INFORMAČNÍ ASYMETRIE A SYSTÉM DVOJÍHO STANDARDU VE VZTAHU ZDRAVOTNÍK – PACIENT

Martin Janíčko, Vysoká škola ekonomická v Praze; **Ivo Koubek,** Univerzita Karlova v Praze*

Úvod

Informační asymetrie ve vztahu zdravotník-pacient,[1] ale i v jejich vztazích k dalším aktérům v oboru zdravotnictví, je významnou charakteristikou oblasti zdravotní péče s dopadem na fungování celého oboru. Zdravotník a pacient jsou zde základními subjekty – aktéry, jejichž střetávání je základem zdravotní péče. Jejich vztah je ale značně specifický oproti vztahu zákazníků a poskytovatelů služeb u většiny jiných oborů, a tato specifičnost má hned několik rozměrů.

Jedním z nich je fakt, že v celé řadě zemí – stejně jako v ČR – nedochází povětšinou k přímým platbám za zdravotní péči, jinými slovy nelze hovořit o standardním tržním vztahu.[2] Naopak služby poskytované lékařem pacientovi jsou financovány nepřímo, nejčastěji prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění,[3] s jehož prostředky disponují jednotlivé zdravotní pojišťovny.

Druhým specifickým rysem je problém charakteru poskytované služby. Zatímco ve standardním tržním vztahu se předpokládá, že spotřeba statku/služby uspokojuje pouze potřeby spotřebitele (v našem případě pacienta), v lékařství tomu tak zdaleka vždy být nemusí. Jako typický příklad lze uvést léčbu nakažlivých onemocnění, jejichž vliv na blahobyt ostatních členů společnosti je zcela jednoznačný. Proto, pokud zdravotník léčí pacienta, který takovýmto onemocněním trpí, nepečuje pouze o jeho vlastní zdraví, ale v podstatě zároveň i o zdraví dalších potenciálních pacientů.

* Autoři by rádi vyjádřili poděkování anonymním recenzentům pracovní verze článku, jejichž poznámky a postřehy přispěly k jeho zkvalitnění. Autoři dále také děkují prof. Ing. Karlu Jandovi, M.A., Dr., Ph.D. z Institutu ekonomických studií FSV UK, prof. Ing. Martinu Mandelovi, CSc., z FFÚ VŠE a Ing. Lydii Zbuzkové z Consult Hospital, s.r.o., za obecné i specifické připomínky k textu. V neposlední řadě by autoři rádi poděkovali MUDr. Tamaře Tošnerové z Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a MUDr. Haně Millerové, dříve z Vojenské nemocnice ve Střešovicích, za revizi zdravotnických termínů a vztahů a obecné připomínky k textu.

1 Záměrně volíme pojem „zdravotník“, neboť informační asymetrie se týká prakticky jakéhokoli povolání z této množiny. Je ovšem zároveň zcela intuitivní, že tomu tak je ve značně odlišné míře, a to zejména v závislosti na specifičnosti zaměření/kvalifikaci, případně zkušenostech, které jsou v různých oborech pro jejich vykonávání vyžadovány.

2 Pojmy jako *typický* nebo *běžný* zde pouze definují tržní vztah v tom smyslu, v jakém může být popsán na bázi nabídky a poptávky a v jakém jsou jeho charakteristiky podobné vztahu na jiných trzích.

3 Ačkoli typické zdravotní pojištění *stricto sensu* pojištěním není, budeme se v textu přidržovat tohoto pojmu.

V takovém případě hovoříme o tzv. pozitivních, či naopak negativních externalitách. Příkladem obou uvedených typů externalit je v lékařství očkování proti relativně snadno nakažlivým nemocem: platí-li, že $q=q^*$, kde q je skutečný počet očkovaných ve společnosti a q^* je optimální počet očkovaných ve společnosti, nedochází ani k *pozitivním*, ale ani k *negativním* externalitám. Pokud $q > q^*$, pak počet očkovaných je vyšší než jejich optimální počet, a dochází tak k *pozitivním externalitám*. Naopak, pokud $q < q^*$, pak počet očkovaných je nižší než jejich optimální počet, a dochází tedy k *negativním externalitám*. Existují ovšem také teorie, které zkoumají nutnou míru *proočkovanosti* populace, při níž nehrozí *řetězová nákaza*.[4] (Mushkin, 1958) Kromě očkování lze o externalitách hovořit například v případě šíření pohlavních chorob: lze tvrdit, že u léčitelných chorob platí vzorec ve formě *„já si pomohu => ostatním pomohu"*; u neléčitelných chorob zase platí: *„já si (patrně) příliš nepomohu, ale ostatním pomohu"*. Je tomu tak proto, že lékař má povinnost vyšetřit všechny osoby, které jeho pacient mohl potenciálně infikovat (v tomto případě zejména sexuální partnery).

Dalším specifickým prvkem ve vztahu *zdravotník-pacient* je prvek informační asymetrie, která je také hlavním tématem tohoto textu. Tato asymetrie spočívá v obvykle zcela odlišné znalosti charakteru a vlastností poskytovaného statku či služby ze strany jeho poskytovatele a spotřebitele/kupujícího. K. Arrow (1963) upozorňuje na skutečnost, že spotřebitel (pacient) není na rozdíl od jiných trhů schopen nakupovaný produkt testovat. Jeho hlavním nástrojem při rozhodování o jeho koupi je tak důvěra, kterou má vůči zdravotníkovi. V tomto smyslu je zdravotnictví naprosto brilantním příkladem informační asymetrie, neboť zde jsou poskytovatelé statků/služeb mnohem lépe informovaní o jejich charakteru, než tomu je u jejich příjemců. Jejich převaha je dána různými faktory. Jedním z nich je omezení možnosti vstupu do tohoto odvětví. Vstup do lékařského odvětví předpokládá vystudování lékařské fakulty, a tedy získání patřičného titulu, ale též složení příslušných atestací a absolvování relevantní praxe. Obdobně tomu samozřejmě je pro ostatní zdravotnický personál, tedy zdravotní sestry/bratry, fyzioterapeut(k)y, laboratorní pracovníky, atp. K omezení vstupu zde typicky dochází ve snaze o garanci určité minimální kvality poskytovaného produktu.

Další převahu získávají lékaři pomocí jejich fungování již „ve funkci" lékařů samotných (*learning-by-doing*). Vztah zdravotník-pacient je v tomto směru vychýlen výrazně ve prospěch zdravotníka, který se takto dostává do pozice mocnějšího subjektu.

Převaha zdravotníka je navíc akcentována stavem pacienta, který není znevýhodněn pouze svými neznalostmi, ale také psychickým a fyzickým stavem, v němž k lékaři dochází. Pacienti často navštěvují lékaře v nepříliš dobrém psychickém rozpoložení, které pramení právě z důvodu, proč zdravotní pomoc vyhledávají. Případně mohou být také zcela omezeni následkem/vážností choroby či poranění, a to jak primárně fyzicky, tak i rozumově. K tomuto lze navíc přičíst tzv. efekt bílého pláště, typicky pramenící z nervozity čistě kvůli zákroku samotnému. Toto vše značně limituje pacientovu schop-

4 Vzhledem ke komplikovanosti a specifičnosti této problematiky se jí v textu dále nevěnujeme.

nost suverénně a racionálně se rozhodovat jako je tomu běžně u jiných typů statků/služeb. Netvrdíme zde, že v jiných odvětvích takováto informační asymetrie neexistuje; naopak, v některých specifických oborech je informační asymetrie také velice vysoká a v zásadě jen složitě překonatelná.[5] Ve vztahu advokát-klient lze nalézt podobnou situaci v Janda (2009), který modeluje informační asymetrie v úpadkovém řízení.

Cílem tohoto textu je upozornit na některé méně známé koncepty ve vztahu *zdravotník-pacient* vztahující se k informační asymetrii. Z jejich aplikace dále vyvozujeme mnohé problémy, které v sobě nese případná privatizace zdravotního systému pro jeho stabilní fungování. V neposlední řadě se text snaží demonstrovat, že systém dvojího standardu je systémem problematickým a že nemusí zdaleka splnit očekávání, která jsou do něj vkládána.

Článek je především teoretického charakteru, zasazující poznatky z uvedené literatury a obecně z oblasti průmyslové organizace (*industrial organization*) do logiky fungování moderního zdravotnického systému, specificky pak v České republice. Kromě vyvozování teoretických koncepcí a jejich diskuzi autoři taktéž využívají jimi z významné části originálně vytvořený model dvojího standardu zdravotní péče, založený na obecném modelu Shakeda a Suttona (1982).

Zbývající část textu má následují podobu: v části 1 detailně diskutujeme specifičnost povahy statků a služeb ve zdravotnictví; v následující části analyzujeme možnost využití teorie „principála a agenta“,[6] v části 3 vyvozujeme na bázi teoretické literatury jednoduchý model pro podchycení problematiky dvojího standardu ve vztahu k informační asymetrii a v poslední části přicházíme s doporučeními, jak akcentovanou asymetrii zmírnit, a tím potažmo i zjednodušit provádění reforem v tomto sektoru.

1. Informační specifičnost povahy statků a služeb ve zdravotnictví

Velmi významnou odlišností medicínských oborů od oborů ostatních je povaha statků/služeb, které se v jejich rámci nabízejí a poptávají. Ekonomové obvykle rozlišují celou řadu druhů statků/služeb. Jedno ze základních rozlišení je ve vztahu k potřebě, kterou uspokojují, a ve vztahu k množství jejich substitutů. Obecně platí, že většina statků a služeb spojených se zdravím nemůže být nahrazena statky či službami jinými, protože tyto nemají dostatečně blízké substituty.

Zdraví, respektive jeho určitá úroveň, je bezpochyby základní lidská potřeba. Většinou jsou statky a služby, které tuto potřebu uspokojují, charakteristické neelastickou poptávkou, a to zejména vzhledem k jejich ceně a k důchodu spotřebitelů. Mezi podobné statky/služby patří například rovněž bydlení, energie, některé druhy

5 Pro ilustraci jmenujme notoricky známý prodej ojetých aut, některých typů elektroniky, nemovitostí, nejrůznějších finančních aktiv, atd. Podrobněji a extenzivněji viz například Hanousek, Podpiera, (2001) v případě finančních trhů nebo Janda (2002) v případě obchodních politik.

6 Jsme si vědomi nedokonalosti tohoto překladu pojmu *principal – agent theory* do češtiny. Ostatní nám známé překlady (*pán – správce*, *pán – sluha*, apod.) také nejsou zcela výstižné a tento překlad je foneticky nejbližší originálu.

potravin, základní ošacení, základní vzdělání, atp. Na rozdíl od těchto statků je ale podle Arrowa (1963) zdraví mnohem silněji spojeno se samotnou výdělečnou činností, a jeho nedostatek tak ohrožuje samotnou vnitřní integritu spotřebitele, a způsobuje dvojí újmu: 1) z nedostatku zdraví a 2) ze snížené schopnosti opatřovat si příjem.

Stejně, jako je tomu ve zdravotnictví, i v každé z výše zmíněných skupin statků a služeb jsou značné rozdíly ve vnímání naléhavosti potřeb, které jednotlivé statky nebo služby uspokojují. Patrně všichni cítíme rozdíl mezi energií používanou na vytápění bytu či ohřívání potravin a energií používanou pro napájení rádia či televize. Ve zdravotnictví je zase značný rozdíl například mezi základní péčí v podobě péče praktických lékařů, péčí přímo zachraňující či udržující život jedince, tedy tzv. akutní péčí, a sportovní či estetickou medicínou.[7]

V tomto příspěvku chápeme zdravotní péči jako složenou komoditu sestávající z jednotlivých dílčích výkonů, z nichž některé mohou být plně hrazeny zdravotními pojišťovnami, a jiné nikoliv. Z hlediska užitku je pro zákazníka předmětem zájmu jeho zdravotní stav, který si „opatřuje" (podobně jako firma ze vstupů vyrábí produkt) kombinací těchto služeb s dalšími vstupy jako jsou například životní styl nebo stravovací zvyklosti. Proto nezvažujeme zvlášť ani nekategorizujeme jednotlivé typy výkonů, které si pacient „objednává", a které nejsou, nebo alespoň ne v plné míře, předmětem jeho preferencí, ale spíše prostředkem k dosažení preferované kombinace zdravotního stavu a ostatních souvisejících součástí spotřeby.[8]

Problém povahy zdravotnických statků a služeb oproti povaze jiných statků a služeb je ovšem pouze jednou stranou naší pomyslné mince, která tu druhou stranu podstatně zatěžuje. V případě vztahu lékaře a pacienta je navíc základní problém informační asymetrie mezi těmito dvěma subjekty významně zkomplikován právě závažností poskytovaných statků a služeb.

Objasněme si nyní detailněji, v čem spočívá informační asymetrie v samotných zdravotnických oborech. Definici informační asymetrie lze přijmout například v této podobě: jedná se o situaci, kdy prodávající (lékaři) mají úplnější informace o službách, které poskytují, než kupující (pacienti). (Viz Shy, 1995). Nejznámější (a zároveň nejcitovanější) příklady, kde se lze setkat s informační asymetrií, zahrnují trh ojetých aut, kde prodejci disponují podstatně lepšími informacemi o prodávaných autech než případní kupující, nebo také trh pojištění, kde naopak pojištěnci znají svou vlastní situaci logicky mnohem lépe než jejich případní pojistitelé, jakož i trh úvěrový, o němž například Janda (2007) postuluje, že pokud by všichni účastníci tohoto trhu, a to včetně regulátorů, měli k dispozici stejné a úplné informace, většinu nedokonalostí a neefektivností na úvěrovém trhu by bylo možné odstranit nebo alespoň zmírnit.

7 Jsme si vědomi toho, že z hlediska záchrany života konkrétního pacienta může být včasná a správná diagnóza stejně důležitá jako zákrok chirurga, i toho, že práce plastických chirurgů je po odborné stránce porovnatelná s prací ostatních chirurgů. Jinými slovy, netvrdíme, že plastičtí chirurgové nejsou pro pacienta „důležití"; pouze zdůrazňujeme, že povaha jimi poskytovaných služeb je pacientem vnímána značně odlišně od povahy poskytovaných služeb ostatních lékařů.

8 Sužuje-li pacienta palčivá bolest zubu, neuspokojí ho možnost bezplatné léčby jiného onemocnění.

Zároveň ale přidává, že v reálném světě toho nelze dosáhnout, a to i kvůli institucionálnímu nastavení společnosti.

Ve všech zmíněných situacích má přítomnost informační asymetrie často za následek buďto tzv. nepříznivý výběr, nebo tzv. morální hazard, které vyúsťují ve zmenšování trhu, případně k jeho naprostému rozpadu. Ani jeden z těchto zmíněných jevů však není tak zcela charakteristický pro regulované zdravotnictví. A za jeden z hlavních důvodů, proč tomu tak je, lze označit právě jeho regulaci, přesněji řečeno, skutečnost, že je financováno z tzv. veřejných zdrojů

Ve zdravotnických sektorech ovšem existuje ještě další typ informační asymetrie, který můžeme označit za do jisté míry přidružený k prvně jmenovanému. Lékař má totiž často mnohem lepší informaci o tom, jakou péči pacient vlastně „potřebuje". Jinými slovy zná (reakce organismu) pacienta často lépe než pacient sám.[9] Tato znalost mu ve vztahu k pacientovi přidává na síle. Zdravotníkova *přesvědčovací schopnost* se tak stává podstatně větší, než je tomu v případě běžného vztahu prodávající-spotřebitel. Pacient totiž obvykle musí obětovat obrovské náklady času a úsilí na to, aby byl schopen alespoň částečně se zdravotníkem o dané problematice diskutovat. Navíc má přesvědčovací schopnost zdravotníka často také léčivý účinek, spočívající ve známém placebo efektu, částečně fungující dokonce i potom, co je pacientovi řečeno, že se o placebo jedná. (Kaptchuk et al., 2010) Na druhou stranu, pokud pacient získá určité znalosti, stává se zdravotníkovi rovnocennějším, a roste tak také jeho schopnost vyhodnotit, oponovat či přímo kritizovat jeho léčebný postup.

Zřídkakdy je ovšem schopen sám (pokud není v daném oboru taktéž specialistou) postup léčení odborně vyvrátit, což zdravotníkům poskytuje již zmiňovanou dávku dominance.[10] Tato dominance může a nemusí být zneužita v neprospěch pacienta. Jednoznačným motivem pro její zneužití může být motiv *ekonomický*. Předpokládejme, že by zdravotnické statky/služby byly poskytovány pouze soukromě: pokud by například některá léčba byla relativně méně výnosná z pohledu zdravotníka, případně z pohledu instituce, kterou zastupuje, měl by zdravotník poměrně dobrou možnost tuto léčbu *a priori* zamítnout a léčit pacienta léčbou pro zdravotníka finančně výhodnější. Jako typický příklad lze uvést jednorázové operace či zákroky, z nichž zdravotníkům plyne zaručený prospěch oproti delším a méně invazivním léčebným procedurám, což bylo dokonce empiricky podloženo například na poměrně nedávných údajích z francouzské stomatologie. (Durand et al., 2000)[11] Zde je ovšem evidentní, že například v České republice musí brát zdravotník v úvahu způsob a limity financování

9 Podobný typ asymetrie na finančních trzích popisuje například Inderst (2008), kde, na rozdíl od běžné představy spojené s nepříznivým výběrem, existuje lépe informovaný věřitel než dlužník (zde domácnost) o finančních potřebách dlužníka a jeho možnostech splácet své závazky. Důsledky jsou velice zajímavé a dobře porovnatelné s naším tématem.

10 Případy, kdy to pacientovi z důvodu zmíněného placebo efektu vlastně škodí, zde nemá příliš význam diskutovat.

11 Což má jistě za následek i fakt, že, podle údajů z roku 2000, 20 procent Francouzů odmítá chodit ke stomatologovi z čistě finančních důvodů. Nutno zde upozornit, že stomatologické zákroky ve Francii nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

pojišťoven. To ještě ale nic neříká o tom, jakým způsobem a na jaké zákroky se limity čerpají. V takovém případě si lze dobře představit, že zdravotník nebude mít zřejmě příliš zájem na tom, aby pacientovi představil všechny možné varianty jeho léčby, a pacienta spíše postaví tzv. před hotovou věc.

Vzhledem k již uvedenému značnému informačnímu a znalostnímu handicapu pacienta zde netvrdíme, že pacientova subjektivní volba jiné než lékařem navrhované léčby bude pro pacienta samotného lepší z hlediska dopadu na jeho zdravotní stav. Zcela objektivně je ovšem třeba přiznat, že minimálně zlepší jeho možnosti rozhodování, a pacient tak získá představu o své a zároveň i zdravotníkově rozhodovací množině, pokud je podepřena alespoň částečnou pacientovou informovaností.[12]

Zdravotnické obory ovšem nejsou k běžným tržním oborům v mnoha ohledech vůbec připodobitelné. Patrně více než v jiných oborech zde kromě čistě ekonomických, respektive existenčních potřeb, do rozhodování zdravotníků v jejich práci vstupují faktory nefinanční či neekonomické povahy, jako je například morálka, uznání, osobní prestiž a reputace zdravotníka, snaha o konání dobra, atp.[13] Všechny tyto faktory – snad kromě osobní prestiže[14] – zdravotníkovu objektivní dominanci spíše zmírňují. Zároveň je zřejmě vhodné předznamenat, že do jisté míry i předurčují výběr kandidátů na zdravotnická místa, a to lékaři počínaje, přes zdravotní sestry a fyzioterapeuty, až po veškerý pomocný zdravotnický personál.

Pokud je ovšem zdravotník motivován vyššími přímými výdělky, jeho tendence, *ceteris paribus*, k arbitrárnímu rozhodování bez spoluúčasti pacienta může narůstat, přičemž je logicky motivován k nákladnějším, a tedy obvykle složitějším, druhům léčby. To samé lze tvrdit i o zdravotních institucích jako takových, které mají často tendenci tyto motivace na své zaměstnance přenášet (Naegelen, Mougeot, 1998). Z druhé strany ovšem i pro pacienta hraje ekonomický motiv mnohem podstatnější úlohu: tento, vědom si zdravotníkovy převahy, snaží se naopak náklady na svou léčbu minimalizovat, a to zejména v případě, že variabilní složka nákladů jeho léčby je

12 Zde navíc odhlížíme od některých spíše psychologicky zaměřených studií, jež indikují, že spotřebitelé – v našem případě tedy pacienti – jsou častokrát „šťastnější“, pokud je jejich výběr jasně dán a není příliš rozsáhlý. Podle těchto studií se zároveň takovíto spotřebitelé mají tendenci rozhodovat poněkud méně „deviantně“; spotřebitelé s rozsáhlým výběrem totiž často akcentují charakteristiky, které pro ně nejsou za normálních okolností vůbec důležité. V našem případě se navíc jedná o výběr, který je obvykle velice obtížný, a proto výše zmíněný problém nabývá dále na důležitosti. (Hawkins, Best, Coney, 1989) Takovémuto efektu ekonomové občas přezdívají tzv. ponákupní disonance.

13 Úloha těchto faktorů v ekonomickém rozhodování je podrobněji rozpracována například Štikou (2009) nebo Jandou a Svárovskou (2010).

14 U osobní prestiže to do značné míry závisí na „mediálně vděčných“ zákrocích či léčbách. Je zcela zřejmé, že jednoznačná řešení vážných otázek přitahují větší pozornost než běžná zdravotnická praxe. Stačí se podívat na to, jaké popularity se u odborníků, jakož i u laiků, těší kardiochirurgové, neurochirurgové, někteří onkologové, či ortopedi „léčící“ kolena známým fotbalistům. Ačkoliv je často nezřídka dosti obtížné porovnat úspěšnost jejich léčby s jejich kolegy užívající léčby tzv. konzervativní, již jen efekt schopnosti „jednoduchého radikálního zákroku“ v sobě pro mnohé skrývá jisté kouzlo.

vysoká.[15] Situace, že pacient zanedbává léčbu z ekonomických motivů (jinými slovy ze strachu, co všechno mu zdravotník nad rámec povinné nebo pojištěním hrazené péče naúčtuje), jsou například v USA poměrně frekventované. (Viz například Hadley, 2003).

Ačkoli může v tomto kontextu mnoho ekonomů, ale i zdravotníků namítnout, že konkurence zdravotníků a zdravotnických zařízení tyto efekty výrazně omezuje, vzhledem k možné existenci tzv. tiché dohody mezi lékaři či zdravotními zařízeními tomu tak rozhodně nemusí být. Tato tzv. tichá dohoda v zásadě vede k tomu, že lékaři mají podobné styly péče a vůči pacientům se chovají obdobně, jelikož takovéto chování předpokládají i u svých „kolegů".

Existenci tichých dohod specificky v České republice nelze ani potvrdit, ani vyvrátit. Pokud je nám známo, žádný rigorózní výzkum nebyl na toto téma proveden. Ze zahraničí lze zmínit výzkumy Haas-Wilson, Gaynor (1998); Longo, Miraldo, Street (2008) či Sengupta (2011).

Dalším problémem ne zcela funkční konkurence jsou vysoké transakční a jiné náklady, pokud chce pacient přejít k jinému lékaři. Tyto vyžadují nejen nemalé náklady na informace, jež pacient k přechodu potřebuje, rozvětvené vztahy neformálního typu (potřeba známostí), ale taktéž tzv. náklady přechodu (*switching costs*), spočívajících zejména v nutnosti navyknout si na jiného zdravotníka, a to často ve velice krátké době. V případě závažnějšího onemocnění mohou být takovéto náklady prakticky prohibitivní, znemožňující, aby k přechodu vůbec došlo.[16]

Na druhou stranu dochází podle Arrowa (1963) nejen k omezování vstupu do odvětví zdravotnictví, které jsme již popsali, ale i k jakési internalizaci pravidel, která musí být zdravotníky dodržována.[17] Pokud dodržována nejsou, zdravotníci jsou z odvětví vyloučeni. Jedná se tedy o určitý soubor pravidel, která pomáhají jak pacientům, tak ale v konečném důsledku i samotným zdravotníkům. Charakter tohoto souboru může navíc být psaný (systém licencí) i nepsaný (profesní kód) a interakce v rámci odvětví by měla zajistit jeho platnost a vynucování. Naneštěstí lze konstatovat, že ačkoli mají tato pravidla bezpochyby jisté účinky ve smyslu omezování zdravotníkovy dominance vůči pacientovi, jejich funkčnost rozhodně není dokonalá a informační asymetrii a všechny zmíněné důsledky, které zde byly nastíněny, nevyřeší.

Vzhledem k souboru pravidel, která upravují vztah mezi pacientem a lékařem, není běžným jevem situace, kdy lékař nabídne pacientovi nevhodnou léčbu nebo se pokusí šetřit na kvalitě. Jednak by čelil nebezpečí žaloby a jednak je to v rozporu s etikou. Jak už jsme ale zmínili, může pacienta přesvědčovat o potřebě léčby nebo o přednostech nákladnějšího typu léčby agresivněji a to s klidným vědomím, že jeho doporučení je plně

15 Za variabilní složku léčby považujeme náklady, které mohou, ale nemusí být vynaloženy na určitý zákrok, v závislosti na průběhu léčby.

16 Samotný přestup je přitom v ČR pro pacienta technicky jednoduchý a je upraven zákonem č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění.

17 Pravděpodobně nejznámější z nich je tzv. Hippokratova přísaha.

v zájmu zdravotního stavu pacienta. V případě, kdy si pacient významnou část zdravotní služby platí, tak tím může odčerpat velkou část spotřebitelova přebytku z této služby.[18]

Studie Indersta (2008) o podobném typu informační asymetrie z oblasti finančních trhů ukazuje, že „agresivní" nabídka (v jeho příspěvku se týká půjček) může být za této situace předvídatelným výsledkem trhu, aniž by informovaná strana systematicky podváděla, nebo druhá strana v průměru chybovala. Na druhou stranu ukazuje také, že růst konkurence může ve finále snížit prospěch obou stran. Takový závěr lze zvážit i ve zdravotnictví, kdy s rostoucí konkurencí jednak může klesat informovanost o zdravotním stavu pacienta na straně vstupujících zdravotníků a jednak se mohou stávající lékaři pod tlakem konkurence dopustit opačného chování, kdy se neodváží navrhnout pacientovi náročnější, ale v jeho případě vhodnější léčbu nebo vyšetření.

2. Problém „principála a agenta" ve vztahu zdravotník-pacient

Předpoklady a důsledky modelu *principal – agent* jsou bohatě popsány v literatuře (například Hölmstrom, 1979). Principál vstupuje do smluvního vztahu s agentem. Jeho užitek z tohoto vztahu závisí na rozhodovací proměnné, jejíž hodnotu volí agent, a na stavu světa, který nastal, nebo nastane. Zatímco agent zná hodnotu rozhodovací proměnné, kterou zvolil a může pozorovat stav světa, který nastal,[19] principál, jako informačně znevýhodněná strana kontraktu, nemůže pozorovat ani stav světa, ani agentem zvolenou hodnotu rozhodovací proměnné.

Pokud je ve vztahu zdravotník-pacient v roli principála pacient, mohl by jeho užitek záviset na nákladech a na kvalitě zdravotní péče; stavem světa by mohl být zdravotní stav pacienta a dostupné léčebné postupy. Za rozhodovací proměnnou se nabízí použité postupy, léky, materiály nebo čas a vynaložené úsilí, které věnuje zdravotník pacientovi. Nicméně tyto hodnoty pacient nebo jeho zástupce většinou sledovat může. To co je částečně nebo zcela mimo jeho kontrolu je vhodnost příslušného postupu z hlediska vztahu mezi přínosem a náklady pro pacienta. V systému veřejného pojištění je tento problém potlačen v míře v jaké toto veřejné pojištění hradí náklady na straně pacienta.[20]

Problém principála a agenta lze řešit volbou *second best* smlouvy, která nutí agenta projevit povahu svého rozhodovacího problému. To však ve vztahu zdravotník-pacient nepřichází příliš v úvahu. Ponecháme-li stranou možnost úplatku či kvaziúplatku, je v tomto směru role pacienta veskrze pasivní. Představa smluvní volnosti se zde jeví

18 V případě, že náklady léčby nese třetí strana, hrozí nebezpečí morálního hazardu.

19 Podstatný rozdíl bývá ale v tom, zda musí zvolit rozhodovací proměnnou dříve, než nastane stav světa, nebo ji volí až poté co stav světa nastal.

20 Zde vzniká jiný druh asymetrie, a to ve vztahu zdravotník-pojišťovna, která vede k problému morálního hazardu. Pojišťovna má ale lepší možnost využít nástroje optimalizace kontraktů s poskytovateli zdravotní péče. Tento problém, ani otázka jak efektivně své možnosti využívají zdravotní pojišťovny v praxi, není předmětem našeho textu.

z etického hlediska jako příliš nebezpečná.[21] Transakční náklady na straně pacienta jsou navíc příliš vysoké a zkušeností je příliš málo, aby pacient definoval výplatní funkci, která by splňovala alespoň dvě základní podmínky: pobídkovou slučitelnost a účast agenta.[22] Nemluvě o tom, že v mnoha novějších studiích je úspěšnost zmíněného přístupu zpochybněna kvůli reciprocitě v preferencích aktérů. (Feher, Gächter, Kirchsteiger, 1997) V zásadě to znamená, že agenti na smlouvu, kterou považují za distribučně nespravedlivou, reagují odmítnutím kontraktu nebo snížením úsilí pod optimální úroveň, přestože nabízený kontrakt splňuje podmínky účasti a pobídkové slučitelnosti. Naproti tomu při štědrém dělení přebytku jsou agenti ochotni vynakládat úsilí i za optimální úroveň.[23]

Alternativně by bylo možné uvažovat opačný přístup, kdy zdravotníci nabízí podmínky smlouvy a zákazník si vybírá tu nejvýhodnější. Problém je v mnoha případech opět příliš komplikovaná povaha služby, která činí takový výběr příliš komplexním, aby si pacient našel svojí separující rovnováhu. U většiny nabídek by nakonec skončil u sdružující rovnováhy, kdy nabízené služby považuje buď za stejně dobré, nebo za stejně špatné. Navíc nabídka zdravotních služeb je lokálně velmi omezená, s vysokou pravděpodobností, že v případě rezignace na služby jednoho zdravotníka, bude pacient určitý čas bez zdravotní péče. To zvyšuje dominanci zdravotníků a *switching costs* pacientů. Vzhledem k tomu, že dosud „smluvní podmínky" zdravotní péče mezi pacientem a zdravotníkem určuje v ČR třetí strana, jedná se zatím pouze o teorii.

V každém případě ale existuje alespoň teoretická možnost, že by si zdravotník mohl poskytováním „méně vhodné péče"[24] zvyšovat užitek na úkor pacienta. Vzhledem k tomu, že mezi pacientem a zdravotníkem existuje mezičlánek v podobě zdravotní pojišťovny, je otázkou, zda a jakým způsobem by se snížení očekávané hodnoty služby mohlo významně promítnout na trhu zdravotních služeb, aby způsobilo vytlačování kvality z trhu. (Akerlof, 1970) Proč k tomu ale nedochází důsledně v zemích, kde zdravotnictví funguje na komerční bázi? Když pro tuto chvíli pomineme etické normy, které bychom předpokládali u osobností věnujících se pomoci lidem, jakož i jistou osobní prestiž, alternativní odpověď na tuto otázku naznačují výsledky některých experimentů. (Dejong, Forsythe, Lundholm a Uecker, 1985) Z nich vyplývá, že velkou roli hraje skupina opatření, z nichž jedno každé nemusí být dost silné, nebo se ukáže příliš nákladné, aby zabránilo skryté akci, ale společně výrazně snižují podíl morálního hazardu na trhu. Zásadní roli zde hraje budování reputace, možnost zpětného vyšetřování, pravidlo zanedbání povinnosti a také možnost zveřejnění. Zpětné vyšetřování

21 Z jedné strany zde hrozí problém „oportunistického chování", z druhé zneužití etických norem společnosti a efekt černého pasažéra.

22 V Janda (2006) najdeme vedle výkladu těchto pojmů i přehled modelů principála a agenta (morálního hazardu, nepříznivého výběru, atp.) z oblasti vztahu dlužníka a věřitele na současné úrovni výzkumu těchto vztahů.

23 Za což by paradoxně v některých modelech „principála a agenta" byli tvrdě penalizováni.

24 Termíny jsou v uvozovkách, jelikož máme opět na mysli péči, která nemusí být nutně nevhodná, zbytečná nebo nekvalitně provedená, ale může být vzhledem k prospěchu, který přináší pacientovi, nepřiměřeně nákladná.

je nákladné a jednotlivým „principálům“ se nemusí vyplatit, pokud není provázeno významnou platbou za utrpěnou škodu v případě zanedbání povinnosti. Bez možnosti zveřejnění bude ale dopad na agenta menší a riziko újmy jen jednorázové. Pokud navíc existuje možnost účtovat si vyšší ceny, vyplatí se mnoha agentům zpočátku doručit vysokou kvalitu i při nízkých cenách s tím, že se vynaložené úsilí vyplatí v podobě vyšších budoucích příjmů. Za těchto okolností může agent podle pravidla úplného zveřejňování informací mít zájem odlišit se od těch horších tím, že dobrovolně zveřejní všechny výsledky své práce.

Zvláštní význam pro rovnováhu může mít asymetrická informovanost v souvislosti s chystaným přechodem na, zjednodušeně řečeno, standardní, relativně bezplatnou, a nadstandardní, plně hrazenou, zdravotní péči.[25] Z našeho, do tajů medicíny nezasvěceného pohledu, bychom očekávali, že asymetrická informovanost bude zřejmě výrazně komplikovat definici standardu. Domníváme se totiž, že, kromě úrovně péče, musí zohledňovat i konkrétní okolnosti zdravotnického výkonu, a to zejména zdravotní stav pacienta a budoucí náklady v závislosti na použité léčbě. Pro každý takový kontrakt, kde aplikovaná péče (jež v tomto případě představuje stavově podmíněný nárok pacienta, nebo zdravotního zařízení vůči pojišťovně) závisí na stavu světa, který nastal, je důležité, aby platilo následující:

a) obě strany při uzavírání kontraktu měly na mysli stejné stavy světa;

b) obě strany měly stejnou možnost pozorovat tento stav světa, pokud skutečně nastal (nebo alespoň vnímaly stejně pravděpodobnost, že nastal);

c) stav světa, který nastane, nebyl ovlivnitelný žádnou ze stran kontraktu.

Je zřejmé, že ani jeden z těchto předpokladů nemusí být splněn. To může komplikovat konsenzus o pojistném plnění jak mezi pacientem a zdravotníkem, tak i mezi zaměstnavatelem (nebo zdravotní pojišťovnou) a zdravotníkem, popřípadě zaměstnavatelem a pojišťovnou. Za těchto okolností jedinou rozumně administrovatelnou normou může být pouze nepodmíněná kategorizace péče. Ta ale bude těžko společensky průchodná.

3. Model: dvojí standard

Předpokládejme, že by se problém nalezení administrovatelných norem standardu a nadstandardu zdravotní péče podařilo efektivně vyřešit. Pak je tu ovšem ještě problém, jak by dvojí standard při zmíněné asymetrické informovanosti ovlivnil motivaci poskytovatele zdravotních služeb ke složení kontraktační množiny, z níž by si měl vybírat pacient.[26] V tomto případě se jedná o vertikální diferenciaci produktu; existují zde dva standardy péče, přičemž ten, který je charakterizován nižší „kvali-

25 Toto rozdělení obecně nesouvisí se standardy léčby, které jsou vytvářeny v rámci odborností.

26 Předpokládáme, že možné kontrakty by pacientovi navrhoval poskytovatel zdravotní služby, nebo stát na základě návrhu expertů poskytovatelů této služby. (Viz druhý odstavec na str. 11.)

tou“,[27] je levnější (a navíc téměř zcela placený fixní platbou), a ten který je charakterizován vyšší „kvalitou“, je naopak podstatně dražší.[28] V modelu, kde poskytovatelé mohou určovat poskytovaný standard kvality, je zisk maximalizujícím (nebo ztrátu minimalizujícím) chováním subjektů na straně poskytovatelů služeb maximalizovat rozpětí mezi vysokým standardem péče a tím běžným (Phlips, Thisse, 1984). To platí i v případě, kdy si poskytovatelé konkurují.[29] Tím spíše to platí, pokud poskytovatelem obou standardů mohou být stejné subjekty. Navíc zisk v příslušném modelu na jednoho zákazníka se zájmem o vyšší standard je podstatně vyšší než u zákazníka se zájmem o nižší standard. Pokud se oprostíme od morálních úvah, znamená to, že zájmem poskytovatelů zdravotních služeb by mělo být co nejvíce odlišit nadstandardní službu od té standardní, a tedy definovat standardní službu tak nízko, jak je to možné.[30] Je tu navíc vzhledem k významnosti zdraví populace i varovný moment z hlediska společenského prospěchu.

Následující model, vycházející z Shaked, Sutton (1982), ukazuje, že dokonce i v situaci, kdy lepší kvalitnější služba je stejně nákladná jako běžná, je v zájmu zisk maximalizujícího poskytovatele udržet co největší rozdíl mezi oběma službami.

Předpokládejme trh s kontinuem spotřebitelů uspořádaných rovnoměrně od 0 do 1 podle ochoty platit za kvalitu služby, kde umístění spotřebitele v tomto uspořádání podle této mezní ochoty platit, označíme x, kde $x \in \langle 0,1 \rangle$. Toto znamená, že 0 je žádný zákazník, kdežto 1 jsou všichni zákazníci systému zdravotní péče. Nechť na škále kvality od 0 do 1 je služba rozdělena na standardní (S), kde zákazník neplatí nic a náklad je plně hrazen z jeho povinného zdravotního pojištění[31] a nadstandardní (K), kde zákazník platí doplatek P_k. Předpokládejme pro jednoduchost, že standardy zdravotní péče a zdravotní pojištění jsou nastaveny tak dokonale, že příjmy ze zdravotního pojištění právě pokryjí náklady poskytovatele (tj. ze zdravotního pojišťění má poskytovatel nulový zisk). Nechť čistý prospěch zákazníka ze služby S je Sx a ze služby K je $Kx - P_k$ pro případ, kdy je standardní péče relativně bezplatná. potom mezní zákazník $\hat{x}$ pro tyto dva standardy bude splňovat rovnici:

$$S\hat{x} = K\hat{x} - p_k \Rightarrow \hat{x} = \frac{P_k}{K-S} \tag{1}$$

Hodnota $\hat{x}$ tak zároveň říká, že $\hat{x}$ zákazníků zvolí standard S, zatímco 1- $\hat{x}$ zákazníků nadstandard K. Potom zisk poskytovatele je dán jako:

27 Tímto nezpochybňujeme vhodnost a kvalitu provedení služby při standardní péči, na druhou stranu, pokud by se oba standardy v nějakém směru nelišily kvalitou, sotva by měla tato kategorizace smysl.

28 V opačném případě by administrativní náklady spojené s touto reformou neměly opodstatnění.

29 Toto je fakticky paradox učebnicových Hotellingových obchodníků převrácený „naruby“.

30 Vzhledem k povinnému pojištění zde zákazníci v případě velmi nízké úrovně ani nemohou rezignovat na levnější službu a hledat k ní alternativu, protože mezní náklady přijetí této služby jsou pro ně velmi nízké, často téměř nulové.

31 Je evidentní, že díky tomuto faktu je nějaká zdravotní služba poskytována každému. Pokud bychom zákazníka zatížili platbou, určitá část zákazníků by se mohla kvůli rezervační ceně, resp. vyhrazenému užitku, ocitnout mimo zdravotní péči.

$$\Pi = \underbrace{R_s - TC_s}_{=0} + P_k(1 - \frac{P_k}{K-S}) \tag{2}$$

Derivací podle P_k dostaneme podmínku prvního řádu $(1 - \frac{2P_k^*}{K-S}) = 0$ a odtud $P_k^* = \frac{K-S}{2}$. Tím jsme stanovili princip maximalizace zisku volbou výše příplatku P_k. Nyní využijeme tento vztah ke stanovení způsobu, jakým firma maximalizuje zisk, volbou hodnot S a K na škále kvality od 0 do 1. Dosazením do rovnice zisku dostaneme:

$$\Pi = \frac{K-S}{2}\frac{1}{2} = \frac{K-S}{4} \tag{3}$$

Z toho je zřejmé, že čím větší rozdíl v kvalitě, tím vyšší zisk. Tedy optimální volba je S co nejblíže 0 a K co nejblíže 1.[32]

Pokud bychom přijali realističtější pohled, že vzhledem k poplatkům a doplatkům je standardní péče provázena také určitou, i když nižší cenou pro pacienta a tedy i určitými příjmy nad rámec plateb od pojišťoven pro poskytovatele zdravotní péče, ale ponechali v platnosti předpoklad, že příjmy za standardní služby pokryjí přesně náklady na tuto službu, dostali bychom:

$$S\hat{x} - p_s = K\hat{x} - p_k \Rightarrow \hat{x} = \frac{P_k - P_s}{K-S} \tag{1a}$$

$$\Pi = \underbrace{R_s - TC_s + P_s(1 - \frac{P_k - P_s}{K-S}) + P_s(\frac{P_k - P_s}{K-S})}_{=0} + (P_k - P_s)(1 - \frac{P_k - P_s}{K-S})$$

$$\Pi = \underbrace{R_s - TC_s + P_s}_{=0} + (P_k - P_s)(1 - \frac{P_k - P_s}{K-S}) \tag{2a}$$

Protože cena P_s je určena náklady na zdravotní péči a úhradou od pojišťovny, mohu maximalizovat zisk pouze volbou rozdílu (P_k - P_s). Derivací zisku podle tohoto rozdílu dostaneme rovnovážnou podmínku: $P_k - P_s = \frac{K-S}{2}$. Dosazením do rovnice zisku opět vztah $\Pi = \frac{K-S}{4}$, a tedy i závěr je stejný jako výše.

Je možné namítnout, že lze stanovit standardy péče, které by tomuto měly zabránit. Protože se jedná o dynamický proces, musíme si v této souvislosti položit dvě základní otázky, které není snadné zodpovědět:

1) Jsou-li na počátku standardy nastaveny tak, že udržují společensky přijatelný rozdíl mezi oběma druhy péče, jak zajistit, aby standardní péče s postupným růstem úrovně medicíny neustrnula v čase a nestala se jen poslední možností pro ty nejchudší?

2) Kdo by měl umět odborně posoudit a zároveň také mít motivaci upozornit na to, že je třeba upravit stávající standardy základní péče směrem nahoru, zejména pokud nejde zrovna o riziko ohrožení života nebo těžké zdravotní újmy?

32 Přičemž zde „0“ neznamená nulovou kvalitu, ale tu nejnižší stále ještě akceptovanou kvalitu.

Předpokládejme ale, že standardy jsou udržovány ve společensky přijatelné diferenciaci péče. Vzhledem k asymetrii v informovanosti, bude daleko více, než na reálné úrovni standardní péče záležet na tom, jaký obraz pacientům o ní utvoří zdravotníci. Zákazníci se při svém rozhodování musí více spolehnout na informace od poskytovatelů služby než na vlastní zkušenost. Nepředpokládáme, že by se zdravotníci hromadně zpronevěřili etice, nicméně tlak institucí zainteresovaných na zisku by je mohl přimět k určitým nadhodnocením rozdílů mezi standardní a nadstandardní péčí, zejména pokud je zřejmé, že si ji pacient může dopřát a kvalitnější péče nikomu neublíží. Asymetrická informovanost by se tak v určité míře mohla stát vedle různé úrovně standardní a nadstandardní péče efektivním nástrojem cenové diskriminace. Pokud by navíc stávající zdravotní pojišťovny poskytovaly vedle povinného zdravotního pojištění i dobrovolné připojištění pro nadstandardní služby, mohly by zvyšovat tlak na své pojištěnce i smluvně vázané lékaře.

Pokud by v důsledku těchto skutečností výrazně poklesl počet příjemců standardní péče, mohla by s tím postupně poklesnout relativně i její úroveň. Je totiž zkušeností ověřeným faktem, že s markantním poklesem zájmu o určité veřejné služby jejich ochrana a zájem o tuto ochranu ze strany veřejnosti upadá.

Situace, kdy by existovala i nabídka různých připojištění pro případ potřeby nadstandardní péče ještě více zesiluje význam asymetrické informovanosti ve vztahu lékař pacient. Bez důvěry a spolupráce se zdravotníky by se pacient mohl systematicky mýlit při nákupu pojištění.[33] Tímto máme na mysli nakupovat pojištění pro situace, které mu hrozí jen s velmi malou pravděpodobností, opomíjet významná zdravotní rizika, nebo obecně podceňovat zdravotní rizika jako celek a nepřipojišťovat se vůbec. Příčinou může být například tendence přeceňovat riziko obecného ohrožení a podceňovat individuální rizika, zejména pokud pacient věří, že má možnost je osobně nějak ovlivnit.[34] Dalším důvodem k nízké poptávce po připojištění obecně, bez ohledu na využití konzultace s lékařem, může být například i velký časový diskont u rizik, která hrozí až ve vzdálenější budoucnosti.[35]

Na počátku úvah o nadstandardu zdravotní péče byla mimo jiné jako argument pro jeho zavedení uváděna možnost dosáhnout na léčbu, která je v určitých případech pro pacienta zásadní, celkově mimořádně nákladná a při současném zdravotním pojištění nehrazená, a tedy nedostupná. Pokud by skutečně existovalo připojištění pro tento případ, krylo by náklady ve velmi řídkých ale mimořádně nákladných situacích.

---

33 Připomínáme, že předpoklad, že lékař radí pacientovi s výběrem typu připojištění, v sobě nese netriviální problém vztahu zdravotníka k pojišťovně. Buď důsledně chrání informace o zdravotním stavu pacienta a pak vzniká problém nepříznivého výběru pro pojišťovnu, nebo poskytuje relevantní informace pojišťovně a tím zvyšuje náklady pojištění pro pacienta, což může narušit důvěru mezi lékařem a pacientem.

34 Jako příklad lze uvést častou obavu z velmi nepravděpodobné havárie jaderné elektrárny, provázenou ochotou ignorovat velmi pravděpodobná rizika dopravní nehody v případě agresivní jízdy autem nebo závažných zdravotních komplikací v případě kouření.

35 Ve dvaceti letech málo zajímá potencionálního pacienta možnost vzniku závažného onemocnění v relativně vyšším věku.

Domníváme se, že při vysoké ceně tohoto pojištění by o něj nemusel být velký zájem i přesto, že by se pravděpodobně týkalo léčby zachraňující život, a tedy s vysokou hodnotou pro pacienta. K tomuto přesvědčení nás vedou i zajímavé závěry článků Hlaváčka a Hlaváčka (2004, 2010), které se věnují minimalizaci subjektivní pravděpodobnosti ekonomického zániku. S pomocí Paretova rozdělení pravděpodobnosti přežití ukazují na příkladu Petrohradského paradoxu, že za naději vysokého zisku pouze v případech s velmi nízkou pravděpodobností a nulové zisky v ostatních situacích, budou ochotni platit přiměřenou částku pouze ti aktéři, kteří jsou v natolik bezvýchodné situaci, že už nemají co ztratit. To pro výše uvedené připojištění znamená, že půjde jen o zájemce, u nichž je velmi vysoká pravděpodobnost výskytu zmíněného problému.[36] Protože takovou informaci nejsme schopni zjistit bez expertního názoru zdravotníků, je prakticky vyloučené, že by mohlo takové připojištění přispět ke zvýšení společenského blahobytu bez spolupráce pacientů se zdravotníky při rozhodování o tomto připojištění. V takovém případě by mělo smysl připojistit se jen proti obvyklým problémům spojeným se zdravotní péčí, které může předvídat pacient sám. Patří sem například kvalitnější plomby, přednostní přístup k ošetření, výběr zdravotníka nebo instituce apod.

Význam informovanosti pacienta zvyšuje i další fakt, vyplývající z článků Hlaváčka a Hlaváčka (2007, 2010): při paretovském rozdělení pravděpodobnosti přežití poptávka po jakémkoli pojištění rapidně klesá s růstem jeho ceny, a to jak ze strany bohatší populace, pro niž se stává ekonomické pojištění zbytečně drahým,[37] tak i ze strany chudší populace, která z důvodů minimalizace pravděpodobnosti ekonomického zániku rezignuje na pojištění a akceptuje raději toto riziko. Zbývá tedy „středně bohatá“[38] skupina, která se s růstem ceny tohoto pojištění zmenšuje z obou stran. Pokud pacienti nemají jasnou představu o riziku nebo jej podcení, bude skupina připojištěných klesat, bez ohledu na to, jakých rizik se připojištění týká. S klesajícím počtem abonentů bude pro pojišťovnu tato služba nákladnější, což zpětně prodraží toto pojištění. Z tohoto důvodu by mohla mít zájem na informovanosti pacientů dokonce i samotná pojišťovna.

Z uvedeného vyplývá, že při přechodu na různé standardní a nadstandardní péče výrazně vzroste vliv asymetrické informovanosti a význam zlepšení informovanosti pacientů na jejich užitek

Závěr

Je obecně zřejmé, že žádný ze systémů zdravotní péče není dokonalý, neboť každý z nich akcentuje jistou stránku zdravotní péče, od rovnosti až po efektivnost a motivaci.

36 Vzniká tak opět problém nepříznivého výběru pro pojišťovnu.

37 Bohatší lidé mají obvykle dostatečné množství rezerv na pokrytí případné pojistné události, jejichž použití se při vyšší ceně pojištění pro ně stává finančně výhodnějším.

38 Záměrně se vyhýbáme odkazu na příjem, neboť podstatnější pro toto rozhodování je celkové bohatství aktéra.

Nicméně potlačení přímých finančních motivů, rodících se na úkor pacientů, kteří jsou oproti zdravotníkům ve značně znevýhodněné pozici a částečně postrádají svoji suverenitu, by mělo být v zájmu samotných zdravotníků. Využívání jejich skutečné či domnělé dominance vůči pacientům by mělo být omezeno na míru nezbytně nutnou, zejména pokud je to v zájmu samotného pacienta. Pacienti by zase naopak měli být dostatečně emancipovaní z hlediska jejich znalosti fungování zdravotnického systému a práv, které jim tento systém skýtá. Snižování informační asymetrie totiž v žádném případě nemusí znamenat současné snižování role či důležitosti zdravotníka, jež pro pacienta představuje.

Z výše uvedeného můžeme vyvodit, že částečné zmírňování této akcentované informační asymetrie lze docílit dvěma základními způsoby: 1) povinností vyšší informovanosti pacientů ze strany zdravotníků ohledně všech aspektů jejich léčby a uvádění těchto informací do patřičného kontextu. Jinými slovy snahou o to, aby pacienti postup své léčby nejen znali, ale aby mu také v rámci svých „možností" porozuměli; 2) emancipací pacientů ve smyslu jejich vlastního vzdělávání, tzn. zlepšováním jejich povědomí o léčebných postupech a zdravotnickém systému, kterým se musí „podrobit", jakkoli by měli být dostatečně pokorní a uvědomovat si limity, které toto vzdělávání přináší. Samotná *informace* ještě totiž nemusí nutně znamenat „znalost", a dává proto prostor zdravotníkům k tomu, aby ji uvedly do patřičného kontextu, což bezpochyby usnadní pacientovo pochopení situace a posílí pacientovu důvěru ve zdravotníka. Pro pacienta, jakožto pro spotřebitele, jistě není přidaná hodnota spatřována pouze v léčení samotném, ale také ve znalostech, které o daném problému získává, a jež mu tak umožňují poznat lépe sebe sama, a tudíž i více se ztotožnit s léčebnými postupy, které jsou zdravotníkem navrženy. Ačkoli je akcentovaná informační asymetrie v medicínských oborech celkově jen obtížně překonatelná, dá se alespoň částečně zmírňovat, a tím se samozřejmě dají i zmírňovat důsledky, které s sebou přináší.

V případě veřejného zdravotního pojištění jsou důsledky informační asymetrie na vztah mezi zdravotníkem a pacientem z velké části utlumeny a spíš se přenáší jako problém morálního hazardu na zdravotní pojišťovny. S chystaným přechodem na standardní a nadstandardní péči se ale její vliv na blahobyt pacientů může významně posílit. Pokud převáží finanční motivace na straně poskytovatelů zdravotní péče, mohlo by to mít z hlediska pacientů negativní vliv na dynamiku vývoje kontraktační množiny (tj. na vývoj rozdělení zdravotních služeb nebo jejich charakteristik na skupinu, která je součástí veřejně hrazené zdravotní péče a která nikoliv), ale i kdyby se dařilo hájit zájmy pacientů na vývoji tohoto rozdělení zdravotních služeb, pořád zde existuje motivace poskytovatelů zdravotních služeb využít své informační převahy k uzavření kontraktu na služby, které jsou pro ně výhodné mimo jiné i z hlediska plateb od pacientů.

Pokud navíc bude existovat ekonomické připojištění nadstandardní péče (tj. pojištění rentabilní pro poskytovatele i bez dotací, nebo křížového dofinancování z veřejného zdravotního pojištění), mohlo by být dokonce i v zájmu pojišťoven, které toto pojištění poskytují, aby pacient měl co nejlepší informace o pravděpodobné potřebě nadstandardních služeb, protože v opačném případě by pro některé jejich produkty nemusela existovat efektivní poptávka.

Tyto závěry naznačují, že přechod na standardní a nadstandardní péči a zvyšování spoluúčasti pacientů mohou být efektivní z hlediska vztahu nákladů a výkonů zdravotního systému a z hlediska společenského prospěchu pouze tehdy, pokud budou provázeny i zaváděním postupů a využíváním norem chování, které snižují informační asymetrii ve vztahu zdravotník – pacient, a zvyšováním informovanosti pacientů ať už na základě legislativních opatření nebo na základě státní podpory aktivit zaměřených na tuto činnost.

Literatura

AKERLOF, G. 1970. The Market for Lemons, Qualitative Uncertainty and the Market Mechanism". *Quarterly Journal of Economics*, Vol.. 84, No. 3, pp. 488–500.

ARROW, K. 1963. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, Vol. 5, No. 53, pp. 941–973.

DEJONG, D. V.; FORSYTHE, R.; LUNDHOLM, R. J.; UECKER W. C. 1985. A Laboratory Investigation of the Moral Hazard Problem in an Agency Relationship. *Journal of Accounting Research*, Vol. 23, pp. 81–120.

DURAND, G. et al. 2000. Comment améliorer la prise en charge des soins dentaires de la population? Rapport (Module interprofessionnel de santé publique), Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes.

FEHER, E.; GÄCHTER, S.; KIRCHSTEIGER, G. 1997. Reciprocity as a Contract Enforcement Device: Experimental Evidence. *Econometrica*, Vol. 108, No. 2, pp. 437–459.

GABSZEWICZ, J. J.; THISSE, J. F. 1979. Price Competition, Quality and Income Disparities. *Journal of Economic Theory*, Vol. 20, No. 3, pp. 340–359.

HAAS-WILSON, D.; GAYNOR, M. 1998. Physician Networks and Their Implications for Competition in Health Care Markets. *Health Economics*, John Wiley & Sons, Ltd., Vol. 7, No. 2, pp. 179–182.

HADLEY, J. 2003. Sicker and Poorer - The Consequences of Being Uninsured: A Review of the Research on the Relationship between Health Insurance, Medical Care Use, Health, Work, and Income. *Medical Care Research and Review*, Vol. 60, No. 2 Supplement, pp. 3–75.

HANOUSEK, J.; PODPIERA, R. 2001. Do jaké míry jsou na českém kapitálovém trhu využívány neveřejné informace? *Finance a úvěr*, Vol. 51, No. 7–8, pp. 405–416.

HAWKINS, D.; BEST, R.; CONEY, K. 1989. *Consumer Behavior: Building Marketing Strategy.* Boston: McGraw-Hill.

HLAVÁČEK, J.; HLAVÁČEK, M. 2004. Petrohradský paradox a kardinální funkce užitku. *Politická ekonomie*, Vol. 52, No. 1, pp. 48–60.

HLAVÁČEK, J.; HLAVÁČEK, M. 2007. Poptávková funkce na trhu s pojištěním: porovnání maximalizace paretovské pravděpodobnosti přežití s teorií EUT von Neumanna a Morgensterna a s prospektovou teorií Kahnemana a Tverského. *Czech Economic Review*, *Acta Universitatis Carolinae Oeconomica*, Vol. 1, No. 2, pp. 116–134.

HLAVÁČEK, J.; HLAVÁČEK, M. 2010. *Zobecněná mikroekonomie.* Praha: Karolinum.

HOTELLING, H. 1929. Stability in Competition. *Economic Journal*, Vol. 39, No. 153, pp. 41–57.

HÖLMSTROM, B. 1979. Moral Hazard and Observability. *The Bell Journal of Economics*. Vol. 10, No. 1, pp. 74–91.

INDERST, R. 2008. ´Irresponsible Lending´ with a Better Informed Lender. *Economic Journal* 118, pp. 1499–1519

JANDA, K. 2009. Bankruptcies with Soft Budget Constraint. *The Manchester School*, Vol. 77, No. 4, pp. 430–460.

JANDA, K. 2007. Instituce státní úvěrové podpory v České republice. [IES Working Paper 20/2007].

JANDA, K. 2006. Lender and Borrower as Principal and Agent. IES Working Paper 24/2006.

JANDA, K. 2002. Signalling and Underutilization of Import Quota and Voluntary Export Restraint. *Journal of International Trade and Economic Development*, Vol. 11, No. 4, pp. 351–365.

JANDA, K.; SVÁROVSKÁ, B. 2010. Investing into Microfinance. *Journal of Business Economics and Management*, Vol. 11, No. 3, pp. 483–510.

KAPTCHUK et al. 2010. Placebos without Deception: A Randomized Controlled Trial in Irritable Bowel Syndrome. *PLoS ONE*, Vol. 12, No. 5, pp. 1–7.

LAVOIE, M. 2004. *L´économie postkeynésienne*. Paris: La découverte, collection Repères.

LONGO, R.; MIRALDO, M.; STREET, A. 2008. Price Regulation of Pluralistic Markets Subject to Provider Collusion. [CHE Research Paper 45], Centre for Health Economics, University of York, U.K.

MANOVE, M.; PADILLA, J. A.; PAGANO, M. 1998. Collateral vs. Project Screening: A Model of Lazy Banks. [CSEF WP 10], Centre for Studies in Economics and Finance (CSEF), University of Naples, Italy.

MUSHKIN, S. J. 1958. Toward a Definition of Health Economics. *Public Health Reports*, Vol. 73, No. 9, pp. 785–794.

NAEGELEN, F.; MOUGEOT, M. 1998. Asymétrie d´information et financement des hôpitaux. Une comparaison des modes d´organisation du système de santé. *Revue économique*, Vol. 49, No. 5, pp. 1323–1343.

PHLIPS, L.; THISSE, J. 1982. Spatial Competition and the Theory of Differentiated Products: An Introduction. *Journal of Industrial Economics*, Vol. 31, No. 1/2, pp. 1–11.

ROTSCHILD, M.; STIGLITZ, J. E. 1976. Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information. *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 90, No. 4, pp. 629–649.

SENGUPTA, R. 2011. *Unholy Alliances in Healthcare Services*. CUTSCentre for Competition Investment & Economic Regulation, Jaipur Printers P. Ltd., Jaipur, India.

SHAKED, A.; SUTTON, J. 1982. Relaxing Price Competition through Product Differentiation. *Review of Economic Studies*, Vol. 49, No. 1, pp. 3–13.

SHY, O. 1995. *Industrial Organization: Theory and Applications*. Cambridge, MA.: MIT Press.

ŠTIKA, P. 2009. Ekonomika a štěstí. *Politická ekonomie*, Vol. 57, No. 2, pp. 250–262.

INFORMATION ASSYMETRY AND DOUBLE STANDARD IN THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP

Martin Janíčko, Univerity of Economics, nám. W. Churchilla 4, CZ – 130 67 Prague 3 (martin.janicko@vse.cz); **Ivo Koubek**, Charles University in Prague (koubek@fsv.cuni.cz)

Abstract

The aim of the article is to explore the doctor – patient relationship using the information asymmetry framework and principal-agent theory. From the perspective of economic exchange, this relationship is relatively specific, as an uneven rank and position of the agents involved play an important role here. It is argued that this unevenness arises from several different factors, such as education and qualification, work experience, path dependence, and the nature of goods and services provided. The relationship specificity is then discussed from a theoretical point of view while its most important elements are highlighted and put into a wider context. Further, market approach in healthcare system and healthcare services is partially debated and a simple model analyzing the "double-standard treatment is developed. Subsequently, this type of treatment is analyzed with the aid of vertical differentiation approach. Based on economic rationale, the authors claim that "medical knowledge/information obligation should play a crucial role in all healthcare services. This type of instrument is to be applicable for both parties in the doctor – patient relationship, as it may help overcome the inherently present information asymmetry by rendering the healthcare services provision more transparent.

Keywords

healthcare services; information asymmetry; industry entry; vertical differentiation; double standard; medical knowledge/information obligation

JEL Classification

I11; I18; L15; D81; D8