

Asistența medicală ambulatorie de specialitate în studii și cercetări (inter)naționale. Aspecte statistice și comportamentale

Elena Druică

Universitatea din București
Facultatea de Administrație și Afaceri
Email: elena.druica@faa.unibuc.ro

Abstract:

Pornind de la afirmația făcută în ianuarie 2014 de Eugen Nicolăescu, Ministrul Sănătății din perioada respectivă, că pentru un același diagnostic internat în spital am putea oferi servicii medicale de 20 de ori mai ieftin dacă bolnavul ar fi tratat în ambulatoriu, am elaborat această lucrare care are în vedere trei paliere de analiză. În prima parte am căutat în date statistice interne dovezi care ar putea susține afirmația fostului Ministru al Sănătății și am argumentat nevoia unui segment performant de asistență medicală ambulatorie. În partea a doua am investigat principalele preocupări în cercetarea științifică internațională cu privire la medicina în ambulatoriu și am identificat câteva direcții de interes și de acțiune, precum și metodologiile de studiu și de analiză pe care se fundamentează. În ultima parte mi-am propus să exemplific tipuri de intervenții pe care le putem aplica și în sistemul de sănătate românesc, bazate pe de o parte pe analize statistice și pe de altă parte pe recomandările economiei comportamentale.

Cuvinte cheie: economia sănătății, analiză statistică, economie comportamentală, asistența medicală ambulatorie, România

1. Introducere

Serviciile de medicină ambulatorie sunt, prin definiția lor, acele servicii medicale care nu necesită spitalizare¹. În această categorie sunt cuprinse o serie de elemente pe care le regăsim în pachetul de bază, dar și în cel minimal² și anume: din categoria serviciilor medicale sunt incluse consultații pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală, consultații pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale bolilor cronice. Din categoria serviciilor medicale curative avem consultații pentru afecțiuni cronice. Tot aici regăsim depistarea de boli cu potențial endemo-epidemic, servicii de planificare familială, servicii diagnostice și terapeutice și servicii de sănătate conexe actului medical.

¹ <https://dexonline.ro/definitie/ambulatoriu>

² <http://www.cnas.ro/page/pachetul-de-servicii-medicale-de-baza-acordate-in-asistenta-medicala-ambulatorie-de-specialitate-pentru-specialitatile-clinice.html>

Motivația lucrării se construiește pe afirmația fostului ministru al sănătății, din data de 20 ianuarie 2014: “Tariful pe caz ponderat, cel care stă la baza decontării pe DRG în spitale, oscilează între 1.350 și 1.800 lei. Ceea ce se decontează în ambulatoriul de specialitate este de 20 de ori mai ieftin. Pentru același diagnostic internat în spital pentru care plătim de la 1.350-1.800 am putea oferi servicii medicale de 20 de ori mai ieftin”³.

Am dorit ca în lucrare să investighez în ce măsură această afirmație este susținută de date statistice și mi-am propus să caut informații despre preocupările internaționale legate de reducerea costurilor de spitalizare prin creșterea participării pacienților în zona de ambulatoriu. Pentru atingerea obiectivelor am pornit prin a analiza o serie de date statistice puse la dispoziție de Ministerul Sănătății cu privire la cheltuielile decontate de casele de sănătate pentru spitalele publice și pentru cele private și de asemenea pentru ambulatoriile aferente acestor spitale. Am aruncat apoi o privire în mediul internațional și am rezumat principalele tendințe pe care le înregistrează cercetarea științifică legată de medicina în ambulatoriu. În final, pornind de la observația că problema creșterii participării pacienților în ambulatoriu este o prioritate și un mijloc de reducere a cheltuielilor în sistemele de sănătate pentru toate țările, am căutat să exemplific două tipuri de inițiative care se pot avea în vedere. Un tip de inițiativă care să vizeze modificarea comportamentului pacienților, pe care am fundamentat-o pe câteva exemple de stimulente pe care ni le pune la dispoziție economia comportamentală și un tip de inițiativă care să acționeze la nivel structural. Pentru această a doua categorie a avut în vedere date statistice despre diabet, una dintre afecțiunile considerate sensibile la îngrijirea în ambulatoriu și am arătat cum printr-o analiză care nu costă foarte mult se poate construi o înțelegere mai bună a unui fenomen altfel destul de complex și de complicat.

2. Background statistic intern

Una dintre problemele intens dezbătute în cercetările internaționale este aceea a calității serviciilor care se acordă pacienților în spital și în afara spitalului. Având în vedere sumele mari cu care se finanțează spitalizarea, este natural să ne întrebăm: dacă anumite servicii pot fi oferite la o aceeași calitate și la costuri mai mici în afara spitalizării, n-ar fi normal ca asta să se întâmple?⁴ Cu toate că sursa citată este din 1981, problema este mai actuală ca oricând și devine de o actualitate din ce în ce mai presantă în condițiile în care mai toate țările înregistrează cheltuieli că sănătatea în creștere, iar tehnologia avansează astfel încât serviciile pe care un pacient le obține într-un mediu spitalicesc par a nu putea fi compensate de niciun alt tip de îngrijire. Ani mai târziu, anume în 2007, se afirmă că spitalizarea consumă una dintre cele mai importante felii din finanțarea unui sistem de sănătate⁵ pentru ca, în anul 2012, un articol publicat de

³ <http://www.monitorulcj.ro/sanatate/32228-ambulatoriu-filtru-pentru-pacientii-care-vor-sa-se-interneze#sthash.uCet9jP4.dpbs>

⁴ Pauly, Mark (1981) Measuring hospital ambulatory care costs, *Health Serv Res.* 1981 Winter; 16(4): 414–419.

⁵ Kaiser Family Foundation (2007) Trends in Health Care Costs and Spending. Online. September 2007. <http://www.kff.org/insurance/upload/7692.pdf> accesat în data de 3 septembrie 2016

FoxBusiness⁶ să ridice întrebarea de maximă importanță: “poate îngrijirea ambulatorie să rezolve problema costurilor din sistemul de sănătate?”.

Nici România nu face excepție de la această preocupare, după cum se poate deduce din afirmația fostului ministru al sănătății, citată anterior. În această primă secțiune a lucrării mi-am propus să am în vedere trei seturi de date puse la dispoziție pe <http://data.gov.ro> de către Ministerul Sănătății, pe care le voi descrie în cele ce urmează.

Primul set de date se referă la suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de **tarif pe caz rezolvat**. Ni se pun la dispoziție patru variabile, fiecare fiind înregistrată pentru spitale publice și pentru spitale private. Datele sunt aferente caselor de sănătate ale celor 41 de județe ale României și OPSNAJ și se referă la anul 2014.

Variabile:

- Numărul de cazuri externate contractate
- Sumă contractată (mii lei)
- Numărul de cazuri externate decontate
- Sumă decontată (mii lei)

Între aceste patru variabile pentru cazul spitalelor publice există o corelație de aproape 100%, ceea ce ne spune că putem alege să lucrăm cu o singură variabilă, aceasta dându-ne o imagine destul de clară despre ce se întâmplă și cu variația celorlalte. Am ales sumele decontate, pentru că vorbesc cel mai clar despre situația banilor cheltuiți.

Așa cum se poate observa din Figura 1 stânga (în bleu), distribuția sumelor este puternic asimetrică în sensul că în marea lor majoritate sumele decontate se încadrează până la un maxim de 200.000 mii lei, câteva case de sănătate decontează sume în intervalul cuprins între 200.000 mii lei (Cluj, Iași, Mureș, Timiș, OPSNAJ) și există un singur caz, Bucureștiul, în care sumele decontate sunt cuprinse în intervalul 1.3 – 1.4 milioane mii lei.

Aceeași Figură 1, dar în partea dreaptă (galben) arată că și în cazul spitalelor private asimetria este prezentă, vorbind despre faptul că în zece dintre județele care au spitale private sumele decontate se situează într-un interval de până la 5000 mii lei, în șase dintre județe aceste sume se află în intervalul dintre 5000 și 10000 de lei, pentru ca să ni se releve și câteva cazuri în care aceste sume sunt mult mai mari. Este cazul Județului Brașov, care în 2014 decontează pentru spitalele private o sumă între 10.000 și 15.000 lei și este de asemenea cazul județului Mureș și al Municipiului București, pentru care sumele sunt și mai mari: între 30.000 și 35.000 lei.

⁶ Mannino Barbara (2012) Can Ambulatory Care Fix Our Costly Healthy-Care System?, accesat în data de 3 septembrie 2016: <http://www.foxbusiness.com/features/2012/03/08/can-ambulatory-care-fix-our-costly-healthy-care-system.html>

Încă din acest prim stadiu al analizei se poate observa că deși ambele distribuții sunt puternic asimetrice, totuși sumele decontate spitalelor private sunt mult mai mici decât cele decontate spitalelor de stat, așa putea spune de 40 de ori mai mici. O altă observație care merită făcută este că numărul caselor de sănătate care decontează spitalelor private este mai mic decât cel al caselor de sănătate care fac decontări spitalelor de stat, un rezultat firesc al faptului că nu în toate județele sunt raportate spitale private care decontează la CAS - uri.

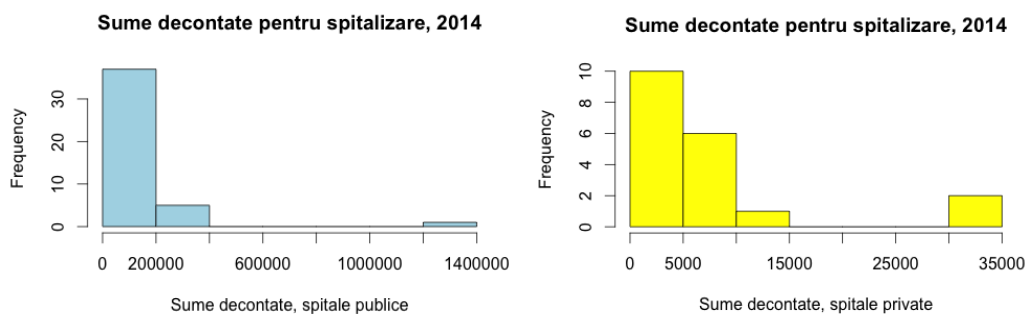


Figura 1. Sume decontate pentru spitalizare în anul 2014: spitale publice (stânga) și spitale private (dreapta)

Spuneam anterior că în cazul spitalelor publice, cele patru variabile menționate mai devreme sunt corelate până aproape de 100%. În cazul spitalelor private această corelație scade puțin, dar rămâne oricum foarte ridicată, permițându-ne să ne axăm tot pe o singură variabilă – sume decontate – pentru a conduce analiza.

Cel de-al doilea set de date avut în vedere se referă la suma pentru serviciile medicale efectuate *în ambulatoriile aferente spitalelor*, pentru care plata se face prin tarif pe caz rezolvat/ serviciu medical.

Variabile:

- Număr servicii medicale contractat/cazuri rezolvate contractate
- Sumă contractată (mii lei)
- Număr servicii medicale contractat/cazuri rezolvate decontate
- Sumă decontată (mii lei)

Și între aceste patru variabile pentru cazul spitalelor publice există o corelație de aproape 100%, ceea ce ne spune că putem alege să lucrăm cu o una dintre ele. Voi alege și de această dată sumele decontate, pentru a fi în linie cu alegerea anterioară și pentru că aceasta este variabila care vorbește cel mai clar despre situația banilor cheltuiți.

La fel ca în cazul setului de date anterior, se observă în Figura 2 că atât pentru spitalele publice (stânga) cât și pentru spitalele private (dreapta) avem distribuții asimetrice, pentru care marea majoritate a observațiilor se concentrează în jurul valorilor mici ale sumelor decontate, existând însă și câteva case de sănătate care decontează sume foarte mari.

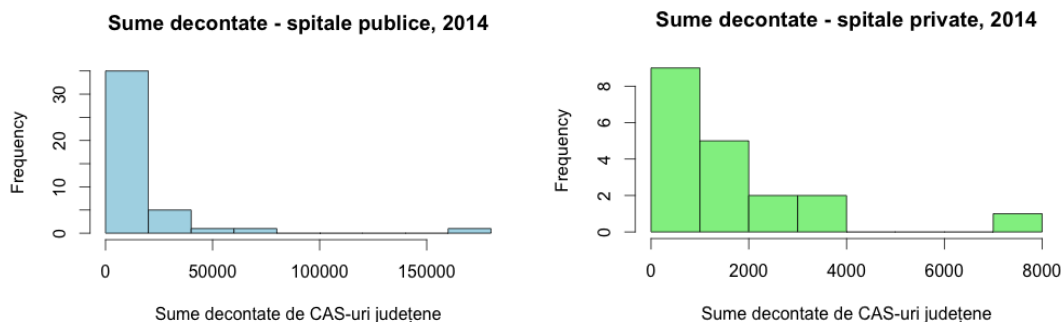


Figura 2: Sumele decontate de CAS –urile județene, spitale publice (stânga) versus private (dreapta) în 2014 pentru servicii rezolvate în ambulatoriile aferente

Este interesant de văzut cine sunt cei care ies în evidență în ambele cazuri: în cazul spitalelor publice, se observă că există o sumă de peste 150000 mii lei, care aparține Bucureștiului. Mai exact, este vorba despre suma de 175452 mii lei decontată pentru spitalele publice din București în anul 2014. Următoarea sumă este de 74756 mii lei și este aferentă Casei de Sănătate a județului Iași. În cazul spitalelor private, recordul este deținut de Casa de sănătate de la Brașov, cu 7619.00 mii lei.

În Figura 3 vedem pe un același grafic distribuția sumelor decontate pentru spitalele publice și cea pentru spitalele private, iar diferența este covârșitoare: spitalele publice duc o proporție majoritară a cheltuielilor.

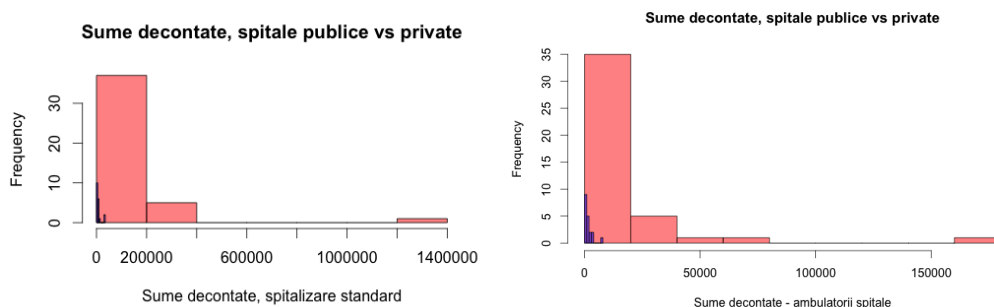


Figura 3: Sumele decontate de CAS –urile județene, spitale publice versus private în cazul spitalizării continue (stânga) versus serviciile în ambulatoriu (dreapta) în 2014

Interesant de văzut este, ca ultim pas al analizei acestor două seturi de date, care este diferența dintre sumele decontate în cazul spitalizării, calculate ca tarif pe caz rezolvat și sumele alocate spitalizării de zi, de asemenea pe caz rezolvat decontat. Figura următoare , cea cu numărul 4, este ilustrativă în acest sens.

Nu doar proporția este mult mai mică, dar și quantumul sumelor este incomparabil mai mic, lipsind de exemplu orice sumă mai mare de 200000 mii lei. Întrebarea este pentru ce efort sunt alocate aceste sume, iar histograma

următoare ne ajută să vedem diferențele între numărul de cazuri avute în evidență în cazul spitalelor publice (reprezentate cu roz) și al celor private (reprezentate cu mov). Ceea ce este demn de menționat este că distribuțiile sunt extrem de asemănătoare, așa cum se poate observa din suprapunerea lor, dar din ceea ce am sesizat anterior este clar că diferența de sume decontate este covârșitoare.

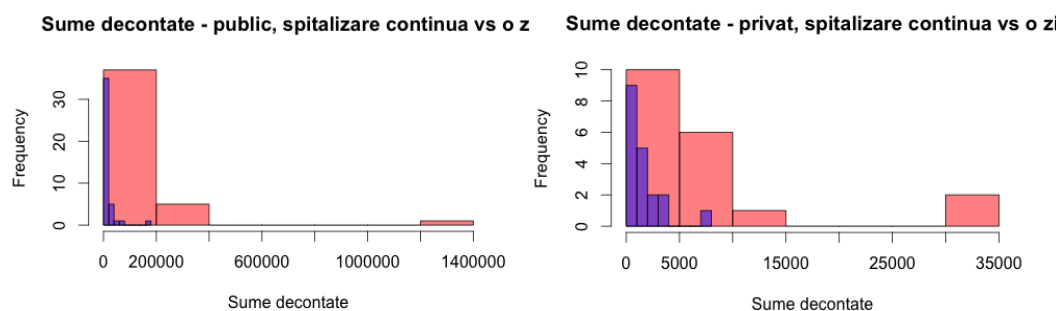


Figura 4: Sume decontate în 2014 de CAS – urile județene, comparație între spitalizarea continuă și serviciile în ambulatoriu. Stânga: spitale publice. Dreapta: spitale private

În cazul spitalelor private, situația este asemănătoare dar este vorba despre o scală a sumelor mult mai mică decât în cazul public. Graficul următor ne arată că de fapt numărul de cazuri decontate în cazul spitalelor private este același în cazul spitalizării continue versus spitalizării de o zi (cele două distribuții se suprapun perfect), ceea ce confirmă și în acest caz că la un același număr de servicii cheltuielile caselor de sănătate cu spitalizarea de o zi sunt incomparabil mai mici decât în cazul spitalizării obișnuite.

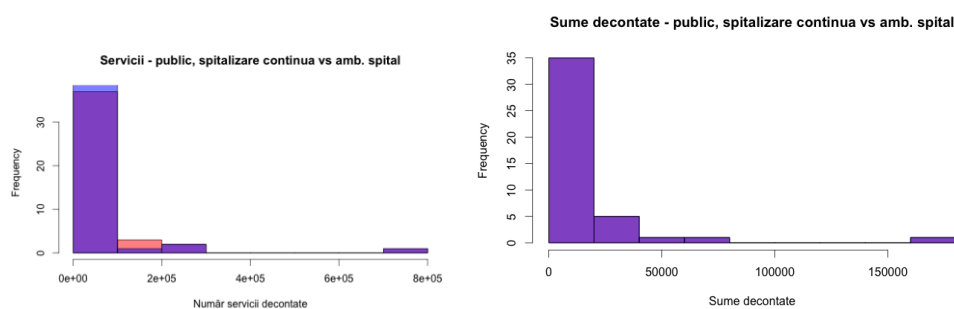


Figura 5: Numărul de servicii decontate în 2014 de CAS – urile județene, comparație între spitalizarea continuă și serviciile în ambulatoriile spitalelor. Stânga: spitale publice. Dreapta: spitale private

Două sunt comentariile care trebuie să însoțească aceste rezultate preliminare. În primul rând, sigur că din datele pe care le avem la dispoziție nu știm ce tipuri de servicii au fost necesare în cazul serviciilor acordate în regim ambulatoriu versus cazul spitalizării continue, dar concluzia care se desprinde este aceea că dacă spitalizarea continuă se poate evita, atunci cu atât mai bine. În al doilea rând, sumele despre care discutăm au fost alocate prin sistemul DRG, deci se

poate argumenta că acestea sunt doar sume estimate, nu reflectarea fidelă a realității. Cu toate că argumentul este corect, trebuie spus că metodologia DRG funcționează pe baza unor realități anterioare, deci într-o mare măsură putem conta pe realismul predicției și implicit al rezultatului pe care l-am obținut.

Cel de-al treilea set de date, cu aceeași sursă ca și anterioarele, se referă la numărul de contracte încheiate de casele de sănătate județene cu spitalele din județe și cu ambulatoriile de specialitate care aparțin de aceste spitale. Figura 6 arată numărul acestor contracte în totalul lor și, în colțul din stânga, se observă partea dintre aceste contracte aferentă ambulatoriilor din spitale.

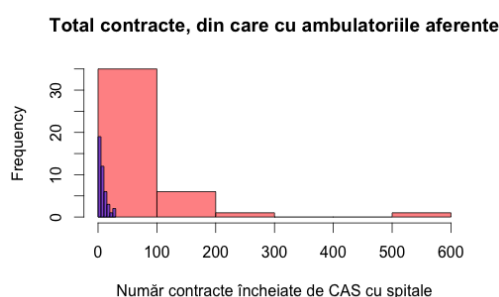


Figura 6: Numărul total de contracte încheiate de CAS – urile județene cu spitalele (roșu) dintre care cu ambulatoriile acestor spitale (mov)

Rezultatele pe care le-am obținut atrag atenția asupra următoarelor aspecte importante: în mod evident, cheltuielile decontate cu aproximativ același număr de servicii acordate în ambulatoriile de specialitate sunt mai mici decât cele decontate în regim de spitalizare continuă, atât în cazul spitalelor publice cât și al spitalelor private. Într-un limbaj statistic consacrat, putem spune că în medie un serviciu acordat în spital este cu mult mai scump decât unul acordat în ambulatoriu, ceea ce confirmă atât afirmația ministrului Sănătății din anul 2014, cât și punctele de vedere ale practicienilor interni și internaționali cu privire la diferența de costuri între ambulatoriu și spital.

Pe de altă parte, trebuie menționat că în datele pe care le-am avut la dispoziție nu au fost informații despre *tipul* serviciilor acordate în cele două categorii de unități. Este foarte posibil ca dimensiunea cheltuielilor cu spitalizarea continuă să fie datorată și complexității cazurilor, cazuri care nu ar fi putut fi rezolvate în regim ambulatoriu. Acesta ar putea să fie și unul dintre motivele pentru care, așa cum se observă în Figura 6, numărul de contracte decontate în cele două direcții este atât de covârșitor diferit. În absența acestor date suplimentare, trebuie să admitem că dacă un bolnav poate să primească îngrijire în ambulatoriu, costul minim despre care putem vorbi, care nu mai este plătit și care este evident în contabilitate, este cel puțin costul hotelier al spitalizării - și tot este ceva. În realitate există și alte costuri, pe care nu le vedem neapărat și care intră în categoria costurilor de oportunitate – costul celei mai bune alternative la care s-a renunțat: personalul medical este ocupat în detrimentul unui caz care chiar are nevoie de asistență, patul de spital este alocat cuiva care nu are neapărată nevoie în detrimentul altcuiva care poate chiar depinde de asta... și așa mai departe.

3. Studii și cercetări internaționale în asistența medicală ambulatorie

Un prim lucru care mi-a atras atenția căutând în literatura internațională destinată cercetărilor din perimetrul asistenței medicale ambulatorii a fost existența unui număr de jurnale academice de specialitate ca de exemplu Journal of Ambulatory Care Management⁷ pe care l-am poziționat foarte aproape de preocupările acestei lucrări, dar și altele care sunt mai specializate, cum ar fi Journal of Ambulatory Anesthesia⁸, sau Ambulatory Surgery⁹, sau Ambulatory Pediatrics¹⁰. Este, în opinia mea, un semnal foarte important cu privire la faptul că lucrurile nu sunt simple și soluțiile nu pot fi găsite doar printr-o abordare generală, atotcuprinzătoare, așa cum încercăm să facem de obicei din lipsă de resurse, sau din simplă obișnuință.

În conținutul acestor jurnale găsim articole care pun probleme dintre cele mai diverse, dar care împreună construiesc un întreg puzzle de ajutor în înțelegerea problemelor din perspective diverse. Una dintre problemele foarte des întâlnite ține de satisfacția pacienților față de serviciile din asistența medicală primară și din asistența medicală din ambulatoriile de specialitate. Este firesc: degeaba oferi acces, dacă oamenii nu reușesc să fie convinși să-l folosească. Important de asemenea este modul în care pacienți aflați sub tratamente împotriva bolilor cronice pot fi ajutați să adere tratamentului, sau să nu renunțe ca urmare a efectelor secundare ale medicației. De interes este și modul în care pot fi influențate deciziile pe care le iau pacienții de maniera în care le sunt comunicate informațiile, un aspect pe care îl voi discuta în secțiunea următoare. Nu în ultimul rând, este larg dezbătută problema intervențiilor structurale, în sensul modificării arhitecturii de alegere în care operează pacienții.

La baza intervențiilor pe care le-am menționat anterior stau, desigur, date statistice a căror analiză să permită fundamentarea deciziilor de acțiune. Există două tipuri de date pe care le găsim menționate în literatura de profil: datele observate și datele experimentale. În marea lor majoritate, datele cu care operăm sunt date observate, ca de exemplu: nivelul cheltuielilor alocate sistemului de sănătate, dinamica unor afecțiuni medicale, numărul medicilor de familie, sau răspunsuri la chestionare, cum ar fi opinia pacienților cu privire la calitatea serviciilor medicale. Toate aceste informații sunt luate ca atare și sunt obținute prin observarea directă a unor fenomene, sau procese în desfășurare. Datele experimentale sunt mai greu de obținut, pentru că presupun din partea cercetătorului manipularea unor variabile. Un exemplu ar fi următorul: să presupunem că ne dorim să stabilim dacă un anumit medicament este mai eficient decât un placebo. Pentru asta avem nevoie de două grupuri de pacienți, unul care să primească placebo și unul care să primească medicamentul în discuție, iar toată lumea să știe că primește medicamentul. Datele culese cu privire la rezultatele celor două substanțe administrate sunt date experimentale, pe baza cărora putem stabili ulterior dacă medicamentul este într-adevăr eficient. Ceea ce este definitiv în contribuțiile pe care le regăsim în jurnalele de

⁷ <http://journals.lww.com/ambulatorycaremanagement/pages/default.aspx>

⁸ <https://www.dovepress.com/ambulatory-anesthesia-journal>

⁹ <http://www.aornjournal.org/content/Ambulatory>

¹⁰ <http://www.sciencedirect.com/science/journal/15301567>

specialitate este analiza cantitativă, care în mare parte în abordările românești lipsește. Fundamentarea deciziilor de acțiune, despre care vorbeam mai devreme, trebuie să aibă la bază înțelegerea legilor care guvernează fenomenele analizate. În egală măsură, odată propusă o măsură este de maximă importanță realizarea unui scenariu de simulare a efectelor, sau a impactului acesteia. Foarte adesea în practicile autohtone regăsim situații în care măsurile sunt luate haotic, ținând cont de un singur aspect și neglijând efecte care ar putea fi lesne identificate prin simularea unui scenariu suficient de realist.

Aș vrea să cred că analizei cantitative i se va da, cât de curând, locul pe care îl merită în arhitectura luării deciziilor în sistemul de sănătate, așa cum i se dă în literatura și în practica internațională. Până atunci, îmi propun ca prin secțiunea următoare să ilustrez câteva tipuri de măsuri pe care le-am putea iniția și în România, după o cercetare atentă și o fundamentare solidă, pentru a crește participarea pacienților în ambulatoriu și a degreva spitalele de costuri pe care acum le plătesc, uneori, inutil.

4. Atunci când *nu* obișnuim să colectăm date:

Una dintre problemele cu care ne confruntăm în România (și, ca să fiu corectă, probabil nu numai aici) este absența datelor, sau poate doar lipsa *accesului* la datele care ne-ar putea ajuta să avem o mai bună înțelegere a modului în care funcționează acum sistemul nostru de sănătate. Nu este vorba despre faptul că nu ar exista date deloc: există foarte multe, dar devine evident că au fost culese la întâmplare, fără să se aibă în vedere o analiză anume, sau fără să se urmărească un obiectiv coerent și tocmai de aceea de obicei variabilele sunt colectate în ani diferiți, cu niveluri de agregare diferite, astfel încât de cele mai multe ori devin foarte greu comparabile. De asemenea, oricine ar vrea să modeleze un anume fapt prin intermediul datelor statistice și modelelor econometrice, ar putea constata că lipsesc masiv informații despre posibili predictorii, așa cum voi ilustra chiar în studiul prezentat în secțiunea 4.2. După cum am spus și cu altă ocazie, această inexistență a datelor reflectă, cel mai probabil, o lipsă a obișnuinței de a fundamenta decizii pe baza informațiilor existente, de a construi strategii pe baza dinamicii istorice și nu doar pe baza a ceea ce s-a întâmplat în perioada anterioară.

Pornind de la aceste probleme reale, am încercat să îmi imaginez cum s-ar putea interveni astfel încât să putem construi și noi tipurile de intervenție pe care le-am menționat anterior și care sunt avute în vedere în literatura de specialitate. Am gândit astfel două exemple de strategii pe care le voi detalia mai departe: una menită să schimbe comportamentul pacientului, contând pentru categoria “intervenție la nivel individual” și una care să ajute la înțelegerea problemei în structura sa, permițând astfel eventuale intervenții care să schimbe arhitectura în care fac alegeri pacienții, sau potențialii pacienți.

4.1. Crearea de intervenții la nivel individual. Câteva exemple

La nivel individual, două sunt palierele de acțiune pe care le-am avut în vedere: (1) cum aducem pacientul la medic și, odată ajuns acolo, (2) cum îl menținem sub

tratament, chiar și atunci când efectele adverse ale medicației sunt destul de greu de suportat. Economia comportamentală ne oferă o plajă deloc neglijabilă de studii care pun în evidență înclinația noastră spre anumite tipuri de reacție și spre anumite tipare de comportament care pot fi influențate prin detalii aparent fără importanță.

Un studiu realizat de Ganzach și Karsahi¹¹ vorbește despre o instituție bancară care a constatat că în ultima vreme cardurile de credit nu mai erau utilizate la fel de des ca în trecut. În încercarea de a motiva clienții să se întoarcă la vechiul obicei, care pentru bancă reprezenta o sursă importantă de câștig, au fost gândite scrisori motivaționale. Partea interesantă în acest studiu a fost că s-au avut în vedere două grupuri de clienți, constituite la întâmplare: un prim grup a primit o scrisoare care sublinia *avantajele* utilizării cardului de credit; cel de-al doilea grup a primit aceeași informație, dar pusă în termeni de *riscuri* care pot fi evitate în cazul unei astfel de utilizări.

Aparent, nicio diferență în sens de informație în termeni absoluți, ci doar încadrări diferite. Rezultatele însă, au fost spectaculoase: în primul grup, care a primit scrisori cu încadrare pozitivă, creșterea gradului de utilizare a cardurilor de credit a crescut cu 33%. În cel de-al doilea grup, care a fost pus în temă cu privire la ce poate evita, gradul de utilizare a crescut cu 66%. Desigur că acest rezultat este în linie cu un fapt binecunoscut și unanim acceptat de psihologi, acela că în acțiune ne motivează mai curând evitarea unor evenimente negative decât beneficiile pe care le putem obține, dar specialiștii au și convingerea fermă, și dovezi din experimente realizate, că de cele mai multe ori oamenii nu acceptă că ar fi putut fi influențați de o simplă încadrare a informației.

Ce legătură are asta cu serviciile medicale din ambulatoriu? Mi-e greu să îmi imaginez la momentul actual că medicii de familie, sau medicii specialiști, pe lângă birocrația înfiorătoare pe care o au pe cap, ar fi dispuși ca de două ori pe an să trimită pacienților pe care îi au în evidență scrisori motivaționale prin care să le explice care sunt riscurile pe care le pot evita prin prezentarea la control periodic, sau prin rămânerea sub tratament. Pe de altă parte, nu pot să nu am în vedere reclama de la Aspenter, pentru că pe baza elementelor pe care le-am precizat aici, cred că este realizată foarte eficient: “Un aspenter pe zi vă ajută să evitați infarctul miocardic. Află de la medicul tău de familie dacă *ai nevoie* să iei un aspenter pe zi”. Aș fi văzut cu ușurință o formulare echivalentă de tipul “Un aspenter pe zi vă ajută să aveți *o inimă sănătoasă*. Află de la medicul tău de familie dacă *e bine* să iei un aspenter pe zi”. Cu toate că nu sună cu mult diferit pentru omul de rând, am vaga convingere că efectele ar fi fost cu totul altele.

Opțiunea “default”, adică aceea care ne spune să nu schimbăm nimic, este un alt instrument prețios despre care ne vorbește economia comportamentală. Un studiu realizat de Johnson și Goldstein¹² aduce în atenție faptul că rata donării de organe în anul 1998 se prezenta cu mult diferit în țări care de altfel aveau

¹¹ Ganzach Yoav, Karsahi Nili (1995) Message framing and buying behavior: A field experiment, Journal of Business Research 32, 11 – 7 (1995)

¹² Johnson J. Eric, Goldstein Daniel (2003) Do defaults save lives?, Science vol. 302, November 2003, p. 1338 - 1339

profiluri foarte similare: în Danemarca procentul donatorilor de organe era de 4.25%, în timp ce în Suedia era de 85.9%; în Germania de 12%, pe când în Austria de 99.98%, de exemplu. În încercarea de a crește numărul persoanelor care doresc să devină donori de organe, specialiștii s-au întrebat pentru o vreme care ar putea fi factorii relevanți care au influență asupra acestei decizii. S-au emis numeroase ipoteze: religia, nivelul educațional, genul, mediul de proveniență și așa mai departe, dar nimic nu a părut să fie o explicație suficient de bună. Într-o singură direcție nu s-au uitat specialiștii decât foarte târziu: în direcția procedurii care trebuia îndeplinită pentru ca persoana să capete această calitate de donator. Într-un număr de țări, formularul de înregistrare avea ca opțiune predefinită “sunteți donator; dacă nu doriți asta, bifați căsuța alăturată”. În alte țări, formularul de înregistrare avea doar o căsuță care trebuia bifată dacă persoana dorea să devină donator. În acest caz, opțiunea predefinită era “nu ești donator, dar poți deveni dacă alegi altfel”.

Orice psiholog va putea confirma faptul că avem un creier a cărui dezvoltare a rămas cu mult în urma cantității uriașe de informație pe care trebuie să o procesăm. Un pas suplimentar în luarea unei decizii este o presiune grea asupra resurselor noastre cognitive și de aceea evităm să îl facem. Lucrul acesta se confirmă și în cazul exemplului pe care l-am prezentat anterior, dar întrebarea este ce legătură are asta cu tema noastră. Una dintre măsurile relativ recente pe care o văd aliniată acestei opțiuni default este arondarea fiecărei persoane unui medic de familie, după principiul: acesta este medicul tău, dacă nu cumva optezi altfel. Știu multe cazuri în care oamenii nu au schimbat medicul la care au fost repartizați... și în timp au ajuns chiar să se înțeleagă bine. Am convingerea că măcar unele dintre aceste persoane, dacă ar fi trebuit să aleagă, nu ar fi avut medic de familie nici până în ziua de azi.

Uneori însă, doar opțiunea default nu funcționează. Imaginați-vă că în loc să ți se spună *unde* să te duci, ți s-ar spune ca *trebuie* să te duci. Cu alte cuvinte, imaginați-vă că o persoană bolnavă de diabet are opțiunea predefinită ca de două ori pe an să facă un control general și analize medicale pe măsură. Ar fi această opțiune de-ajuns pentru ca persoana să se conformeze? Eu cred că nu, dacă nu cumva starea de sănătate ar fi de o așa natură cât s-o împingă la aceste investigații de bunăvoie și nesilită de nimeni altineva decât de starea de sănătate de nesuportat. Altminteri, îndrăznesc să spun că un astfel de pacient va găsi nenumărate mecanisme prin care să evite să facă ceea ce trebuie, mai ales dacă nu se simte chiar atât de rau. Economia comportamentală ne spune că în astfel de cazuri funcționează așa numitele instrumente de angajament (în engleză acestea poartă numele de “commitment devices”).

Un studiu foarte cunoscut de economie comportamentală aduce în atenție așa – numitele “cluburi” care promovează conturile de Crăciun¹³. Acestea sunt conturi pe care oamenii le fac pentru ca la final de an, când doresc să cumpere cadouri celor dragi, să aibă bani puși deoparte. Cum funcționează aceste conturi? O să zâmbiți: posesorii depun o sumă lunară; nu primesc dobândă; banii se pot

¹³ Thaler Richard, Sunstein Cass (2008) Improving decisions about health, wealth and happiness, Penguin Books, 2008

retrage o singură dată, la început de decembrie; dacă ratează o depunere, nu mai primesc nimic. De ce sunt aceste conturi de Craciun atât de mediatizate? Pentru că, ne spun economiștii, sunt complet aiuristice și aiuritoare. De ce, adică, un om n-ar putea să depună lunar o sumă într-un cont de economii, la care să primească dobândă, iar la final de an să aibă mai mult decât a depus, astfel încât să-și facă și sieși un cadou? Pentru că, vine răspunsul destul de neplăcut din partea psihologilor, marii noastre majorități ne lipsește autocontrolul. N-o luați în sens negativ: asta înseamnă că marea majoritate dintre noi cădem pradă priorităților de moment, în detrimentul planificărilor pe termen lung și îmi pot imagina cu ușurință cum o persoană care nu este constrânsă de nimic în afara gândului că undeva peste 8 – 10 luni va trebui să aibă niște bani disponibili eșuează în fața unei tentații din prezent și nu se mai gândește la ce va fi mai târziu.

Odată în plus, ce legătură are asta cu tema noastră? Imaginați-vă un scenariu mefistofelic (pe care îl puteți adapta într-o variantă mai soft, rugându-vă să funcționeze totuși): bolnavul de diabet despre care discutăm anterior este planificat la trei controale medicale pe an. La data stabilită pentru control, i se retrage din salariu de două ori suma aferentă consultației. Lucrul acesta se poate face – fiți creativi – dacă el nu apare în evidența medicului cu o vizită în ziua respectivă. Sau suma poate fi retrasă oricum și decontată ulterior de CAS – ul județean, dacă vizita la medic a fost realizată. Credeți că acest pacient va fi la fel de indiferent față de programare pe cât este unul căruia tocmai i s-a anunțat data următoarei vizite la medicul specialist?

Exemplele din perimetrul economiei comportamentale sunt nenumărate și pot fi aplicate într-o plajă largă de situații concrete în care se dorește creșterea șanselor pentru obținerea unui anumit rezultat. Desigur că există o serie de dezbateri pe linia faptului că având informații despre astfel de posibilități, înseamnă că deschidem poarta spre manipularea cetățenilor. Nu este locul aici să analizăm latura etică a fenomenului, nici să reiterăm polemica dintre libertariani și paternaliști, dar este bine să știm că există un cadru științific pe care ne putem baza atunci când căutăm să implementăm măsuri eficiente. Iar în rândurile specialiștilor din domeniul sănătății acest aspect este deja acceptat și respectat¹⁴

4.2. Fundamentarea intervențiilor la nivel structural. Un exemplu ilustrativ

Intervențiile la nivel structural vizează construcția unui cadru, sau context decizional în care pacientul să fie orientat spre o alegere dezirabilă. Un exemplu în acest sens ar fi ieftinirea cremelor cu factor de protecție solară ridicat, atunci când se dorește întărirea comportamentului preventiv al populației față de un posibil cancer de piele. Un alt exemplu ar putea fi creșterea accizelor la tutun, în încercarea de a demobiliza populația să cumpere țigări. Cu toții știm că unele măsuri funcționează, altele nu duc la niciun rezultat, dar toate au un cost, mai mare sau mai mic.

¹⁴ Courtney, M. R., Spivey, C., & Daniel, K. M. (2014). Helping patients make better decisions: how to apply behavioral economics in clinical practice. *Patient Preference and Adherence*, 8, 1503–1512. <http://doi.org/10.2147/PPA.S71224>

Pentru a iniția orice astfel de intervenție structurală, care de obicei este foarte costisitoare, este recomandată o analiză exploratorie pentru a evidenția posibile zone de intervenție. Un exemplu de aplicație care poate fi relevantă pentru problema îngrijirii în ambulatoriu este legat de acele afecțiuni care sunt sensibile la acest tip de îngrijire¹⁵, pe lista aflându-se și diabetul. În studiul pe care l-am realizat am replicat o metodologie care a fost anterior aplicată în analiza ratei mortalității infantile¹⁶. Ceea ce voi prezenta în continuare este parte dintr-o lucrare în curs de finalizare¹⁷, care se referă la dinamica diabetului în România, în perioada 2007 - 2014.

Premisa studiului este aceea enunțată de CNSISP și anume că "Prevalența diabetului zaharat în România se referă la formele clinic manifeste, cât și la cele subclinice, și *variază în funcție de zona geografică*"¹⁸. Dincolo de importanța pe care o are atunci când evaluăm starea de sănătate a populației, calitatea vieții și durata medie de viață, diabetul de malnutriție asupra căruia ne vom concentra analiza este o formă care are se poate pune în legătură cu variabile de natură economică (nivel de trai) în mod mult mai evident decât alte forme de diabet. Deși incidența diabetului de malnutriție tinde să scadă, așa cum vor arăta datele, faptul că există inegalități mari de incidență în teritoriu ridică problema dacă acestea pot fi explicate prin nivelul de trai, educație, gen, vârstă sau alți factori și dacă dintre aceștia există unii asupra cărora se poate interveni.

Datele pe care le-am avut în vedere cuprind incidența și prevalența bolnavilor de diabet din nouă categorii, după cum urmează: prevalența și incidența diabetului pentru bolnavii luați în evidență în cabinetele de nutriție, prevalența și incidența diabetului pentru bolnavii luați în evidență în cabinetele medicilor de familie, precum și incidența următoarelor categorii: diabetul de malnutriție, cel insulino - dependent și cel insulino - non dependent, incidența diabetului cu forme neprecizate precum și incidența altor forme de diabet. Datele se referă la situația fiecărui județ în parte și a municipiului București, în total 42 de unități analizate pe o perioadă de 8 ani, între 2007 și 2014. Variabilele sunt raportate ca indici la 100000 de locuitori. Datele provin de la Institutul Național de Sănătate Publică (INSP), prin bunăvoința Centrului Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică (CNSISP).

Pe baza acestor date am pus în evidență prin calculul indicelui GINI că inegalitățile cele mai mari de distribuție în teritoriu a incidenței diabetului sunt pentru (1) diabetul de malnutritie, (2) ceea ce sursa datelor numește "alte forme" și (3) ceea ce tot sursa datelor numește "forme neprecizate". Pe baza unei analize statistice de tip cluster ierarhic, metoda Wald, am pus în evidență 5

¹⁵ <http://health.utah.gov/opha/IBIShelp/codes/ACS.htm>

¹⁶ Schneider M. C. et al. (2002) Trends in infant mortality inequalities in the Americas: 1955–1995, J Epidemiology Community Health 2002;56:538-541 doi:10.1136/jech.56.7.538

¹⁷ Druică E., Scîntee G., Ciutan M. (2016) Working paper: „Indicele GINI și inegalitățile în distribuția bolnavilor de diabet de malnutriție în județele din România. O analiză exploratorie”. Partea din acest work în progress inclusă în lucrarea de față este analiza de date și îmi aparține integral.

¹⁸ Chiriac C, Scorțan A. (2015) Evidența diabetului zaharat în perioada 2007 – 2014, Raport al Ministerului Sănătății, Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică

grupuri de județe în interiorul cărora incidența diabetului de malnutriție este asemănătoare ca severitate, iar apoi am folosit o analiză de tip panel pentru a confirma faptul că grupurile pe care le-am găsit sunt statistic semnificative.

4.2.1. Analiza indicilor GINI și a evoluției pentru cei 8 ani

Categoria analizată	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nutriție – existenți	0.23	0.22	0.22	0.19	0.21	0.21	0.17	0.23
Nutriție - noi	0.23	0.17	0.19	0.18	0.21	0.26	0.31	0.23
Familie – existenți	0.23	0.18	0.21	0.17	0.21	0.21	0.19	0.22
Familie - noi	0.28	0.16	0.18	0.26	0.27	0.28	0.17	0.28
Malnutriție, noi	0.60	0.49	0.43	0.30	0.70	0.48	0.33	0.63
Insulinic ,noi	0.38	0.31	0.23	0.27	0.22	0.27	0.21	0.38
Noninsulinic, noi	0.28	0.18	0.19	0.26	0.29	0.30	0.18	0.42
Alte forme, noi	0.36	0.48	0.22	0.34	0.63	0.39	0.51	0.70
Fără precizare, noi	0.46	0.48	0.36	0.20	0.46	0.57	0.23	0.67

Tabelul 1: Indicii GINI pentru România, între anii 2007 – 2014, pentru diferite forme de diabet. Înregistrări pe județe

Figura de mai jos arată evoluția indicilor GINI în perioada analizată, 2007 – 2014, așa cum a rezultat din calcul și este prezentată în Tabelul 1. Se poate observa că fluctuațiile importante în indicele GINI se înregistrează pentru următoarele categorii nou înregistrate de către medicii de familie: diabetul de malnutriție, alte forme noi și cele neîncadrate într-o formă anume. Numărul de pacienți nou înregistrați în cabinetele de nutriție are de asemenea un indice GINI fluctuant, dar mult mai mic decât al celor trei categorii menționate anterior. Restul categoriilor avute în vedere înregistrează fluctuații, dar nu foarte mari, iar comportamentul seriilor de timp este asemănător, așa cum se observă din Figura 1.

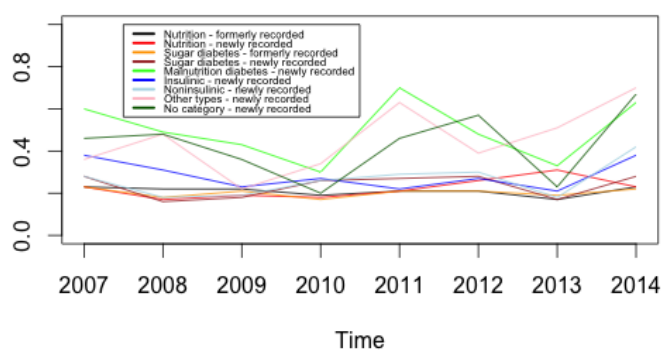


Figura 1. Evoluția indicelui GINI pentru diferite categorii de bolnavi de diabet, în perioada 2007 – 2014

În cele ce urmează voi avea în vedere forma de diabet de malnutriție, pentru care îi voi analiza evoluția pe ansamblu și voi aplica o analiză cluster prin care să identific grupuri de județe pentru care incidența este similară. Ca o analiză generală a evoluției incidenței acestui tip de diabet, observăm în Figura 1 că numărul bolnavilor nou înregistrați în cabinetele medicilor de familie raportat la

suta de mii de locuitori a fost în scădere din 2007 și până în 2013, dar în 2014 a crescut din nou.

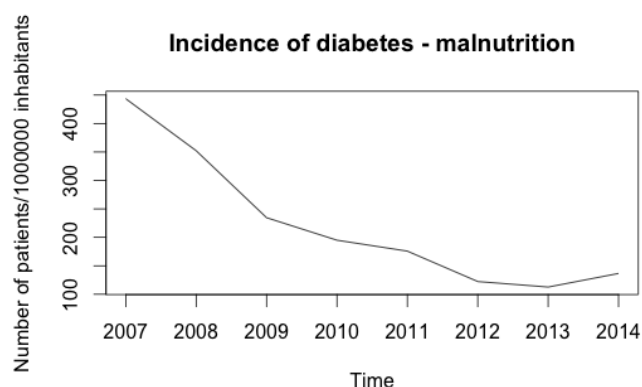


Figura 2: Evoluția incidenței diabetului de malnutriție la nivel național – cazuri nou intrate în evidența medicilor de familie între 2007 – 2014

4.2.2. Analiza cluster a incidenței diabetului de malnutriție

Analiza cluster a avut ca scop punerea în evidență a județelor care au avut o evoluție similară a incidenței diabetului de malnutriție pentru bolnavii aflați în evidența medicului de familie, în perioada analizată. Dendograma pe baza căreia se alege numărul de grupuri pe care le voi include în analiza cluster este reprezentată în Figura 3.

Figura 2 ne sugerează că este rezonabil să facem o împărțire în cinci grupuri, pe care le vom detalia imediat. Rezultatele analizei cluster sunt înregistrate în Tabelul 2.

Grup	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Proportie
4	7.90	7.57	6.58	6.20	5.37	4.50	2.03	3.07	0.48
2	2.22	1.87	0.99	0.78	0.70	0.54	1.59	1.12	0.36
3	1.63	13.59	13.94	16.01	4.58	1.17	5.33	11.70	0.07
1	109.28	3.21	0.00	1.75	4.04	4.84	0.15	0.15	0.05
5	14.41	62.85	23.20	3.83	18.07	5.55	15.93	11.45	0.05

Tabel 2: Incidența medie la 100000 de locuitori a diabetului de malnutriție, pentru fiecare grup

Componența fiecărui subgrup este prezentată în continuare:

- **Cluster 1:** Alba, Satu-Mare
- **Cluster 2:** Arad, Bistrița-Năsăud, Botoșani, Brașov, Brăila, Cluj, Dolj, Mehedinți, Olt, Prahova, Sibiu, Suceava, Timiș, Vaslui, București
- **Cluster 3:** Arges, Călărași, Mureș
- **Cluster 4:** Bacău, Bihor, Buzău, Caraș-Severin, Constanța, Dâmbovița, Giurgiu, Gorj, Harghita, Hunedoara, Ialomița, Iași, Ilfov, Maramureș, Neamț, Sălaj, Teleorman, Tulcea, Vâlcea, Vrancea
- **Cluster 5:** Covasna, Galați

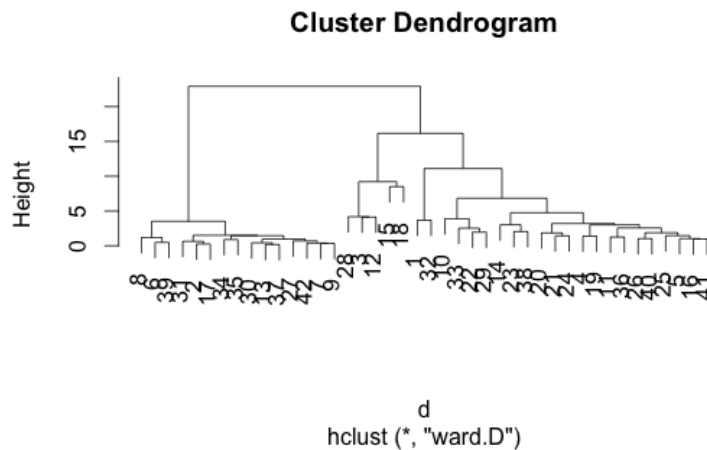


Figura 3: Dendrograma care pune în evidență gruparea județelor

O primă observație care se poate face după clusterizare este aceea că două dintre grupurile rezultate includ cea mai mare parte a județelor din România, mai exact un total de 35 dintre ele, în ponderi apropiate: 48% grupul cu numărul 4 și 36% grupul cu numărul 2. Cifrele care descriu incidența medie în timp sunt mai mari pentru grupul cu pondere mai mare, cel cu numărul 4, pornind de la un 7.9 în 2007 și ajungând în 2014 la o incidență de 3.07, spre deosebire de grupul cu numărul 2 care pornește de la o valoare maximă de 2.22 în 2007 și ajunge la o valoare de 1.12 în 2014. În ciuda diferențelor evidente, evoluția incidenței diabetului de malnutriție în aceste două grupuri este una echilibrată, aproape constant descrescătoare, cu excepția anului 2013 când pentru grupul 2 se înregistrează o creștere a valorii indicatorului analizat.

Dimpotrivă, celelalte trei grupuri par a avea specificități care trebuie discutate pe rând. Grupul cu numărul 1, format din județele Alba și Satu-Mare, arată că în acest grup s-a pornit de o prevalență foarte ridicată în 2007, urmată de o scădere bruscă și aproape de eradicarea acestui tip de diabet: în 2014, grupul arată o incidență de 0.15 care este cea mai mică dintre toate grupurile analizate.

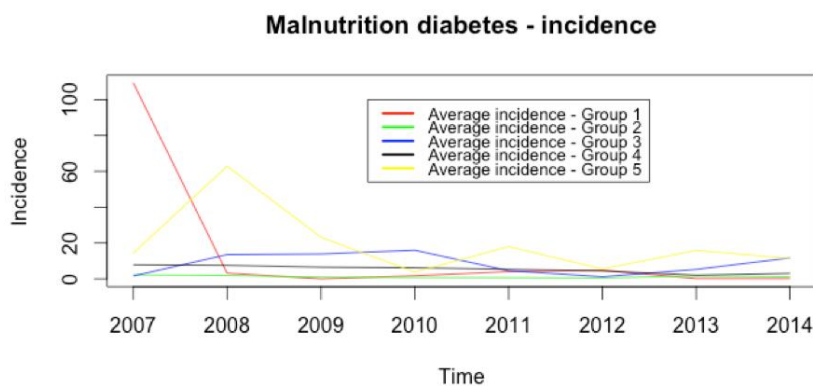


Figura 3: Evoluția numărului de diabetici rămași în evidență în fiecare grup, în perioada 2007 - 2014

Cel de-al doilea grup, cu numărul 5, include județele Covasna și Galați și ilustrează nu doar fluctuații mari ale incidenței afecțiunii, ci și valori mari. O privire asupra Figurii 3 ne arată că acest grup 5 se află deasupra tuturor celorlalte grupuri ca valori ale prevalenței diabetului de malnutriție în perioada analizată, din 2011 încoace. Ultimul grup, cel cu numărul 3, care include Argeș, Călărași și Mureș, manifestă de asemenea un comportament specific nu doar prin valori în general mai mari decât ale celorlalte grupuri până în anul 2011, dar și printr-o tendință de creștere în anul 2014.

4.2.3. Validarea semnificației statistice a grupurilor

În continuare am realizat o analiză prin care am dorit să văd dacă grupurile pe care le-am obținut sunt sau nu statistic semnificative în descrierea incidenței diabetului de malnutriție. În tabelul 1 am inclus coeficienții unui model de regresie care explică variațiile în incidența diabetului de malnutriție prin intermediul apartenenței județelor la grupurile obținute din analiza cluster prezentată în secțiunea anterioară. În mod normal, având în vedere faptul că datele de care dispunem sunt colectate pe o perioadă de 8 ani în mod repetat pentru aceleași unități statistice (județele), ar fi trebuit să construim un model de tip panel, cel mai probabil cu efecte fixe, care să ia în calcul efectele componente temporale. Ca urmare a faptului că în această analiză unica variabilă explicativă este "Grup", o variabilă categorială, modelul cu efecte fixe nu poate fi construit. Unica posibilitate în acest caz este să construim un model neajustat, de tip pooled, pentru un panel echilibrat cu 336 de observații provenind de la 42 de unități statistice analizate pe o perioadă de 8 ani.

Pe baza datelor am putut valida faptul că grupurile pe care le-am obținut sunt asociate în mod semnificativ cu diferențe în incidența diabetului de malnutriție, după cum urmează: grupurile 2, 3 și 4 au incidențe semnificativ mai mici față de grupul de referință care este în acest caz clusterul 1, pe când între primul și al cincilea grup diferențele, chiar dacă au rezultat din aplicarea modelului de regresie, nu sunt unele pe care ne putem baza. Desigur că aceste valori de coeficienți nu sunt absolute, pentru că modelul poate fi îmbunătățit prin introducerea altor variabile posibil de impact: venitul individului, nivelul de educație, vârsta, indicatori ai stării de sănătate și exemplele pot continua. Un astfel de model mai complex depășește scopurile ilustrative ale lucrării de față.

De ce este important un astfel de studiu? Desigur că la o primă vedere nu este important deloc: diabetul de malnutriție, cu privire la care încă mai există discuții cu privire la modul în care este definit, nu este o direcție prioritară în medicina românească. Altele sunt afecțiunile care reclamă atenție imediată, prin incidența crescută și prin complicațiile pe care le pot genera. Dar haideți ca, pentru o clipă, să nu ne mai gândim că am discutat despre diabetul de malnutriție, ci despre o afecțiune din nouă afecțiuni cu privire la care am avut informații în date statistice. Una dintre aceste nouă afecțiuni indică o concentrare aparte în teritoriu. Una dintre aceste afecțiuni indică faptul că în câteva județe lucrurile ar merita privite mai cu atenție.

Variabila	Model neajustat, pooled
Intercept	15.423 *** (t-value = 5.86) 95%CI (10.27, 20.59)
Grup	
Grup 1 - referință	Referință
Grup 2	-14.203*** (t - value = -5.07) 95%CI (-19.7, -8.71)
Grup 3	-6.94* (t-value = -2.04) 95%CI (-13.6, -0.27)
Grup 4	-10.03*** (t-value = -3.63) 95%CI (-15.44, -4.61)
Grup 5	3.98 (t-value = 1.07) 95%CI (-3.32, 11.28)
Adjusted R²	15.89%
F - statistic	15.914 (p-value = 6.3054e-12)
DW statistic	1.799

Tabelul 1: Sumarul modelului care arată semnificația statistică a grupurilor obținute în analiza cluster

Oare un astfel de rezultat nu ar fi suficient de important cât să canalizeze atenția și poate să ducă la alocare de fonduri pentru rezolvarea situației? Dacă, dimpotrivă, am avea nouă afecțiuni despre care nu știm nimic altceva decât că trebuie gestionate cu o sumă mică, cum ne-am stabili prioritățile și cum am face diferența între acestea? O analiză ca aceea pe care am prezentat-o pe parcursul acestei secțiuni, deși poate nu este de maxim interes prin natura afecțiunii la care se referă, poate servi ca o metodologie de lucru aproape universală, atunci când ne dorm să înțelegem dinamica lucrurilor la nivel teritorial.

5. Concluzii și discuții

Lucrarea pe care am supus-o atenției cititorilor se constituie într-un cumul de idei, strategii și instrumente care la prima vedere pot părea disparate. Având în vedere complexitatea problemei pe care o ridică tema analizată, consider că un singur instrument de investigație nu este de ajuns. Este important să vedem, oerând, ce se știe și ce se spune în România despre problemele cu care se confruntă serviciile medicale în ambulatoriu. Din vasta informație în domeniu, eu am adus în discuție un singur exemplu, anume afirmația fostului ministru al sănătății, Eugen Nicolaescu pe care am citat-o anterior: “Tariful pe caz ponderat, cel care stă la baza decontării pe DRG în spitale, oscilează între 1.350 și 1.800 lei. Ceea ce se decontează în ambulatoriul de specialitate este de 20 de ori mai ieftin”. Avem nevoie să aflăm dacă lucrurile care se știu, sau care se spun au un fundament real și pentru a exemplifica o astfel de analiză prin care putem verifica validitatea unor afirmații am ales date statistice care să reflecte afirmația fostului ministru.

Nu este de ajuns să știm doar “ce se știe” și “ce se spune”. Este la fel de important - și poate mai important chiar - se vedem ce știi și ce fac alții. Problema importanței îngrijirilor în ambulatoriu nu este doar o problemă a României, ci este speranța multor state că poate reprezenta o soluție la costurile mari pe care le ocaziona spitalizarea continuă și astfel o sursă de reducere a presiunilor financiare asupra sistemelor de sănătate. În lucrarea de față am adus în discuție ce știm din literatura și din practica internațională și apoi am analizat două categorii de strategii pe care le putem implementa și noi.

O direcție de acțiune, destul de puțin costisitoare, ține de implementarea rezultatelor deja cunoscute din perimetrul economiei comportamentale și modificarea, pe baza acestora, a cadrului în care fac alegeri pacienții. Am arătat cum un simplu detaliu de încadrare a informației poate conduce la modificări semnificative ale comportamentului individual, iar experiența deja câștigată de cercetătorii în domeniu se poate aplica pentru creșterea participării naționalilor noștri în programele de investigație și tratament care nu presupun spitalizare continuă.

O altă direcție de acțiune o reprezintă încercarea de a fundamenta deciziile pe care le luăm, pe baza unor analize de date coerente și atente. Practica arată că mult prea adesea există o diferență mare (și uneori regretabilă) între ce credem noi că fac măsurile pe care le implementăm și ce fac acestea de fapt. O analiză atentă a stării de fapt, dublată de capacitatea de a construi și simula scenarii realiste, ne-ar putea ajuta nu doar să acționăm, ci să avem o mai bună înțelegere a rezultatelor acțiunilor noastre. În acest scop am ales una dintre afecțiunile sensibile la îngrijirea în ambulatoriu – diabetul - și am analizat incidența și prevalența diferitelor categorii pentru perioada 2007 – 2014. În particular, în acest caz, afecțiunea care a dovedit un tipar de comportament diferit față de al celorlalte din grupul analizat a fost diabetul de malnutriție. Cu toate că din punct de vedere al priorităților de intervenție nu pot afirma că am obținut un rezultat important, la nivel de metodologie de investigație consider că analiza pe care am prezentat-o are valoare.

Bibliografie

1. Chiriac C, Scorțan A. (2015) Evidența diabetului zaharat în perioada 2007 – 2014, Raport al Ministerului Sănătății, Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică
2. Courtney, M. R., Spivey, C., & Daniel, K. M. (2014). Helping patients make better decisions: how to apply behavioral economics in clinical practice. *Patient Preference and Adherence*, 8, 1503–1512. <http://doi.org/10.2147/PPA.S71224>
3. Druică E., Scîntee G., Ciutan M. (2016) Working paper: „Indicele GINI și inegalitățile în distribuția bolnavilor de diabet de malnutriție în județele din România. O analiză exploratorie”.
4. Ganzach Yoav, Karsahi Nili (1995) Message framing and buying behavior: A field experiment, *Journal of Business Research* 32, 11 – 7 (1995)
5. Johnson J. Eric, Goldstein Daniel (2003) Do defaults save lives?, *Science* vol. 302, November 2003, p. 1338 - 1339
6. Kaiser Family Foundation (2007) Trends in Health Care Costs and Spending. Online. September 2007. <http://www.kff.org/insurance/upload/7692.pdf> accesat în data de 3 septembrie 2016
7. Mannino Barbara (2012) Can Ambulatory Care Fix Our Costly Healthy-Care System?, accesat în data de 3 septembrie 2016, la <http://www.foxbusiness.com/features/2012/03/08/can-ambulatory-care-fix-our-costly-healthy-care-system.html>
8. Pauly, Mark (1981) Measuring hospital ambulatory care costs, *Health Serv Res.* 1981 Winter; 16(4): 414–419.

9. Schneider M. C. et. al. (2002) Trends in infant mortality inequalities in the Americas: 1955–1995 , J Epidemiology Community Health 2002;56:538-541 doi:10.1136/jech.56.7.538
10. Thaler Richard, Sunstein Cass (2008) Improving decisions about health, wealth and happiness, Penguin Books, 2008

Date statistice:

<http://data.gov.ro> accesat la data de 10 iulie 2016

Surse online:

1. <http://www.monitorulcj.ro/sanatate/32228-ambulatoriu-filtru-pentru-pacientii-care-vor-sa-se-interneze#sthash.uCet9jP4.dpbs> accesat la data de 3 septembrie 2016
2. <https://dexonline.ro/definitie/ambulatoriu> accesat la data de 28 iulie 2016
3. <http://www.cnas.ro/page/pachetul-de-servicii-medicale-de-baza-acordate-in-asistenta-medicala-ambulatorie-de-specialitate-pentru-specialitatile-clinice.html> accesat la data de 25 iulie 2016
4. <http://journals.lww.com/ambulatorycaremanagement/pages/default.aspx> accesat la data de 25 iulie 2016
5. <https://www.dovepress.com/ambulatory-anesthesia-journal> accesat la data de 25 iulie 2016
6. <http://www.aornjournal.org/content/Ambulatory> accesat la data de 25 iulie 2016
7. <http://www.sciencedirect.com/science/journal/15301567> accesat la data de 25 iulie 2016