INSTITUCIONÁLNÍ POHLED NA SYSTÉMY ZDRAVOTNÍ PÉČE

Tomáš KRABEC, Vysoká škola ekonomická, Praha

1. Úvod

V této stati se pokusím o vymezení obecných principů, jejichž respektování by v praxi mělo zajistit spravedlivý, efektivně fungující a dlouhodobě udržitelný systém zabezpečování a financování zdravotní péče. Příslušná argumentace vychází z nejnovějších praktických poznatků nové institucionální a evoluční ekonomie a mezinárodních komparací. K problematice se přistupuje prizmatem metodologického individualismu se snahou o podchycení faktorů, které jsou determinující pro rozhodování zúčastněných subjektů na individuální úrovni. Tato sta• obsahuje argumentaci pro potřebnou diskuzi o nevyhnutelných systémových změnách v nastavení základních parametrů financování a poskytování zdravotní péče. V dalším textu nejprve poukážu na problémy související s konstitucí dnešních kontinentálních systémů zdravotní péče. Takto budu v dalším textu označovat systémy, které jsou založené na solidárním a povinném zdravotním pojištění. Z tohoto pohledu je možno rozlišit dva základní zdroje neefektivnosti: informační asymetrii a nerespektování původního významu principů, na základě kterých jsou dnešní kontinentální systémy zdravotní péče vystavěny. Definuji proto nejprve tyto principy a poté se zamyslím nad možnými způsoby nápravy.

2. Konstitutivní prvky kontinentálních systémů zdravotní péče

Pro výslednou podobu každého systému zdravotní péče je určující forma hospodářského a společenského řádu, v rámci kterých tento subsystém funguje. Definujeme „hospodářský řád jako strukturu vzniklou dodržováním jistého souboru pravidel, v rámci kterých probíhá ekonomický proces, a společenský řád jako strukturu vzniklou dodržováním širšího souboru pravidel, jejichž dodržováním vzniká soudržná struktura – společnost“ (Krabec, 2003, s. 885).

V praxi velmi záleží na podobě pravidel – formálních i neformálních – upravujících vztahy mezi jednotlivými subjekty, spadajícími do celé sféry péče o zdraví.¹⁾ Tato pravidla jsou směrodatná pro efektivnost výstupů ze systému a jejich konkrétní podoba není náhodná. Dnešní zdravotní systémy, které vycházejí z kontinentálního evolučního vývoje hospodářského a společenského řádu, jsou založeny na principech solidarity, spravedlnosti, principiální povinné účasti všech občanů a podstatného regulačního vlivu státu, resp. veřejného sektoru.

Od stanovených pravidel se odvíjí chování jednotlivých aktérů, přičemž každý z nich maximalizuje svůj subjektivní užitek (ve formě peněžního příjmu, minimali-

1) Sféra péče o zdraví je pojem značně přesahující resortní přístup (zdravotní systém). Zahrnuje veškeré vazby na ostatní resorty a sektory národního hospodářství a normy chování, které se dotýkají zdraví a léčení jednotlivce.

zace nákladů aj.). Důležité je, že k tomu využívá všech formálních i neformálních prostředků, a to v maximálním rozsahu, který mu daná pravidla umožňují. Vztahy mezi jednotlivými aktéry systému zdravotní péče je možno znázornit pomocí následujícího obrázku:

Graf 1
Vazby mezi jednotlivými aktéry

Pramen: Kotzian, Thurner (2001).

V této stati vycházím z inspirativní hypotézy Waltera Euckena o vzájemné závislosti řádů. Za tohoto předpokladu je možno zobecnit Euckenovo vymezení zdrojů hospodářského řádu – státu, vědy a církvi – i na sféru péče o zdraví. Role přisuzovaná státu v oblasti ekonomické a společenské totiž úzce souvisí s rozsahem, kvalitou a intenzitou státních zásahů v oblasti zdravotnictví. Při změnách hospodářského řádu²⁾ dochází paralelně ke „stejnoseměrným“ změnám i v přístupu k celé sféře péče o zdraví. Věda hraje v této souvislosti pouze subsidiární úlohu – pomáhá k fundované verifikaci a analýze dopadů nově zaváděných, či plánovaných regulativních prvků systému. Role církvi ve vztahu ke zdravotnímu systému je patrná díky přejímání určitých principů a pravidel chování, které vycházejí z některých interpretací (křesťanských) hodnot a podrobněji se jimi budu zabývat v dalším textu.

V dalším odstavci budu blíže charakterizovat jednotlivé principy, na kterých jsou vystavěny dnešní kontinentální systémy zabezpečování zdravotní péče, včetně našeho. Předmětem diskuze budou některé chybné interpretace těchto principů, na ně navazující problémy a návrhy systémově konformních řešení těchto problémů. Diskutované principy je zapotřebí seriózně definovat, aby nedocházelo k případným nedorozuměním.³⁾

2) Jako extrémní příklad změny formy řádu uveďme přechod z centrálního plánování na alokaci zdrojů, která je založena na tržním mechanismu. V dlouhodobě stabilních demokratických státech probíhají změny poněkud spojitěji s tím, jaké jsou preference dané politické reprezentace.

3) Suchanek a Friedrich (2003) poukazují např. na skutečnost, jako by se dnes v případě reformních návrhů volilo mezi dvěma hodnotami: hospodárností a humanitou zdravotních systémů. Tato zcela falešná dedukce pramení z chybného porozumění základním pojmům a má své kořeny v minulosti. Ke zmatení, nepochopení a chybné interpretaci pojmů dochází i v řadě jiných oblastí. Za všechny uveďme diskreditaci původního významu „sociálnosti“ koncepce sociálního tržního hospodářství v SRN (srovnej viz Erhard, 1957 a rovněž Schüller, 2000).

2. 1 *Solidarita*

Princip solidarity původně vychází z křesťanského učení a dnes jeho přítomnost můžeme pozorovat v pojetí sociální politiky řady evropských států. V kontextu námi diskutované problematiky má tento princip konstitutivní význam. Zdravotní systémy vycházející z kontinentálních tradic musejí být založeny na principu solidarity, kdy se početná skupina neznámých lidí společně dělí o riziko možného onemocnění. Pouze tak je totiž možné nejširším skupinám obyvatelstva ospravedlnit potřebnost a užitečnost povinného zdravotního pojištění. Suchanek a Friedrich (2003) upozorňují, že solidaritu v oblasti zdravotní péče není možno ztotožňovat se solidaritou projevující se při výjimečně se vyskytujících přírodních katastrofách. Proč? Především je nutno si uvědomit aspekt permanentnosti a obecné nárokovatelnosti nutných lékařských ošetření, která slouží k léčení či prevenci chorob. Tento princip musí být proto institucionálně regulován, aby byla solidarita každému občanovi pro případ nemoci zajištěna. Takto vzniklou institucí je dnes zákonné zdravotní pojištění.

2. 2 *Spravedlnost*

S principem solidarity povinného zdravotního pojištění je úzce spojen princip spravedlnosti. V původním definičním vymezení (viz např. Suchanek a Friedrich, 2003) znamenala spravedlnost systému zdravotního pojištění garanci, že každý pojištěnec bude mít rovný nárok na základní ošetření a prevenci. Nic víc.

Při jistém zjednodušení je možno tvrdit, že podstata plateb do systému vychází z potřebné a pro účastníky výhodné solidarity. Jinak je nutno pohlížet na výstupy ze systému – tedy odpovídající pojistné plnění v případě nemoci. Pojištěnci jsou pochopitelně racionálně se chovající jedinci, kteří chtějí za své platby protislužbu. Jejich požadavky neodpovídají výše uvedené definici solidarity a dochází ke kvalitativní změně. Jednotliví účastníci maximalizují subjektivní užitek a jednají podle principu „rovnosti“ osobních mezních nákladů a subjektivních mezních výnosů, a tedy snahy o dosažení subjektivní spravedlnosti systému.

Z tohoto nedorozumění vyplývá současná neochota politické reprezentace k úsporným reformním opatřením, a vede k předvolebnímu oportunismu, který situaci potenciálně ještě zhoršuje. Pokud se dnes v Evropě hovoří o „ztrátě solidarity“ v případě krácení určitých hrazených výkonů, je to falešná interpretace a směřování legitimizované solidarity a „spravedlnosti rovných podmínek“ se subjektivní spravedlností (viz Suchanek a Friedrich, 2003).

Zdravotní systémy fungující na bázi centralizovaného systému povinného zdravotního pojištění bohužel trpí vysokou netransparentností peněžních toků na straně jedné a poskytnutých služeb⁴⁾ na straně druhé. V centrálně řízených zdravotních systémech již není nikde patrný vztah „platba – odpovídající služba.“ Mlha netransparentnosti vybízí nemocnice a praktické lékaře k morálnímu hazardu a zneužívání, právě tak jako farmaceutické firmy, nebo ceny léčiv mnohdy podléhají netransparentní centrální regulaci a složitému systému dotací.

Jiná je situace ve smluvním zdravotním systému Spojených států amerických, kde vztah „náklady – výnosy“ je jasně patrný a tedy transparentní. Názory „Američana“ na spravedlnost shrnuje výstižně Stone (1993, s. 3): „Měl bych dostat zpět přesně to, co jsem zaplatil, a to s úrokem navíc. Moje peníze by nikdy neměly být použity na léčení kohokoliv jiného – to by bylo nespravedlivé.“

4) Pro jednoduchost se v této stati omezím na označení „služby“ pro výkony poskytované zdravotnickými zařízení s vědomím toho, že se v této věci mohou názory podstatně odlišovat.

2. 3 Vlastní odpovědnost

Aby byly kontinentální zdravotní systémy dlouhodobě finančně udržitelné, je nutná přítomnost principu vlastní odpovědnosti na individuální úrovni (viz Suchanek, Friedrich 2003). Zásadním problémem však je způsob integrace principu vlastní odpovědnosti do kontinentálních systémů povinného zdravotního pojištění a jeho koexistence s garantovanou solidaritou systému. Je to vůbec možné? Je evidentní, že účastníci se budou chovat odpovědně tehdy, a jen tehdy, když systém bude postaven na takových pravidlech, která odpovědné chování náležitě odmění.

V praxi by se jednalo především o pružný a individuální přístup ke každému pojištěnci, který by se mohl rozhodovat mezi nákladnými a objektivně přebytnými lékařskými ošetřeními a výhodnějšími sazbami pojistného či zpětné výplatě finanční hotovosti a celou řadou dalších bonusů. Dnešním systémům povinného zdravotního pojištění takovéto charakteristiky chybí a to je jedním z důvodů jejich současné krize a jen obtížně udržitelného vývoje.

S integrací povinného zdravotního pojištění do systému zdravotní péče jsou spojeny četné komplikace. Pojistné fondy jsou spravovány jednou či několika zdravotními pojišťovnami, které jsou buď v úplném či částečném, resp. nulovém vlastnictví státu. Zásadním problémem vyplývajícím z podstaty vztahů mezi jednotlivými aktéry zdravotního systému je informační asymetrie. Jednotlivé služby mají charakter tzv. *experience goods*. Jedná se o pojem Richarda Nelsona, který takto obecně označuje statky, jejichž kvalita se pozná až po nakoupení a spotřebování (širší diskuze viz Kotzian, Thurner, 2001). Díky informační asymetrii existuje vysoké riziko oboustranného zneužití situace na náklad smluvní strany či třetí strany v případě, že se jedná o ostatní pojištěnce v rámci jednoho pojišťovacího poolu. Tuto neefektivnost můžeme pro naše účely definovat jako zdravotní stav populace, který *ex post* neodpovídá skutečnému využití všech disponibilních vzácných zdrojů. Pokud by systém zdravotní péče fungoval „optimálně“ bylo by možné za jinak stejných podmínek dosáhnout stejného zdravotního stavu populace s nižšími agregátními náklady nebo, analogicky vyjádřeno, relativně „lepšího“ zdravotního stavu populace se stejnými agregátními náklady.

Pro popis výše zobrazených vztahů mezi jednotlivými aktéry je vhodné použít známého modelu zastupování (Principal – Agent Problem). Který z aktérů bude vystupovat jako Principal, a který jako Agent, záleží na charakteru smluvního vztahu. Je to patrné z výše uvedeného obrázku a podrobněji o tom pojednáváme v dalším textu. V této stati budeme nadále používat označení „Principal“ a „Agent“ a vždy explicitně uvedeme, koho máme konkrétně na mysli. Příklad typu „pán – správce“ by pro účely této stati nebyly příliš vhodné. Nejprve prozkoumejme relevantní problémy dané informační asymetrií.⁵⁾ Prvním je morální hazard, který vychází od aktérů v postavení agentů. Ti zneužívají deficitu informací na straně principála pro:

- oportunní chování s cílem maximalizovat finanční příjem (zdravotnická zařízení),
- vyhýbání se povinnosti (zdravotnická zařízení většinou pacientovi lehce zdůvodní nedostatečnou péči),
- zadržování (Agent nakoupí specifické statky, které poté Principalovi nevydá, i když by na ně měl mít nárok),
- koluze (mezi Agentem a kontrolorem (auditorem), kterého si Principal sám najímá pro kontrolu subjektu v postavení agenta),

5) Shrnující výklad dosavadních příspěvků týkající se oblasti zdravotnictví viz Kotzian a Thurner (2001).

– nadměrné užití solidárně spojených zdrojů (případ pojištění).

Druhým problémem spojeným s informační asymetrií je adversní selekce. Zatímco k morálnímu hazardu dochází až po uzavření kontraktu, zde se zneužívá Principalovi nedostupných informací již při uzavírání smluvních vztahů. Agenti mohou po zkeslení osobních informací dostat lepší podmínky, než jaké by dostali, kdyby byla možná diskriminace prvního stupně za strany Principala (v tomto případě tedy pojistitele).

Problémem konstituce každého systému poskytování zdravotní péče je formulace pobídek a omezení, která by přispívala k minimalizaci oportunního chování, a tím stimulovala agenty k chování nepoškozujícím zájmy Principalů, resp. ostatních spoluúčastníků. Kde vzít podněty k výkonové motivaci, trvale se zvyšující efektivnosti ve využívání vzácných zdrojů, jak motivovat ke zvyšování kvality poskytovaných služeb a zefektivnění inovační činnosti? Bude přitom možné zachovat zákonné zdravotní pojištění založené na solidaritě a spravedlivém přístupu k základním službám?

2. 4 Konkurence

Konformní řešení existuje, a máme dobrý důvod se domnívat, že spočívá v doplnění stávajících principů⁶⁾ o přítomnost principu konkurence. V následující argumentaci budu vycházet z té interpretace principu konkurence, která odpovídá moderním ordo- a neoliberálním teoretickým koncepcím. Budu mít jinými slovy na mysli fungující, soutěžní konkurenci (viz dále) nejen na trhu zdravotního pojištění, ale i v oblasti poskytování zdravotní péče, zejména nemocniční.⁷⁾

Reálná existence tržní konkurence má pro každý hospodářský řád dalekosáhlé důsledky. K tomu, aby se konkurence vyvinula, a v dlouhém období udržela, je zapotřebí jistých, negativně vymezených podmínek a pravidel chování, která je nutno striktně dodržovat a případně i vynucovat (zevrubně viz Eucken, 1990, Hayek, 1994 či Schüller, 2002).

Pro účely této statí vymezím systém financování a poskytování zdravotní péče jako podmnožinu integrálního hospodářského řádu, pro níž platí analogické poznatky jako pro celek. Stejně jako pro hospodářský řád, jsou konstitutivními principy efektivně fungující sféry péče o zdraví: garance otevřeného vstupu na trh, exis-

6) Samozřejmě v jejich skutečném významu.

7) Obhajoba a argumentace ve prospěch principu konkurence, kterou uvádím v tomto odstavci, může působit poněkud schematically. Určitě by si zasluhovala podpořit alespoň empirickými doklady toho, jakým způsobem soutěžní konkurence na zdravotní systém, resp. jeho jednotlivé subjekty působí. Do této chvíle se mi však nepodařilo dohledat žádné zdroje, ze kterých by bylo možné takovéto poznatky čerpat. Problém empirické argumentace není zdaleka triviální. Vliv soutěžní konkurence na kvalitu a nákladovost poskytované péče se bude zřejmě projevovat v každém národním systému zdravotní péče odlišně, přičemž jedním z řady aspektů bude uspořádání trhu zdravotního pojištění a úprava způsobu financování jednotlivých výkonů. Proto se nejde v tomto směru jednoduše inspirovat dostupnými analýzami, relevantními např. pro Spojené státy americké (viz Gowrisankaran, Town, 2002 a další). Ex ante simulace konkurenční sféry péče o zdraví by v praxi narážela na značné metodologické problémy a oprávněně můžeme pochybovat o tom, jestli by vůbec měla nějaký smysl. V každém případě by však analýza tohoto typu byla pro mě osobně nepřijatelná. To zejména z toho důvodu, že by nebylo možné vyvarovat se metodologického omylu, vycházejícího z nutné přítomnosti konstruktivistického racionalismu, na který v řadě svých pracích poukazuje Hayek (1994). V ordo- a neoliberálním paradigma, z kterého moje argumentace vychází, není použitelnost ex ante empirických testů obhajitelná. Konkurence má především evoluční význam pro vývoj a uspořádání jednotlivých subjektů v oblasti sféry péče o zdraví. Z podstaty omezenosti lidských kognitivních schopností vyplývá nemožnost anticipace budoucích výsledků jakéhokoliv spontánního evolučního procesu – ty jsou ex ante ilegibilní.

tence soukromého vlastnictví⁸⁾, adekvátně definovaná svoboda smlouvy a z ní vyplývající institut ručení, a dlouhodobé „stability prostředí“, ve kterém subjekty operují (o významu regulační úlohy státu, založené na ordoliberalní teorii viz Eucken, 1990). Až tehdy se může naplno rozvinout nespoutaná tvůrčí síla zúčastněných subjektů. Přítomnost soutěžního prostředí je nutí promptně reagovat na reálné spotřebitelské preference, efektivně alokovat vzácné zdroje, tvořit cenu odpovídající mezním nákladům a v systémech zdravotní péče také přispívá k obnově vztahů „platba – poskytnutá služba.“ Ze zahrnutí principu konkurence a zde uvedené argumentace vyplývá reziduální úloha státu v oblasti sféry péče o zdraví.

Dle Misese (1998) je možno argumentovat ve prospěch inovační funkce soutěžního hospodářského řádu (Wettbewerbsordnung). Ten by teprve naplno umožnil těm nejbohatším spotřebovávat ty nejexkluzivnější, a nově vyvíjené způsoby léčby, ke kterým by jinak nedošlo vůbec či došlo s velkým zpožděním. Státem regulované a plánované řády neobsahují dostatečně silné stimuly k inovačnímu chování a podpoře R&D. Empirie a historické zkušenosti jsou dostatečně výmluvné. Těm chudším by byly tyto pokročilé služby k dispozici po krátké době spolu s vyšší vyspělostí technologie a klesajícími výrobními náklady (analogie s ostatními branžemi). Náklady na výzkum a vývoj však ponесou – implicitně či explicitně – vždy jen ti movití.

V literatuře bývá poukazováno na případný problém, který by mohlo respektování principu konkurence ve zdravotnictví vyvolávat (viz Suchanek a Friedrich, 2003). Nebezpečí dle některých interpretací údajně představuje upřednostnění hospodárnosti (rozuměj minimalizace nákladů) před kvalitou péče. Je však třeba si uvědomit, že ke snižování nákladů v soukromých zdravotnických zařízeních dochází i nyní, nicméně bez dopadu na výši plateb fakturovaných zdravotním pojišťovnám. V praxi je nákladovost a kvalita spíše právní otázkou a etickým problémem zdravotnického personálu. Komu se podaří dosahovat kvality, může to náležitě marketingově zužitkovat. K tomu je ale zapotřebí svobody v rozhodování subjektů poskytujících zdravotní péči a ne nadměrné regulace, která nechává veškerý inovační potenciál nevyužitý.⁹⁾ Bez minimálních standardů vynucovaných státem se v praxi obejít nelze. Na nastavení obecných pravidel však záleží, aby se konkurence stala především konkurencí kvalitativní. K racionalizaci fungování jednotlivých subjektů operujících v rámci konkurenčního hospodářského řádu dochází automaticky.

Problematika definování minimální garantované péče, která by odpovídala principům solidarity a spravedlnosti není triviální záležitostí. V souladu s výše uvedenými vymezeními jednotlivých principů se jedná o právě takový rozsah zdravotní péče, na který mají všichni občané bez rozdílu rovný, a v tomto smyslu spravedlivý nárok. Ve svém aktuálním článku se problematikou minimální garantované péče zabývají Robert Fogel, nositel Nobelovy ceny za ekonomii pro rok 1993 a Chulhee Lee (2003).

Dospívají k závěru, že obecná definice, která by byla celosvětově aplikovatelná, zřejmě možná není. Tak, jako jsou zdravotní systémy a výdaje na hlavu v jednotlivých zemích rozdílné (o důvodech viz výše), tak i definice minimální garantované péče musí být pro jednotlivé země individuální. Z problematikou zdravotní péče je spojena celá řada negativních i pozitivních externalit (spillovers). Garantovaná minimální péče by se měla především orientovat na prevenci nakažlivých chorob a dětskou péči. Fogel a Lee považují prevenci a intenzivní péči o zdraví

8) Tento princip dnes chybí především v oblasti nemocniční péče.

9) Němčina má pro tento problém dnešní doby, související také s evropským sjednocováním, označení „Verrechtlichung der Entscheidungen.“

dětí za základní předpoklad nízkých nákladů na péči o tyto pojištěnce v budoucnosti.

Systém musí navíc umožňovat, aby služby přesahující minimálně vymezený standard byly zájemcům po zaplacení odpovídající peněžní částky ihned k dispozici. Je pravděpodobné, že v rámci soutěžního prostředí by postupem času docházelo ke specializaci mezi zdravotnickými zařízeními, založeném na principu komparativní výhody. Spotřebitelovi, v postavení pacienta, by mělo být dovoleno utratit libovolné množství peněz za požadované služby, i kdyby se jednalo o evidentní plýtvání (soukromými) penězi. Finanční stimuly by byly motivujícími pro kvalitu zdravotnického personálu, a především pro plné rozvinutí klientského přístupu ve vztahu k pacientům. Podoba vnějších podmínek a přítomnost konkurence mají také vliv na velikostní strukturu jednotlivých subjektů poskytujících zdravotní péči a na míru specializace.

Fungující konkurence na trhu zdravotního pojištění by měla umožnit, aby se ze stávajících „přerozděloven peněz“, staly skutečné zdravotní pojišťovny, primárně orientované na potřeby svých klientů. Atraktivita výběru zdravotní pojišťovny spočívá právě ve věcné a časové dostupnosti výkonů přesahujících státem garantované a spravedlivé minimum. Pro pojištěnce by byl systém plateb zdravotnickým zařízením zcela transparentní a sám by se mohl po odborné konzultaci rozhodovat o potřebnosti jím požadovaných výkonů.

Je pravděpodobné, že změna způsobu financování by následně vyvolala i změny v počtu a struktuře zdravotnických zařízení, poskytujících služby nad rámec definované základní péče.

3. Závěr

Největší překážkou praktické realizace nutných systémových reforem bude pravděpodobně jejich politická průchodnost. Navrhovaná opatření musí být konformní s výše uvedenými principy a takto přispívat k dlouhodobé stabilizaci očekávání, a maximální možné eliminaci nejistoty ve vztahu k dotčeným subjektům. Zmatení či nepochopení základních principů je také často zneužíváno. Mnohdy vede k předvolebnímu politickému oportunismu a škodlivé konzervaci statu quo.

Je to právě institucionální systém tvořený formálními a neformálními pravidly, který zakládá předpoklady efektivního vývoje v dlouhém období. Bez pružného a čitelného prostředí, které obsahuje dostatečně silné stimuly k racionálnímu a zároveň odpovědnému chování se nikdy nedočkáme kvalitní a zároveň nákladově optimalizované zdravotní péče. Demografický a technologický vývoj bude vyžadovat neustálý nárůst vynaložených prostředků a využívání zdrojů. Za stávajícího nastavení základních parametrů můžeme očekávat relativně pomalé zlepšování kvality služeb a budoucí zesílení problému financování. To bude vyžadovat nesystémová a rychlá řešení, která zřejmě nepovedou k nápravě a jejich náklady ponechají i budoucí generace.

Literatura

Erhard, L.: *Wohlstand für Alle*. Düsseldorf, ECON Verlag 1957.

Eucken, W.: *Grundsätze der Wirtschaftspolitik* (6. vydání). Tübingen, J.C.B. Mohr 1990.

Fogel, R., Lee, Ch.: *Who Gets Health Care?* NBER, Cambridge, National Bureau of Economic Research 2003 Working Paper No. 9870.

Friedrich, D., Suchanek, A.: *Rationale Gesundheitspolitik*, FAZ, 23. August 2003.

Gowrisankaran, G., Town, R.: *Competition, Payers, and Hospital Quality*. NBER, Cambridge, National Bureau of Economic Research 2002 Working Paper No. 9206.

- Hayek, F. A.:** *Právo, zákonodárství a svoboda*. Praha, Academia 1994.
- Kotzian, P., Thurner, P.:** *Comparative Health Care Systems*. Mannheim, University of Mannheim 2001.
- Krabec, T.:** Ordoliberalismus a sociální tržní hospodářství. *Politická ekonomie*, 2003, č. 6, s. 881-899.
- Mises, L.:** *Liberalismus*. Praha, Liberální institut 1998.
- Oberender, P., Zerth, J.:** *Die Positivliste aus Oekonomischer Sicht: Eine Ordnungsökonomische Analyse*. Bayreuth, University of Bayreuth 2003 Working Paper No. 11-03.
- Schüller, A.:** *Soziale Marktwirtschaft und Dritte Wege*. Stuttgart, Lucius & Lucius Verlag 2000 (ORDO, sv. 51).
- Schüller, A.:** *Marburger Studien zur Ordnungsökonomik*. Stuttgart, Lucius & Lucius 2002.
- Stone, D.:** The Struggle for the Soul of Health Insurance. *Journal of Health Politics Policy and Law*, 1993, č. 2. s. 289-315.

HEALTH CARE SYSTEMS – AN INSTITUTIONAL VIEW

Tomáš KRABEC, University of Economics, 4, W. Churchill Sq., CZ – 130 67 Prague 3 (e-mail: krabec@yahoo.com).

Abstract:

This paper provides an institutional analysis concerning the current problems of the health care systems based on obligatory health insurance. In the beginning there are correctly defined and further described some particular principles creating the essence of the continental health care systems. Consequently, there are described two major consequences of asymmetric information: the principal-agency problem and the problem of adverse selection. Further to the definitions there are drawn conclusions for appropriate system reforms.

Keywords: health care systems, health insurance, competition, information asymmetry

JEL Classification: I100, I180, I190