

KORNAI JÁNOS

A puha költségvetési korlát szindrómája a kórházi szektorban

A kutatások eddig főképpen azt vizsgálták, hogyan jelenik meg a puha költségvetési korlát szindrómája a vállalati szférában és a hitelrendszerben. A jelen cikk a kórházi szektorra összpontosítja a figyelmet. Leírja az események öt főszereplőjének, a betegeknek, az orvosnak, a kórházigazgatónak, a politikusnak és a kórház tulajdonosának motivációit és magatartásuk ellentmondásos jellegét. A motivációk magyarázzák, miért olyan erőteljes a túlköltési hajlam és a költségvetési korlát felpuhulásának tendenciája. A döntési és finanszírozási folyamatok minden szintjén felfelé hárítják a túlköltés és eladósodás terheit. A cikk kitér a különböző tulajdonformák (állami, nonprofit és forprofit nem állami tulajdonformák) és a puha költségvetési korlát szindrómájának kapcsolatára. Végül normatív szempontból vizsgálja a jelenséget: melyek a költségvetési korlát megkeményítésének kedvező és kedvezőtlen következményei, és hogyan tükröződnek a normatív dilemmák az események résztvevőinek tudatában.*

Journal of Economic Literature (JEL) kód: G28, G33, H77, H118, I33.

Tanulmányom a puha költségvetési korlát (PKK) elméletét és fogalomrendszerét alkalmazza a kórházi szektorra.¹ Az írás első részében csak az állami tulajdonban lévő kórházakkal foglalkozom, de később rátérek a tulajdonviszonyok problémájára is.

A szervezetnek az a csoportja, amelyet a továbbiakban „kórházi szektornak” nevezek, tulajdonképpen nemcsak a főként fekvő betegekkel foglalkozó kórházakat foglalja magában, hanem az önálló szervezatként működő járóbeteg-szakrendeléseket, valamint a diagnosztikai és ápolási szervezeteket is. A fogalmazás rövidege kedvéért nevezem valamennyi idetartozó szervezetet kórháznak.

* Elhangzott 2008. október 4-én a Budapesti Corvinus Egyetem jubileumi tudományos konferenciáján. A tanulmányban használt magyar adatok összegyűjtésében és feldolgozásában szorosan együttműködtem *Dózsa Csabával*, akinek szakértelme és tájékozottsága igen sok segítséget adott a magyarországi helyzet problémáinak megértéséhez. Az ő irányításával folyt a magyar adatok gyűjtése, amelyben elsősorban *Malbaski Nikolettá* működött közre. Hálas vagyok körültekintő és alapos munkájukért és tartalmas javaslataikért. Sok figyelemreméltó tanácsot kaptam egykori tanítványomtól és szerzőtársamtól, *Karen Eggleston* professzortól. Köszönöm *Dániel Zsuzsa*, *Forgács Péter*, *Terje P. Hagen*, *Kincses Gyula*, *Lipták Mária*, *Makár Melinda*, *Mihalicza Péter* és *Trond Tjerbo* értékes támogatását. *Nagy Eszter*, akárcsak korábbi munkáimban, most is fáradhatatlanul segített az irodalom gyűjtésében és a tanulmány szerkesztésében. Köszönöm a támogatást, amelyet a Collegium Budapesttól és a Közép-európai Egyetemtől kaptam kutatómunkámhoz.

¹ Az elmélet kiindulópontjai a *Kornai* [1978] tanulmányban és *A hiány* című könyvben (*Kornai* [1980] 315–338. o.) jelentek meg először. Azóta sok szerző kapcsolódott be a téma kutatásába. A puha költségvetési korlát fő elméleti gondolatainak és a kutatás elágazásainak friss áttekintése a *Kornai–Maskin–Roland* [2004] tanulmányban található.

Kornai János a Harvard University és a Collegium Budapest emeritus professzora, a Közép-európai Egyetem (CEU) kutató professzora.

A tanulmány több helyen hivatkozik a magyar tapasztalatra. Ugyanakkor már előljáróban hangsúlyozom: témám nem a magyar helyzet részletes elemzése; mondanivalóm általánosabb jellegű. A puha költségvetési korlát jelensége nem csak a magyarországi kórházi szektorban fordul elő. Nem csak szocialista rendszerben vagy a posztoszocialista átalakulás idején találkozunk vele, a szocializmus maradványaként. Szükségképpen megjelenik mindenütt; ott is, ahol korábban és most is kapitalista piacgazdaság alkotja a kórházi szektor környezetét.

A következő kérdésre keresem a választ. Miért ennyire általános a puha költségvetési korlát szindrómája ebben a szektorban? Mielőtt elkezdeném a válaszom kifejtését, szembe kívánok nézni egy, a témaválasztással szemben felhozható érvel. A tanulmány publikálása előtti vitákban többen is nekem szegeztek a kérdést: van-e értelme annak, hogy éppen a kórházi szektorban vizsgálom a puha költségvetési korlát szindrómáját? A világgazdaságot megrengető események zajlanak le: száz- és ezermilliárdos „bailout” akciókat hajtanak végre különböző államok és nemzetközi szervezetek. A „költségvetési korlát felpuhulása” áthatja a nemzetközi pénzügyi rendszert és a vállalatok százezreinek világát. Ehhez képest, bármelyik országra tekintsünk is, a kórházi szektor a makrogazdaságnak csupán igen vékony szelete.

Ez tagadhatatlanul igaz. Mégis bízom abban, hogy e szűk (bár aránylag kis mérete ellenére is életbevágóan fontos) szektor elemzése fontos általános tanulsággal szolgál. Egy-egy kórház bezárása vagy kimentése nem világgazdasági esemény – de ennek kapcsán megjelenik azoknak a problémáknak a számottevő része, amelyekkel a kórházi szektor határain túl is találkozunk. Sőt, egyik-másik vetületében itt még élesebben rajzolódik ki az események szereplőinek motivációja, magatartása, cselekményeik erkölcsi és anyagi következményei.

A tipikus eseménysorozat

A kórházak egy része pénzügyileg elfogadhatóan működik. Másik részükben hosszabb időn át a bevételek nem fedezik a kiadásokat. Emiatt kénytelenek hitelt felvenni, vagy egyszerűen nem fizetnek a szállítóiknak, azaz hitelezésre kényszerítik őket. Az adósság mind inkább felhalmozódik, s végül az adósságállomány válságos méretűre nő. Az adósság oly nagyra duzzadhat, hogy a szervezet – ha történetesen az üzleti szférában működne – jogi értelemben csődbe kerülne, és a bíróság csődbiztost nevezne ki.

Az *1. ábrán* mutatjuk be az események sorozatát. Milyen alternatív állapotokba juthat el a pénzügyi válságba került szervezet? A logikai kifejtés érdekében négy tiszta esetet különböztetünk meg. A valóságban persze az esetek némiképpen keveredhetnek egymással.

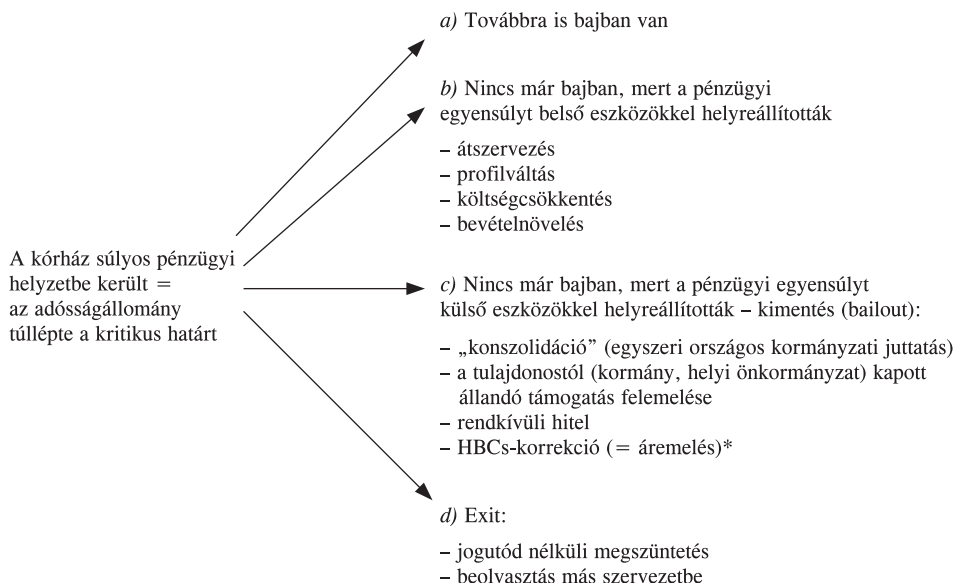
Nem ismételjük el azt, ami az *1. ábrán* olvasható. Kórházakról lévén szó, illik ide, metaforaképpen, az orvosi szóhasználat. A szervezetet súlyos betegség sújtja. Négyféle kimenetel képzelhető el a következő időszakban.

- a) A betegség továbbra is fennáll.
- b) A betegséget legyőzték.
- c) A beteg elsősegélyben, sürgősségi kezelésben részesült és életben tartják – miközben a betegség tüneteit kiváltó okok fennmaradtak.
- d) A beteg meghalt. Az orvosi szakma és a gazdasági élet ugyanazt a szót használja: bekövetkezett az *exit* – a szervezet megszűnt.

Témánk szempontjából kulcskérdés: a kórház mennyire számíthat a c) kimenetelre, a kimentésre, elterjedt angol kifejezéssel: a *bailoutra*? Mit hisz arról? Ha nagy bajba kerül, kihúzzák-e a csávéból?

1. ábra

A pénzügyi bajba került kórház sorsának elágazásai



* HBCs = homogén betegcsoport – így nevezi a magyarországi szaknyelv az Országos Egészségbiztosítási Pénztár és a kórház közötti elszámolás alapján szolgáló pontszámok mértékességét.

Ezzel kapcsolatban sok a félreértés a „puha költségvetési korlát” fogalmának tartalma körül. Itt most jó alkalom kínálkozik a félreértések eloszlatására.

Van, aki azt hiszi: ha egy szervezetet (például egy vállalatot, bankot vagy kórházat) a pénzügyi bajokból kimentenek, akkor ez egymagában is a költségvetési korlát puhaságának megnyilvánulása. Ez téves értelmezés.

A *puha költségvetési korlát szindrómájának* fogalmával nem egyszeri *eseményre* utalunk. (Ellentétben egy kimentési akcióval, amely eseménynek minősül.). A puha költségvetési korlát nem „esemény”, hanem egy *mentális jelenség*. A döntéshozó fejében, gondolkodásában, felfogásában van jelen. Sajátos várakozás (*expectation*). Az én költségvetési korlátom akkor puha, ha én (jogosan vagy akár tévesen) arra számítok: ha netán bajba kerülnek, biztos kimentenek. Ehhez a várakozáshoz igazítom a cselekményeimet. Ez tehát egy hit vagy reménykedés (angolul: *belief*), amely nagy hatással van döntéseimre, viselkedéseimre, cselekményeimre.

Mínél gyakoribb a *bailout*, a kimentés a környezetemben, annál inkább számítok rá én is. (Itt tehát nem egyetlen kimentési eseményről van szó, hanem sokról, amelyek tapasztalatait magamban feldolgoztam, és amelyek alapján kialakítom a várakozásaimat.) Ám lehet más okom is arra, hogy kimentésre számítsak. Például monopolhelyzetben vagyok, tevékenységem nélkülözhetetlen, és ezért biztos vagyok abban, hogy nem hagynak cserben. Vagy kimentésre számítok, mert jók a politikai – vagy esetleg politikától függetlenül – a baráti-haveri összeköttetésem azokhoz, akik a kimentéshez szükséges pénz felett rendelkeznek.

Öngerjesztő folyamattal állunk itt szemben. Ha sokan számítanak a kimentésre, és a számítás beválik, és valóban sokszor kimentik a bajba jutott szervezetet, akkor még

többen fognak számítani rá. Egy-egy kimentés után sok szervezetnél minden kezdődik előlről, abban a tudatban, hogy majd csak megint kimentik.

A másik félreértés abból adódik, hogy gyakran úgy használják a „puha–kemény” jelzőpárt, mintha csak két tiszta eset létezne: a költségvetési korlát vagy puha, vagy kemény. A valóságban a puhaságnak–keménységnek *fokozatai* vannak; sok a közbeeső lépcső a végletesen puha és a végletesen kemény állapot között. A kimentésre vonatkozó várakozást felfoghatjuk a szervezet döntéshozóiban kialakult szubjektív valószínűségként. Mennyire tartják valószínűnek, hogy a kimentés bekövetkezik. Ez a mutatószám 0 és 1 között tetszőleges értéket vehet fel.

Lássunk néhány szemléltető példát a magyar gyakorlatból a súlyos eladósodás és a kimentés előfordulásának gyakoriságára!² Az 1–3. táblázat adatai átfogják az úgynevezett közfinanszírozott (azaz az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által finanszírozott) aktív fekvőbeteg-szakellátó intézményeket.³

Az 1. táblázat összeállításakor a következő kritériumot alkalmaztuk: a kórház „pénzügyi bajban van”, ha a lejárt adósságainak állománya szállítóival szemben az év végén meghaladta a kórház évi kiadásainak 3 százalékát.⁴ A táblázat világosan jelzi, milyen nagy a szorult pénzügyi helyzetben lévő kórházak részaránya. A legtöbb évben minden negyedik-ötödik kórház súlyos pénzügyi nehézséggel küszködött; 2006-ban még ennél is magasabb, 40 százalék volt a részarányuk.

Nyomon követtük azt a 42 egységet, amely 2002-ben, az év közepén pénzügyi bajban volt.⁵ A 2. táblázat a) oszlopából kiderül: a 42-es csoport elég nagy része már korábban is bajban volt, és – a pénzügyi válság leküzdésére tett erőfeszítések és kimentési akciók ellenére – kritikus állapotban maradt.

Külön is felhívom a figyelmet az oszlop zárójeles adataira. Ezek a számok olyan kimentési akciókat tükröznek, amelyek ugyan segítséget adtak a bajba jutott kórháznak, ám ahhoz nem voltak elégségesek, hogy az adósságállományt a kritikus érték alá szorítsák.

A b) oszlop az eseménysorozat kedvező fejleményeit tükrözi: belső erővel sikerült az adósságállományt a kritikus érték alá szorítani.⁶

A c) oszlop mutatja be a mentőakciókat. Ha összeadjuk egy-egy évre vonatkozóan a c) oszlopban szereplő adatot és az a) oszlopban szereplő zárójeles adatot, akkor megtudjuk, hogy egy-egy évben hány – teljes vagy részleges, kimentéssel járó, vagy a bajt csak

² A jelen tanulmányt megelőző kutatás keretében megkezdődött a magyar kórházak pénzügyi és egyéb működési adatait sok évre visszamenőleg magában foglaló adatbázis kiépítése. *Dózsa Csaba* és munkatársai folytatják az adatbázis bővítését, és az adatokból kiindulva további elemzéseket készítenek majd a kórházi szektor gazdasági és irányítási problémáinak tisztázására.

³ Ami a tulajdonformákat illeti, a táblázatokban áttekintett szféra nemcsak állami, hanem egyházi tulajdonban lévő intézményeket is magában foglal, tehát olyan szervezeteket, amelyeket a tanulmány későbbi részében a „nonprofit nem állami alszektorhoz” sorolunk. A táblázatok adatanyaga kizárólag az úgynevezett aktív ellátást nyújtó kórházakat fogja át, az önálló járóbeteg-ellátó intézmények adatait nem tartalmazza.

⁴ A küszöbérték megszabásánál követtük azt a kritériumot, amelyet az eladósodott kórházakhoz küldött állami (kincstári, önkormányzati) biztosok kirendelésekor használnak. Ez egyébként közel áll a vállalati szférában a csődbiztosok kirendelésekor alkalmazott kritériumokhoz.

⁵ Amikor ezt a szelekciót végrehajtottuk, tudatosan tekintettünk az év közepén fennálló helyzetre, és nem az év végi állapotra. Tisztában vagyunk azzal, hogy a számviteli rendszer az év végi adatokat helyezi a figyelem előterébe, és erre alapul a kórházak (és más szervezetek) elszámoltatása a tulajdonos intézménnyel, az adóhivatallal és így tovább. Éppen mert a december 30-ai állapotnak ilyen kitüntetett szerepe van, némi ügyességgel szépitni lehet erre a napra az állapotmutatókat. Bevételeket előrehoznak, kiadásokat elhalasztanak stb. A június 30-ai állapothoz nem kapcsolódnak ösztönzők, nincs indíték ügyeskedésre – ezért azon a napon élesebben mutakozhatnak az igazi bajok.

⁶ Az eddig rendelkezésre álló adatok alapján nem tudtuk kiemelni a 42-es csoportból azokat az eseteket, amelyekben összekapcsolódtak a belső és a külső eszközök. Más szóval, párhuzamosan folyt egyrészt a kiadáscsökkentés és egészséges bevételnövelés, másrészt a kimentési akció. Ezeket a vegyes eseteket kénytelenek voltunk a két tiszta eset valamelyikébe sorolni, attól függően, hogy melyik processzus volt inkább jellemző a pénzügyi bajok kezelésére.

1. táblázat
A pénzügyi bajban lévő kórházak száma és részaránya

Megnevezés	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Összes kórház száma	137	137	137	136	135	133	132	131
Bajban lévő kórházak száma	31	30	21	12	36	34	53	39
Részarány, az összes kórház számához viszonyítva (százalék)	22,6	21,9	15,3	8,8	26,7	25,6	40,2	29,8

Megjegyzés: a kórház „pénzügyi bajban van”, ha a szállítókkal szemben fennálló lejárt adósságok állománya az év végén meghaladta a kórház évi kiadásainak 3 százalékát.

Forrás: Dózsa Csaba és munkatársai által felépített adatbázis. A bázisba bekerült adatok elsődleges forrása az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet kórházi adatbázisa, továbbá az Egészségügyi Minisztérium adósságfelmérései.

2. táblázat
A 2002-ben bajban lévő 42 kórház elő- és utóélete

Évszám	a) Bajban van	b) Nincs bajban: belső eszközökkel rendbejött	c) Nincs bajban: külső eszközökkel rendbejött (bailout)	d) Exit
2000	17 (5)	17	8	0
2001	22 (10)	12	8	0
2002	19 (17)	4	19	0
2003	8 (3)	27	7	0
2004	19 (8)	17	6	0
2005	15 (5)	17	10	0
2006	21 (10)	16	5	0
2007	16 (9)	12	9	5

Megjegyzés: a táblázatban a szóban forgó év december 31-én fennálló állapotát vettük számba. A táblázat összeállításához megfigyelt, 42 egységből álló csoport szelekciójánál a 2002. június végi állapotot vettük alapul.

Az a) oszlopban a zárójelbe tett szám azoknak az egységeknek a számát adja meg, amelyeknél a központi kormányzat vagy az illetékes önkormányzat jelentős kimentési akciókat hajtott végre az adott évben, de még így sem sikerült az adósságállományt a kritikus érték alá szorítani, azaz az egység „bajban maradt”.

Forrás: Dózsa Csaba és munkatársai által felépített adatbázis. Az adatbázisba bekerült adatok elsődleges forrásai az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet kórházi adatbázisa, továbbá az Egészségügyi Minisztérium adósságfelmérései.

enyhítő – kimentési akció zajlott le. Például a megfigyelt csoport kiválasztásánál alapul vett 2002. évben $19 + 17 = 36$ kórház esetében zajlott le mentőakció. Ez több helyen belső átszervezéssel és más költségcsökkentési erőfeszítésekkel párosult. Fél év alatt annyit sikerült elérni, hogy az év végi állapotjelentés szerint már csak 19 szervezet maradt még mindig bajban.

2002-től kezdve keményebben korlátozták a kórházak kiadásait.⁷ Noha kétségteljesen a 2004–2006 közötti időszakban történtek már további kiadásokat megszorító intézkedé-

⁷ 2004-ben megkezdődött az úgynevezett teljesítményvolumen-korlát bevezetése. Ez minden évre minden egyes szervezet számára felső határt szab az Országos Egészségügyi Pénztár által 100 százalékosan finanszírozott teljesítménynek. Efölött a kórházaknak az ellátásért kifizetett térítés degresszív skála szerint csökkenő arányú. Sokan vitatják, hogy ez a messzemenően centralizált beavatkozás a kiadásokba hatékony eszköze-e a költségek csökkentésének, elősegíti-e a valóban gazdaságos működést. Cikkem témáján túlnyúlna a kérdés alaposabb elemzése.

sek, a 2. táblázatból mégis világossá válik: egészen 2007-ig nincs *exit* – a túlélés garantált! Ez valóban a puha költségvetési korlát szindrómájára utaló erős jelzés.

Az igazi szigor 2007-ben nyilvánult meg, amikor a pénzügyileg ellehetetlenült kórházak egyharmadát adminisztratív előírásokkal megszüntették; jogutód nélkül felszámolták vagy beolvasztották más, életképes szervezetbe.

A kimentési akciók egy része kisebb méretű, *ad hoc* jellegű. Ezek mellett a kis, „testre szabott”, egyedi mentések mellett két ízben, 1996-ban és 2002-ben volt roppant nagy méretű kimentési akció. Ezeket a magyar szaknyelv „konszolidációnak” nevezi. A 3. táblázatban bemutatjuk a két nagy konszolidáció néhány jellemző adatát.

3. táblázat
Az állami „konszolidációs programok” néhány jellemzője

Jellemző	1996. évi konszolidáció	2002. évi konszolidáció
Hány szervezetet érint	38	30
Összeg (milliárd forint)	4	3,5
Az összeg aránya az érintett szervezeteknek jutó összes OEP-kifizetéshez (százalék)	6	3,8
Az 1996. évi konszolidáció kedvezményezettjei közül hány került a 2002. évi konszolidáció kedvezményezettjei közé		16

Forrás: Dózsa Csaba és munkatársai által felépített adatbázis. Az adatbázisba bekerült adatok elsődleges forrása az Országos Egészségbiztosítási Pénztár adatbázisa, továbbá az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet kórházi adatbázisa.

Figyelemre méltó, hogy az 1996. évi kimentés után, első nekifutásra lényegesen csökken a pénzügyi bajban lévő kórházak száma. Érdeemes itt visszapillantani az 1. és 2. táblázatra, amelyek jól mutatják a bajban lévő szervezetek számának csökkenését. Ám ez csak átmeneti jelenség. Utána újra nőni kezd a bajba jutottak száma. A kimentésre számítani lehet, beépül a *várakozásokba*, a túlköltés újra felpörög. Az 1996. évi konszolidáció kedvezményezettjeinek majdnem a fele újra belesodródott a szorongató pénzügyi válságba. Itt szinte kézzelfoghatóan megragadható a puha költségvetési korlát szindrómája!

Terjedelmi korlátok nem teszik lehetővé, hogy részletesen idézzem azokat a tanulmányokat, amelyek bemutatják: hasonló jelenségek mutatkoznak számos más ország állami kórházi szektorában is. Ezért a 4. táblázat csupán felsorolja azokat az országokat, amelyekre vonatkozóan információt találtunk a PKK-szindróma megjelenéséről. A táblázatban megjelölöm azokat a szakirodalmi forrásokat, amelyek alapján meg merem kockáztatni a kijelentést: a szóban forgó országban is felismerhető a puha költségvetési korlát jelensége.⁸

Ez tehát, lecsupaszítva, a dráma *története*. Amiről eddig még nem beszéltünk: a drámában szereplő *szereplők*.

⁸ A 4. táblázatban felsorolt szakirodalmi egy része felhasználja a PKK-elmélet terminológiáját. Más részüket más kifejezéseket használ (például a *ballout*-akciók és a szervezeti *exitek* okairól, eloszlásáról és hatásáról ír) oly módon, hogy a leírásból kétséget kizáróan következtethetünk a PKK-szindróma jelenlétére.

4. táblázat

Szakirodalmi források, amelyek kimutatják a puha költségvetési korlát szindrómájának megjelenését

Ország	Szakirodalmi forrás
Ausztria	<i>OECD</i> [1997a]
Chile	<i>Perry–Leipziger</i> (szerk.) [1999]
Egyesült Államok	<i>Newhouse</i> [1993]; <i>Duggan</i> [2000]; <i>Capps–Dranove–Lindroth</i> [2006]; <i>Eggleston–Shen</i> [2008]
Finnország	<i>OECD</i> [1998]
Görögország	<i>OECD</i> [1997b]
Luxemburg	<i>OECD</i> [1999]
Norvégia	<i>Hagen–Magnussen–Kaarboe</i> [2007]; <i>Tjerbo–Hagen</i> [2008]
Olaszország	<i>Bordignon</i> [2000]; <i>Bordignon–Turati</i> [2003]
Svájc	<i>Colombo–Zurn–Oxley</i> [2006]
Svédország	<i>Rae</i> [2005]

Megjegyzés: a lista nem tartalmazza a posztiszocialista országokat.

A főszereplők viselkedése

A sok szereplő közül öt főszereplőt emelek ki: a beteg, az orvos, a kórházigazgató, a politikus és a tulajdonos. Nyilvánvaló, hogy más fontos szereplők is vannak, többek között a gyógyszeripar, az orvosokat képző egyetemek, az egészségügyet felügyelő minisztérium és az egészségügyi biztosítás vezetői és tisztviselői. Tanulmányom fő gondolatainak kifejtéséhez azonban elegendőnek látszik a felsorolt öt főszereplő vizsgálata.

Két kérdésre keressük a választ valamennyi szereplőre vonatkozóan. Mi motiválja őket, és a késztetéseik következtében hogyan viselkednek?

A beteg

Végső soron a beteg érdekében fejti ki minden tevékenységét a kórházi szektor. A beteg motivációja: szeretne minél előbb és minél teljesebb mértékben meggyógyulni, és eközben minél kevesebbet szenvedni, minél kisebb kényelmetlenséget és kiszolgáltatottságot elviselni.

Mindez rendszerint nagyobb kiadásokkal jár. Noha abban nyilván nem talál örömet, hogy a kórház költségei nőnek, de saját törekvéseinek teljesítése kedvéért végső soron többletköltést szorgalmaz. Azt igényelné, hogy a kórházi orvos hallgassa meg türelmesen a panaszait a személyes találkozás alkalmával. Ha kell, akkor szerezzen új információkat a nála észlelt problémák korszerű diagnosízáról és kezeléséről, konzultáljon kollégáival. Mindez összességében azt jelenti: fordítsanak több orvosi munkaidőt az ő gyógyítására. Hasonló az igénye az ápolói személyzettel kapcsolatban is: több figyelmet és – ami ehhez sokszor szükséges – több időt szánjanak az ápolók is reá. Pénzügyi szempontból ez – adott bérszínvonal mellett is – a bérköltség növekedését jelenti.

Ehhez hozzátehetjük, hogy a beteg szívesen látná az orvosok és az ápolók fizetésének emelkedését, mert abban bízunk, hogy a jobban megfizetett emberek nagyobb odaadással végeznék a munkájukat.

Nemcsak a gyógyítás személyi, hanem anyagi feltételeinek javítását is szívesen látná a

beteg. Abban bízunk, hogy kevesebbet szenved, gyorsabban és teljesebben gyógyul, ha minél korszerűbb felszerelést használnak a diagnózishoz és a kezeléshez, továbbá ha a tudományos kutatás által létrehozott legújabb (és rendszerint drágább) gyógyszert kapja. És túl a gyógyítás eszközein, azt is kívánja a beteg, hogy minél kényelmesebb legyen a kórházi ellátás. Mindez a költségek növelése irányába hat.

Teljesen érthető, racionális kívánságok ezek. Az esetek nagy részében ez a többletköltés valóban a beteg javát szolgálja. Igaz, vannak ellenpéldák – a drágább kezelés, drágább gyógyszer nem mindig jobb, de azért igen szoros a pozitív korreláció a minőség és a költség között.

A betegben tehát nagy hajtóerők működnek a többletköltés irányában. Ha a betegnek a saját pénzével is hozzá kell járulnia a költségekhez, azaz létezik valamilyen *co-payment* mechanizmus, akkor az szerény ellenősztozést adhat, bár a beteg motivációját a költségek növelése irányában nem szünteti meg. Költség-hozzájárulás híján akadálytalan a beteg valóságos érdekeltsége a költségek növelésében.⁹

Gondoljuk át ezek után: mit jelent a beteg szempontjából, ha a növekvő kiadások miatt veszteségbe sodródik a kórház! Tegyük fel, hogy a súlyosan eladósodott kórházat bezárják, bekövetkezett a szervezeti *exit*.

A beteg nyer is, de veszít is. Ha a bezárt kórház beolvad egy jól működő másik kórházba, vagy – formális beolvadás nélkül is – végbemegy az ellátás koncentrációja, az javíthat az ellátás minőségén. Megkönnyítheti a szakértői gárda és a drága felszerelések összpontosítását.

A beteg és családja adófizető polgár. Az adófizetők közössége megtakarítja a pénzügyi gondokkal küszködő szervezet veszteségeinek megtérítését.

Am ezekkel a nehezen érzékelhető és többnyire késleltetés után megmutatkozó előnyökkel szembeállnak a közvetlen és azonnal megnyilvánuló hátrányok. A beteg a kórház bezárása esetén elveszítheti a megszokott orvost és a megszokott környezetet. A betegek és a hozzátartozók jelentős része távolabb kerül a továbbra is rendelkezésre álló kórháztól. Ez kényelmetlenséggel, hosszabb utazással, nagyobb útiköltséggel jár. Ha a baj sürgős ellátást igényel, a kezelés helyének későbbi elérése veszélyt támaszt, és esetleg súlyos, helyrehozhatatlan bajokhoz vezet.¹⁰

Ezért a kórház bezárásának hírére a beteg zúgolódik, esetleg nyilvánosan tiltakozik. Természetes szövetségese azoknak, akik a kórház kimentését szorgalmazzák.

Az orvos

Sokféle beállításban szokták az orvost bemutatni. Van, aki valósággal szentnek ábrázolja. Hivatásának megszállottja, akit semmi más nem érdekel, csak a beteg gyógyulása. És van, aki azt hiszi: az orvos elsősorban és mindenekelőtt kapzsi ember, akit csak a pénz érdekel.

⁹ Számos külföldi országban, köztük sok nyugat-európai országban is, hosszabb ideje létezik költség-hozzájárulás. Magyarországon 2007-ben bevezették, majd a 2008-ban megtartott népszavazás nyomán eltörölték ennek különböző formáit, köztük a kórházi ellátásért fizetett ápolási díjat.

¹⁰ Amerikai kutatók költség-haszon számításokat végeztek a kórházak bezárása nyomán keletkező nyereségekről és veszteségekről (*Capps-Dranove-Lindrooth* [2006]). Utóbbi elsősorban azzal közelítették meg, hogy kiszámították: mennyi volt az autóban való szállítás időtartama a bezárt, valamint a legközelebbi, továbbra is működő kórház elérésére. A különbség időigénye, órákban, szorozva az átlagos egy órára jutó keresettel adja meg a többletszállítási fáradtság pénzbeli ellenértékét. A szerzők természetesen ezt a mutatószámot csak „proxynak”, a fogyasztói veszteség jelképes megközelítésének tekintik. Amint azt a fenti leírás is hangsúlyozta, a veszteség sok elemből tevődik össze, köztük a gyógyulási esély, élet vagy halál kockázatai is.

Mindkettő torzkép. Az orvost sokféle motiváció készíteti cselekvésre. Valamennyi háttérrel rendelkezik rá, persze egyénekenként más-más arányban. Mindegyik készítetést meg kell érteni, hogy világosabban lássuk az orvos helyzetét a PKK-drámában.

Az orvos szolgálni kívánja a beteg gyógyulását. Az imént szoltunk arról, hogyan függ össze egyfelől a beteg érdeke, másfelől a kórházi ellátás költsége. Minél inkább azonosul az orvos a beteg érdekeivel, annál inkább indíttatva érzi magát arra, hogy többet költsön a kórház költségvetésének terhére. Ha ráadásul ezért – a betegre szánt hosszabb időért, a drágább gyógyszerért, a költségesebb diagnosztikai és kezelési eljárás előírásáért – a beteg külön jutalmazza, akkor még inkább erősödik ez a készítetés.

A beteg szolgáltatán túlmenően, azzal összefonódva a költségnövelés irányába mozgósítja az orvost a professzionalizmus, a szakmai ambíció. Lépést szeretne tartani a technika és tudomány fejlődésével, és ezért szívesen veszi igénybe a legfrissebb, a korábbinál hatásosabbnak ígérkező (de egyúttal rendszerint drágább) gyógyszert, diagnosztikai eljárást és felszerelést, gyógyászati segédeszközt, sebészeti technikát stb.

A többletkiadásra készítésekkel szemben áll a józan belátás: a rendelkezésre álló erőforrások végesek. Az önkéntes belátást erősíthetik adminisztratív korlátok, a költségek szigorú ellenőrzése, esetleg a költés növelése ellen ható anyagi ösztönzés.

Készítés a költésre és adminisztratív, anyagi és erkölcsi ösztönzés a költés korlátozására – ezek között az egymással konfliktusban álló motivációk között vívódik az orvos. Ám tisztában kell lennünk azzal, hogy az első hatáscsoport igen erős – és éppen ez (vagyis a költségvetési korláttól elrugaszkodó túlköltési hajlam) a PKK-szindróma állandó gerjesztője. Ez a „természetes”, ez az, ami „belülről” jön az orvos lelkében – az ellenmotívumokat rá kell erőltetnie önmagára, vagy kívülről kényszerítik rá.

Ha a költségvetési korlát huzamos túllépése nyomán felvetődik a kórház bezárásának gondolata, akkor az érintett kórházban alkalmazott orvos reakciója – az esetek túlnyomó részében – a tiltakozás. Nyilván az állását is félti. De nem csak ez az aggodalom dolgozik benne, hiszen jó eséllyel számíthat arra, hogy máshol is kaphat munkát. Őszintén rokonszenvezik a beteg idegenkedésével és tiltakozásával. Kéri vagy haragosan követeli a pénzügyi válságban vergődő kórház kimentését. A tiltakozásnak drámai hatása van – és ha a résztvevők úgy kívánják, az esemény tovább dramatizálható. A sajtó, a rádió és a tévé nyilvánossága elé kerülve az érintetteken kívül másokat is felháborít, már csak azért is, mert attól tartanak, hogy velük is megtörténhet hasonló eset. Mindez növeli a társadalmi nyomást a kimentés érdekében.

A tiltakozás hatása annál erősebb (és indokoltsága annál meggyőzőbb), minél közelebb van a bezáráshoz a kórház a monopolpozícióhoz. Ebből a szempontból közömbös, hogy csak területi értelemben áll fenn a monopólium (egyetlen kórház egy adott területen), vagy szakmai szempontból egyedülálló (egyedüli intézmény, amely valamilyen szerv kezelésére szakosodott – vagy egyedüli szervezet, amely valamilyen nagy teljesítményű és drága felszereléssel rendelkezik). A helyzet világos felismerése alapján számítani lehet a kimentésre: nem nézhető tétlenül, hogy a monopóliumpozícióban lévő szervezet pénzügyi okokból megszűnjék. Ennek következtében az orvos, számítva a kimentésre, még nyugodtabban szánhatja rá magát túlköltésre. Minél koncentráltabb a kórházi szektor, minél kevésbé alakul a szektoron belül a verseny, minél kevésbé pótolható az egyik kórház tevékenysége egy másik kórházéval, annál jobb az esély a kimentésre – tehát annál puhább lesz a költségvetési korlát.¹¹

¹¹ Tisztán közgazdasági szempontból is problematikus a kórházi szektor teljesítményének javítása összehívás és koncentráció révén. Igaz, egyfelől megtakarítást hoz a méretgazdaságosság (*economies of scale*), a nagyobb egység kisebb átlagköltséggel képes működni. Másfelől viszont az így kialakuló versenykorlátozás gyengíti a költségszűkítő motivációját, aláássa a pénzügyi fegyelmet, kialakítja a puha költségvetési korlát szindrómáját.

A kórházigazgató

Motivációja hasonló az orvoséhoz. Egyfelől a betegek és orvosok „érdekképviselője”. Másfelől közvetlenebbül érzi az ellennyomásokat, mint a neki alárendelt alkalmazottak. *Tőle* (és nem a beosztott orvosoktól) kéri majd számon az eladósodást. A kórházigazgató két malomkő között őrlődik; rokonszenvezik a beosztottjai költési hajlamával, de neki kell azt visszaszorítania.

Elsősorban a kórházigazgatóban fogalmazódik meg várakozásként (*expectation*) a puha költségvetési korlát. Ha a kimentés nem száz százalékgig biztos, akkor elsősorban a kórházigazgatónak kell lobbiznia érte. Minél erősebb a kórház felső szerveivel, a finanszírozást nyújtó biztosítóval és a támogatást adó intézményi tulajdonossal szemben a saját alkupozíciója, annál inkább hatja át a kimentés biztos reménye. Ezért gyakran az *exit* elleni tiltakozás élére áll, vagy éppenséggel maga kezdeményezi a tiltakozó mozgalmat.

A kórházigazgató magatartásának ambivalens jellege részben azzal magyarázható, hogy nincs egyértelmű kapcsolat a kórház pénzügyi válsága, a kimentés és a felelős vezető leváltása-kinevezése között. Ha egy kórház pénzügyi bajba sodródik, és nyomós érvek szólnak a bezárás ellen és a kimentés mellett, akkor legalább azt kellene teljes mélységben kivizsgálni, hogy *ki* a felelős a bajért. Mélyreható vizsgálatnak kellene megállapítania, hogy milyen mértékű felelősség terheli a kórház igazgatóját. Nem ennek a cikknek a feladata erre a nehéz kérdésre válaszolni. Az azonban nyugtalanságra ad okot, hogy azok közül az igazgatók közül, akiket a 3. táblázatban ismertetett nagy konszolidációk mentettek ki, hatan mindvégig a helyükön maradtak.¹²

A politikus

A fodrászszolgáltatás vagy a sörgyártás és -eladás koordinációjából ki lehet kapcsolni a politikát. (Talán még abból sem teljesen, de annyi azért kijelenthető: ez majdnem politikamentes folyamat.) Ezzel szemben az egészségügyi ellátás szabályozásából a politika kiiktatása *lehetetlen!* Modern jóléti államban mindig politikai kérdés az egészségügy finanszírozása és az állami beavatkozás iránya, mértéke és módja.

A politikusról is kétféle torzkép él sok emberben. Az egyik ábrázolás: a politikust semmiféle más motívum nem vezérli, csak a hatalom megszerzésének vágya. Ezért mindent megtesz, hogy népszerű legyen, szavazatokat, politikai támogatókat szerezzen. A másik torzkép egyik-másik politikus rajongóinak körében terjedt el: a politikus nagy és nemes eszmék szent apostola.

Valójában a politikust is többirányú motiváció mozgatja. Maradjunk a témánknál, a pénzügyi csődbe került kórház bezárásánál! Politikusunk nem szívesen látja ezt az eseményt, mert őszintén együtt érez a beteggel és az orvossal, és osztja az ő elkeseredésüket, felháborodásukat. Ezen túlmenően, éppen mert politikus – akár érez őszinte empátiát, akár nem –, fél a haragjuktól, mert a betegek, a családjaik, a barátai és ismerőseik az ő szavazói. Szüksége van a politikai támogatásukra. *Robinson-Torvik* [2006] szerint a népszerűséget hajhászó politikusok befolyása a kimentési akciók elrendelésére a puha költségvetési korlát szindrómája kialakulásának *alapvető* oka. Nézetem szerint ez egyoldalú és túlzott beállítás – ám tartalmazza az igazság egy részét.

¹² Napjainkban, amikor világszerte folynak a gazdaság minden szférájában a nagy kimentési akciók, mind gyakrabban hangzik el a követelés: a kimentés mindig járjon együtt a bajba sodródott szervezet (bank, iparvállalat vagy egyéb szervezet) felelős vezetőinek leváltásával. Néhány országban olyan törvényjavaslatok előkészítése került szóba, amely ezt kötelezővé tenné.

Ugyanakkor a politikus azt is tudja, hogy a túlköltés, a puha költségvetési korlát eltűrése, a jelenség felerősítése bajokhoz vezet. Még ha nem is gondolta át alaposan az egész okozati láncolatot, annyi világos előtte, hogy a szervezetek költségvetési korlátjának gyakori túllépése és az ismételt kimentések költségei hozzájárulnak a makroszintű költségvetési hiányhoz. Ez fájdalmas, súlyos politikai nehézségekkel járó makrogazdasági bajokhoz vezet.

Az ismételt kimentések veszélyeit és a költségvetésre háruló terheket különösen akkor érzékeli és éli át a politikus, ha az éppen kormányon lévő politikai erőkhöz tartozik. Ezzel szemben az ellenzéki pozíció arra csábítja a politikust, hogy a bezárások ellen tiltakozók oldalára álljon. Tanulságos lehet ezzel kapcsolatban a norvégiai tapasztalat.

Dagfinn Høybråten, kereszténydemokrata politikus, aki 2001-től 2004-ig volt egészségügyi miniszter a liberális-konzervatív politikai erők kormányában, így nyilatkozott a korábban kormányzó szociáldemokrata párt pálfordulásáról: „A Munkáspárt [ti. amikor kormányon volt] panaszkodott a költségvetési korlát puhaságára, ... és kórházi reformot kezdeményezett.¹³ De amikor ellenzékbe kerültek, mindent elfelejtettek, amit korábban mondtak és tüzet nyitottak [ti. a jelenlegi kormány ellen], mihelyt a kórházak elkezdtek válságukról panaszkodni.”¹⁴

Bordignon [2000] olasz közgazdász szerint különösen nehéz a kormánynak erős kötelezettséget vállalnia előre, hogy nem fogja kimenteni a veszteséges szervezeteket, ha a kormányzás törekeny koalíción alapul, amely könnyen és gyakran felbomlik. Ezért a jelenséget az arányos választási rendszerre vezeti vissza. Lehet, hogy ennek is van hatása. Ám a keménységet akkor sem könnyű kikényszeríteni, ha a kormányzat kitölti a parlamenti ciklust, sőt még akkor sem, ha újraválasztják.

Norvég és olasz példák is mutatják: a PKK-szindróma az állami szektorban egyaránt megjelenik konzervatív, liberális és szociáldemokrata, jobboldali és baloldali színezetű kormányzatok alatt (*Hagen–Magnussen–Kaarbo* [2007], *Tjerbo–Hagen* [2008], *Bordignon* [2000], *Bordignon–Turati* [2003]).

Megfigyelhető, hogy a politikus fokozottan latba veti befolyását, ha olyan szervezet kimentéséért kell küzdeni, amelynek vezetője ugyanazon politikai csoporthoz tartozik, amelyikhez ő. Jobb esélyekkel számíthat konszolidációra az a kórház, amelynek vezetője a kormányon lévő politikai erők embere. S. A. Dasgupta, A. Dhillon és B. Dutta cikke nyomán, amelyet indiai tapasztalatok alapján írtak, angol neve is van ennek a jelenségnek: *alignment effect* (*Dasgupta–Dhillon–Dutta* [2008]). Talán „kapcsolati effektusnak” fordíthatnánk. *Bordignon–Turati* [2003] tanulmánya ismerteti az olasz állami kórházi szektor költségvetési korlátját elemző ökonometriai modelljüket. A modellen belül a puhítás irányába ható változók között külön változóként szerepel az „alignment effektus” – és kalkulációjukban e változó hatása szignifikánsnak bizonyul.

A magyarországi események megfigyeléséből is hasonló következtetéseket vonhatunk le. Például egy-egy nagy állami konszolidáció alkalmával nagyobb esélye van a kimentésre annak a kórháznak, amely – a magyar újságírásban elterjedt szóhasználatlaltal – „közel van” az éppen kormányon lévő politikai erőkhöz.¹⁵

¹³ Függetlenül attól, hogy a politikai erők konfliktusában kinek adnék igazat, nem tagadhatom: szerzői hiúságnak hízeleg, hogy norvég politikusok, egymással vitatkozva, a „puha költségvetési korlát” kifejezést használják.

¹⁴ Az idézetet *Tjerbo–Hagen* [2008] cikkéből vettem át (15. o.). Az idézet forrása az interjú, amelyet az egyik szerző, Trond Tjerbo folytatott D. Høybråtennel.

¹⁵ Minden egyes kimentés politikailag teljesen pártatlan utólagos vizsgálatával lehetne csak megállapítani, hogy milyen erős Magyarországon a „kapcsolati hatás”, a politikai erőkhöz való „közelség-távolság” befolyása a kimentési juttatások allokációjára. Ilyen vizsgálatok híján a fenti megjegyzések inkább csak a helyzetet ismerő szakértők *benyomásait* tükrözik. Kívánatos lenne, hogy elfogulatlan kutatók tovább vizsgálják a problémát.

A „kapcsolati hatást” felerősíti az a közismert jelenség, hogy amikor parlamenti vagy önkormányzati választások nyomán változik a politikai rezsim, nemcsak a politikai funkciókban (a miniszteri, a polgármesteri állásban, illetve a hierarchiában közvetlenül alattuk lévő állásokban) zajlik le személyi változás, hanem a személycserék sorozata sokkal mélyebbre nyúlik. Az új helyi önkormányzat a hozzá politikailag közel állókat igyekszik kinevezni minden, általa lényegesnek minősített posztra, legyen az egy köztulajdonban lévő vállalat, iskola vagy akár színház igazgatói posztja.¹⁶ Úgy tűnik, hogy nem kivétel az ilyesfajta vezetőcserék alól a kórházi szektor sem.¹⁷

A politikusnak jó oka van erre a magatartásra. A már korábban említett két szerző, Robinson amerikai és Torvik norvég közgazdász a puha költségvetési korlát politikai indítékairól írott cikkében ezt a kifejezést használja: itt „klientalista” alapon létrejövő csereügylettel van dolgunk (*Robinson–Torvik* [2006]). A pártfogó–kliens viszony keretében a politikai redisztribúciós juttatást szerez, és cserébe politikai támogatást kap.

Kitérő – központi és helyi kormányzat

Külön is figyelemre méltó, ha beékelődik az eseménysorozatba még egy középső szint: a helyi kormányzat.¹⁸ Nagyon sok országban a köztulajdonban lévő kórházak jelentős részének tulajdonosa nem a központi, hanem a helyi kormány.

Eléggé általános, különösen Európában, hogy az alkotmány vagy a törvény kimondja: a helyi kormány felelős a lakosok egészségügyi ellátásáért. Ugyanakkor azt már rendszerint nem írja elő az alkotmány vagy a huzamos időn át érvényes törvény, hogy milyen anyagi forrásokból fedezze ezt a szükségletet a helyi kormányzat. Van-e elég bevétele ahhoz, hogy egymaga finanszírozza mindazt a kiadást (beleértve a fejlesztést is), amit az egészségügyi biztosítás, illetve a betegek anyagi hozzájárulása nem fedez? Miképpen osszák fel a terheket a központi és a helyi kormányzatok, ha a helyi kormány általában (és különösen az egészségügyi kiadások tekintetében) rászorul a központi kormánytól kapott juttatásokra?

Ahány ország és ahány politikai-kormányzati időszak – annyiféle tehermegosztási processzus és annyiféle felosztási arány. Elkerülhetetlen, hogy alkudozás menjen végbe a kormány és a helyi erők között. És ha a helyi kormányzat igazgatása alá tartozó valamelyik szervezet (például a városi közlekedési vállalat, iskola vagy kórház) pénzügyi válságba kerül: ki fizesse a kimentést? A PKK-szindróma egyik lázas kísérőjelensége ez a viaskodás.¹⁹

A magyar olvasó számára ismerős a jelenség. Ám másutt is gyakori. Például Olaszországban is a helyi kormányzat felelős az ellátásért, de egymaga nem képes viselni a terheket, viszont a központi finanszírozás hozzájárulásának mértéke nincs rögzítve. Újra és újra folyik az alkudozás, újabb és újabb központi kimentési akciókat bonyolítanak le. (*Bordignon–Turati* [2003]). A kórházakat korlátozzák bankhitel felvételében, viszont a

¹⁶ Családi szótárunkban ezt „kabinos effektusnak” nevezzük. Egy taxisofőr egy utazás alkalmából elmesélte a feleségemnek, hogy korábban kabinos volt, és többet keresett, mint most taxisként. – Miért hagyta ott az állását? – Mert a választások után új fűrdőigazgatót neveztek ki, és az hozta magával a saját kabinosait.

¹⁷ Mindaz, amit a 15. lábjegyzetben a kimentési összegek allokációjáról elmondtam, a leváltás–kimentés gyakorlatára is érvényes. Mélyreható, politikailag elfogulatlan vizsgálatok híján csak sejtésekre vagyunk utalva. Reméljük, hogy a jövőben kutatások erre a fontos problémára is kiterjednek.

¹⁸ Magyarországon a helyi „önkormányzat” elnevezést használjuk. Mivel a tanulmány mondanivalója nem szorítkozik a magyarországi helyzet elemzésére, az általánosabb kifejezést alkalmazom.

¹⁹ Tanulmányom itt kapcsolódik ahhoz a folyamatos bővülő irodalomhoz, amely a fiskális decentralizáció és a puha költségvetési korlát összefüggését vizsgálja (lásd *Qian–Roland* [1998], *Rodden* [2000] tanulmányát, továbbá *Eskeland–Litvack–Rodden* (szerk.) [2003] kötetét).

helyi kormányt nem. Ezért aztán nem a kórház (és hasonlóképpen: nem az iskola, nem az öregek otthona stb.) adósodik el közvetlenül, hanem az őket támogató, túlköltés esetén kimentő helyi kormányzat – de az aztán nagyon! És nem is a kórházat (és a többi, helyi kormányzati tulajdonban lévő szervezetet) kell kimenteni, hanem annak közvetlen finanszírozóját, a helyi kormányzatot. Ezt a jelenséget szemléltetik az 5. táblázat adatai, amelyekből kiderül, milyen nagy arányban vállalja át a kimentés terhét a központ a helyi kormánytól.

5. táblázat
Olaszország – a deficit és kimentés aránya 1995–1999

Régió	A központi kormány által kimentésre jutott összeg per felhalmozott deficit (százalék)	Régió	A központi kormány által kimentésre jutott összeg per felhalmozott deficit (százalék)
Piemont	55,45	Lazio	53,31
Lombardia	50,96	Abruzzo	56,41
Veneto	44,60	Molise	-2049,00
Liguria	34,57	Campania	36,82
Emilia-Romagna	47,19	Puglia	33,36
Toscana	40,77	Basilicata	-577,49
Umbria	8,41	Calabria	26,81
Marche	56,08	Összesen	52,56

Megjegyzés: két régiónál mínusz előjel szerepel. Ez azt jelenti, hogy a régió *több* juttatást kapott, mint amennyi a felhalmozott deficitje volt.

Forrás: Bordignon–Turati [2003], Appendix A1 táblázat.

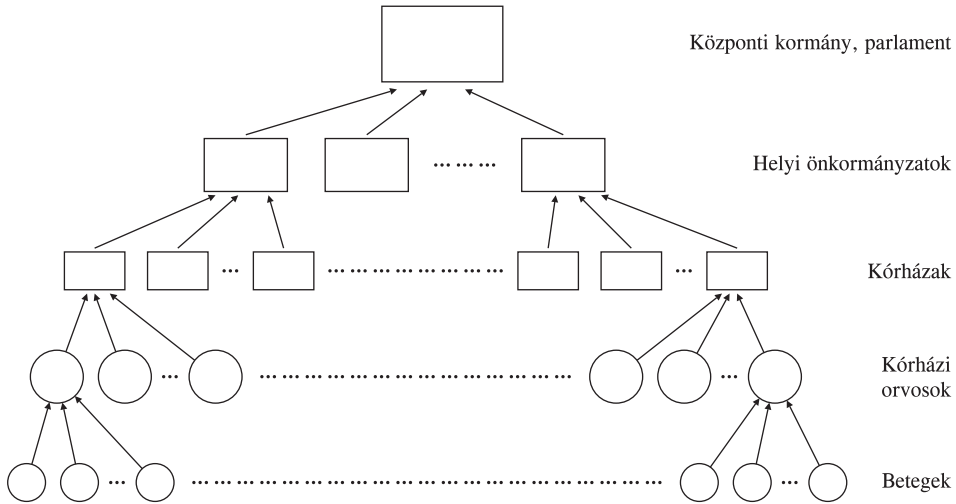
Mi oldja meg a problémát? A köztulajdonú kórház tulajdonjogának és finanszírozási kötelességének centralizációja vagy decentralizációja? Norvégiában megpróbálták előbb a decentralizációt – túlköltés mutatkozott. Utána centralizáltak – ismét túlköltésre került sor (lásd *Tjerbo-Hagen* [2008]).

A túlköltési hajlam, a puha költségvetési korlát kialakulásának tendenciája sokkal mélyebben gyökerezik, sokkal erősebben motivált társadalmi jelenségről van szó, hogy egyszerű átszervezések, centralizációs, decentralizációs és ismét recentralizációs kampányok kiküszöbölhetnék.

A deficit és az adósság felfelé hárítása

Tekintsük át a 2. ábrán az eddig elemzett főszereplők vertikális kapcsolatait! A legelső szinten látható kis körök a betegeket jelképezik. A legfelső szint: a központi kormány és a parlament. Minden szinten a szereplő érdeke felfelé tolni a többletköltségnek, a költségvetési korlát túllépésének következményeit. A beteg többletköltségre noszogatja az orvosokat. Az orvos többletköltsébe, növekvő eladósodásba sodorja a kórházat. A kórház a többletköltség okozta deficitet és adósságot megpróbálja áthárítani a kormányzatra, a központira vagy a helyire – aszerint, hogy ki a tulajdonos és ki az, aki a kialakult gyakorlat szerint a többletkiadás terhét magára szokta vállalni. A helyi kormány megkísérli a terhet áthárítani a központi kormányra. Ha a helyi kormányzat szerkezete többszintű (például nagy országokban város, megye, tartomány), akkor a felfelé hárítás folyamata még e középszintek között is végbemehet. Ha bekövetkezik a baj, azaz tarthatatlanná válik a

2. ábra
Vertikális kapcsolatok: A deficit és az adósság felfelé hárítása



deficit, elviselhetetlenné az adósság, akkor a beteg feletti döntéshozó szintek elkezdik egymást hibáztatni, egymásra hárítani a felelősséget.²⁰

A helyzet leírását és elemzését megszakítjuk egy módszertani megjegyzéssel. Az itt alkalmazott megközelítés rokonságot mutat a „magatartás-gazdaságtan” (*behavioral economics*) szemléletével. Nem elégedtünk meg azzal, hogy általánosságokat mondjunk a résztvevők hasznosságmaximalizáló céljairól. Ehelyett arra törekszünk, hogy megértsük azokat a speciális késztetéseket, amelyek a vizsgált jelenség (jelen esetben a költségvetési korlát felpuhulása) szempontjából lényegesek. Meg akarjuk találni azt a motivációt, amely a jelenséget létrehozó magatartást alakítja ki az események résztvevőiben.

Egy ponton túl is lépünk azon a leírásmódon, amely a magatartás-gazdaságtanra általában jellemző. Különös figyelmet szentelünk az *egymásnak ellentmondó* késztetésekre. Egy-egy résztvevőben (az általunk vizsgált témakörben például a kórházigazgatóban vagy a politikusban) egymással konfliktusban álló hajtóerők dolgoznak. Megismételve a korábban már használt képet: a kórházigazgató két malomkő között őrlődik. Kivel legyen szolidáris? A beosztottaival és végső soron a betegekkel? Vagy azokkal, akik azzal bízták meg, hogy jól gazdálkodjék a közpénzzel? A politikusban is belső konfliktus dúl. Népszerűség vagy államférfíui felelősség? Ha például parlamenti képviselőről van szó, aki történetesen a kormányzó erőkhöz tartozik, kiknek tartozik inkább felelősséggel: a választóközre polgárainak, akik esetleg tiltakoznak egy helyi kórház bezárása ellen – vagy a parlament által képviselt országos közösségnek, amelynek érdekeit súlyosan sérti a költségvetési deficit vagy a sorozatos kimentések fedezéséhez szükséges magas adó?

A jelen tanulmányban tárgyalt szituáció csupán példa egy sokkal általánosabb jelenségre. A nehéz problémákban állásfoglalásra kényszerülő döntéshozó lelkében nincsen rend. Nincsenek kiforrott, szilárd, konzisztens preferenciák. Vívódik, ingadozik, hol ezt, hol az ellenkezőjét mondja és akarja.

²⁰ Jól jellemzi a helyzetet a szójátékot használó angol kifejezés: *blame game*. Az a játék alakul ki a résztvevők között, hogy mindegyik a másikat hibáztatja.

A puha költségvetési korlát elméleti modellezésének egyik áramlata a kimentést végző intézmény, a „kimentő” időbeli következetlenségét (*time inconsistency*) állítja a vizsgálat előterébe. (Ezzel foglalkozik Dewatripont és Maskin nagyhatású tanulmánya (*Dewatripont–Maskin* [1995]), amelyet sok más elméleti vizsgálat követett.) A kimentő előzetesen azt ígéri, hogy nem fogja kimenteni a bajba jutott szervezetet, és ezzel a fenyegetéssel próbálja pénzügyi fegyelemre, a korlát tiszteletben tartására ösztönözni. Ám, ha a baj mégis bekövetkezik, nem tartja magát az előzetes ígérethez. Utólag meg is található a racionális indokok, miért lenne a kimentő szempontjából is ésszerű a kimentés. Az *időben egymás* után lezajló eseményekben (előzetes ígélet és utólagos kimentés) mutatkozó inkonzisztencia egyik pszichológiai alapja a döntéshozó gondolkodásmódjában (és érzelmeiben) *egyidejűleg* jelen lévő motívumok közötti inkonzisztencia.

A tulajdonviszonyok hatása

A módszertani megjegyzés után térjünk vissza a gondolatmenet fő vonalához! Öt főszereplővel kívántunk foglalkozni, de eddig még éppen csak érintettük a tulajdonos magatartását.

A tanulmány eddigi részében csak a köztulajdonú szektorról volt szó, ahol a tulajdonos vagy a központi vagy a helyi kormány. Itt – mint láttuk – mélyen be van ágyazva a többletköltés, a korlát túllépésének a tendenciája. És mivel erős a készletelés a kimentésre is, a túlköltésre hajlamos szervezet (témánk keretei között a kórház) jogosan számít a kimentésre. Ez állandóan gerjeszti a túlköltés → kimentés → túlköltés → stb. spirálját.

Mi a helyzet magántulajdon esetén? Kétféle magántulajdont különböztetünk meg: a forprofit és a nem forprofit (vagy nonprofit) szervezetet. Mindkettő – az angolszász szóhasználat szerint – nem *public*, hanem *private* szervezet. Utóbbinál a tulajdonos lehet egy alapítvány, egyesület, nem állami oktatási intézmény, egyház és így tovább.²¹ A nonprofit szervezetek számos országban adókedvezményekben részesülnek, ennyiben tehát az állam pénzügyileg hozzájárul a működésükhöz.

Érdekes vizsgálatot folytatott M. G. Duggan, amerikai közgazdász (*Duggan* [2000]). Egy állami program meghatározott egészségügyi célra külön juttatást adott a kórházaknak. A helyi kormányok tulajdonában lévő kórházakban semmi sem változott. A kormányok – pestiesen szólva – „lenyúlták” a pénzt. Pontosán annyival csökkentették az általuk a kórházaknak nyújtott támogatást, mint amennyi többletpénzt adott a rendkívüli program. Viszont a nem állami szektorokban, mind a nonprofit, mind pedig a forprofit alszektorban körülbelül egyenlő intenzitással érezhető volt a többletpénz hatása.

Eddig nem találtam olyan vizsgálatot, amelyből valóban megnyugtatóan lehetne következtetéseket levonni, és amely átfogó választ adott volna a következő kérdésre: hogyan függ össze a költségvetési korlát puhasága–keménysége a tulajdonformával. Leginkább az Egyesült Államokban végeztek összehasonlító vizsgálatokat, ahol hosszú ideje egymás mellett működnek a különböző tulajdonformák, és ahol erre vonatkozóan sok adat áll rendelkezésre. Az általam megismert anyagokból (például *Succi–Lee–Alexander* [1997], *Chakravarty–Gaynor–Klepper–Vogt* [2005], *David* [2005]), *Capps*–

²¹ Elgondolkodtató a tulajdonformák arányainak változása az Egyesült Államokban, nagy történelmi léptékekkel mérve. 1928-ban összesen 371 ezer kórházi ágy volt, ezekből 31 százalék volt állami, 53 százalék privát nonprofit és 16 százalék privát forprofit tulajdonú kórházban. 2000-re a kórházi ágyak száma 824 ezerre nőtt, azaz több mint a duplájára. Az árnyok drasztikusan eltolódtak: 16 százalék van állami kórházban, 71 százalék privát nonprofit kórházban és 13 százalék privát forprofit tulajdonban. A nonprofit forma vált uralkodóvá. (Lásd American Hospital Association, Hospital Statistics.)

Dranove–Lindrooth [2006], továbbá *Eggleston* [2008], *Eggleston–Shen* [2008], valamint *Shen–Eggleston* [2008] munkáiból), levonhatók bizonyos sejtések – bár hangsúlyozom, ezek csak sejtések, amelyeket további ellenőrzésnek kell alávetni. A sejtéseket a 6. táblázat tekinti át.

6. táblázat

Tulajdonformák és a puha költségvetési szindróma kapcsolata

Tulajdonforma	Pénzügyi baj esetén a kimentés esélye
Állami (<i>public</i>), központi vagy helyi kormány tulajdonában	igen nagy
Nem állami (<i>private</i>)	
Nonprofit	nem nagy, de nem elhanyagolható
Forprofit	kicsi, de nincs kizárva

A viselkedés tekintetében a lényeges határvonal nem a köztulajdonú és a nonprofit szervezetek együttese, valamint a forprofit szervezetek között húzódik. Sokkal fontosabb ebben a tekintetben az a határvonal, amely a köztulajdonú, állami szférát választja el a nem állami, magánszférától.

Amint azt a tanulmány eddigi része már kifejtette: köztulajdonú, állami formában a költségvetési korlát elkerülhetetlenül többé-kevésbé puha. A nem állami tulajdonforma inkább módot ad a korlát keményítésére, ám egymagában nem garantálja.

Ami mármost a kétféle nem állami formát illeti, a nonprofit formában működő kórházaknak több esélye van a kimentésre, mint a forprofit szervezeteknek (*Capps–Dranove–Lindrooth*, [2006]). Ám még a forprofit forma sem jelent teljes biztosítékot a kimentések teljes kiküszöbölésére a kórházi szektorban. Forprofit kórház is kikényszeríthet kimentést, például abban az esetben, ha területi vagy szakmai monopóliuma van; vagy ha tulajdonosainak vagy vezetőinek jó összeköttetései vannak a kormányzó politikai erőkkel.

Amint korábbi írásaimban már kifejtettem, híve vagyok annak, hogy az egészségügyi ellátásban egymás mellett működhessék többféle tulajdonforma. Nem javasolnám egyik országban sem, hogy indítsanak kórház-privatizálási kampányt, de azt igen: ne gördítsenek tilalmakat, jogszabályi akadályokat az elé, hogy a központi vagy a helyi kormányok teljes egészében vagy részlegesen eladják a tulajdonukban lévő kórházat nonprofit vagy forprofit tulajdonú társaságnak, vagy a tulajdonjog átadása nélkül lehetővé tegyék, hogy a kórházat nem állami vállalkozás üzemeltesse. És ami még ennél is fontosabb: célszerű szélesre tárni az ajtót az olyan nem állami vállalkozások előtt, amelyek új kórházat kívánnak létesíteni. Mindez nem történhet korlátlan „szabadpiaci” alapon, hanem csak olyan nem állami vállalkozás léphessen be, amely szigorúan betartja az egészségügyi ellátás speciális minőségi követelményeit. A nem állami társaságok, a magántőke belépésének párosulnia kell a kormányzati szabályozás és ellenőrzés erősítésével. (Lásd az egészségügyi reformról Karen Egglestonnal közösen írott könyvünket – *Kornai–Eggleston* [2004] –, elsősorban a könyv 7. fejezetét.)

Több érv szól a nem állami (nonprofit és forprofit) vállalkozás belépésének megengedése mellett. Elsősorban akkor kell biztatni ezt a fajta kezdeményezést, ha tőkét, beruházást hoz magával, azaz kötelezettséget vállal modernizálásra és bővítésre. Nagy szükség van arra, hogy az állami erőforrások kiegészítéseképpen magáné erőforrások is bekapcsolódjanak az egészségügy fejlesztésébe. Remény van arra, hogy a nonprofit és a forprofit vállalkozások gazdaságosabbá tudják tenni az egészségügyi ellátást. Ezek az elsődleges

érvek – de másodlagos érvként azt is érdemes fontolóra venni, hogy nem állami kórházaktól inkább megkövetelhető a pénzügyi fegyelem betartása, itt könnyebben elérhető a költségvetési korlát megkeményítése.

Függetlenül attól, hogy milyen arányban vesznek részt a kórházi szektorban a különböző tulajdonformák, kívánatos, hogy a kórházak versenyezzenek a betegekért, és nem megfordítva, a betegek a kórházakért. A kínálati és ne a keresleti oldalon alakuljon ki a verseny! Ez a költségvetési korlát keményítésének egyik kulcsfeltétele. A monopolista pozícióban lévő szervezetet, bármilyen rossz is a gazdasági teljesítménye, nem lehet megszüntetni. Reménytelen, és önmagának ellentmondó politika nagy összevonásokat végrehajtani, és ugyanakkor pénzügyi szigort hirdetni. Az *exit* fenyegetése csak akkor valósulhat meg, ha van szervezet, amely a működésképtelen helyébe lép, képes azt helyettesíteni.

Normatív megállapítások

Tanulmányomban mindaddig pozitív szemléletben közelítettem meg a puha költségvetési korlát jelenségét. Szeretnék – ha csak röviden is – kitérni a normatív problémákra. Sok közgazdász hajlamos a puha költségvetési korlátra vonatkozó tapasztalati megfigyelésekből és elméleti tételekből végletesen leegyszerűsített normatív következtetéseket levonni, ilyesféleképpen: a kemény költségvetési korlát jó, a puha költségvetési korlát rossz. Mivel a kimentések puha költségvetési korlátot generálnak, minden kimentéstől el kell zárkózni.

Ha önmagammal kezdek: ez a primitív és végletes normatív állásfoglalás idegen tőlem, és írásaimban sehol sem található. Ugyanez elmondható a puha költségvetési korlattal foglalkozó számos más kutatóról is; ők sem emelnek vétőt minden kimentés (*bailout*) ellen.

A kérdésnek különös időszerűséget adnak a pénzügyi világban most zajló események, közöttük az Egyesült Államokban, Európában és más földrészeken végrehajtott gigantikus méretű állami beavatkozások. Csak a piac tévedhetetlenségében vakon bízó fundamentalista közgazdász gondolhatja azt: soha sehol sincs szükség a pénzügyi bajban lévő egységek kimentésére. Nem ennek a tanulmánynak a feladata állást foglalni a bankok és más pénzügyi szervezetek, majd a válság egy későbbi szakaszában a fizetéseképtelen, hitelhez hozzá nem férő termelővállalatok kimentésének ügyében. Amit ott mérlegelni kell, azok elsősorban a pénzügyi rendszerre és végső soron a termelésre és a foglalkoztatásra gyakorolt továbbgyűrűző *gazdasági* hatások (*spillover effects*) által kifejtett rombolás. A cikkemben tárgyalt témát illetően más közvetett hatásokat (például a lakosság *egészségügyi* helyzetében, az egészségügyi ellátás színvonalában mutatókövetkezményeket) kell számításba vennünk. Hozzá kell tenni azonban, hogy a kérdések felvetésének módjában találhatók analógiák – de ezek kifejtése túlnyúlna cikkem határain.

Éppen mert nem bankokról vagy autógyárakról, hanem kórházakról van szó, kiáltóan érzékelhető a dilemma *etikai* tartalma.²² Tagadhatatlan, hogy a költségvetési korlát megkeményítése ronthatja az ellátás minőségét és nehezítheti a hozzáférést. Karen Eggleston és Yu-Chu Shen azt vizsgálták, hogy a kórházak miképpen reagálnak a költségvetési korlát megkeményezésére (Eggleston–Shen [2008]). Az elemzés eredménye: a puhább korlát nemcsak a jól ismert kedvezőtlen költséghatásokkal jár, hanem egyúttal megkönnyíti egyes jobb minőségi teljesítményt nyújtó, de drágább tevékenységek alkalmazását is. A tönkre-

²² A kemény költségvetési korlattal kapcsolatos normatív dilemmáról és annak a társadalmi biztonsági hálóval való kapcsolatáról lásd Hardy [1992].

menéstől kevésbé rettegő kórház könnyebben szánja rá magát ezekre a tevékenységekre. Ily módon hozzájárulhat a „biztonsági háló” erősítéséhez és a mortalitás csökkenéséhez.

Fogalmazzuk meg általánosabb formában a döntési dilemmát! Mi történik, ha egy pénzügyi bajban lévő kórházat bezárunk? Milyen előnyös és milyen hátrányos hatások következnek be?

A hátrányokat *azonnal* érzékeli minden érintett, mégpedig *egyénileg, a saját bőrén*, azaz saját életére internalizált módon. (Nehezebb hozzájutni a megszokott kezeléshez, az orvos elveszíti megszokott munkafeltételeit.) Ezzel szemben a kimentéstől való elzárkózás előnyei csak *késleltetve* fognak megmutatkozni abban, hogy erősödik a pénzügyi fegyelem, hatékonyabb a gazdálkodás, kevésbé növekednek a költségek, kisebb teher nehezedik az adófizetőkre.²³ Mindez kedvez a társadalom *egészségének*, ám az emberek nem egyéni vívmányként élik át, hanem csak szinte megfoghatatlan externális hatásként jelentkezik.

Most akarunk-e segíteni a mai betegnek – vagy gondolunk a jövőre is? Gondolunk-e arra, hogy ha az egészségügyi ellátásra fordított erőforrásokat rosszul használjuk fel, akkor végső soron a jövőbeli betegeket fosztjuk meg a majdani jobb kezeléstől. A kimentések ismételt megvalósítása hosszú távon pusztító eszköz, rossz pedagógia. Felelőtlenségre szoktat.

Ezekre az etikai dilemmákra nincs magától értetődő válasz. Ezért tanulmányom nem vezet egyértelmű gyakorlati következtetéshez. Nem tudok olyan egyszerű hüvelykujszabállyal szolgálni, amely a potenciális kimentőknek (az illetékes miniszternek, parlamentnek, polgármesternek, helyi kormányzatnak stb.) világos eligazítást adna.

Ilyenformán kétféle álláspont – „*ha már kialakult a kórházban a súlyos pénzügyi válság, akkor mindig ki kell menteni a kórházat*”, vagy éppen ellenkezőleg: „*akármekkora a kórházban az adósság, akkor sem szabad soha kimenteni a kórházat*” – közül egyiket sem tudom ajánlani univerzális szabályként. A kimentés megvalósítását vagy megtagadását függővé kell tenni az adott körülményektől, a bezárás vagy kimentés összes kedvező és kedvezőtlen körülményének együttes mérlegelésétől.

Semmiképpen sem szabad automatikusan életbe léptetni a kimentési akciókat. Minden egyes esetet külön-külön meg kell fontolni. Ha lelkiismeretes mérlegelés után a kimentés mellett döntenének, akkor azt annak tudatában kell megtenni, hogy elkerülhetetlenek lesznek a hosszú távon hátrányos következmények, legfőképpen a pénzügyi fegyelemre gyakorolt züllesztő hatás révén. Ilyen esetben legalább ezt a káros következményt kell valamelyest enyhíteni. Például azzal, hogy tárgyilagosan feltárják, hogy mi vezetett a válsághoz. Kizárólag külső körülmények? Vagy – és ez az igazság a legtöbb esetben – történt emberi mulasztás is, tipikus esetben a vezetés részéről. Kit terhel a felelősség? Nem elég megállapítani a felelősséget, hanem le kell vonni a személyi következményeket is. Elfogadhatatlan, hogy közpénzből helyrehozzák a bajt, és közben azok, akik miatt bekövetkezett, nyugodtan megmaradjanak vezető állásukban, háborítatlanul felvegyék a magas fizetésüket. Fokozott szigorral kell eljárni ott, ahol ismételten sor kerül kimentési akcióra.

A kívülről érkező segítség kapcsolódjék össze minél szorosabban a belső eszközök igénybevételével: a költségek csökkentésével, a munka jobb megszervezésével, a kiadások fokozott ellenőrzésével!

Éppen mert nincsen mindenhol és mindenkor érvényes szabály a kimentés elfogadására vagy elvetésére, a döntés előtti habozás is az élet valóságos tényei közé tartozik. A normatív dilemmát most visszacsatolhatjuk a pozitív elemzésbe. Ha minden szereplő-

²³ A rossz hatékonysággal működő kórházak bezárásának kedvező hatását alapos empirikus vizsgálattal mutatja be Lindrooth–Lo Sasso–Bazzoli [2003].

ben (az orvosban, a kórházigazgatóban, a központi és helyi politikusban, a tulajdonosban és az eddig nem említett szereplőkben is, például az eseményeket kommentáló újságíróban vagy a problémát elemző tudományos kutatóban) ott él a nehéz etikai dilemma, és magában vívódik – akkor ez tovább erősítheti a társadalom ellenállását a költségvetési korlát megkeményítésével szemben.

Összefoglaló következtetések

A puha költségvetési korlát megjelenése a kórházszektorban nem magyar sajátosság. Nem is a posztoszocialista régió sajátossága. Ez *szükségképpen érvényesülő hajlama* a demokratikusan kormányzott modern kapitalizmusnak, amelyen belül elkerülhetetlen az állami tulajdon, az állami szabályozás és az állami finanszírozás jelentős szerepe. Újra-termelődik, ha visszaszorul, idővel újra gerjesztődik.

Ez nem jelenti azt, hogy tehetetlenül ott állunk és nézzük az események alakulását. Sok minden tehető azért, hogy a hajlam ne váljék túl erőssé. Erkölcsi és anyagi ösztönzéssel kell fékezni a túlköltési tendenciát. Nem szabad automatikusan utána engedni a túlköltésnek. Ha az adott körülmények között nyomatékos érvek indokolják a pénzügyi válsággal küszködő kórház állami forrásokból történő kimentését – ezt össze kell kötni a bajok keletkezésének mélyreható feltárásával és a mulasztások elkövetőinek felelősségre vonásával. Utat kell engedni a nem állami tulajdonformák belépésének, többek között azért, mert a magánvállalkozások körében jobbak az esélyek a költségvetési korlát megkeményítésére. Kívánatos, hogy kínálati oldalon versenyhelyzet alakuljon ki a kórházi szektorban.

Mindezekre az erőfeszítésekre szükség van. Ám miközben küzdünk a költségvetési korlát puhítása ellen – ne vakon és végletesen, ne dogmatikusan, ne szemellenzős, fanatikus piaci fundamentalistaként tegyünk ezt, hanem emberségesen, a betegek és az orvosok megalapozott ellenállását, sőt tévedésen alapuló szorongó ellenérzéseit is tekintetbe véve.

Hivatkozások

- AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION, Hospital Statistics, www.aha.org.
- BORDIGNON, M. [2000]: Problems of Soft Budget Constraints in Intergovernmental Relationships: The Case of Italy. Inter-American Development Bank Working Paper, R-398. Washington, D.C.
- BORDIGNON, M.–TURATI, G. [2003]: Bailing Out Expectations and Health Expenditure in Italy. CESIFO Working Paper, No. 1026. München.
- CAPPS, C.–DRANOVE, D.–LINDROOTH, R. C. [2006]: Hospital Closure and Economic Efficiency. Center for Health Industry Market Economics, Kellogg School of Management at Northwestern University, Evanston.
- CHAKRAVARTY, S.–GAYNOR, M.–KLEPPER, S.–VOGT, W. B. [2005]: Does the Profit Motive Make Jack Nimble? Ownership Form and the Evolution of The U. S. Hospital Industry, NBER Working Paper, 11705. Cambridge, MA.
- COLOMBO, F.–ZURN, P.–OXLEY, H. [2006]: Switzerland. World Health Organization, Párizs.
- DASGUPTA, S.–DHILLON, A.–DUTTA, B. [2008]: Electoral Goals and Center-State Transfers: A Theoretical Model and Empirical Evidence from India. Előkészületben Journal of Development Economics, <http://www2.warwick.ac.uk/fac/soc/economics/staff/faculty/dhillon/wp/grantsmail4.pdf> (Letöltve: 2008. szeptember 2.)
- DAVID, G. [2006]: The Convergence between For-Profit and Nonprofit Hospitals in the United States. Annual Meeting Allied Social Science Associations.

- DEWATRIPONT, M.–MASKIN, M. [1995]: Credit and Efficiency in Centralized and Decentralized Economies. *Review of Economic Studies*, Blackwell Publishing, Vol. 62. No. 4. 541–555. o.
- DUGGAN, M. G. [2000]: Ownership and Public Medical Spending. *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 115. No. 4. 1343–1373. o.
- EGGLESTON, K. [2008]: Soft budget constraints and the property rights theory of ownership. *Economics Letters*, 100. 425–427. o.
- EGGLESTON, K.–SHEN, Y. [2008]: The Effect of Soft Budget Constraints on Access and Quality in Hospital Care. National Bureau of Economic Research, NBER Working Papers, 14256.
- ESKELAND G. S.–LITVACK J. I.–RODDEN, J. (szerk.) [2003]: Fiscal decentralization and the challenge of hard budget constraints, MIT Press.
- HAGEN, T. P.–MAGNUSSEN, J.–KAARBOE, O. M. [2007]: Centralized or Decentralized? A Case Study of the Norwegian Hospital Reform. *Social Science & Medicine*, 64. Vol. 10. 2129–2137. o.
- HARDY, D. C. [1992]: Soft Budget Constraints, Firm Commitments, and the Social Safety Net. *IMF Staff Papers*, Vol. 39. No. 2.
- KORNAI JÁNOS [1978]: A hiány újratermelése. *Közgazdasági Szemle*, 9. sz. 1034–1050. o.
- KORNAI JÁNOS [1980]: A hiány. *Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó*, Budapest.
- KORNAI JÁNOS–EGGLESTON, K. [2004]: Egyéni választás és szolidaritás. Az egészségügy intézményi reformja Kelet-Európában. *Nemzeti Tankönyvkiadó*, Budapest.
- KORNAI JÁNOS–MASKIN, E.–ROLAND, G. [2004]: A puha költségvetési korlát. *Közgazdasági Szemle*, 7–8. sz. 608–624. o. és 9. sz. 776–809. o.
- LINDROOTH, R. C.–LO SASSO, A. T.–BAZZOLI, G. J. [2003]: The Effect of Urban Hospital Closure on Markets. *Journal of Health Economics*, 22. 691–712. o.
- NEWHOUSE, J. P. [1993]: An iconoclastic view of health cost containment. *Health Affairs*, 12. (Supplement) 152–171. o. http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/12/suppl_1/152.pdf.
- OECD [1997a]: *Economic Surveys Austria 1996/1997*. No. 5. OECD, Párizs
- OECD [1997b]: *OECD Economic Surveys Greece 1996/1997*. Supplement 1. OECD, Párizs.
- OECD [1998]: *OECD Economic Surveys: Finland 1997/1998*. 15. OECD, Párizs.
- OECD [1999]: *OECD Economic Surveys: Belgium/Luxembourg 1998/1999*. 4. OECD, Párizs.
- PERRY, G.–LEIPZIGER, D. M. (szerk.) [1999]: *Chile: Recent Policy Lessons and Emerging Challenges*. World Bank Publications, Washington D.C.
- QIAN, Y.–ROLAND, G. [1998]: Federalism and Soft Budget Constraint. *American Economic Review*, Vol. 88. No. 5. 1143–1162. o.
- RAE, D. [2005]: Getting Better Value for Money from Sweden's Healthcare System. *OECD Economics Department Working Papers*, No. 443. OECD Publishing, Párizs.
- ROBINSON, J. A.–TORVIK, R. [2006]: A Political Economy Theory of the Soft Budget Constraint. NBER working paper, 12133. <http://www.nber.org/papers/w12133> (Letöltve 2008. augusztus 18.)
- RODDEN, A. [2000]: Breaking the Golden Rule: Fiscal Behavior with Rational Bailout Expectations in the German States. A European Fiscal Federalism in Comparative Perspective Workshopra készített tanulmány, Center for European Studies Harvard University <http://web.mit.edu/jrodden/www/materials/brescia2.pdf> (Letöltve: 2008. szeptember 2.)
- SHEN, Y.–K. EGGLESTON [2008]: The Effect of Soft Budget Constraints on Access and Quality in Hospital Care, NBER Working Paper 14256
- SUCCI, M.–LEE, S-Y. F.–ALEXANDER, J. A. [1997]: Effects of Market Position and Competition on Rural Hospital Closures. *Health Services Research*, Vol. 31. No. 6. 679–699. o.
- TJERBO, T.–HAGEN, T. P. [2008]: Deficits, Soft Budget Constraints and Bailouts: Budgeting after the Norwegian Hospital Reform. *Kézirat*, Insitute of Health Management and Health Economics, Univerity of Oslo, Oslo. (Scandinavian Political Studies, megjelenés alatt.)