejezetben ismertetett, már működésben lévő, fontosabb eszközök jellemzőit, valamint céljait, azaz hogy milyen probléma megoldására hozták létre őket. Ezen kívül a működtetésért felelős szervezet is nevét is tartalmazza, továbbá az egyes mechanizmusok eddigi működése során felmerült előnyöket, illetve hátrányokat is röviden összegzi a táblázat.

3. táblázat Egyes innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközök jellemzői, céljai, a működtető szervezet neve, valamint előnyei, hátrányai

Eszköz neve	Jellemző	Célja	Szervezet	Előnye	Hátránya
Repülőjegyekre kivetett nemzetközi szolidaritási adó	Kismértékű, repülőjegyekre kivetett adó	HIV/AIDS-ben, tuberkulózisban és maláriában szenvedő betegek kezelése	UNITAID	Folyamatos és automatikus forrás; nincs szükség további adminisztrációs díjakra	Függ a turisták utazási kedvétől és a gazdasági válság, terrorizmus hatásaitól
Product (RED)	Product (RED) logóval ellátott termékek vásárlásából befolyt összeg adományozása	AIDS, tuberkulózis, malária kezelése	Global Fund	Olyan kiegészítő forrást generál, ami másképp nem jönne létre	Kevésbé átlátható és hatékony, mint más vállalati hozzájárulások
IFFIm	Nemzetközi tőkepiacon végbemenő kötvénykibocsátás	Immunizációs problémák megoldása	Világbank, GAVI	A forrásokat azonnal fel lehet használni fejlesztésre	A fejlesztési finanszírozás nettó hatása negatívvá válhat
Debt2Health	Fennálló adósság egy részének elengedése, bizonyos feltételekkel	Egészségügy javítása	Global Fund	Nincs szükség új szabályokra (Global Fund alapelvei alapján működik)	Idő- és költségigényes
Diaszpóra kötvények	Anyaország kötvényt bocsát ki, mellyel diaszpórája támogathatja az anyaország fejlődését	Fejlődés elősegítése	Világbank	A külföldön élők kapcsolatban maradnak az anyaországgal, és támogatják azt; nem kötött forrás	A forrás nagysága kiszámíthatatlan; a kötvénykibocsátás növeli az államadósságot
AMC	Donorok hozzájárulásával a pneumococcus vakcina gyorsabb kifejlesztése	Pneumococcus általi halálesetek számának csökkentése	GAVI, Világbank, WHO, IAC, UNICEF	Gyártóknak biztos piac, fogyasztóknak olcsóbb vakcinák	Kockázatos: donor: több évi támogatás; gyártó: kisebbek kiszorulnak; fogyasztó: vakcina ára magas

Forrás: saját szerkesztés

4.5. Tárgyalás alatt lévő innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközök

A fentebb említett eszközök – még ha csak pár éve is, de – már működésben vannak, a nemzetközi fejlesztési együttműködésben részt vevők pedig egyetértenek abban, hogy ezen

eszközök segítségével olyan forrásokhoz lehet jutni, amelyekkel további fejlesztések valósíthatók meg. Azonban néhány mechanizmus még csak megvitatás alatt áll. A fejezet ezen részében a bevezetés előtt álló eszközöket ismertetem.

1. Pénzügyi tranzakciós adók (*Financial Transactions Taxes, FTT*)

A pénzügyi tranzakciós adó a különböző pénzügyi tranzakciókra (mint például a kötvények vagy a részvények forgalmára) kivetett adót jelenti, amelyet nemzeti vagy nemzetközi szinten is meg lehet valósítani. Ahhoz, hogy innovatív fejlesztésfinanszírozási eszköznek minősüljön, az általa befolyt összeg egy részét *fejlesztési célokra kell fordítani*. A pénzügyi tranzakciós adó egyik fajtája a valutaváltásokra kivetett adó (*Currency Transactions Tax, CTT*), amely a főbb devizapiacokon működő valutaváltásokat adóztatja meg, innovatív fejlesztésfinanszírozási eszköznek való minősítésének feltétele megegyezik az *FTT* számára előírt feltétellel (UN 2012).

Mindkét mechanizmus ötlete az 1970-es évekre vezethető vissza, ugyanis James Tobin már ekkor megfogalmazta, hogy ezen adók segítségével megszüntethetők a spekulációs pénzmozgások, csökkenthető a tőkeáramlások volatilitása, valamint minimalizálhatók az árfolyamkockázatok (Tobin 1978). Ezeket az ötleteket továbbfejlesztve tervezik bevezetni ezt az eszközt a közeljövőben. A mechanizmus elindításával egyszerre több célt is meg kívánnak valósítani: egyrészt, új forrásokat szeretnének teremteni, amelyet fejlesztésre vagy a klímaváltozás negatív hatásainak ellensúlyozására fordítanak, másrészt, segítségével növelni lehetne a pénzügyi rendszer stabilitását (UNDP 2012). Azonban az, hogy az így létrejövő finanszírozási forrás elszámolása ODA-ként történne-e, még nem eldöntött kérdés (Kiss 2015).

Az új eszköz által generálható forrás nagysága függ az adóalaptól és az adó mértékétől is (UNDP 2012). Az ENSZ 2012-es becslése szerint a *CTT* által a legjelentősebb valutákra kivetett 0,005%-os adó évente körülbelül 40 milliárd dolláros bevételt jelentene, míg az *FTT* a hazai tranzakciók megadóztatásával 55 milliárd euró bevételt hozna (UN 2012). Az Európai Parlament 2011-es határozata szerint egy alacsony rátájú, széles adóalapú *FTT* EU-s szinten évi 200, míg világszinten évi 650 milliárd dollár bevételt jelentene (EP 2011). Az OECD a G20-akra vonatkozóan becsülte meg a forrás nagyságát: évi 350 milliárd dollárt eredményezne a mechanizmus bevezetése (OECD 2014).

A pénzügyi tranzakciós adó bevezetését számos ország – fejlettek és fejlődők egyaránt – támogatja (többek között Belgium, Brazília, Etiópia, Franciaország és Japán is). Azonban néhány ország kormánya, valamint számos szakember és pénzügyi intézmény skeptikus a

mechanizmust illetően. Véleményük szerint az *FTT* bevezetése csökkentené a pénzpiacok likviditását, növelné a befektetők költségeit, valamint árvolatilitást okozna. Ezen kívül, csak akkor működne helyesen, ha globális szinten vezetnék be, ellenkező esetben a pénzügyi tranzakciók azokban az országokban zajlanának, ahol nincs rájuk kivetett adó (UNDP 2012.)

2. Szénadók (*Carbon taxes*)

A szénadót a fosszilis energiahordozók (szén, olaj és gáz) széntartalmára vetnék ki, és általa azt szeretnék elérni, hogy csökkenjen azon tevékenységek száma, amelyek negatív hatással vannak a környezetre. Arra ösztönzi ez a fajta adó az országokat/szervezeteket, hogy *csökkentsék a szénkibocsátásukat*, feltéve hogy ezen folyamat költsége alacsonyabb, mint a kivetett adó. Az adó alapját a kibocsátott széndioxid tonnája vagy az energiahordozók tonnában kifejezett széntartalma képezné. A mechanizmus az 1992-es Riói Egyezmény „Szennyező fizet” („*Polluter Pays Principle*”) elv alapján működne (UNDP 2012).

A szénadó bevezetése nem csak a szénkibocsátás csökkentése miatt lenne lényeges, hanem új finanszírozási forrást is tudna generálni. Az adó mértékétől függően az általa létrejött jövedelem nagy összegű bevételt jelentene az innovatív fejlesztésfinanszírozás területén. A svájci kormány javaslata alapján, ha minden ország esetében 2 dollár adót vetnének ki a széndioxid tonnájára, akkor körülbelül 48 milliárd dollár éves bevételhez jutnának (UN 2009). Az OECD becslése szerint tonnánkénti 25 dolláros adó évi 250 milliárd dollár bevételt jelentene (OECD 2014), míg az ENSZ szerint, ha 1 dollárt vetnének ki a tonnánkénti szénkibocsátásra az „OECD+”²⁶ országokban, akkor 2020-ra 10 milliárd dollár összegű bevétel keletkezne (UNDP 2012).

A fenti számokból látszik, hogy nincs még egyetértés az adó mértékére, alapjára vonatkozóan sem, és még az sincs eldöntve, hogy az általa befolyt bevételt konkrétan mire lehetne fordítani (Kiss 2015). Az elmúlt évek során néhány ország már bevezetett a szénadóhoz hasonló mechanizmust, de csak nemzeti szinten (Ausztrália például a kibocsátott szén tonnánkénti mennyiségére 23 ausztrál dollár adót vetett ki). Az ötlet megvalósítása egyes országokban azonban politikailag nehézkesnek bizonyul (UNDP 2012).

3. Szolidaritási dohányadó (*Solidarity Tobacco Contribution, STC*)

Annak ellenére, hogy már manapság is jelentősen megadóztatják a dohányipari termékeket, felmerült egy újabb adófajta ötlete, a szolidaritási dohányadó, melyet a *fejlett és*

²⁶ OECD országok és egyéb, OECD-n kívüli, EU-s országok.

Forrás:

http://www.un.org/wcm/webdav/site/climatechange/shared/Documents/AGF_reports/Work_Stream_3_Revenues%20from%20Carbon%20Related%20Sources.pdf. Letöltve: 2016. február 25.

fejlődő országokban egyaránt bevezetnének. Segítségével az általa befolyt összeg egy közös alapba kerülne, amelyet egészségügyi célokra fordítanának a fejlődő országokban (UNDP 2012). A WHO becslése szerint, ha minden G20+²⁷ országban bevezetnék az STC-t²⁸, évi 5,47 milliárd dollárhoz tudnának jutni, amelyet egészségügyi célokra tudnának fordítani (WHO 2011a).

Ez a kezdeményezés is új fejlesztési forrást generálna, azonban ennél az eszköznél is kérdéses, hogy az általa létrejövő bevételt a kormányok ODA-ként számolnák el, vagy sem (UN 2009).

4. Különleges Lehívási Jogok (*Special Drawing Rights, SDR*)

A Különleges Lehívási Jogok a Nemzetközi Valutaalap (IMF) 1969-ben létrehozott nemzetközi tartalékeszköze, amely értéke jelenleg négy kulcsvalután alapul (amerikai dollár, euró, japán yen, angol font) (IMF 2015). Az SDR alacsony költséggel váltható át más valutára, majd ezután az országok szabadon felhasználhatják. Az IMF a tagországok számára az IMF kvótájuk alapján allokál SDR-t. Ennek eredményeképpen a gazdagabb országoknak jut az SDR-ek többsége, az alacsony jövedelmű országokhoz viszont csak elenyésző mennyiség kerül. 2009-ben a válság hatásának enyhítésére a G20-ak javasolták az IMF-nek, hogy bocsásson ki új SDR-eket 250 milliárd dollár értékben, melyből mindössze 16 milliárd értékű SDR jutott az alacsony jövedelmű országoknak (UNDP 2012).

A napjainkban felmerülő javaslatok arra törekednének, hogy *a fejlődő országok könnyebben juthassanak SDR-hez* vagy pedig a felhasználatlan SDR-t olyan speciális alapokba kellene helyezni, amelyek a *klímaváltozás következményeinek orvoslására* irányulnak. Annak ellenére, hogy kedvezőek az előrejelzések a mechanizmus működésével kapcsolatban, eddig még nem született politikai egyetértés az eszköz bevezetését illetően (UNDP 2012).

5. Milliárdosokra kivetett adó (*Billionaire's tax*)

A milliárdosokra kivetett adó a *leggazdagabb embereket adóztatná meg*, így azok az emberek, akik 1 milliárd dolláros vagy afeletti vagyonállománnyal rendelkeznek, a vagyon 1%-át lennének kötelesek adóként befizetni. Egy 2012-es becslés szerint mintegy 1226 egyén rendelkezik ilyen mértékű vagyonnal, körülbelül harmaduk (425 fő) az Egyesült Államokban él. Az 1226 fő vagyona összesen körülbelül 4,6 trillió dollár, mely átlagosan 3,75 milliárd

²⁷ Fejlődő országok tömbje.

²⁸ 0,05 dollár a magas jövedelmű országokban, 0,03 dollár a felső-közép jövedelmű országokban, és 0,01 dollár az alsó-közép jövedelmű országokban, minden egyes eladott doboz cigaretta után (WHO 2011).

dollárt jelent fejenként. Amennyiben ők mindannyian befizetnék az 1%-os adót, mintegy 46 *milliárd dollár bevételhez lehetne jutni évente*. Ez a milliárdosok számára nem lenne megterhelő, hiszen ők az adó befizetése után átlagosan 3,7 milliárd dollárral rendelkeznének, melyből ha naponta 1000 dollárt költenének, vagyonuk 10000 évig kitartana. A mechanizmus bevezetése egyelőre politikai ellenállásba ütközik, valamint ellene szól, hogy akár adócsalásra is ösztönözhet (UN 2012).

6. A nemzeti lottózók megadóztatása (*Global development or humanitarian lottery*)

A nemzeti lottózók megadóztatásának világszinten történő bevezetése még tárgyalás alatt van, habár két ország – Belgium és az Egyesült Királyság – már több éve működteti a mechanizmust. Belgium 1987-ben vezette be, azóta körülbelül 330 millió euró bevételt tudott realizálni általa, amely a *Belgian Survival Fund* (BSF) alaphoz került. Az így összegyűlt összeget a BSF Belgium nemzetközi fejlesztési ügynökségén (*Belgian Technical Cooperation, BTC*) keresztül, valamint egyes nem-kormányzati és nemzetközi szervezetek segítségével *élelmiszerbiztonsági projektek finanszírozására* tudta fordítani Fekete-Afrikában. Az Egyesült Királyság pár évvel később, 1995-ben vezette be ezt a mechanizmust. Az elindulását követő 14 év alatt a legnagyobb alap, a *Big Lottery Fund* 213 millió fonttal (körülbelül 310 millió dollár) tudott finanszírozni fejlődő országokban végbemenő projekteket, melyből 15 millió font a 2007-es évben gyűlt össze (Girishankar 2009). Látszik, hogy ezen mechanizmus által is jelentős plusz forrásra lehet szert tenni, így ennek az eszköznek a globális szinten való bevezetése is ajánlott a fejlődés elősegítése érdekében (UNDP 2012).

7. Az erdőirtásból és az erdőpusztulásból származó kibocsátások csökkentése (*Reducing Emissions from Deforestation and Forest Degradation, REDD+*)

A REDD+ egy *szénkereskedelmen alapuló mechanizmus*, célja a széndioxid-kibocsátás csökkentése a fejlődő országokban, az erdőirtások számának csökkentése által. Ezt úgy valósítanák meg, hogy „szén-krediteket” bocsátanak ki az erdővel rendelkező országoknak (fák ültetéséért), amelyekkel később olyan országokkal kereskedhetnének, amelyek ellensúlyozni kívánják a szénkibocsátásukat (UN 2012). Ez a kezdeményezés lehetővé teszi a fejlődő országok számára, hogy hozzájáruljanak a klímaváltozás negatív hatásainak enyhítéséhez, valamint kompenzálja őket, amennyiben sikerül nekik csökkenteni az erdőirtásokat. Azonban a REDD+ mechanizmust vizsgáló kutatások eléggé összetettnek vélik a folyamatot, ez akár a bevezetés akadálya is lehet a későbbiekben (Rowe 2015).

A még tárgyalás alatt álló eszközök bevezetését támogatja az ENSZ becslése, mely szerint az általuk teremtett forrás összege évi 635 milliárd dollár lenne (a nemzeti lottózók megadóztatását és a szolidaritási dohányadót nem számolják bele). Az eszközök által létrejövő összegek eltérő mértékben járulnak hozzá a potenciális bevételhez (4. táblázat) (OECD 2014).

4. táblázat A megvitatás alatt álló mechanizmusok által teremthető források megoszlása

Mechanizmus	Potenciális bevétel/év, milliárd USD
Új SDR kibocsátása	160
SDR felhasználása fejlesztési célokra	100
Szénadó (25 dollár/tonna)	250
Milliárdosokra kivetett adó	40
CTT	40
FTT	15
REDD+	30
Összesen	635

Forrás: OECD (2014), 182. o.

Látható, hogy a források legnagyobb részét, mintegy 260 milliárd dollárt a Különleges Lehívási Jogok adnák, azonban a szénadó is lényeges hozzájárulást jelentene az általa létrejövő 250 milliárd dollárral. A maradék 125 milliárd dollárt egyenlő részben alkotná a milliárdosokra és a valutaváltásokra kivetett adó (40–40 milliárd dollár), további 30 milliárd dollárt teremtené a REDD+ mechanizmus, és végül 15 milliárd dollár bevételt generálna a pénzügyi tranzakciós adó mint innovatív fejlesztésfinanszírozási eszköz (OECD 2014).

A fejezetben leírtak alapján betekintést nyerhettünk az innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközök világába, láthattuk, hogy annak ellenére, hogy az egyes szervezetek az eszközök kategorizálásában nem egyeznek teljes mértékben, itt is találkozhattunk átfedésekkel (ahogy az előző fejezetben is, a definícióknál). A mechanizmusok működését is megismerhettünk, bebizonyosodott, hogy általuk jelentős mértékű forrást lehet teremteni, amelyet fejlesztési célokra (legtöbbször az egészségügy területén) lehet fordítani. A tárgyalás alatt álló innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközök áttekintése után az ENSZ becslése rávilágított arra, hogy alkalmazásukkal további potenciális bevételekhez lehet jutni, mellyel még több fejlesztési célt el lehetne érni, ezért érdemes lenne megfontolni a bevezetésüket. Azonban arra eddig nem derült fény, hogy az ODA vagy az innovatív fejlesztésfinanszírozás által sikerült nagyobb eredményeket elérni. A következő fejezetben azt vizsgálom, hogy Fekete-Afrikában az egészségügy területén milyen mértékű forrásokat tudtak hasznosítani a hivatalos fejlesztési támogatás, valamint – az innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközökön belül – az *IFFIm* által.

5. AZ INNOVATÍV FEJLESZTÉSFINANSZÍROZÁS EREDMÉNYESSÉGE

Az innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközök más finanszírozási módokhoz viszonyított eredményességére vonatkozó mérések és adatok hiányában nehéz igazolni vagy cáfolni a szakirodalomban foglaltakat. Számos esetben találhatunk adatokat az adott eszköz által generált összegekről, amelyeket fejlesztésre lehet fordítani, azt azonban nem említik meg a szervezetek, hogy ez mennyivel eredményesebb, mint más finanszírozási források által realizált bevétel. A fejezet ezen részében az empirikus elemzés segítségével igyekszem bemutatni az innovatív fejlesztésfinanszírozás egyik eszköze, az *IFFIm*, és a hivatalos fejlesztési támogatás által elért eredményeket a fekete-afrikai egészségügy területén. Először a vizsgálat kezdetekor felmerülő problémákat részletezem, majd ismertetem az elemzés során használt mutatókat és adatforrásokat. Ezt követően bemutatom a vizsgálat módszerét, majd pedig értékelem az általa kapott eredményt.

5.1. Az empirikus vizsgálat során felmerült problémák és kezelésük

Az általam vizsgálni kívánt két mechanizmus (*IFFIm* és *AMC*) esetében a végrehajtó szervezet a GAVI, amely a köz- és magánszféra együttműködésén (*public-private partnership*, PPP) alapul. Magában foglalja többek között az egyes fejlődő és fejlett országok kormányait, gyógyszergyárakat, civil szervezeteket, valamint a Gates Alapítványt. 2000-ben hozták létre a Világgazdasági Fórumon (*World Economic Forum*, WEF) azzal a céllal, hogy csökkentse a gyermekhalandóság számát a fejlődő országokban (Patel et al. 2015). Empirikus elemzésem során e két mechanizmust szerettem volna vizsgálni, azonban az *AMC* mechanizmus összegeire vonatkozóan nem érhetőek el pontos adatok, így e célt felülvizsgálva vizsgálatom tárgya az innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközökön belül az *IFFIm-re szűkült le*.

Az alapsokaság meghatározásakor a Világbank által meghatározott 46 fekete-afrikai fejlődő országot szerettem volna bevonni a vizsgálatba, azonban az általam vizsgálni kívánt mechanizmus csak 39 országot támogat ebben a térségben. Ebből kifolyólag erre a 39 országra koncentráltam. Ugyanakkor az elemzésbe bevonni kívánt indikátorok esetében néhány országra nem volt elérhető adat, így további országokat kellett kiszűrni a mintából. Ezek eredményeként *31 ország képezi az elemzésem alapsokaságát*.

A vizsgálatba bevonandó országok meghatározása után a vizsgálandó időszak kitűzése következett. Elsődleges célom az volt, hogy minél hosszabb periódust elemezzek, azonban a

rendelkezésre álló adatok hiányossága miatt csökkentenem kellett a vizsgálandó évek számát. Végül a vizsgált időszak a 2009–2013 közötti időszak lett.

Annak érdekében, hogy minél pontosabb képet kapjunk a folyamatokról, a szakirodalmi áttekintés alapján több indikátort kívántam bevonni. Azonban ez komoly átgondolásra szorult az adatok elérhetősége miatt. Ennek következtében olyan változókat kellett kihagynom az elemzésből, mint az oktatási kiadások aránya a kormányzati kiadásokon belül, a gyógyszerekhez való hozzáférés, valamint a szegények száma.

Az elemzést megelőzően felmerült problémák figyelembe vételével és kezelésével végül körvonalazódott a vizsgálat során alkalmazandó indikátorok köre. A továbbiakban ezeket a mutatókat ismertetem.

5.2. Az elemzésbe bevont indikátorok

A vizsgálat során használandó indikátorok meghatározása során a szakirodalomban foglaltakra támaszkodtam, és a dolgozat korábbi fejezeteiben ismertetett elemzéseket vettem alapul. Így olyan mutatókra fókuszáltam, amelyek befolyásolhatják az egészségügyet (5. táblázat). Mivel csak egy mechanizmust, az *IFFIm*-et tudtam vizsgálni a rendelkezésre álló adatok függvényében, amely eszköz a gyermekek életének megmentését tűzi ki céljául, így az egészségügy vizsgálatát is le tudtam szűkíteni egy indikátorra.

5. táblázat Az elemzésbe bevont indikátorok, mértékegységük, forrásuk

Indikátor megnevezése	Mértékegység	Forrás
Öt éven aluli gyermekhalandóság	ezer fő	WHO adatbázisa (WHO 2016)
HIV/AIDS fertőzöttek száma	ezer fő	UNAIDS adatbázisa (UNAIDS 2016)
GDP/fő a fekete-afrikai országokban	USD	UNCTAD adatbázisa (UNCTAD 2016)
Egészségügyi kiadások a GDP százalékában	%	WDI adatbázisa (WDI 2016)
ODA egészségügyi része	millió USD	OECD adatbázisa (OECD 2016)
IFFIm összege	millió USD	IFFIm éves kiadványok (IFFIm 2009, 2010,2011,2012,2013,2014)
DTP oltási lefedettség az egy évesek körében	%	WHO adatbázisa (WHO 2016)

Forrás: saját szerkesztés

Ahogy az előző alfejezetben már említettem, néhány, általam fontosnak tartott, az elméleti fejezetben megjelent indikátort adathiány miatt nem tudtam bevonni az elemzésbe, így végül összesen hét mutatót vontam be az elemzésbe, melyek a következők:

1. *Öt éven aluli gyermekhalandóság.* Mivel az *IFFIm* mechanizmus esetében tevékenykedő szervezet, a GAVI célja a fejlődő országokban élő gyermekek életének megmentése az immunizáció – ezáltal a szükséges oltóanyagokhoz való hozzáférés – növelése által, így az öt éven aluli gyermekhalandóságot vettem alapul a vizsgálat során. Az újszülöttkori, illetve a csecsemőhalandóság indikátorokat nem vizsgáltam külön mutatóként, hiszen ezek is beletartoznak az öt éven aluli gyermekhalandóság kategóriájába. E változó lett a függő változó, azaz az elemzésbe bevont többi indikátor hatását ezen mutatóhoz kapcsolva vizsgáltam.
2. *HIV/AIDS fertőzöttek száma.* Az elméleti áttekintés során már felmerült, hogy a HIV-fertőzött anyák a terhesség, illetve a szoptatás alatt is átadhatják a fertőzést a gyermekeknek, ezen kívül a betegség megléte a szegénységet is növeli, ezáltal kevesebb élelmiszerhez jutnak a betegséggel sújtott háztartások. Ezen folyamatok által ez a mutató is befolyásolhatja az öt éven aluli gyermekhalandóságot.
3. *Az egy főre jutó GDP a fekete-afrikai országokban.* Mivel ez a mutató sokszor megjelenik a gazdasági fejlettség mérésekor, ezért vontam be a vizsgálat során alkalmazandó indikátorok közé. Segítségével arra szerettem volna rávilágítani, hogy az elemzésbe bevont országok fejlettségi szintje befolyásolja-e a térségben bekövetkező gyermekhalandóság számát.
4. *Egészségügyi kiadások a GDP százalékában.* A dolgozat elméleti részében ismertettem már, hogy az egészségügy javítását célzó intézkedések közül az állam általi, egészségügyre fordított kiadások csökkenthetik a betegségek előfordulását a népesség körében. Ezen állítás realitásának vizsgálata miatt tartottam fontosnak bevonni ezt a mutatót az elemzésbe.
5. *ODA egészségügyi része.* A hivatalos fejlesztési támogatás egészségügyi szektort érintő része jelentős forrásokat juttat a fekete-afrikai országokba. Kutatásom során viszont arról nem találtam információt, hogy milyen mértékben járul hozzá az öt éven aluli gyermekhalandóság csökkentéséhez, ezért is vettem be az elemzéshez használt indikátorok közé.
6. *IFFIm összege.* A dolgozat központi indikátora, az *IFFIm* által jelentős bevételhez jut a GAVI szervezet, melyből többek között a fekete-afrikai gyermekeket tudja immunizálni, azaz védetté tenni bizonyos fertőzésekkel szemben, ezáltal pedig csökkenti a gyermekhalandóság számát. Arra vonatkozóan azonban nem találtam adatot, hogy mennyire bizonyult eredményesnek a

mechanizmus ezen cél elérésében, így érdemesnek találtam bevonni az elemzésbe.

7. *DTP oltási lefedettség az egy évesek körében.* A GAVI által kifejlesztett pentavalens vakcina öt, védőoltással megelőzhető fertőző betegség ellen nyújt védeltséget. A rendelkezésre álló adatok hiányossága miatt csak az egy évesek körében megvalósuló DTP oltással való lefedettséget tudtam bevonni a vizsgálatba.

5.3. A vizsgálat módszertana

Az empirikus vizsgálattal a célom az volt, hogy a szakirodalomban foglaltak, illetve az előző részfejezetben bemutatott indikátorok segítségével statisztikailag megvizsgáljam, hogy az öt éven aluli gyermekhalandóság számának alakulását milyen mértékben befolyásolja az *IFFIm* és az *ODA*, és hatásuk között lehet-e valamilyen különbséget tenni. Mivel ebben az esetben azt vizsgáltam, hogy az egyes indikátorok (ebben az esetben magyarázó- vagy független változók) hogyan befolyásolják az öt éven aluli gyermekhalandóság (ebben az esetben eredmény- vagy függő változó) mutatóját, így *lineáris regresszióelemzést* alkalmaztam. Az eredmények kiszámításához a Microsoft Excel és az SPSS 22.0 programokat használtam. Az SPSS segítségével ellenőrizni lehet a regressziós modellek feltételeinek teljesülését, valamint a program arra is rávilágít, hogy egyes magyarázó változók milyen mértékben befolyásolják az eredményváltozó alakulását (Sajtos–Mitev 2007).

Regressziós modell esetében nagyon fontos azt megvizsgálni, hogy van-e *szignifikáns kapcsolat* az eredményváltozó és a magyarázó változók között.²⁹ Ennek megállapítására korrelációs számítást végeztem. Ennek eredményei szerint az általam az elemzésben szerepeltetni kívánt indikátorok mindegyikét célszerű bevonni a modellbe, mivel szignifikáns kapcsolatban állnak a függő változóval, azaz az öt éven aluli gyermekhalandósággal (6. táblázat).

²⁹ Szignifikáns a kapcsolat a magyarázó változók és az eredményváltozó között, ha a korreláció szignifikanciája 0,05 alatti.

6. táblázat Korreláció a függő változó (öt éven aluli gyermekhalandóság) és az egyes magyarázó változók között

Változó	Korreláció (szig.)
HIV/AIDS fertőzöttek száma	0,308 (0,000)
GDP/fő	0,294 (0,000)
Egészségügyi kiadások	-0,253 (0,001)
ODA egészségügyi része	0,618 (0,000)
IFFIm összege	0,753 (0,000)
DTP oltási lefedettség az egy évesek körében	-0,371 (0,000)

Forrás: saját számítás

Az elemzés során – a kiugró értékek hatásainak csökkentése érdekében – mind a függő, mind a független változók esetében a természetes alapú logaritmust vettem figyelembe.³⁰ Ennek eredményeképpen, a függő és független változók által alkotott egyenlet az alábbi formát ölti:

$$\ln y = \beta_0 + \beta_1 \ln x_1 + \beta_2 \ln x_2 + \beta_3 \ln x_3 + \beta_4 \ln x_4 + \beta_5 \ln x_5 + \beta_6 \ln x_6 + \varepsilon,$$

ahol:

- y az öt éven aluli gyermekhalandóságot jelöli (ezer fő);
- x_1 a HIV/AIDS fertőzöttek számát mutatja (ezer fő);
- x_2 a GDP/fő értékét jelenti (USD);
- x_3 az egészségügyi kiadásokat mutatja a GDP százalékában;
- x_4 az ODA egészségügyi részét jelöli (millió USD);
- x_5 az IFFIm donorok általi felajánlásokat jelenti (millió USD);
- x_6 a DTP oltási lefedettséget mutatja az egy évesek körében (%);
- β_i a magyarázó változók együtthatói (koefficiensei);
- ε a hibatag.

Azonban a regressziós modelleknek feltétele az *autokorreláció* és a *multikollinearitás* kiszűrése is. Ehhez elsőként az egyes magyarázó változók között fennálló kapcsolatot vizsgáltam, mert a lineáris regressziós modell esetében ezen változónak lineárisan

³⁰ Ez bevett gyakorlat a kiugró értékek hatásainak csökkentése érdekében, lásd például Ferkelt és Gáspár (2008) vagy Gáspár és Udvari (2011) munkáját.

függetlennek kell lenniük egymástól, azaz a *multikollinearitás*nak minimálisnak kell lennie. Tesztelésére az elemzés során a VIF-mutatót (*Variance Inflation Factor, Varianciainflációs tényező*) használtam. Nincs olyan egységesen elfogadott érték, amely meghatározza, hogy a VIF-mutató által kiszámított multikollinearitás mely tartományban tekinthető megfelelőnek, azonban Kovács (2008) szerint az öt feletti érték tekinthető károsnak, így a vizsgálat során ezt a kitélt alkalmaztam.

Az utolsó feltétel, amely teljesülését vizsgáltam, az *autokorreláció* volt, amely a hibatagok együttmozgására vonatkozik. Tesztelésére a Durbin-Watson teszt alkalmas, mely értéke 2 körül optimális, azaz ekkor valósul meg az autokorreláció hiánya, és ebben az esetben teljesül a feltétel, miszerint a hibatagok egymástól függetlenek (Hatekar 2010).

A fejezet következő részében az eredmények bemutatását a regressziós modell esetén fennálló alkalmazási feltételek ismertetésével kezdem, majd pedig elemzem a vizsgálat által kapott értékeket.

5.4. A vizsgálat eredményei

A vizsgálat elvégzéséhez két modellt határoztam meg. Az *1. modell*ben az összes év (2009–2013) összes adatát bevontam a vizsgálatba, míg a *2. modell* esetében késleltetett változókkal számoltam az ODA, illetve az *IFFIm* nagyságát – azaz eltoltam egy évvel az adatokat –, így ezen két indikátor adatait csak 2009-től 2012-ig vontam be a vizsgálatba, a többi mutató esetében pedig a 2010 és 2013 időszak adataival számoltam. A segélyezéssel foglalkozó szakirodalmakban nem ritka a késleltetett számítás, hiszen az adott évben kapott segély hatásait a következő évben (esetleg években) lehet érezni (Udvari 2012). A regressziós modellekben alkalmazott magyarázó változók együtthatóit (koefficienseit) és szignifikancia értékeit a 7. táblázat tartalmazza.

7. táblázat A regressziós modell koefficiensei (és szig. értékei)

Változó	1. modell	2. modell
Konstans	4,538 (0,000)	4,454 (0,001)
HIV/AIDS fertőzöttek száma (ln)	0,337 (0,000)	0,333 (0,000)
GDP/fő (ln)	-0,004 (0,969)	-0,029 (0,813)
Egészségügyi kiadások (ln)	-0,336 (0,095)	-0,433 (0,059)
ODA egészségügyi része (ln)	0,217 (0,000)	0,216 (0,000)
IFFIm (ln)	0,423 (0,001)	0,455 (0,002)
DTP oltási lefedettség az egy évesek körében (ln)	-0,601 (0,033)	-0,502 (0,126)
R	0,810	0,817
R ²	0,656	0,668
Adj. R ²	0,642	0,651
Megfigyelések száma	155	124
VIF maximális értéke	2,017	2,128
Durbin–Watson	2,083	2,141

Forrás: saját számítás

A 7. táblázatban szereplő adatokból látszik, hogy teljesülnek a már említett feltételek, azaz a *multikollinearitás minimális*, tehát a magyarázó változók lineárisan függetlenek egymástól, ugyanis a VIF értéke öt alatti (2,017 és 2,128), valamint az *autokorreláció hiánya* is látszik, hiszen a Durbin–Watson teszt értéke mindkét esetben 2 körüli (2,083 és 2,141). Továbbá az is elmondható, hogy – érdekes módon – az egy főre jutó GDP (azaz az ország fejlettségi szintje), valamint az egészségügyi kiadások szignifikánsan nem befolyásolják az öt éven aluli gyermekhalandóságot – mivel a szignifikancia értéke mindkét indikátor esetében 0,05 feletti, így ezeket sem az első, sem a második modellben nem értelmezhetjük.

Az 1. modell alapján elmondható, hogy az öt éven aluli gyermekhalandóság szignifikáns, erős kapcsolatban áll ($R=0,81$) a magyarázó változók együttesével. Ezen kívül megállapítható, hogy a modell magyarázóereje 65,6% ($R^2=0,656$), tehát közepesnél erősebb, azaz az öt éven aluli gyermekhalandóság szórását a magyarázó változók együttesen 65,6%-ban magyarázhatják (a fennmaradó 34,4% más, figyelembe nem vett tényezőkkel, illetve a véletlennel magyarázható). A *DTP oltási lefedettség az egy évesek körében* mutató

együtthatója negatív előjelű, azaz ezen indikátor növelése csökkenti az öt éven aluli gyermekhalandóság számát. A *HIV/AIDS fertőzöttek számát* jelölő indikátor esetében kialakult eredmény is megegyezik a várttal, ugyanis ebben az esetben a fertőzöttek számának ezer fővel történő növekedése minden más változatlansága mellett 1400 fővel növeli az öt éven aluli gyermekhalandóságot.³¹ A maradék két indikátor esetében a várakozásokkal ellentétes eredmény született. Mind az *ODA egészségügyi részének*, mind az *IFFIm donorok általi felajánlások összegének* egy egységgel (egy millió amerikai dollárral) történő növelése minden más változatlansága mellett 1,242, illetve 1,526 egységgel (ezer fővel) növeli az öt éven aluli gyermekhalandóságot.

A 2. modellben a már említett késleltetett adatokkal számoltam, így a megfigyelések száma is kevesebb lett (N=124), ugyanis az ODA és az *IFFIm* esetében a 2013-as, míg a többi indikátor esetében a 2009-es év adatait nem tettem be a vizsgálatba. Ebben a modellben a magyarázóerő csekély mértékben növekedett: a magyarázó változók 66,8%-ban magyarázhatják az öt éven aluli gyermekhalandóság szórását, ez a magyarázóerő jelen esetben is közepesnél erősebbnek mondható. A magyarázóváltozók koefficiensei is csak kis eltérést mutatnak az 1. modell eredményéhez képest: a *DTP oltási lefedettség az egy évesek körében* mutató továbbra is negatív irányú kapcsolatban áll az öt éven aluli gyermekhalandóság indikátorral, azaz egy egységgel történő növelése csökkenti az öt éven aluli gyermekhalandóságot, míg a *HIV/AIDS fertőzöttek számát* jelentő mutató ismét pozitív irányú kapcsolatban áll az eredményváltozóval. Az *ODA egészségügyi részének* egy egységgel történő növelése minden más változatlansága mellett 1,241 egységgel, míg az *IFFIm* donorok általi felajánlások összegének egy egységgel történő növelése 1,576 egységgel növeli az öt éven aluli gyermekhalandóságot.

Az empirikus vizsgálat összefoglalásaként elmondható, hogy a kapott eredmények csak részben tettek eleget a várakozásoknak. Beigazolódott, hogy minél több a HIV/AIDS fertőzöttek száma az adott térségben, annál magasabb lesz az öt éven aluli gyermekhalandóság, valamint az egy évesek körében megvalósuló DTP oltási lefedettség növelésével az eredményváltozó számának csökkenését lehet elérni.

A dolgozat központi témájának vonatkozásában ugyanakkor váratlan eredmény mutatkozott: az ODA és az *IFFIm* esetében mindkét modellből az derült ki, hogy ezen indikátorok növelése tovább növeli az öt éven aluli gyermekhalandóságot. Ez az eredmény az ODA egészségügyi részére vonatkozóan talán kevésbé lehet meglepő, ugyanis ezen

³¹ Számítási módja a természetes alapú logaritmus miatt e^{β} .

támogatási forma esetében nem kimondottan az öt éven aluli gyermekek halandóságának csökkentése a cél. Azonban az *IFFIm* mechanizmus során a befektetőktől származó bevételt a GAVI olyan immunizációs programok finanszírozására fordítja, amelyekkel a gyermekek körében történő halálozások számának csökkentését célozza meg, így ebben az esetben negatív előjelű együtttható igazolta volna az elméleti áttekintés során írtakat. Véleményem szerint ennek oka az lehet, hogy a GAVI az *IFFIm* általi kötvénykibocsátásokból befolyt bevételt nem, vagy nem csak az öt éven aluli gyermekhalandóság csökkentésére fordítja (hiszen ez a célkitűzésüknél sem jelent meg konkrétan, ugyanis a gyermekhalandóság csökkenését általánosságban szeretnék elérni, nem csak a 0–4 éves korosztályt megcélózva), hanem az immunizáció esetlegesen az öt éves, illetve ennél idősebb gyermekek, valamint a lakosság más korosztályának (akár felnőttek) körében zajlik.

Az empirikus elemzés rávilágított arra, hogy az innovatív fejlesztésfinanszírozás eszközei közül az *IFFIm* még nem ért el jelentős eredményt az öt éven aluli gyermekhalandóság területén Fekete-Afrika egyes országaiban, működése nem nevezhető hatékonynak. Ez a probléma abból is eredhet, amit az előző bekezdésben említettem – azaz, hogy a céljuk ezzel a mechanizmussal nem konkrétan az öt éven aluli gyermekek halandóságának csökkentése –, azonban az is szerepet játszhat az eddigi alacsony eredmény elérésében, hogy az innovatív fejlesztésfinanszírozás ezen eszköze mindössze 10 éve van működésben. Az alapítást követő évek során további országok csatlakoztak az *IFFIm*-et létrehozó donorokhoz, azonban – ahogy már az elméleti áttekintésben is említettem – jelenleg is csupán 10 ország alkotja a donorok csoportját, akik mintegy 70 ország elmaradottságát szeretnék csökkenteni. Véleményem szerint ez is felmerülhet az alacsony hatékonyság okaként, azonban a donorok számának növekedésével az eszköz eredményessége is javulhat. Ezen kívül a kutatás korlátai is felelősek lehetnek a kapott eredményért. Korlátként fogalmazható meg, hogy olyan indikátorokat kényszerültem kihagyni az elemzésből, amelyek a szakirodalom alapján befolyással vannak a betegségben szenvedők számának alakulására, ezáltal a magyarázóerő is alacsonyabb lett, valamint az országok, illetve a vizsgált évek számának csökkentése is ide sorolható. Összességében azonban – az empirikus kutatás eredménye ellenére – véleményem szerint jó, hogy megjelentek és működésbe léptek az innovatív fejlesztésfinanszírozás eszközei, ugyanis a szakirodalomban foglaltak szerint jelentős összegekkel tudják támogatni az elmaradottabb országokat, akik ezáltal esélyt kapnak a kilátástalannak tűnő helyzetükből való kitörésre.

6. ÖSSZEGZÉS

Jelen dolgozat célja annak vizsgálata volt, hogy *az innovatív fejlesztésfinanszírozás eszközei hatékonyan tudnak-e működni az egészségügy területén Fekete-Afrikában*. Ahhoz, hogy erre a kérdésre megkapjam a választ, az empirikus elemzés előtt széleskörű szakirodalmi áttekintést kellett végeznem.

A dolgozat első fejezetében Fekete-Afrika népességének egészségügyi állapotát leginkább veszélyeztető három betegséggel foglalkoztam – melyek a HIV/AIDS, a malária és a tuberkulózis –, azonban fontosnak tartottam megemlíteni az elhanyagolt trópusi betegségeket is, melyek nem kapnak akkor figyelmet, mint az előbb említett betegségek, annak ellenére, hogy komoly gondokat okoznak a trópusi területen élő, szegény emberek számára. A térséget leginkább sújtó betegség a HIV vírus, mely betegségben napjainkban is sokan szenvednek, főleg a fekete-afrikai országokban. A WHO adatai azt is bebizonyították, hogy a malária is ennek a térségnek a jellemző betegsége, továbbá az általam vizsgált időszakban az öt éven aluli gyermekhalandóság bekövetkezéséért nagyobb mértékben volt felelős, mint a HIV/AIDS. A fejezetben – az előbbieken kívül – kitértem a betegségek gazdasági hatásaira is, amelyekről összességében elmondható, hogy habár eltérő területeken jelentkeznek, végül egy következményt okoznak: a termelékenység, és ezáltal a kibocsátás csökkenését idézik elő. Mivel a fejlődő országok, akik a leginkább szenvednek ezektől a betegségektől, nem tudnak elegendő forrást fordítani a kezelésükre, külső segítségre szorulnak. Azonban a segélyezés területén fennálló problémák miatt a segélyekkel mint külső forrásokkal sem tudnak megfelelő eredményeket elérni a fejlődő országokban.

A dolgozat következő fejezetében láthattuk, hogy a 2000-es években zajló nemzetközi konferenciák során megszületett a felismerés, miszerint a hagyományos segélyek mennyisége és hatékonysága sem elegendő ahhoz, hogy megoldást nyújtsanak a fejlődő országok problémáira, és az elmaradottságuk csökkentésére. Ez a felismerés vezetett az innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközök megjelenéséhez. Az elméleti áttekintés nagy részét ezen eszközök bemutatása alkotta, hiszen a hazai szakirodalomban eddig még alig lehet találkozni ezt a témát célzó tanulmányokkal. Az innovatív fejlesztésfinanszírozás kifejezésre alkotott eltérő definíciók ismertetése után az eszközök csoportosítására tértem ki, majd pedig ezeknek az eszközöknek a bemutatásával folytattam a dolgozatot. Látható volt, hogy a mechanizmusok többsége által generált forrás felhasználását tekintve kötött, legtöbb esetben – még ha némely eszközökre vonatkozóan nem is határoznak meg konkrét betegségeket – az egészségügy fejlesztésére kell fordítani azokat. Egyedül a kötvénykibocsátások csoportjában

megjelenő diaszpóra kötvények esetében mondható el, hogy szabad felhasználásúak, ezáltal a kötvényt kibocsátó országok kikötések nélkül dönthetnek arról, hogy az így befolyt összeget milyen területen szeretnék fejlődésre fordítani.

Az egyes csoportokra vonatkozó jellemzők összegzésekor kiemeltem a fogalmi meghatározásnál mind a négy szervezetnél megjelenő kritériumot, azaz hogy az adott eszközök kiegészítő forrásként jelennek-e meg az ODA mellett. Nem minden eszköz esetében valósult meg ez a kitétel – ahogy Kiss (2015) is írta –, és ez addig nem is lesz egységes, amíg nem születik egységes definíció és kategorizálás az innovatív fejlesztésfinanszírozás területén. Az *önkéntes, szolidaritási alapú hozzájárulásokról* elmondható, hogy esetükben megvalósul az eszköz kiegészítő jellege, ugyanis mivel önkéntes pénzáramlásról van szó, nem kell elszámolni ODA-ként. Ez a kitétel azonban nem valósul meg a *megelőlegezett befektetések*, valamint az *adósság alapú konstrukciók* esetében megjelent eszközöknél (IFFIm és Debt2Health), mivel ezen mechanizmusok nem teremtenek ténylegesen új forrást a fejlesztéshez, valamint a *magánszektor szereplőinek és a donoroknak az együttműködésére* hozott példa, az előzetes piaci kötelezettségvállalás során keletkező hozzájárulást a donorok ODA-ként számolják el, így ekkor sem valósul meg az addicionalitás. Az eddigi gyakorlat rávilágított arra, hogy a magán- és az állami szektor együttműködését célszerű ösztönözni, hiszen együtt jelentős forrásokat tudnak generálni a fejlesztés számára. A számszerű adatok ismeretében pedig látható volt, hogy a már működésben lévő mechanizmusok által jelentős összegekre lehet szert tenni, amelyeket fejlesztésre lehet fordítani, valamint az is kiderült, hogy érdemes lenne bevezetni a még tárgyalás alatt álló eszközöket is, ugyanis – az ENSZ becslése szerint – általuk további, nagy összegű potenciális bevételekhez lehetne jutni. Ezek következtében az *innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközök* megjelenése a nemzetközi fejlesztési együttműködés területén pozitívumnak tekinthető, hiszen egyre több donor vesz részt bennük, így egyre több forrás gyűlik össze, mellyel a fejlődő országokat tudják segíteni, ezáltal reményt nyújtva nekik az elmaradottságuk csökkentésére.

A szakirodalmi áttekintést követően az empirikus elemzéssel folytattam a dolgot, mellyel a célom annak vizsgálata volt, hogy az innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközök közül az IFFIm mennyire tudott hatékonyan működni Fekete-Afrikában 2009 és 2013 között az öt éven aluli gyermekhalandóság tekintetében. A regresszióelemzés során összesen hat magyarázó változót vontam be az elemzésbe, és vizsgáltam a hatásukat az eredményváltozóra. A dolgozat központi indikátorára, az IFFIm-re vonatkozóan a várakozásommal ellentétes eredmény született, ugyanis pozitív irányú kapcsolat áll fenn ezen magyarázó, illetve az eredményváltozó között, azaz az IFFIm összegének növelésével az öt éven aluli

gyermekhalandóság is nő. Ebből arra következtettem, hogy előfordulhat, hogy az eszköz nem, vagy nem csak a 0–4 éves korosztály körében immunizál, hanem esetleg az idősebb korosztály egészségügyi állapotának javítását szeretné elérni, vagy akár az eszköz „fiatalsága” miatt nem mutatkozik a működése hatékonynak.

Összességében elmondható, hogy a dolgozat által felvetett probléma korántsem tekinthető lezártnak, ugyanis a kutatási kérdés be nem igazolódása további kérdéseket vethet fel, melyek további kutatások alapját képezhetik. Érdemes lenne például megvizsgálni az *IFFIm* eredményességét a fekete-afrikai népesség egészére vonatkozóan, nem csak az öt éven aluli gyermekhalandóságra leszűkítve. Továbbá, új indikátorok segítségével is célszerű lenne vizsgálódni ebben a témakörben, illetve új statisztikai módszereket is lehetne alkalmazni a probléma vizsgálatára. Ezen kívül célszerű lenne más innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközök eredményességét is megvizsgálni, hiszen egy eszköz alacsony hatékonyságából kiindulva nem lehet általánosságban elmondani az innovatív finanszírozás eszközeiről, hogy nem működnek hatékonyan a nemzetközi fejlesztési együttműködés területén.

IRODALOMJEGYZÉK

- Abegaz, B. (2005): Multilateral development aid for Africa. *Economic Systems*, 4, 433-454. o.
- Alonso, J. A. (2012): From aid to global development policy. *Working Paper*, 2012/121, UN Department of Economic and Social Affairs (DESA).
- Alsan, M. M. – Cutler, D. M. (2013): Girls' education and HIV risk: Evidence from Uganda. *Journal of Health Economics*, 5, 863-872. o.
- Ansa, G. A. – Sifa J. S. (2015): Tuberculosis and HIV integration in sub-Saharan Africa. *Asian Pacific Journal of Tropical Disease*, 11, 841-849. o.
- Asiedu, E. – Jin, Y. – Kanyama, I. K. (2015): The impact of HIV/AIDS on foreign direct investment: Evidence from Sub-Saharan Africa. *Journal of African Trade*, 1-2, 1-17. o.
- Behrman, J. A. (2015): The effect of increased primary schooling on adult women's HIV status in Malawi and Uganda: Universal Primary Education as a natural. *Social Science & Medicine*, 2, 108-115. o.
- Bigsten, A. – Tengstam, S. (2015): International Coordination and the Effectiveness of Aid. *World Development*, 5, 75-85. o.
- Booyesen, F. le R. – Arntz, T. (2003): The methodology of HIV/AIDS impact studies: a review of current practices. *Social Science & Medicine*, 12, 2391-2405. o.
- DelaCruz, J. (2007): *A brief contribution to the debate over the impact of HIV/AIDS on economic growth*. Interneten: https://mpira.ub.uni-muenchen.de/10841/1/MPRA_paper_10841.pdf. Letöltve: 2016. március 04.
- Doucouliafos, H. – Paldam, M. (2007): The aid effectiveness literature: The sad results of 40 years of research. *Economic Working Paper*, University of Aarhus.
- Dreher, A. – Nunnenkamp, P. – Thiele, R. (2011): Are 'New' Donors Different? Comparing the Allocation of Bilateral Aid Between nonDAC and DAC Donor Countries. *World Development*, 11, 1950-1968. o.
- EC (2010): *Innovative financing at a global level*. Interneten: http://ec.europa.eu/economy_finance/articles/international/documents/innovative_financing_global_level_sec2010_409en.pdf. Letöltve: 2016. január 21.
- EP (2011) *Innovative financing at a global and European level*. Interneten: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P7-TA-2011-0080+0+DOC+PDF+V0//EN> Letöltve: 2016. február 18.
- Fenwick, A. (2012): The global burden of neglected tropical diseases. *Public Health*, 3, 233-236.o.
- Ferkelt B. – Gáspár A. (2008): Konvergencia-vizsgálatok az Európai Unióban. *EU Working Papers*, 1, 35-44. o.

- Gartner, D. (2015): Innovative Financing and Sustainable Development: Lessons from Global Health. *Washington International Law Journal*, 3, 495-515. o.
- Gáspár A. – Udvari B. (2011): A Loméi Egyezmények felzárkózásra gyakorolt hatása. *Statisztikai Szemle*, 4, 420-447. o.
- GAVI (2010): *GAVI Alliance Progress Report 2010*. GAVI, Switzerland.
- GAVI (2011): *Pneumococcal AMC Annual Report 2011*. GAVI, Switzerland.
- GAVI (2014): *Annual Financial Report 2014*. GAVI, Switzerland.
- GAVI (2015): *Pneumococcal AMC Annual Report 2015*. GAVI, Switzerland.
- Gezahegn, M. – Upadhyay, M. (2014): The effect of HIV/AIDS on economic growth of Southern African countries. *Asian Economic and Financial Review*, 9, 1146-1157. o.
- Girishankar, N. (2009): Innovating Development Finance - From Financing Sources To Financial Solutions. *Policy Research Working Paper 5111*, The World Bank.
- Guarnaschelli, S. – Johnson, L. – Lampert, S. – Marsh, E. (2014): *Innovative Financing for Development: Scalable Business Models that Produce Economic, Social and Environmental Outcomes*. Interneten: http://www.citifoundation.com/citi/foundation/pdf/innovative_financing_for_development.pdf. Letöltve: 2016. február 16.
- Haacker, M. (2002): The Economic Consequences of HIV/AIDS in Southern Africa. *Working Paper*, 2002/38, International Monetary Fund.
- Hatekar, N. R. (2010): *Principles of Econometrics*. SAGE Publications, New York.
- IFFIm (2009): *Report of the trustees and annual financial statements for the year ended 31 December 2009*. Interneten: <http://www.iffim.org/finance/trustees-reports-and-financial-statements/>. Letöltve: 2016. március 01.
- IFFIm (2010): *Report of the trustees and annual financial statements for the year ended 31 December 2010*. Interneten: <http://www.iffim.org/finance/trustees-reports-and-financial-statements/>. Letöltve: 2016. március 01.
- IFFIm (2011): *Report of the trustees and annual financial statements for the year ended 31 December 2011*. Interneten: <http://www.iffim.org/finance/trustees-reports-and-financial-statements/>. Letöltve: 2016. március 01.
- IFFIm (2012): *Report of the trustees and annual financial statements for the year ended 31 December 2012*. Interneten: <http://www.iffim.org/finance/trustees-reports-and-financial-statements/>. Letöltve: 2016. március 01.
- IFFIm (2013): *Report of the trustees and annual financial statements for the year ended 31 December 2013*. Interneten: <http://www.iffim.org/finance/trustees-reports-and-financial-statements/>. Letöltve: 2016. március 01.

- IFFIm (2014): *Report of the trustees and annual financial statements for the year ended 31 December 2014*. Interneten: <http://www.iffim.org/finance/trustees-reports-and-financial-statements/>. Letöltve: 2016. március 01.
- IFFIm (2015): IFFIm Update 10. Interneten: <http://www.iffim.org/library/publications/iffim-updates/>. Letöltve: 2016. február 28.
- IMF (2015): *Special Drawing Rights*. Interneten: <http://www.imf.org/external/np/exr/facts/pdf/sdr.pdf> Letöltve: 2016. február 19.
- Kasuga, H. – Morita, Y. (2012): Aid effectiveness, governance and public investment. *Economic Modelling*, 2, 514-521. o.
- Kim, S-K. – Kim, Y-H. (2016): Is tied aid bad for the recipient countries? *Economic Modelling*, 2, 289-301. o.
- Kiss J. (2015): Innovatív finanszírozás a nemzetközi fejlesztésben. *Külügyi Szemle*, Különszám, 47-65. o.
- Kosack, S. (2003): Effective Aid: How Democracy Allows Development Aid to Improve the Quality of Life. *World Development*, 1, 1-22. o.
- Kovács P. (2008): A multikollinearitás vizsgálata lineáris regressziós modellekben. *Statisztikai Szemle*, 1, 1-22. o.
- Kumazawa, R. – Callaghan, M. S. (2010): The effect of the Kyoto Protocol on carbon dioxide emissions. *Journal of Economics & Finance*, 1, 201-210. o.
- Le Gargasson, J-B. – Salomé, B. (2010): The role of innovative financing mechanism for health. World Health Report, *Background Paper*, 2010/12, World Health Organization.
- Loubiere, S. – Boyer, S. – Protopopescu, C. – Bonono, C. R. – Abega, S-C. – Spire, B. – Moatti, J-P. (2009): Decentralization of HIV care in Cameroon: Increased access to antiretroviral treatment and associated persistent barriers. *Health Policy*, 2-3, 165-173. o.
- Lydon, P. – Levine, R. – Makinen, M. – Brenzel, L. – Mitchell, V. – Milstien, J. B. – Kamara, L. – Landry, S. (2008): Introducing new vaccines in the poorest countries: What did we learn from the GAVI experience with financial sustainability? *Vaccine*, 51, 6706-6716. o.
- Masanjala, W. (2007): The poverty-HIV/AIDS nexus in Africa: A livelihood approach. *Social Science & Medicine*, 5, 1032-1041. o.
- McDonald, S. – Roberts, J. (2006): AIDS and economic growth: A human capital approach. *Journal of Development Economics*, 1, 228-250. o.
- Moutot, P. – Rother, P. – Schuknecht, L. – Stark, J. (2011): The Stability and Growth Pact: Crisis and reform. *Occasional Paper*, 2011/129, European Central Bank.

- Mtika, M. M. (2007): Political economy, labor migration, and the AIDS epidemic in rural Malawi. *Social Science & Medicine*, 12, 2454-2463. o.
- Naím, M. (2007): Rogue Aid. *Foreign Policy*, 2, 95-96. o.
- Ngalawa, H. P. E. (2014): Southern African customs union revenue, public expenditures and HIV/AIDS in BLNS countries. *South African Journal of Economic & Management Sciences*, 2, 173-183. o.
- OECD (2003): Papers on Official Development Assistance (ODA). *OECD Journal on Development*, 4, III-9-III-11. o.
- OECD (2006): *DAC in Dates. The History of OECD's Development Assistance Committee*. OECD Publishing, Paris.
- OECD (2009): *Managing Aid – Practices of DAC Member Countries*. OECD Publishing, Paris.
- OECD (2011): *Mapping of Some Important Innovative Finance for Development Mechanisms*. Interneten: http://www.leadinggroup.org/IMG/pdf/DCD-DAC-STAT-RD_2011_1-RD1-ENG_IFD-3.pdf. Letöltve: 2016. február 11.
- OECD (2014): *Development Co-operation Report 2014: Mobilising Resources for Sustainable Development*. OECD Publishing, Paris.
- OECD (2016): *QWIDS – Query Wizard for International Development Statistics*, *OECD Stat*. Interneten: <http://stats.oecd.org/qwids/>. Letöltve: 2016. március 09.
- Osili, U. O. – Long, B. T. (2008): Does female schooling reduce fertility? Evidence from Nigeria. *Journal of Development Economics*, 1, 57-75. o.
- Paragi B. – Szent-Iványi B. – Vári S. (2007): *Nemzetközi fejlesztési segélyezés*. TeTT Consult Kft, Budapest.
- Patel, P. – Cummings, R. – Roberts, B. (2015): Exploring the influence of the Global Fund and the GAVI Alliance on health systems in conflict-affected countries. *Conflict and Health*, 1, 1-9. o.
- Payne, L. – Fitchett J. R. (2010): Bringing neglected tropical diseases into the spotlight. *Trends in Parasitology*, 9, 421-423. o.
- Pérez de las Heras, B. (2013): Beyond Kyoto: The EU's Contribution to a More Sustainable World Economy. *European Law Journal*, 4, 577-591. o.
- Quansah, E – Sarpong, E. – Karikari, T. K. (2016): Disregard of neurological impairments associated with neglected tropical diseases in Africa. *eNeurologicalSci*, 2, 11-14.o.
- Rajan, R. – Subramanian, A. (2011): Aid, Dutch disease, and manufacturing growth. *Journal of Development Economics*, 1, 106-118. o.

- Rena, R. (2007): *The Impact of HIV/AIDS on Poverty and Education in Africa*. Interneten: https://mpira.ub.uni-muenchen.de/11062/1/MPRA_paper_11062.pdf. Letöltve: 2016. március 04.
- Rowe, E. W. (2015): Locating international REDD+ power relations: Debating forests and trees in international climate negotiations. *Geoforum*, 9, 64-74. o.
- Sajtos L. – Mitev A. (2007): *SPSS kutatási és adatelemzési kézikönyv*. Alinea Kiadó, Budapest.
- Sandor, E. (2010): Mapping innovative finance for development mechanisms. *OECD Journal: General Papers*, 1, 77-97. o.
- Santos, S. P. – Amando, C. A. E. – Santos, M. F. (2012): Assessing the efficiency of mother-to-child HIV prevention in low- and middle-income countries using data envelopment analysis. *Health Care Management Science*, 3, 206-222. o.
- Shadlen, K. C. (2004): Challenges to treatment: the price-infrastructure trap and access to HIV/AIDS drugs. *Journal of International Development*, 8, 1169-1180. o.
- Szent-Iványi B. (2009): *A nemzetközi fejlesztési segélyezés hatékonysága*. Ph.D. értekezés, Budapesti Corvinus Egyetem, Nemzetközi Kapcsolatok Doktori Iskola.
- Thirumurthy, H. – Zivin, J. G. – Golstein, M. (2008): The Economic Impact of AIDS Treatment: Labor Supply in Western Kenya. *The Journal of Human Resources*, 3, 511-552. o.
- Tobin, J. (1978): A Proposal for International Monetary Reform. *Eastern Economic Journal*, 3-4, 153-159. o.
- Udvari B. (2012): *Az Európai Unió nemzetközi fejlesztési politikájának értékelése: a kereskedelempolitikai eszközök adta lehetőségek*. Doktori értekezés, Szegedi Tudományegyetem, Szeged.
- Udvari B. (2014): Realignment in international development cooperation: Role of emerging donors. *Society and Economy*, 3, 407-426. o.
- Uhrin Á. (2013): *Minden igyekezet hiába? Gyógyszerhez jutás Fekete-Afrikában*. OTDK dolgozat, 2013, Szegedi Tudományegyetem, Gazdaságtudományi Kar, Szeged.
- UN (2000): *Millennium Development Goals*. Interneten: <http://www.un.org/millenniumgoals>. Letöltve: 2016. február 23.
- UN (2002): *Report of the International Conference on Financing for Development*, United Nations, Monterrey, Mexico.
- UN (2009): *Innovative Financing for Development*. United Nations, New York
- UN (2011): *Innovative mechanisms of financing for development*. Interneten: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/334&Lang=E. Letöltve: 2016. február 12.

- UN (2012): *World Economic and Social Survey: In Search of New Development Finance*. United Nations, New York.
- UN (2014): *Millennium Development Goal 8. The State of the Global Partnership for Development*. MDG Gap Task Force Report 2014, United Nations, New York.
- UNAIDS (2016): *AIDSinfo*. Interneten: <http://aidsinfo.unaids.org/>. Letöltve: 2016. március 09.
- UNCTAD (2016): *UNCTADstat*. Interneten: http://unctadstat.unctad.org/wds/ReportFolders/reportFolders.aspx?sCS_ChosenLang=en. Letöltve: 2016. március 16.
- UNDP (2012): *Innovative Financing for Development: A New Model for Development Finance?* United Nations Development Programme, Discussion Paper, January 2012.
- UNITAID (2011): *Five Years of Innovation for Better Health*. Interneten: http://www.unitaid.eu/images/annual_report_2011/UNITAID_AR2011_EN.pdf. Letöltve: 2016. február 09.
- UNITAID (2013): *Transforming Markets, Saving Lives*. Interneten: http://www.unitaid.org/media/annual_report/2013/pdf/UNITAID_Annual_Report_web.pdf. Letöltve: 2016. február 09.
- Wagner, A. K. – Graves, A. J. – Reiss, S. K. – LeCates, R. – Zhang, F. – Ross-Degnan, D. (2011): Access to care and medicines, burden of health care expenditures, and risk protection: Results from the World Health Survey. *Health Policy*, 2-3, 151-158. o.
- WDI (2016): *World Development Indicators – World DataBank*. Interneten: <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=world-development-indicators>. Letöltve: 2016. március 09.
- Weller, P. – Yi-Chong, X. (2009): The World Bank: An Institution With Many Faces. *Social Alternatives*, 2, 18-22. o.
- WHO (2008): *Target Product Profile – World Health Organization*. Interneten: http://www.who.int/immunization/sage/target_product_profile.pdf. Letöltve: 2016. február 17.
- WHO (2011a): *The Solidarity Tobacco Contribution – A new international health-financing concept prepared by the World Health Organization*. Interneten: http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/ncds_stc.pdf. Letöltve: 2016. február 19.
- WHO (2011b): *Progress report 2011: Global HIV/AIDS response reviews*. World Health Organization, Switzerland.
- WHO (2011c): *World Malaria Report 2011*. World Health Organization, Switzerland.
- WHO (2012a): *World Malaria Report 2012*. World Health Organization, Switzerland.
- WHO (2012b) *Global Tuberculosis Report 2012*. World Health Organization, France.

- WHO (2013a): *Global update on HIV treatment 2013: Results, impact and opportunities*. World Health Organization, Switzerland.
- WHO (2013b): *World Malaria Report 2013*. World Health Organization, France.
- WHO (2013c): *Global Tuberculosis Report 2013*. World Health Organization, France.
- WHO (2014a): *World Malaria Report 2014*. World Health Organization, Switzerland.
- WHO (2014b): *Global Tuberculosis Report 2014*. World Health Organization, France.
- WHO (2015a): *World Malaria Report 2015*. World Health Organization, Switzerland.
- WHO (2015b): *Global Tuberculosis Report 2015*. World Health Organization, France.
- WHO (2015c): *Progress Report 2015: Global health sector response to HIV, 2000-2015: focus on innovations in Africa*. World Health Organization, France.
- WHO (2016): *Data Repository*. Interneten: <http://apps.who.int/gho/data/node.home>. Letöltve: 2016. március 18.
- Wodon, Q. – Nguyen, M. C. – Tsimo, C. (2012): *Market share of faith-inspired and private secular health care providers in Africa: comparing DHS and multi-purpose integrated surveys*. Interneten: <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/45366/>. Letöltve: 2016. március 04.
- World Bank (2010): *Innovative Finance for Development Solutions: Initiatives of the World Bank Group*. Interneten: <http://siteresources.worldbank.org/CFPEXT/Resources/IF-for-Development-Solutions.pdf>. Letöltve: 2016. január 25.