

Sunt pachetele de bază atât de eficiente pe cât am vrea să credem? O abordare din perspectiva economiei comportamentale

Elena Druică

Universitatea din București
Email: elena.druica@faa.unibuc.ro

Rodica Ianole

Universitatea din București
Email: rodica.ianole@faa.unibuc.ro

Abstract

Lucrarea își propune ca, pe parcursul a șase secțiuni, să investigheze puncte de vedere alternative asupra factorilor care pot să influențeze valorile unor indicatori de eficiență a sistemului de sănătate și să aducă în discuție cercetări de ultimă oră din domeniul economiei comportamentale, care să evidențieze și să ofere soluții cu privire la sursa unor ineficiențe ale pachetelor de bază, aflate în strânsă legătură cu comportamentul uman. Am structurat lucrarea după cum urmează: în prima parte vom analiza sumele alocate sistemului de sănătate, în termeni absoluți și apoi prin comparație cu Zona Euro și cu țările fostului bloc comunist est – european, pentru a oferi puncte de vedere alternative cu privire la teza larg mediatizată că îngrijirile medicale din România nu sunt susținute financiar prin comparație cu ceea ce se întâmplă “în alte părți”. Vom prezenta câțiva dintre indicatorii recunoscuți în literatura de profil ca definind eficiența unui sistem de îngrijiri medicale și vom lua în calcul motive alternative care pot să explice valorile înregistrate acum de aceștia. În cea de-a treia parte vom prezenta câteva comportamente umane care se constituie în factori de ineficiență a pachetelor de sănătate și vom examina câteva experimente care vorbesc despre metode simple prin care lucrurile s-ar putea corecta.

Cuvinte cheie:

economie comportamentală, experimente, efect de încadrare, relații cauzale cu factori subiectivi, economia sănătății, pachete de sănătate

1. Introducere

Anul 1981 a adus pe scena cercetării științifice unul dintre rezultatele de referință ale economiei comportamentale (Tversky&Kahneman, 1981) și anume faptul că, dintre diverșii (și deloc pușinii) factori subiectivi care influențează adesea deciziile noastre, modul în care *încadrăm* informația pe care ne fundamentăm alegerile joacă un rol crucial. Celebrul exemplu al bolii asiatice, discutat în lucrarea la care ne referim, aduce în atenție alegerea dintre două alternative formulate în două moduri ușor diferite, pe care le vom prezenta în continuare.

Ni se spune că (ipotetic, desigur) SUA se pregătește să facă față unei boli asiatice care va ucide, cel mai probabil, 600 de persoane. Există două alternative care pot fi adoptate în aceste împrejurări și anume Programul A și Programul B. Urmează acum cele două variante în care este prezentată situația:

Varianta 1:

- Dacă este adoptat Programul A, 200 de persoane vor fi salvate cu siguranță.

- Dacă este adoptat Programul B, există $1/3$ șanse ca toți cei 600 de oameni să supraviețuiască și $2/3$ șanse nu salvăm pe nimeni.

Varianta 2:

- Dacă este adoptat Programul A, 400 de persoane vor muri cu siguranță.
- Dacă este adoptat Programul B, există $1/3$ șanse să nu moară nimeni și $2/3$ șanse să moară toți 600.

Se poate observa cu ușurință că aceste două variante sunt echivalente, dacă le privim în termeni obiectivi: 200 de persoane care vor fi salvate prin Programul A în prima variantă înseamnă același lucru cu 400 de persoane care mor prin aplicarea aceluiași program, în a doua variantă. Mai departe, $1/3$ șanse ca toți cei 600 de oameni să supraviețuiască în prima variantă prin aplicarea Programului B înseamnă același lucru cu $1/3$ șanse să nu moară nimeni în formularea variantei 2. În sfârșit, $2/3$ șanse nu salvăm pe nimeni aplicând Programul B în varianta 1 de formulare a problemei înseamnă același lucru cu $2/3$ șanse să moară toți 600 în formularea pe care ne-o propune varianta 2. Singura diferență între cele două variante este ceea ce autorii lucrării citate numesc “încadrarea” deciziei: pozitivă (sau în termeni de “supraviețuire”) în prima variantă și negativă (sau în termeni de “număr de morți”) în a doua variantă. Iar rezultatele cercetării lui Amos Tversky și Daniel Kahneman indică faptul că oamenii aleg diferit atunci când informația le este prezentată în încadrări diferite: prima variantă de încadrare arată că oamenii aleg Programul A în proporție de 72%, iar Programul B în proporție de 28%, manifestând ceea ce în literatura de profil a devenit cunoscut ca “preferință pentru rezultatul sigur” atunci când ne referim la câștig: încadrarea pozitivă din varianta 1 a declanșat preferința pentru certitudinea salvării celor 200 de persoane. A doua variantă de încadrare arată că oamenii aleg Programul A într-o proporție de doar 22%, majoritatea de 78% alegând să negocieze pierderea celor 600 de oameni, în loc să se împace cu ideea că vor pierde 400.

În sumarul lucrării citate, cei doi autori ne spun că “principiile care guvernează percepția asupra problemelor de decizie, evaluarea probabilităților și a rezultatelor, produc schimbări predictibile ale preferințelor atunci când informația este încadrată în moduri diferite” (Tversky&Kahneman, 1981). Ceea ce este demn de menționat și are legătură directă cu ceea ce ne propunem să subliniem pe parcursul lucrării noastre este impactul pe care îl are o astfel de încadrare la nivel de comportament: așa cum vom vedea mai târziu, schimbarea preferințelor pentru anumite alternative decizionale nu se regăsește doar la nivelul alegerilor ipotetice, ci este responsabilă de modificări ale alegerilor din viața reală, un lucru pe care îl vom analiza mai în detaliu în secțiunea 5. Deocamdată vom reține doar faptul că încadrarea contează mai mult decât ne-am putea imagina.

Rămânând în continuare în perimetrul delimitării contextului în care ne vom poziționa această lucrare, vom aduce în discuție un alt exemplu celebru, discutat pe larg în introducerea lucrării economiștilor americani Steven D. Levitt și Stephen J. Dubner (Levitt&Dubner, 2005, p. 1 – 15). Începutul anilor 1990 veneau, în

Statatele Unite ale Americii, după o confruntare grea cu flagelul creșterii ratei infracționalității din ultimele decenii. Perioada anterioară anului 1995 fusese caracterizată de o constantă ineficiență a eforturilor statului american de a majora efectivele polițienești, de asigurare a iluminatului stradal, de reglementare a portului de armă și altele asemănătoare, în sensul în care rata criminalității fusese într-o creștere neabătută. Existaseră experți care chiar prognozaseră că, dacă lucrurile ar fi mers și pe mai departe în același ritm, s-ar fi putut aștepta o creștere a ratei criminalității cu peste 15% în deceniul care stătea să înceapă.

Prin anii 1995, brusc și aparent fără nicio explicație, rata criminalității a început să scadă, atingând în anii 2000 cel mai mic procent înregistrat în ultimii 35 de ani și mobilizând experți din toate domeniile să ofere justificări pentru un astfel de fenomen neașteptat. Au fost aduse explicații logice legate de recenta creștere a performanțelor economice ale SUA, de faptul că în sfârșit măsurile în care se investise atâția ani își arătaseră roadele. Dar factorul care contribuise masiv la fenomenul care se înregistra s-a dovedit cu totul altul: anul 1973 în Statele Unite a fost anul care a adus cu sine legalizarea avortului. Mulți dintre copiii care s-ar fi născut în medii care le-ar fi favorizat un comportament criminal ma târziu nu s-au mai născut. Dar, ne spun autorii lucrării la care ne referim, niciunul dintre experții în probleme criminalistice n-a menționat vreodată legalizarea avortului ca pe o cauză importantă care a generat scăderea infracționalității în SUA.

Aceste două exemple atrag atenția asupra a două aspecte pe care le considerăm esențiale pentru a transmite modul în care poziționăm lucrarea noastră: (1) încadrarea informației contează și (2) nu întotdeauna variabilele care credem noi că explică, sau ar trebui să explice ceea ce vedem sunt cele care au și cea mai mare relevanță în explicarea fenomenului respectiv.

Pornind de la aceste două observații și de la faptul că într-o mare măsură discursul la adresa sistemului de sănătate românesc este unul din care transpar pe de o parte nemulțumirea față de banii puțini alocați finanțării și, pe de altă parte, convingerea că un sistem subfinanțat nu poate fi eficient, ne-am propus să investigăm posibile alte încadrări ale acelorași situații obiective și factori neașteptați care ar putea să contribuie la creșterea eficienței unui sistem de sănătate, în absența unor cheltuieli suplimentare celor de care dispunem acum. Am folosit în acest demers o serie de rezultate experimentale obținute în cercetările de economia comportamentală a sănătății și, chiar dacă în această etapă nu putem garanta că perspectivele alternative pe care le aducem în discuție se constituie în factori cu impact major în performanța inițiativelor în domeniul îngrijirii sănătății, putem cel puțin aduce argumente că punctul nostru de vedere nu poate fi ignorat.

Am structurat lucrarea după cum urmează: în prima parte vom analiza sumele alocate sistemului de sănătate, în termeni absoluți și apoi prin comparație cu Zona Euro și cu țările fostului bloc comunist est – european, pentru a oferi puncte de vedere alternative cu privire la teza larg mediatizată că îngrijirile medicale din

România nu sunt susținute financiar prin comparație cu ceea ce se întâmplă “în alte părți”. Vom prezenta câțiva dintre indicatorii recunoscuți în literatura de profil ca definind eficiența unui sistem de îngrijiri medicale și vom lua în calcul motive alternative care pot să explice valorile înregistrate acum de aceștia. În cea de-a treia parte vom prezenta câteva comportamente umane care se constituie în factori de ineficiență a pachetelor de sănătate și vom examina câteva experimente care vorbesc despre metode simple prin care lucrurile s-ar putea corecta.

Lucrarea își propune să adopte un ton mai puțin grevat de jargonul științific, iar argumentele pe care le vom aduce, deși susținute de cifre și de analize atente, vor fi prezentate într-o manieră accesibilă cititorului fără o pregătire teoretică în domeniul economic. În ceea ce privește graficele pe care le-am inclus în analiza noastră, deși acestea au fost construite în R, pe baza unor date oficiale a căror proveniență este fie Organizația Mondială a Sănătății, fie Eurostat, fie Banca Mondială, am preferat să interpretăm mai degrabă intuitiv, pentru a face informația ușor de înțeles cititorilor pentru care prezentarea grafică a datelor nu este o alegere confortabilă.

2. Vorbind despre bani – analize simple și explicații neortodoxe

O opinie cvasi-generală, care transpare atât din statisticile și discursurile oficiale cât și din opiniile cetățenilor obișnuiți, este aceea că pentru sistemul de sănătate din România banii alocați sunt insuficienți. Fără să avem deocamdată o reprezentare a ceea ce ar trebui să însemne “suficient”, am pornit de la ideea că acesta este un termen care sugerează implicit o raportare la ceva (la media europeană de exemplu, sau la ceea ce se întâmplă în Germania, o comparație destul de des întâlnită nu doar în analiza finanțării din sănătate) sau la ceva ce ar trebui atins (cum ar fi performanța sistemului ca atare). Parcurgând același raționament pe care l-am înregistrat ca majoritar, am analizat și noi câteva cifre după cum urmează. Am început prin a compara evoluția cheltuielilor pentru sănătate pe cap de locuitor, raportate la PIB – ul pe cap de locuitor și am constatat, așa cum arată Figura 1 pe care o prezentăm mai departe, că la nivel de tipar general România nu stă foarte diferit față de tiparul înregistrat în zona Euro: diferența între PIB per capita și cheltuielile per capita cu sănătatea populației este chiar mai mare pentru Zona Euro, ceea ce poate transmite mesajul că dincolo de criticile care ni se aduc, România s-a străduit, cu bani puțini, chiar și în perioada anterioară lui 2000, când graficul arată cum abia începe să se simtă o creștere semnificativă a PIB-ului pe cap de locuitor în țara noastră.

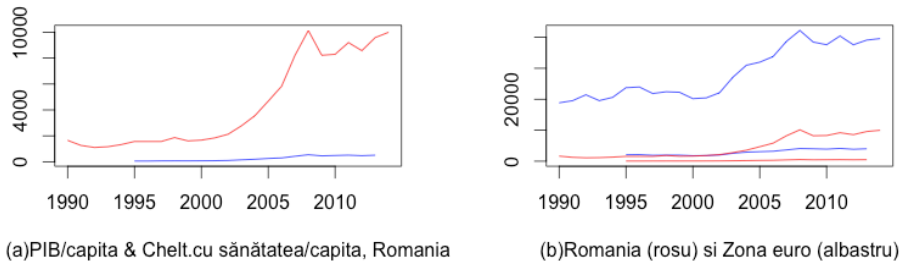


Figura 1. Comparație între cheltuielile cu sănătatea pe cap de locuitor și PIB pe cap de locuitor. România și Zona Euro. Sursa datelor: Banca Mondială. Graficele au fost realizate de autori, în R

Diferența majoră care trebuie menționată atunci când analizăm împreună România și zona Euro, de exemplu, este aceea de diferență în termeni relativi a puterii pe care o are din punct de vedere financiar fiecare dintre entitățile aduse în discuție. Reprezentând în același sistem de coordonate, ne dăm seama că România aproape că nu se vede, prin comparație cu grupul țărilor din Zona Euro. Este un lucru de care uităm a ține cont de foarte multe ori atunci când încadrăm cheltuielile din România ca fiind “mult sub ceea ce se întâmplă în țările dezvoltate”, la fel cum uităm un aspect cel puțin la fel de important, ilustrat în Figura 2.

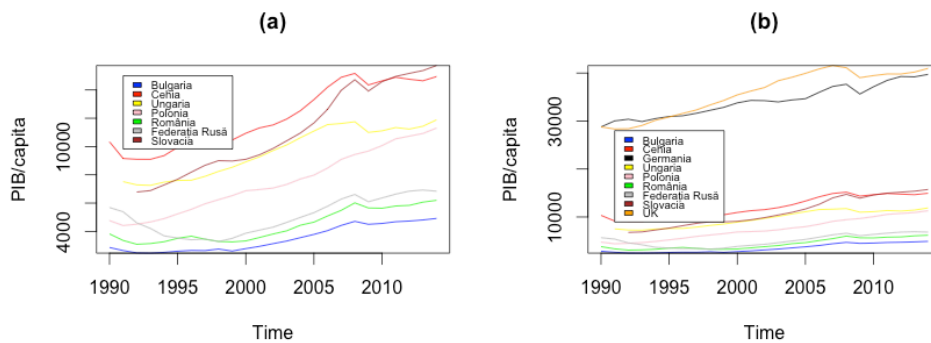


Figura 2. Evoluția PIB pe cap de locuitor. România și restul țărilor din fostul bloc comunist est – european (a) și comparativ cu Germania și UK (b). Sursa datelor: Banca Mondială. Graficele au fost realizate de autori, în R

Fără să intrăm în cifre exacte, o simplă analiză a graficului pe care l-am prezentat în partea (a) arată că la momentul 1990 România (reprezentată cu verde) era depășită... în jos doar de Bulgaria, în ceea ce privește PIB – ul pe cap de locuitor al țărilor din fostul bloc comunist est - european. Dealtfel eram, la momentul acela, printre cele mai sărace țări din Europa, poziționându-ne doar deasupra Albaniei și, așa cum se vede din grafic, a Bulgariei. Ne pare rău să o spunem, dar situația nu s-a schimbat în ceea ce privește această ierarhie nici până în zilele noastre: se poate observa că fiecare dintre țările care la început de 1990 și-au început parcursul spre

o economie de piață a evoluat în ceea ce privește indicatorul la care ne referim, dar ierarhia de la momentul inițial s-a păstrat. Este un aspect obiectiv, asupra căruia ne-am propus să ne aplecăm tocmai pentru a sublinia că eforturile au fost făcute, dar adevărul istoric, economic, cultural și social nu poate fi ignorat.

Figura 2b atrage atenția asupra unui lucru de asemenea important: comparația pe care o facem adesea cu țări dezvoltate este injustă: se observă că atunci când comparăm *întregul* bloc al țărilor fost – comuniste cu etaloane ale economiei libere, cum sunt Anglia sau Germania (fosta RFG), decalajul se menține de asemenea, nu doar între România și aceste țări ci și între toate țările fost comuniste și etaloanele alese. Sunt adevăruri pe care nu le putem evita atunci când încercăm să ne poziționăm performanța națională în raport cu puncte de referință care, din motive determinate istoric, nu au fost și nu sunt ca noi.

O altă afirmație des întâlnită în literatura de profil este aceea că “alocăm cel mai mic procent din PIB din toată Uniunea Europeană pentru cheltuielile de sănătate”, iar cifrele cu adevărat nu pot fi contrazise. Figura 3 prezintă însă situația procentelor alocate din PIB sistemului de îngrijiri medicale în SUA și Canada: se poate observa că vecinii Statelor Unite alocă doar 2/3 din cheltuielile americane, dar în ciuda acestui efort există voci în linie cu faptul că “industria îngrijirilor medicale din SUA este ciudată; cheltuim 18% din PIB pe îngrijiri medicale și totuși alte țări par să obțină rezultate mai bune – iar noi chiar nu știm de ce” (Hough, 2013).

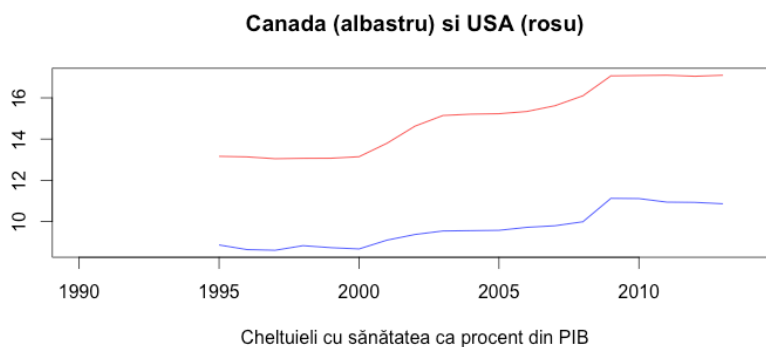


Figura 3. Procentele alocate cheltuielilor cu sănătatea de către SUA (roșu) și Canada (albastru) între 1995 și 2014. Sursa datelor: Banca Mondială. Graficul a fost realizat de autori, în R

Discrepanța dintre cheltuielile alocate sănătății în SUA și rezultatele nemulțumitoare obținute a fost obiectul multor altor studii de specialitate. Nu vom investiga multitudinea de explicații care au fost date de-a lungul vremii ci vom puncta, în linie cu scopul lucrării noastre, că nu mai putem absolutiza teza conform căreia banii mulți sunt întotdeauna garanția rezultatelor bune. Cu toate acestea, faptul că un sistem subfinanțat nu poate fi eficient este o opinie aproape unanim acceptată. Trecând peste un detaliu destul de supărător și anume că nu am reușit să

găsim referințe cu privire la ce ar însemna un sistem *suficient* finanțat, ne vom întoarce la ideea eficienței sistemului de sănătate și, pentru scopurile pe care ni le-am propus, vom avea în vedere doi indicatori general acceptați ca reflectând bunul mers al lucrurilor în domeniu: durata medie de viață și probabilitatea de deces între 30 și 70 de ani, pe care vom dori să îi abordăm nu doar din perspectivă statistică obișnuită ci și prin prisma unor studii mai puțin obișnuite pe care le vom prezenta în cele ce urmează.

3. Banii, sau... altceva?

Figura 4 de mai jos arată evoluția duratei medii de viață în România (roșu) și pe aceea înregistrată în Uniunea Europeană (albastru) în perioada 1990 – 2013. Este evidentă diferența de aproximativ 6 ani între punctele celor două grafice, un fapt care ar putea fi înregistrat ca un (alt) eșec al sistemului de sănătate din România de a-și îngriji cetățenii într-un mod corespunzător, iar asta ca urmare a fondurilor insuficiente care se alocă în această direcție.

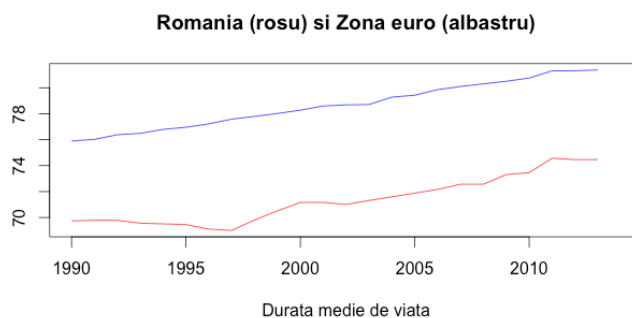


Figura 4. Evoluția duratei medii de viață în România (roșu) și Zona Euro (albastru) între 1990 și 2014.
Sursa datelor: Organizația Mondială a Sănătății. Graficul a fost realizat de autori, în R

Deși putem admite fără ezitare că o finanțare crescută poate fi o premisă a unor condiții mai bune acordate celor care au nevoie de îngrijiri medicale și în consecință o precondiție a creșterii duratei medii de viață, lucrarea de față urmărește aducerea în discuție a unor determinanți mai puțin evidenți care pot avea un impact cel puțin la fel de important. Ne vom referi, în acest sens, la un studiu realizat de Universitatea Yale (Levy et al., 2002) care a avut în vedere atitudinea față de îmbătrânire. La studiu au participat adulți de vârstă a doua, care au fost monitorizați apoi pe o perioadă de 20 de ani, iar la finalul acestei perioade s-a constatat că durata medie de viață a persoanelor cu o atitudine pozitivă față de îmbătrânire a fost, în medie, cu 7,6 ani mai mare decât a celor care au avut o atitudine negativă. Autorii cercetării au considerat că rezultatul este cel puțin surprinzător, având în vedere faptul că factorii standard recunoscuți ca având o contribuție la creșterea duratei medii de viață – încadrăm aici a fi nefumător, exercițiile fizice regulate, un nivel corect al colesterolului și al tensiunii arteriale – contribuie la prelungirea vieții în medie cu doar 4 ani.

Ideea că o “simplă” atitudine pozitivă poate duce la o creștere a duratei medii de viață cu de două ori anii pe care i-ar putea oferi un stil de viață monitorizat de sistemul oficial de sănătate din România este nu doar interesantă, ci cel puțin tentantă pentru aceia care doresc să scape de presiunea faptului că nu au cum să controleze ceea ce se întâmplă în afara lor. Speculând însă pentru o clipă pe marginea acestui rezultat, am spune că nu este de prea mare folos dacă atitudinea individului este construită din sens opus, argumentând că “nu se poate să ai o atitudine pozitivă într-un sistem care nu te ajută să ți-o construiești”.

Probabilitatea de deces între 30 și 70 de ani este un alt indicator al eficienței unui sistem de sănătate, pe care am ales să îl analizăm în lucrarea noastră ca fiind în strânsă legătură cu ceea ce ne-am propus. Graficul din Figura 5 arată cum România are o probabilitate de aproape 21%, care se traduce prin riscul ca o persoană să moară în intervalul de vârstă dintre 30 și 70 de ani. Desigur că finanțarea serviciilor de îngrijiri medicale este în strânsă corelație cu un astfel de indicator și desigur că diferența față de Germania (cu care, din motive neînțelese, ne-am obișnuit să ținem neapărat să ne comparăm) este mare și evidentă, dar o observație interesantă (și imediată) este că situația României este similară cu a Bulgariei și a Ungariei, trei țări situate într-un perimetru geografic apropiat. Deși factorii obiectivi legați de finanțare pot juca un rol indiscutabil în acest tablou de rezultat, nu putem exclude că și alte aspecte ar trebui poate investigate.

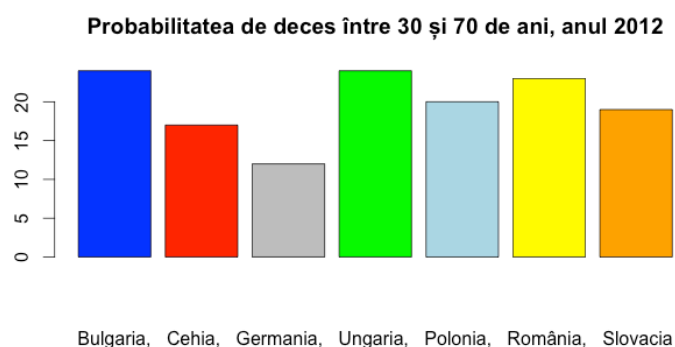


Figura 5. Probabilitatea de deces între 30 și 70 de ani în 2012, pentru cele 6 țări ale fostului bloc comunist est - european. Sursa datelor: Organizația Mondială a Sănătății. Graficul a fost realizat de autori, în R. Datele cele mai recente au fost disponibile pentru anul 2012.

Un studiu care merită adus în discuție în acest context a fost realizat de Universitatea Duke (McGonigal, 2015, p.xiv) și a implicat un eșantion de adulți cu vârsta de peste 55 de ani care au fost monitorizați pe o perioadă de 15 ani. La finalul perioadei s-a constatat că 60% dintre cei care au crezut că pot avea încredere în ceilalți erau încă în viață, pe când 60% dintre cei care considerau că alții nu sunt demni de încredere nu mai erau. Acest rezultat, circumscris ideii că “aceia care tind să creadă că marea majoritate a oamenilor este demnă de încredere tind să trăiască mai mult”, atrage atenția asupra uneia dintre cele mai proeminente trăsături ale românilor și anume gradul scăzut de încredere nu doar în instituții, ci și

în semenii lor (Mitruț et.al, 2013), posibil ca un efect secundar al celor mai bine de 42 de ani de comunism (Vâlsan et.al, 2015), sau poate doar ca trăsătură de sine stătătoare a noastră ca popor (Zamfirescu, 2008). Oricare ar fi motivul care stă la baza atitudinii noastre neîncrezătoare, acesta indică, poate, spre cauze mai puțin evidente (dar poate mai importante) care își pun amprenta asupra probabilității de deces între 30 și 70 de ani și implicit asupra duratei medii de viață la români, dincolo de cele pe care ne-am obișnuit să le considerăm ca fiind de la sine înțelese.

În ultima parte a acestei secțiuni am dori să atragem atenția asupra unui aspect recunoscut de toate forurile oficiale naționale și internaționale și anume că o creștere a duratei medii de viață atrage după sine în mod inevitabil creșterea numărului de bolnavi cronic, creșterea numărului de decese din boli cronice și de asemenea modifică ponderea alocării serviciilor medicale pe grupe de vârstă. Un aspect obiectiv este acela că o creștere a duratei medii de viață trebuie dublată de o creștere a *calității* vieții, astfel încât riscul de îmbolnăviri sau de deces într-un anumit interval de vârstă să scadă. Pe de altă parte, există dovezi că mult mai mult decât intervențiile externe, suntem noi înșine cei care ne putem ajuta.

În anul 1998, în Statele Unite ale Americii, a fost realizat un studiu cu privire la efectele stresului asupra riscului de deces (McGonigal, 2015). Inițial, 30.000 de persoane dintr-un eșantion corect selecționat au fost întrebate (1) la cât de mult stres au fost expuse în ultimul an și (2) dacă sunt de părere că stresul este periculos. Opt ani mai târziu s-a constatat că nivelele ridicate de stres au fost asociate cu o creștere cu 43% a riscului de deces. Partea spectaculoasă a studiului a fost, însă, legată de faptul că acest rezultat a fost valabil doar pentru acele persoane care credeau că stresul este periculos. Cercetătorii au ajuns la trista concluzie că pe parcursul celor 8 ani, în care studiul era în desfășurare și deci rezultatele nu erau cunoscute, peste 180.000 de americani muriseră doar pentru faptul că erau convingși că stresul le afectează grav viața. Se întâmplă, ne spune autoarea citată, că nu neapărat un anumit fapt este ceea ce are efecte adverse asupra sănătății, sau a duratei de viață, ci combinația dintre acel factor și convingerea persoanei că este expusă la ceva dăunător.

Secțiunea pe care o încheiem acum și-a propus să aducă în atenția cititorului faptul că dincolo de acei factori pe care îi considerăm (și foarte adesea chiar sunt) obiectivi atunci când ne dorim explicarea anumitor dinamici, sau anumitor valori pe care le iau indicatori de interes, există și aspecte mai degrabă subiective care își pun amprenta asupra rezultatelor pe care le vedem – iar asta mai mult decât ne-am putea aștepta. Detectarea acestora, ca și cuantificarea impactului pe care îl au, se pot realiza doar ca urmare a unor experimente care foarte adesea nu sunt ușor de implementat, sunt costisitoare, sau implementarea lor în teren se poate lovi de considerente de ordin etic. Pe de altă parte, suntem de părere că încercarea de a investiga în această direcție ar putea aduce îmbunătățiri neașteptate în orice sistem de îngrijiri medicale, nu doar în cel românesc, prin aceea că ar pune la dispoziția pacientului, sau a potențialului pacient setări mentale care se dovedesc de un real folos atât în comportamentul preventiv, cât și în cel de recuperare.

4. Din bunele și relele pachetelor de bază

La data de 1 iunie 2014 intra în vigoare în România *noul* pachet de servicii medicale de bază, împreună cu contractul-cadru aferent. Sursele de informare de la acea dată (se poate vedea de exemplu referința [3] din categoria referințelor online) explicau diferențele față de designul anterior și motivele pentru care au fost implementate. Se desprinde din aceste descrieri intenția de eficientizare atât din punct de vedere al funcționalității (prin eliminarea unei felii de componentă birocratică), dar și sub aspectul serviciilor oferite: lărgirea gamei de servicii disponibile și creșterea accesului. O latură importantă a noului pachet de servicii medicale vizează însă un alt tip de încercare de eficientizare, în directă legătură cu reducerea costurilor (în direcțiile în care lucrul acesta este posibil) și redistribuirea resurselor pentru susținerea unor direcții care aveau nevoie să fie întărite. Exemplificăm aici o mai atentă fundamentare a deciziei de internare, fiind cunoscute costurile mari ale tratamentului spitalicesc și o accentuare a componentei de prevenție care pe termen mediu și lung ar trebui să asigure în mod natural o reducere a costurilor la nivelul întregului sistem de sănătate.

În 2013 se implementa pentru prima dată în România un pachet de servicii de bază în sănătate, rezultat a mai bine de șase ani de discuții la nivelul autorităților române (a se vedea sursa online [4]), doar pentru a fi modificat un an mai târziu. Departe de a semnaliza incongruența sistemului cu obiectivele care ar fi fost de atins de la bun început, adaptarea structurii acestui pachet după un an de la lansare semnalizează în opinia noastră un interes față de rezultat, care se înscrie într-o linie comună cu cea a experienței altor țări în materie de pachete de sănătate: aceea că nu există un “pachet optim” care ar trebui să fie aplicat (se poate vedea de exemplu Wong&Bitran, 1999).

Experiența redusă a României în acest perimetru este o realitate pe care nu avem cum și nici de ce să o contestăm și ne așteptăm ca structura și modul de implementare a pachetului de bază din sistemul de sănătate românesc să fie ajustate pe măsură ce vom câștiga cunoștințe care să ne ajute să optimizăm. Din informațiile pe care le-am accesat noi până acum, se desprinde însă o tendință de a pune accent pe optimizarea a ceea ce se oferă, în detrimentul unei alte componente despre care pentru moment datele lipsesc cu desăvârșire.

Literatura de profil pe care ne-o pun la dispoziție țările cu experiență în domeniu abundă în explicații și exemple cu privire la faptul că se înregistrează adesea discrepanțe între ceea ce se oferă și ceea ce se primește, sau se accesează efectiv în materie de pachete de bază în sănătate. Actorii implicați în elaborarea unui astfel de pachet – și anume statul, cel care oferă serviciile, cel care are nevoie de servicii și uneori, acolo unde este vorba despre un actor separat de stat, finanțatorul - au interese diferite și priorități diferite. Foarte adesea rezultanta forțelor care se compun într-un asemenea proces de deliberare răspunde mai degrabă unora dintre nevoi și poate mai puțin altora, astfel încât nevoile (cel puțin percepute) ale populației nu sunt întotdeauna aliniate ofertei de pe lista unui pachet de bază. Odată în plus, în argumentarea faptului că pachetul nu oferă ceea ce vrea populația

să primească este adesea dat pe seama insuficienței resurselor mobilizate pentru finanțare, odată în plus banii investiți constituindu-se în cel mai evident semnal al calității rezultatului care se dorește obținut. Secțiunea următoare ne va convinge însă că sunt aspecte asupra cărora nu am avut timp să ne aplecăm deocamdată: faptul că mult prea rar avem acces la informații legate de persoanele care, din considerente mai degrabă subiective, nu urmează un tratament, deși ar avea acces la el.

Ca să înțelegem mai bine la ce ne referim când menționăm informații la care nu avem acces, să aruncăm o privire asupra graficului din Figura 6, în care ni se prezintă numărul deceselor din afecțiuni cardiace în România, comparativ cu celelalte țări ale fostului bloc comunist.

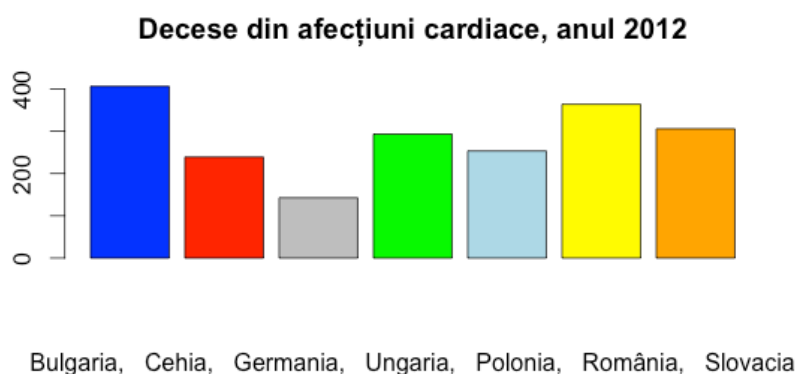


Figura 6. Numărul deceselor din afecțiuni cardiace în 2012, pentru cele 6 țări ale fostului bloc comunist est - european. Sursa datelor: Organizația Mondială a Sănătății. Graficul a fost realizat de autori, în R. Datele cele mai recente la momentul elaborării studiului au fost pentru anul 2012.

Se poate observa că România se situează pe un nedorit penultim loc, după Bulgaria, ceea ce ne-ar putea duce cu gândul că atenția destinată îngrijirii bolnavilor cu afecțiuni cardiace trebuie îmbunătățită. Fără să contestăm această afirmație, dar rămânând în linie cu abordarea noastră de până acum, trebuie spus că în România nu există date statistice din care să putem deduce dacă aceste decese se referă la persoane care au fost anterior înregistrate ca bolnavi cardiaci, dacă au fost sub un tratament pe care l-au urmat, sau dacă statistica reflectă doar informația specificată în certificatul de deces. Fără acces la astfel de informații mai detaliate – pe care statisticienii le numesc “dovezi tăcute” – este foarte greu, dacă nu imposibil să stabilim o legătură directă între valoarea unui anume indicator și eficiența, sau ineficiența sistemului de îngrijiri medicale.

Un alt aspect care trebuie luat în calcul atunci când ne referim la acuratețea informațiilor care stau la baza deciziilor, indiferent de domeniul pe care îl vizăm, poate fi ilustrat prin datele comunicate de Institutul Național de Statistică, referitoare la procentul populației care, din motive financiare, nu a avut acces la servicii medicale. Datele anuale oferite de INS sunt aferente perioadei 2007 –

2013, iar graficele care arată situația pe sexe și cea pe grupe de vârstă sunt prezentate mai jos, în Figura 7 și respectiv Figura 8.

Din Figura 7 se observă că procentele sunt mari, mai exact de peste 70% atunci când ne referim la totalul populației investigate, ceea ce ne-ar face să spunem că într-adevăr în România aspectul financiar este principalul motiv care oprește populația să se ducă la medic. Pe de altă parte însă, nu putem să nu observăm că grupul care declară într-un procent mai mare că nu a avut bani pentru un serviciul medical este cel al bărbaților, despre care medicii spun că sunt și cei care ajung la control numai în faze foarte avansate ale bolilor din cauză că sunt mult mai temători decât femeile. Să reflecte, oare, aceste procente adevărul despre raportul dintre cât ne permitem și cât trebuie să plătim pentru îngrijirile medicale, sau în răspunsurile pe care le vedem există și *substitute* ale adevăratelor motive, dintre care unele vor fi tratate în secțiunea care urmează? Ceea ce devine și mai surprinzător este pus în evidență în Figura 8: grupele de vârstă nu par a influența semnificativ (și aici ne referim la diferențe mari, nu la ideea de diferență *statistic* semnificativă) procentul celor care nu reușesc să ajungă la medic din cauza restricțiilor de ordin financiar.

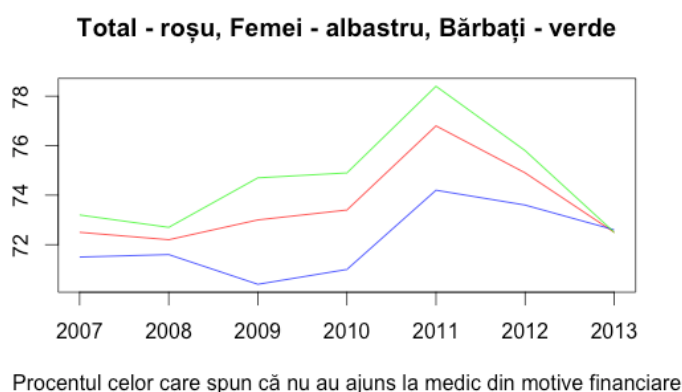
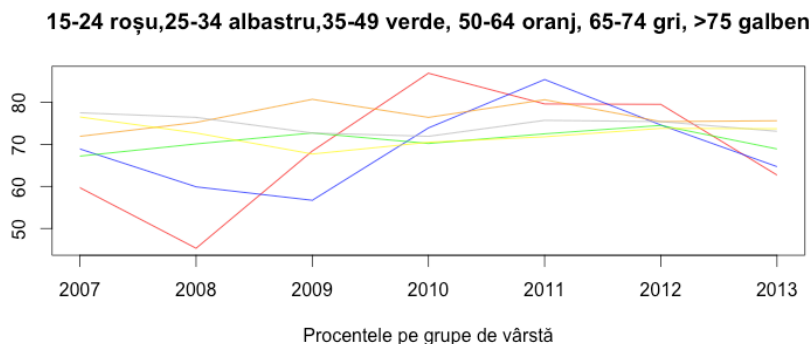


Figura 7. Evoluția procentului din populație, pe sexe și în total care a renunțat la îngrijiri medicale din motive financiare, în perioada 2007 – 2013. Sursa datelor: Institutul Național de Statistică. Graficul a fost realizat de autori, în R.

Judecat din punct de vedere economic, rezultatul ilustrat în Figura 8 este destul de greu de interpretat într-o țară europeană. Intuiția ne-ar spune că o persoană aflată într-o categorie de vârstă activă are o probabilitate mai mică să raporteze dificultăți financiare în accesarea serviciilor medicale prin comparație cu o persoană la vârsta pensionării – pentru care veniturile se reduc drastic.



Figura

8. Evoluția procentului din populație, pe grupe de vârstă, care a renunțat la îngrijiri medicale din motive financiare în perioada 2007 – 2013. Sursa datelor: Institutul Național de Statistică. Graficul a fost realizat de autori, în R.

Figura 9 ar putea semnala faptul că momentul când a început să se concretizeze structura unui prim pachet de bază în țara noastră a fost un an, anume 2013, în care accesul populației la servicii medicale era de-a dreptul problematic din cauza limitărilor financiare severe și că inițiativa a venit la timp: cel mai defavorizat segment de vârstă din punct de vedere financiar este, conform datelor comunicate de INS, cel între 50 și 64 de ani, pentru care ni se raportează un procent de neîndeplinire a nevoilor de îngrijiri medicale de 75.6%, mai mare chiar decât cel al segmentului de vârstă de peste 75 de ani, unde se raportează “doar” 73.7%.

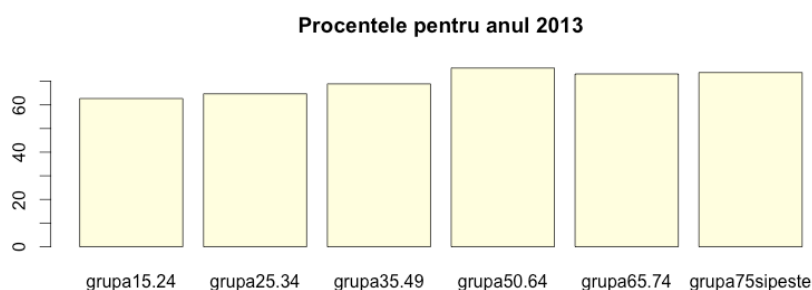


Figura 9. Procentul din populație, pe grupe de vârstă, care a renunțat la îngrijiri medicale din motive financiare în anul 2013. Sursa datelor: Institutul Național de Statistică. Graficul a fost realizat de autori, în R.

În același timp, o perspectivă moderată asupra acestor rezultate ne obligă să punctăm faptul că, deși putem găsi explicații bazate pe factori obiectivi pentru fiecare dintre graficele pe care le vedem (efectele crizei asupra veniturilor, șomajul în grupele de vârstă ale populației din intervalul 25 – 34 de ani și peste, dificultatea de a mai găsi un loc de muncă pe grupa de vârstă de 50-64 de ani odată ce ai fost concediat etc.), nu putem să nu facem o comparație cu datele comunicate de Eurostat pentru exact aceiași indicatori și care indică procente mult mai mici. Nu

putem, de asemenea, să nu observăm în Figura 9 că există o distribuție aproape uniformă a procentelor (foarte mari) raportate de populație, care contrazice atât presupusa distribuție a veniturilor pe întreaga durată a vieții cât și distribuția cererii de nevoi medicale pe grupe de vârstă. Este perfect adevărat că Institutul Național de Statistică menționează în mod explicit că acestea sunt “self-reported data”, adică lucruri pe care le declară persoana interviuată cu privire la motivele pe care le consideră de cea mai importanță în faptul că nu a ajuns la medic și ca atare răspunsurile pot fi puternic influențate de clișeele vehiculate în mod obișnuit în societate, dar oricum ar fi informațiile ca atare aruncă un semn de întrebare deloc neglijabil asupra impactului pe care îl au astfel de date statistice atunci când trebuie să fundamenteze deciziile de profil.

Cu siguranță că diferențele semnificative dintre raportările INS și cele ale Eurostat țin de maniera în care au fost comunicate datele: Institutul Național de Statistică a raportat, cel mai probabil, aceste procente din totalul celor care au declarat că au avut nevoie de îngrijiri medicale și nu au reușit să le obțină, pe când Eurostat a raportat procentul celor care au spus că nu au ajuns la medic din motive financiare, calculat din totalul populației interviuate (care include și mai bine de 80% din respondenți care au declarat că nu au fost în situația să nu își îndeplinească o nevoie de control medical sau de tratament). În ciuda faptului că se pot găsi explicații pentru diferențele numerice ca atare, în absența unor studii mai atente este destul de neclar cât de mult ne putem baza pe aceste procente atunci când trebuie să decidem care sunt adevăratele motive din spatele faptului că oamenii nu au beneficiat de consultații, sau de îngrijiri medicale.

Iar dacă motivele subiective pentru care românii nu ajung la medic sunt greu de identificat și vor rămâne, cel mai probabil, un perimetru care va merita studiat în perspectivă, alte țări – mai cu dare de mână, cum ar fi Statele Unite, de exemplu – se confruntă cu o situație un pic diferită – hazardul moral al celor care deși sunt luați în evidență de medici și le se oferă consultații și medicamente, nu aderă la programele de tratament. Nu știm dacă este și cazul României, pentru că (și) aici statisticile lipsesc cu desăvârșire, dar tocmai pentru că pachetele de bază sunt la început, considerăm că este bine să împărtășim din experiența altor țări în materie de comportament al pacientului care nu vine în linie cu scopul pachetului oferit.

5. Din economia comportamentală a... sănătății

Foarte multe dintre alegerile pe care le facem, în general sau legate de domeniul sănătății, au o dimensiune inter-temporală: costurile și beneficiile asociate sunt plasate în momente temporale diferite. De pildă, în luarea unei decizii ce implică practicarea unor exerciții fizice în fiecare zi avem în vedere anumite costuri imediate (materializate în timpul alocat, poate în prețul unui abonament la o sală de sport sau în efortul fizic efectiv pe care îl depunem) și o serie de beneficii ce sperăm să apară în viitor (o condiție fizică mai bună, îmbunătățirea ritmului cardiac etc). Similar, ne confruntăm și cu decizii în care beneficiile sunt cele imediate, precum în cazul savurării unui desert, iar costurile apar într-un moment ulterior.

O analiză “perfect rațională” (adică în care fiecare face exact ce-ar trebui să facă) ar trebui să compare valorile costurilor și beneficiilor identificate în fiecare situație într-o manieră asemănătoare, fără să apară diferențe semnificative în procesul de evaluare. Totuși, o privire realistă, dincolo de această perspectivă ideală, atrage atenția asupra faptului că acceptarea costurilor imediate este în sine un proces mult mai dificil decât acceptarea beneficiilor imediate, dat fiind numărul foarte mare de tentații din jurul nostru și gradul nostru imperfect de autocontrol (Thaler și Shefrin, 1981). Prin urmare, nu este de mirare numărul mare de comportamente, economice și non-economice deopotrivă, ce se îndepărtează de recomandările analizei cost-beneficuu.

Comportamentul pacienților, respectiv lipsa lor de aderență totală la diferite tratamente, urmează de foarte multe ori această traiectorie. O echipă de cercetare de la Universitatea din Pennsylvania (Center for Health Incentives and Behavioral Economics) condusă de Kevin Volpp (2008) a examinat această situație problematică pentru un grup de pacienți aflați în recuperare după un atac miocardic. Cadrul de referință este dat de statisticile ce arată un grad foarte scăzut de aderență la medicația recomandată pentru anul următor atacului miocardic (de regulă warfarină), în pofida beneficiilor semnificative pe care aceasta le oferă pentru starea de sănătate: 40% dintre subiecții analizați nu își administrează 20% sau chiar mai mult din medicația indicată de către medic (Kimmel et al., 2007).

Studiul realizat a implicat utilizarea unui flacon ‘smart’ de medicamente construit în baza unei tehnologii ce are capacitatea de a monitoriza și de a transmite wireless informații despre medicamentele luate. Într-o primă etapă, ipoteza din spatele designului experimental a avut în vedere introducerea unor beneficii suplimentare pentru luarea medicamentului, respectiv posibilitatea de a câștiga premii în bani pentru pacienții conștiincioși (deci cei care își luau pastilele) conform unui sistem de tip loterie: exista o șansă de 10% de a câștiga 20\$ și o șansă de 1% ca aceștia să câștige 100\$. Acesta constituia grupul de tratament. Pentru celălalt grup, denumit în termeni de specialitate grup de control, nu existau stimulente adiționale pentru luarea medicamentelor, în afară de beneficiul intrinsec, acela de a se proteja de riscul ridicat de deces. Nivelul de aderență a înregistrat o creștere, însă totuși nu la nivelul așteptărilor, respectiv la nivelul predicțiilor economiei standard conform căreia stimulentele financiare reprezintă una dintre cele mai puternice influențe în schimbarea unui comportament.

Aceste rezultate au condus la un al doilea experiment, ce a avut o structură aproape identică primului. Singura diferență a constat în faptul că toți pacienții, indiferent de comportamentul lor față de medicație, erau incluși în loterie, deci aveau teoretic posibilitatea de a câștiga un premiu în bani. Diferența apărea după ce se extrăgea câștigătorul loteriei. Acesta era anunțat fie că a câștigat premiul, dacă se afla printre cei care și-au luat medicamentele, fie că *ar fi putut câștiga premiul dacă și-ar fi luat medicamentele*. Această diferență structurală în sublinierea rezultatelor ilustrează conceptul aversiunii față de pierdere (Kahneman și Tversky, 1984) și

constituie un factor cu o semnificație majoră asupra comportamentului uman, influența sa generând în cazul de față un nivel de aderență de aproape 100%.

Una dintre formele cele mai populare de utilizare a aversiunii față de pierdere este prin integrarea sa în structura unui efect de încadrare a unei probleme decizionale. Studiul de referință realizat de McNeil et al. (1982) pune în valoare acest efect analizând preferințele indivizilor pentru două tratamente medicale. Concret, subiecților li s-au pus la dispoziție date statistice privind rezultatele a două tratamente privind cancerul de plămâni: intervenție chirurgicală și radiații. Ratele de supraviețuire în următorii cinci ani favorizează clar intervenția chirurgicală, dar pe termen scurt operația este mai riscantă decât iradierea.

Jumătate dintre participanți au citit statistici despre ratele de supraviețuire, iar ceilalți au primit aceleași informații în termeni de rate ale mortalității. Ulterior, aceștia trebuiau să indice tratamentul pe care îl preferă.

Scenariul 1: Rata de supraviețuire după operație este de 90% în prima lună

Scenariul 2: Rata mortalității după operație este de 10% în prima lună.

Deși se poate observa fără nicio dificultate faptul că cele două afirmații sunt echivalente din punct de vedere logic, rezultatele experimentului au arătat că operația a fost mult mai populară în prima încadrare, fiind aleasă de 84% din subiecți. În cea de-a doua încadrare doar 50% dintre ei au preferat operația, punctând un comportament ce urmărește cu precădere evitarea pierderii. Efectul de încadrare (sau altfel spus de prezentare a deciziei) este unul de tip emoțional: supraviețuirea este bună (90% este un procent încurajator), iar mortalitatea este înfricoșătoare (chiar și la un nivel de 10%).

O altă caracteristică demnă de subliniat a acestui studiu provine din repetarea acestuia pe diferite grupuri de subiecți. Ceea ce remarcă, în mod surprinzător, este că grupul subiecților medici a fost la fel de sensibil față de efectul de încadrare precum grupurilor subiecților fără pregătire medicală (un grup a fost constituit din pacienți aflați în spital, iar un altul din absolvenți de studii economice). Așadar, pregătirea medicală trebuie totuși suplimentată cu un set de cunoștințe privind modul general al oamenilor de raportare, înțelegere și procesare a diferitelor informații disponibile, și cu precădere a informațiilor statistice.

Același tip de rezultate semnificative care de regulă nu se clintesc în fața populației analizate se înregistrează și pentru bine cunoscutul efect placebo. Deși comparativ cu celelalte fenomene discutate în această secțiune – aversiunea față de pierdere și efectul de încadrare – acesta este cunoscut de mult mai multă vreme, implementarea sa într-un design experimental ce constituie o replicare fidelă a unei situații cu care ne întâlnim des, generează în continuare concluzii surprinzătoare.

Într-un studiu desfășurat la Universitatea Duke, cercetătorul Dan Ariely (2008) arată cum un antinevralgic ce costă 10 cenți nu combate durerea la fel de bine precum unul ce costă 2.5\$, în condițiile în care ambele pastile sunt de fapt același placebo. Experimentul a fost derulat cu un număr de 82 de subiecți, asupra cărora a fost aplicat un protocol standard de administrare a unor șocuri electrice ușoare la nivelul încheieturii, pentru a măsura evaluarea lor subiectivă a durerii. Această testare a fost realizată atât înainte cât și după administrarea placebo-ului. Diferența a constat în faptul că jumătate dintre participanți au primit o broșură ce descrie pastila primită drept un antinevralgic nou aprobat, ce costă 2.5\$, în timp ce cealaltă jumătate a primit o broșură în care pastila era prezentată la un preț de 10 cenți (fără a se furniza vreo explicație). Rezultatele arată că 85% dintre subiecții primului grup (preț = 2.5\$) au indicat o reducere a durerii după ce au luat pastila, în timp ce în al doilea grup (preț = 0.10\$) acest procent a fost de 61%.

În consecință, deși de multe ori justificarea pe care o aducem atunci când nu adoptăm anumite comportamente vizează registrul banilor, o astfel de dovadă empirică ar trebui să tragă un semnal de alarmă puternică asupra faptului că această convingere este doar în mintea noastră și, în realitate, nu este nici pe departe vorba doar despre bani.

Fiind conștienți de tendința generală de a păstra un anumit status-quo, mai ales atunci când vine vorba despre idei atât de puternic încetățenite în mentalul colectiv, nu ne așteptăm ca o astfel de perspectivă să se modifice radical într-un timp foarte scurt. Asta și datorită faptului că există totuși situații în care statisticile arată că banii contează, aspect care se reține mult mai ușor decât continuarea interpretării acelorași statistici: nu contează atât de mult pe cât am crede. În acest spirit, un experiment foarte atractiv este cel realizat de firma General Electric ce a avut drept obiectiv renunțarea la fumat, în contextual oferirii unor recompense financiare (Volpp et al., 2009). Studiul a fost construit în baza unei repartizări aleatorii controlate a subiecților în două grupuri: grupul de control ce nu a beneficiat de niciun stimulent material și grupul de tratament în care indivizii puteau câștiga 250\$ dacă renunțau la fumat pentru 6 luni și 400\$ dacă renunțau la fumat pentru 12 luni.

Rezultatele indică o diferență semnificativă între grupuri, rata de succes fiind de trei ori mai mare în cazul 'tratamentului cu recompense financiare'. Totuși, o privire atentă arată un nivel destul de scăzut al procentelor înregistrate (14.7% în grupul de tratament față de 5% în cel de control pentru perioada de 12 luni, respectiv 9.4% față de 3.6% după o perioadă de 18 luni). Diferența statistică este importantă la nivel teoretic, însă cifrele sunt cele care relevă că banii au un impact mult, mult mai mic, comparativ cu ce am fi tentați să credem.

Acest impact se dovedește a fi în unele cazuri chiar inexistent, mai ales dacă schimbările urmărite sunt exprimate la un nivel mai scăzut de precizie. De pildă, într-un studiu ce viza încurajarea unui stil de viață sănătos la locul de muncă

Hunter et al., 2013), realizat în Irlanda de Nord, cercetătorii au procedat similar ca în experimentul renunțării la fumat: subiecții din grupul de tratament erau monitorizați (pentru o perioadă de 12 săptămâni, și o vizită la 6 luni) pentru a se înregistra nivelul activității fizice realizate și primeau în schimb puncte pe un card de fidelitate (ce se puteau preschimba ulterior în diverse recompense). De cealaltă parte, participanții alocați grupului de control treceau prin aceleași proceduri de monitorizare, fără a avea însă posibilitatea acumulării unor puncte sau recompense. În acest caz datele finale nu au indicat nicio diferență semnificativă între cele două grupuri sub aspectul timpului alocat activității fizice, sugerând necesitatea implementării unei alte categorii de stimulente (fie separat, fie alături de cele monetare).

În afară exemplurilor ce indică în mod clar o lipsă de eficiență totală (ba chiar scăzută și inexistentă pe alocuri) a acestor stimulente financiare, abordarea de piață în care ele se includ ridică, în cazul aplicării lor în domeniul sănătății, și o serie de obiecții structurale. În primul rând, astfel de intervenții pot crea cu ușurință probleme de hazard moral în sensul încurajării unei lipse de responsabilitate a indivizilor față de propria sănătate. Dacă ne gândim și la sursa finanțării acestor programe (de multe ori percepția fiind mult mai acută în situația unor fonduri publice, deși lucrurile stau la fel și pentru sursele private), argumentele negative pot lua forma unui tip de incorectitudine sau lipsă de echitate, cei defavorizați fiind indivizii care sunt bolnavi din motive independente de ei (sau cel puțin nu există posibilitatea unei asocieri atât de directe precum în exemplele discutate – fumatul și lipsa activităților fizice). Într-un final, argumentul de fond care apare în mod repetat are în vedere faptul că a avea o sănătate bună pe termen lung presupune schimbarea atitudinilor, iar acest lucru nu se realizează (sau nu într-un caz realist și sustenabil) prin simple plăți monetare.

6. Concluzii și discuții

În ciuda titlului îndrăzneț, lucrarea de față nu își propune să pună la îndoială utilitatea, sau nevoia de pachete de bază în sănătate. Vrem să subliniem doar că mult prea adesea ne oprim la a găsi motive care stau doar în puterea altora, doar pentru că sunt, sau ne-am obișnuit să le considerăm evidente. Sistemul are nevoie de finanțare, are nevoie de optimizare și cineva va trebui să facă asta într-o bună zi. Dar păstrând doar o asemenea perspectivă ajungem în perimetrul periculos al externalizării autorității, ne accentuăm lipsa de control asupra situației, starea de victimă și neputința. Sunt momente în care simpla opțiune de care ne putem bucura oricând – în cazul de față accesul la servicii medicale – ne face să amânăm momentul în care decidem să acționăm – crescând mai mult decât ne-am dori și costurile, și suferința.

Să nu uităm că, doar pentru că un lucru este disponibil, nu înseamnă că este și utilizat. Și că depinde de noi să facem să fie mai bine. Multe sisteme de sănătate se

confruntă cu aceleași probleme, indiferent de sumele pe care le investesc, de infrastructura pe care o construiesc sau de personalul medical pe care îl au la dispoziție. Aceste probleme sunt problemele generate de natura noastră ca oameni, de lipsa noastră de raționalitate manifestată în perimetre care nu ne aduc niciun beneficiu.

Lucrarea de față a subliniat câteva dintre problemele care pot să apară atunci când comportamentul individual intră în contradicție (cel mai adesea neintenționată și, foarte adesea, neconștientizată) cu scopurile generale ale intervenției guvernamentale și explică modul în care câteva căi simple și necostisitoare de arhitectură a alegerii pot ajuta la corectarea acestor ineficiențe. De asemenea, ne-am propus să subliniem că în ciuda faptului că aspectele de natură financiară sunt de cele mai multe ori cele mai proeminente semnale ale implicării și sunt considerate motivații suficiente pentru a influența comportamentul unei persoane, în ceea ce privește gradul de adeziune al pacienților la diferite programe de sănătate nu crește – sau nu atât cât ne-m fi așteptat – doar pentru faptul că pacienții primesc astfel de recompense.

Desigur că studiile pe care le-am adus în discuție pot părea surprinzătoare și rezultatele pe care le-am evidențiat dau impresia uneori că sunt contraintuitive. Până nu vom realiza studii similare în țara noastră nu vom putea ști dacă și noi ne comportăm asemenea pacienților din țările dezvoltate. Dar până ce economia comportamentală a sănătății va fi și în perimetrul românesc un domeniu de cercetare intensivă, vom încheia prin a spune ca uneori, prin intervenții mici asupra comportamentului de fiecare zi putem corecta lucruri mari, cu impact major și pe termen lung asupra stării noastre de sănătate.

Bibliografie

- Hough, Douglas (2013). *Irrationality in Health Care*, Stanford University Press
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1984). Choices, values, and frames. *American psychologist*, 39(4), 341.
- Hunter et al. (2013), Physical activity loyalty cards for behavior change: a quasi-experimental study, *American Journal of Preventative Medicine*
- Kimmel, S. E., Chen, Z., Price, M., Parker, C. S., Metlay, J. P., Christie, J. D., ... & Gross, R. (2007). The influence of patient adherence on anticoagulation control with warfarin: results from the International Normalized Ratio Adherence and Genetics (IN-RANGE) Study. *Archives of Internal Medicine*, 167(3), 229-235.
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of personality and social psychology*, 83(2), 261.
- Levitt S., Dubner S. (2005). *Freakonomics. A Rogue Economist Explores the Hidden Side of Everything*, Published by William Morrow & Co
- McNeil, B. J., Pauker, S. G., Sox Jr, H. C., & Tversky, A. (1982). On the elicitation of preferences for alternative therapies. *New England journal of medicine*, 306(21), 1259-1262.
- Mitrut C., Serban D., Vasilache S., (2013) Indicators of Social Trust in Romania – A Quantitative Analysis, in *Economic Computation & Economic Cybernetics Studies & Research*;2013, Vol. 47 Issue 1, p27-40
- Thaler, R. H., & Shefrin, H. M. (1981). An economic theory of self-control. *The Journal of Political Economy*, 392-406.

- Tversky, A., & Kahneman, D. (1981). The framing of decisions and the psychology of choice, *Science*, New Series, Vol. 211, No. 4481. (Jan. 30, 1981), pp. 453-458
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1989). Rational choice and the framing of decisions (pp. 81-126). Springer Berlin Heidelberg.
- Vâlsan C., Druică E., Ianole R., (2015), Social Capital, Sustainability, and a History of Transitions in Romania: From Communism to Free Markets, in: Strategies towards the New Sustainability Paradigm: Finding the Balance between Global Anarchy and Global Dictatorship, Edited by Odile Schwarz-Herion and Abdelnaser Omran, chapter 4, pages 35-48; Springer International Publishing., ISBN: 978-3-319-14699-7
- Volpp, K. G., Loewenstein, G., Troxel, A. B., Doshi, J., Price, M., Laskin, M., & Kimmel, S. E. (2008). A test of financial incentives to improve warfarin adherence. *BMC Health Services Research*, 8(1), 272.
- Volpp et al. (2009), A randomized, controlled trial of financial incentives for smoking cessation, *New England Journal of Medicine*.
- Zamfirescu D. (2008), *Nevroză balcanică*, Editura Trei, București
- Waber, R. L., Shiv, B., Carmon, Z., Ariely, D. (2008). Commercial features of placebo and therapeutic. *Jama – The Journal of the American Medical Association*, 299(9), 1016-7.
- Wong H., Bitran R. (1999). Designing a benefits package. Prepared for the flagship course on Health Sector Reform and sustainable financing. World Bank Institute, October 1999

Resurse online:

- [1] World Health Organization, Data Repository, disponibil la: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A859?lang=en>, accesat în data de 9 ianuarie 2016
- [2] Institutul Național de Statistică: datele sunt disponibile la http://www.insse.ro/cms/files/Web_IDD_BD_ro/index.htm și au fost accesate în data de 6 februarie 2016
- [3] Hotnews: Pachetul de servicii medicale de bază și Contractul-cadru intră în vigoare la data de 1 iunie, articol disponibil online la <http://www.hotnews.ro/stiri-esential-17398547-pachetul-servicii-medicale-baza-contractul-cadru-intra-vigoare-1-iunie.htm>, accesat la data de 7 februarie 2016
- [4] Hotnews: Noul pachet de bază aduce schimbări importante pentru sănătatea românilor: consultațiile vor fi numărate și pentru peste 300 de diagnostice nu vor mai fi acceptate internările în spitale, articol disponibil online la <http://www.hotnews.ro/stiri-esential-15707508-cum-schimbata-ersul-doctor-pachetul-baza-romanii-vor-invata-numere-consultatiile.htm>, accesat la data de 7 februarie 2016