

CREATIVITATEA ȘI INOVAȚIA CA DRIVERE ALE PERFORMANȚEI SISTEMELOR DE SĂNĂȚATE SUSTENABILE: FUNDAMENTE, PRINCIPII ȘI REZULTATE

Adela Coman

Conferențiar universitar

Facultatea de Administrație și Afaceri
Universitatea din București

e-mail: adela_coman2003@yahoo.com

Rezumat

Lucrarea de față tratează problema sustenabilității sistemelor de sănătate și a modului în care creativitatea și inovația pot contribui la obținerea de performanțe mai bune cu costuri mai mici. Am trasat un cadru conceptual prin revederea literaturii de specialitate cu privire la inovație și sustenabilitate. Am ales să discutăm problema fumatului în România, fenomen cu o tendință de creștere mai ales în rândul adolescenților și tinerilor. Bolile asociate fumatului generează cheltuieli importante (risipă) în sistemul de sănătate românesc, prin urmare sustenabilitatea sistemului este afectată. Am demonstrat apoi modul în care prevenția efectivă și inducerea unor comportamente dorite privitoare la sănătate pot funcționa mai bine/mai eficient dacă folosim inovațiile mici, incrementale și non-disruptive pentru a modifica comportamentul adolescenților și tinerilor cu privire la fumat. Inovațiile propuse pornesc de la necesitatea de a înțelege mai bine mecanismele psihologice și modul de a se raporta la fumat al adolescenților și tinerilor. În cazul adolescenților, sugerăm crearea unui alt tip de mesaj – mesajul adeziv – în timp ce, în cazul tinerilor, propunem activarea responsabilității acestora prin crearea și/ sau facilitarea utilizării unor instrumente adecvate de monitorizare a sănătății, dar și prin schimbări structurale la locul de muncă. În final, argumentăm necesitatea schimbării modului de finanțare a programelor de prevenție și de promovare a sănătății, prin reorientarea contribuției pentru sănătate plătite de angajați, în conformitate cu propriile nevoi, interese și priorități.

Cuvinte-cheie: sistem de sănătate sustenabil, inovație disruptivă și non-disruptivă, comportamente dorite, mesaj adeziv

Introducere

Prin *sistemul de sănătate sustenabil* înțelegem acel sistem care asigură echilibrul potrivit între cultural, social și economic – un mediu proiectat să acopere nevoile de sănătate ale indivizilor (de la promovarea sănătății și prevenirea îmbolnăvirilor, până la restabilirea sănătății și obștescul sfârșit). Un sistem de sănătate sustenabil conduce la o sănătate optimă și la rezultate optime în materie de sănătate, fără a compromite abilitatea generațiilor viitoare de a avea grijă de propria sănătate și de propriile nevoi. Mai mult decât atât, un sistem de sănătate sustenabil este complex, de tip multi-stakeholders care are capacitatea de a

mobiliza și a aloca resurse pe termen lung astfel încât să poată fi acoperite nevoile de sănătate ale populației, prezente și viitoare.

Sustenabilitatea sistemului este însă influențată nu numai de factorii de mediu, ci și de *politică*, deoarece deciziile politice sunt cele care impun nivelul constrângerilor fiscale într-o țară. Mărimea bugetelor, alocațiile bugetare pe destinații, prioritățile sistemului de sănătate la nivel național sunt toate decise de către factorul politic.

Potrivit literaturii de specialitate, sustenabilitatea este legată mai mult de *îmbunătățire* și de *inovație* decât de status-quo (Herzlinger, 2006). Sustenabilitatea cere creativitate și flexibilitate pentru a se adapta la schimbările mediului social, economic și politic, dar și la schimbările intervenite în cererea de servicii medicale ale populației. Sustenabilitatea este deci, un fenomen complex care necesită o abordare dintr-o perspectivă inovativă, multiplă și integratoare în același timp.

Un fenomen care atacă sustenabilitatea sistemelor de sănătate, prin efectele generate asupra sănătății, este fumatul. Efectele adverse ale fumatului sunt binecunoscute și pe larg prezentate în literatura de specialitate (Bjartveit&Tverdal, 2005; Stephenson et al, 2006; Auger et al, 2011). În timpul copilăriei și al adolescenței, fumatul creează probleme de sănătate semnificative, cum ar fi: tusea, afecțiuni respiratorii și chiar retard în dezvoltarea plămânilor (Arday, Giovino and Schulman, 1995). Inițierea timpurie a fumatului este asociată, de asemenea, și cu riscul de a dezvolta o dependență de tutun la maturitate. Adolescenții constituie ținta reclamelor anti-fumat și a unor campanii de prevenție susținute de stat cu sume mari, dar a căror eficiență lasă de dorit. De ce sunt campaniile anti-fumat ineficiente? Unul din motive ar putea fi lipsa înțelegerii mecanismelor psihologice care îi determină pe adolescenți să fumeze (Gladwell, 2000).

Fumatul reprezintă o amenințare la adresa sustenabilității sistemelor de sănătate, datorită cheltuielilor mari destinate tratării bolilor cauzate de fumat. Astfel, potrivit unui studiu al Departamentului de Sănătate din SUA, 25% dintre adolescenții fumători reclamă probleme de sănătate cum ar fi astmul și alergiile, dar și diverse forme de cancer.

În aceste condiții, sistemele de sănătate se confruntă cu două tendințe contradictorii: pe de-o parte, nevoia de a susține o cerere de servicii medicale în creștere, iar, pe de altă parte, nevoia de a reduce costurile în sistem. Pentru a concilia aceste două tipuri de constrângeri, programele de prevenție și promovare a sănătății ar putea fi de un real ajutor, corelat cu finanțarea modelelor și structurilor care induc comportamentele dorite în rândul consumatorilor, în special al adolescenților și tinerilor.

Lucrarea de față este structurată astfel: în prima parte discutăm cadrul conceptual al sistemelor de sănătate sustenabile, precum și rolul creativității și inovației în sănătate. Ne propunem să discutăm apoi doi dintre pilonii sistemelor de sănătate sustenabile, respectiv programele de prevenție și promovare a sănătății, respectiv modelele de comportament dorite și finanțarea acestora. Și facem acest lucru în partea a doua a lucrării, în care analizăm problema fumatului în România, în mod special a fumatului în rândul adolescenților și tinerilor. Prin descifrarea mecanismelor psihologice care explică de ce fumatul este tentant pentru adolescenți și adictiv pentru tineri, discutăm tipurile de inovații care ar putea fi utilizate pentru a obține comportamentele dorite, la nivel individual și organizațional. În final, argumentăm necesitatea schimbării modului de finanțare a sistemului de sănătate, ca inovație disruptivă, menită să sprijine cele două componente de bază ale sistemelor de sănătate sustenabile, respectiv prevenția și promovarea sănătății, și inducerea unui comportament sănătos în rândul adolescenților și tinerilor.

Sustenabilitatea și inovația în sănătate: o revedere a literaturii de specialitate

Există 4 principii pe care se bazează sistemele de sănătate sustenabile, și anume (Prada, Grimes, Sklokin, 2014):

Responsabilitatea pentru rezultate sau, altfel spus, acționa asupra factorilor sociali, fizici, culturali, organizaționali, politici, economici și de mediu care afectează sustenabilitatea sistemului de sănătate și care pot îmbunătăți performanța sistemului;

Livrarea de valoare în schimbul banilor încasați;

Un raport just calitate-preț al serviciilor în sănătate se traduce, în termeni economici vorbind, în a obține rezultate mai bune cu aceiași bani. Astfel, se elimină risipa, se eficientizează sistemul, se stimulează inovația și se îmbunătățesc rezultatele.

Accesul echitabil la servicii medicale;

Felul în care acest principiu se traduce în viața de toate zilele afectează sănătatea populației și poate submina încrederea în sistem. Suportul politic este, de asemenea, necesar pentru funcționarea unui sistem de sănătate sustenabil.

Principiul adecvării (resurse - calitatea serviciilor oferite - rezultate)

Transpunerea adecvată a acestui principiu de bază în sănătate înseamnă că cele mai bune resurse – financiare, umane, tehnologice – sunt folosite la

momentul potrivit pentru a furniza acel tip de servicii menite să conducă la obținerea celor mai bune rezultate. Acest principiu este cunoscut în literatura de specialitate sub denumirea de principiul adecvării.

Un număr de 6 factori esențiali trebuie avut în vedere atunci când discutăm despre sustenabilitatea sistemului de sănătate. Aceștia sunt:

1. Prevenția efectivă a bolilor și promovarea sănătății;

Aceasta presupune concentrarea atenției spre controlul mai bun al bolilor cronice, boli care, potrivit statisticilor, absorb aprox. 42% din totalul cheltuielilor medicale directe, iar, pe de altă parte, prevenția și managementul factorilor de risc la adresa sănătății. Prevenția presupune intervenții atât la nivel individual (privitoare la fumat, alcool, obezitate), la nivel organizațional, cu scopul de a schimba modul în care oamenii își percep propria sănătate, și național (intervenții în mecanismul de finanțare).

2. Eficacitate superioară a sistemului de sănătate prin/cu ajutorul tehnologiilor performante

Potrivit statisticilor, în România aproximativ 20-40% din resursele alocate sistemului de sănătate sunt irosite datorită ineficiențelor de ordin operațional și clinic. Introducerea pe scară largă a tehnologiilor informaționale și a instrumentelor deja create (de ex. Dosarele medicale electronice ale pacienților) poate contribui la reducerea sau chiar eliminarea risipei. Utilizarea tehnologiilor de ultimă generație creează, de asemenea, valoare suplimentară în sistemul de sănătate, ceea ce face ca adoptarea lor să fie extrem de necesară. Cu alte cuvinte, tehnologiile sunt cele care, în final, contribuie la mutarea atenției dinspre costurile sistemului, spre crearea de valoare în sistem.

3. Finanțarea modelelor care conduc la schimbarea comportamentală dorită;

Felul în care finanțăm serviciile de sănătate constituie un element important în discuția despre sustenabilitate. Modelul de finanțare ales este esențial pentru atingerea obiectivelor și sprijină sustenabilitatea serviciilor deoarece poate induce o motivație puternică pentru schimbare în sistem. Dacă modelul de finanțare a serviciilor nu este bine gândit, acesta poate conduce la ineficiență și risipă.

În toată lumea, costurile în creștere aferente sănătății sunt percepute ca fiind o amenințare la adresa sustenabilității financiare a sistemului. În România, ritmul creșterii cheltuielilor cu sănătatea este mai mare de cât ritmul de creștere a produsului intern brut, iar această tendință se pare că va continua dacă ne gândim la îmbătrânirea accelerată a populației și la cererea sporită de servicii medicale. Dacă

cheltuielile pentru sănătate vor depăși în mod constant ritmul de creștere al economiei ca întreg, atunci vor trebui discutate și aspecte de ordin etic, cum ar fi: cât de normal/moral este să finanțăm din banii publici programele de sănătate anti-fumat, anti-alcool sau anti-drog? Pot fi gestionate mai bine aceste programe la nivel național sau local? Cum putem induce un alt tip de comportament în rândul consumatorilor de tutun/alcool/droguri astfel încât să reducem cheltuielile asociate îmbolnăvirilor datorate consumului excesiv de tutun/alcool/droguri?

Așadar, întrebarea cheie care se pune este: cât de mult ar trebui să cheltuim pe programele de prevenție și cum, astfel încât acestea să dea rezultate?

4. Promovarea creativității și a inovației (în sprijinul creșterii productivității și al îmbunătățirii calității serviciilor)

Este cunoscut faptul că indicatori cum sunt speranța de viață și productivitatea pot fi îmbunătățiți prin inovare. Dar, pentru ca acest lucru să se și întâmple, este nevoie să concepem strategii pentru a îmbunătăți înțelegerea inovației (și a modului în care aceasta operează în sănătate), know-how-ul și capacitățile sistemului.

5. Dezvoltare optimă și suport adecvat pentru resursa umană din sistem;

În România există un deficit – devenit cronic în ultimii ani – de resurse umane calificate, medici și asistenți medicali. Tendințele manifestate în domeniul sănătății – îmbătrânirea populației, dezvoltarea de noi patologii, etc – necesită formarea de echipe multidisciplinare. Altfel spus, nu mai putem vorbi astăzi despre progres în medicină fără să vorbim și despre colaborare interdisciplinară. Acesta este motivul pentru care sistemul de sănătate trebuie să acorde o atenție deosebită formării și dezvoltării de cadre medicale bine pregătite, dar și a suportului necesar pentru ca acestea să-și poată desfășura activitatea în cele mai bune condiții (în cercetare, în practica clinică de specialitate, etc).

6. Alinierea sistemului la factorii determinanți ai sănătății

„Un sistem public de sănătate se bazează pe alegere. În cele din urmă, sistemul este sustenabil în aceeași măsură în care publicul și politicienii consideră că acesta poate și trebuie să fie sustenabil” se afirmă în Raportul despre sustenabilitate al Conference Board din 2014.

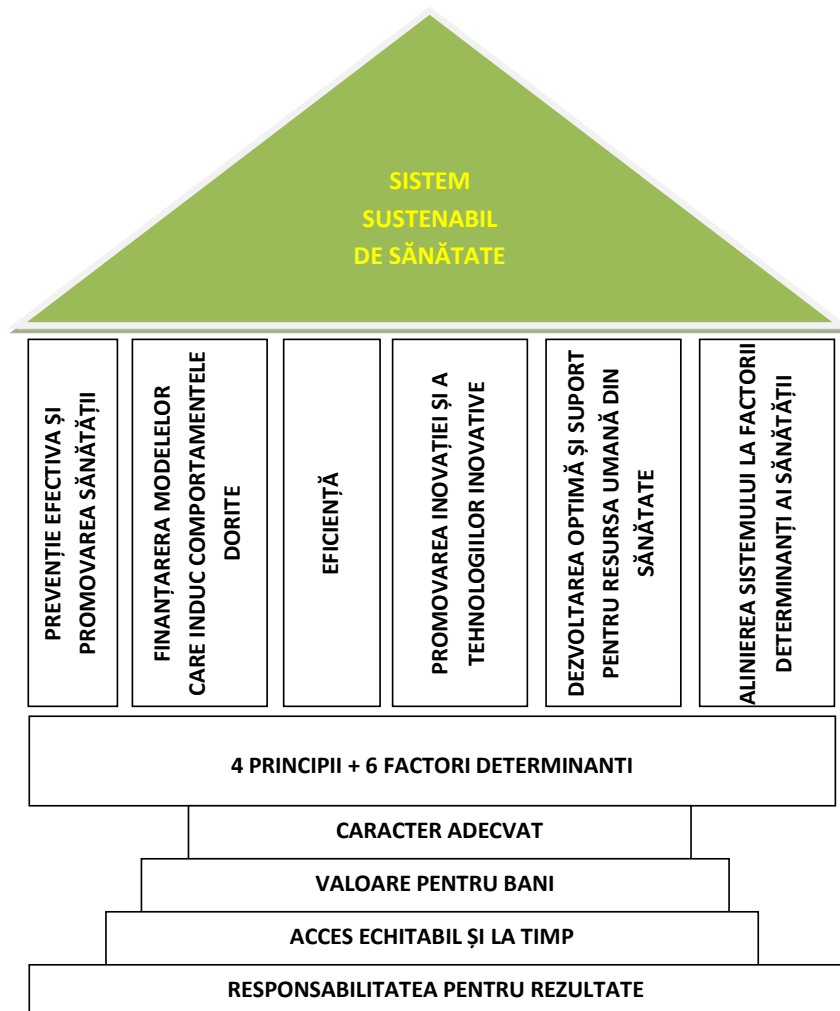


Fig. nr. 1: Sistemul de sănătate sustenabil

Sursa: prelucrat după Conference Board of Canada, 2014

Ce este inovația în sănătate?

Inovația poate fi definită ca fiind introducerea intenționată și aplicarea în cadrul unui rol, grup sau organizații, a ideilor, proceselor, sau procedurilor, noi pentru unitatea relevantă de adopție, proiectată în beneficiul semnificativ al individului, grupului sau societății, în ansamblul ei (West, 1990). Definiția aceasta este acceptată de un număr mare de cercetători din domeniu (Anderson et al, 2004), deoarece surprinde cele trei caracteristici mai importante ale inovației: noutatea; o

componentă aplicativă și un beneficiu urmărit (Lansisalmi et al, 2006). În concordanță cu această definiție, inovația în sănătate constă în servicii noi, modalități noi de a efectua munca și/sau noi tehnologii (Lansisalmi et al, 2006). Din punct de vedere al pacientului, beneficiile urmărite sunt fie îmbunătățirea sănătății, fie o reducere a suferinței datorate bolii (Faulkner și Kent, 2001). Comitetul Consultativ pentru măsurarea Inovației în secolul XXI (2007) definește inovația ca fiind „proiectarea, invenția, dezvoltarea și/sau implementarea de produse noi sau modificate, servicii, procese, sisteme, structuri organizaționale sau modele de business în scopul creării de valoare nouă pentru consumatori și de câștiguri financiare pentru firmă”. Varkey et al, 2008 definesc inovația ca fiind implementarea cu succes a unei idei noi într-un fel care creează valoare imperios necesară pentru anumiți stakeholderi sau pentru toți.

Inovația poate fi privită, după impactul ei asupra stakeholderilor, ca fiind *disruptivă* și *non-disruptivă*. Inovațiile non-disruptive (Moore, 2004) cunoscute și sub denumirea de incrementale (Hamel, 2000), evolutive (Govindarajan, 2007), liniare (Hamel, 2000), sau suportive (VHA Health Foundation, 2006), îmbunătățesc ceva ce există deja, dar într-un fel care permite deschiderea către noi oportunități sau rezolvarea problemelor curente (Harvard Business Essentials, 2003). Christenssen et al (2004) propune altceva: el spune că inovația este “orice creează noi resurse, procese sau valori, sau îmbunătățește resursele, procesele sau valorile existente ale companiei”. Pe scurt, inovația este recunoașterea a ceva nou care, se speră, va funcționa mai bine.

Inovațiile disruptive, numite și radicale (Harvard Business Essentials, 2003), revoluționare (Govindarajan, 2006), transformaționale sau non-liniare (Hamel, 2000) se referă la inovațiile care dezorganizează vechile sisteme, creează noi jucători și noi piețe în timp ce îi marginalizează pe cei vechi, și transmite valoare stakeholderilor care implementează și adoptă inovația.

Inovația în sănătate se produce în mod obișnuit, pe trei niveluri, și anume: produs, proces și structură (Varkey et al, 2008). Produsul este ceea ce clientul plătește și, în mod obișnuit, constă din bunuri și servicii (de exemplu, inovațiile în procedurile clinice). Procesele inovative sunt inovațiile apărute în metoda de producție sau livrare. Potrivit lui Varkey, consumatorul nu plătește în mod direct pentru proces, dar procesul este necesar pentru a livra bunul sau serviciul. Prin urmare, un proces inovativ ar fi o schimbare a felului de a produce sau livra produsul care permite o creștere semnificativă a valorii livrate unuia sau mai multor stakeholderi. Inovația structurală afectează, de obicei, infrastructura internă și externă și creează noi modele de business.

Pe scurt, inovația în sănătate poate fi definită ca fiind introducerea unui nou concept, idee, serviciu, proces, sau produs, cu scopul de a îmbunătăți tratamentul, diagnosticarea, educația, rezultatul, prevenția și cercetarea, iar pe termen lung – îmbunătățirea calității, siguranței, rezultatelor, eficienței și costurilor în sistem.

Regina Herzlinger spune că există 3 tipuri de inovații care pot contribui la crearea unui sistem de sănătate sustenabil, adică a unui sistem cu rezultate mai bune și costuri mai mici (2006). Cel dintâi tip de inovații schimbă felul în care *consumatorii* cumpără și folosesc serviciile de sănătate. Cel de-al doilea tip de inovații folosește *tehnologia* pentru a dezvolta noi produse și tratamente sau pentru a îmbunătăți serviciile de îngrijire a sănătății. Al treilea tip de inovații generează noi *modele de business*, în special de modele care implică integrarea verticală și orizontală a diverselor organizații și activități

În această secțiune ne vom ocupa doar de primii doi stâlpi ai sistemului de sănătate sustenabil, respectiv de prevenția efectivă și promovarea sănătății, precum și de finanțarea modelelor care induc comportamentele dorite în rândul populației. Pentru a ilustra modul în care prevenția funcționează (sau nu), iar comportamentele dorite în materie de sănătate se instalează (sau nu) în sistem, discutăm problema fumatului în România, un factor de risc care continuă să amenințe sănătatea adolescenților și tinerilor, în special, producând în același timp, cheltuieli/pierderi foarte mari în sistem.

Fumatul în rândul adolescenților și tinerilor din România

Câteva date statistice

Copiii inspiră viitorul, viitorul nu inspiră tutun (Diana Păun, consilier de stat, 8 septembrie, 2016). Așa sună titlul campaniei inițiate de Guvernul României care încearcă, astfel, să găsească cele mai bune modalități de a reduce prevalența fumatului în rândul copiilor și tinerilor. Guvernul dorește ca anul 2035 să fie anul primei generații fără tutun în România. Urgența campaniei a fost impusă de datele statistice recente care zădăresc o realitate alarmantă: 5% din copiii de 11 ani, 7% din copiii de 13 ani și 37% din copiii de 15 ani au testat o țigară; 29% dintre adolescenții de 15-16 ani fumează în mod constant.

Cât fumează românii și câți bani se cheltuiesc pe țigări?

În anul 2015, românii au cheltuit, în medie, 94 de lei lunar pe gospodărie pentru a-și procura țigări, tutun, articole și accesorii de fumat, arată datele prezentate de Institutul Național de Statistică (INS) în studiul „Coordonate ale nivelului de trai în România“, consultat de „Weekend Adevărul“. Această sumă, media de 94 de lei

lunar pe gospodărie, este cu șase lei mai mare decât media din anul 2014 (de 88,3 lei). Vestea bună este însă aceea că există și regiuni în care cheltuiala pentru tutun a scăzut.

Fumătorii își consumă aproximativ 5% din bugetul lunar pentru a cumpăra țigări, sumele fiind în ușoară creștere în anul 2015 față de anul 2014. În București și în vestul țării se cheltuiesc cei mai mulți bani pentru tutun, iar în Moldova și în Oltenia - cei mai puțini, arată statisticile oficiale.

Ceea ce îngrijorează însă este *tendința de creștere a cheltuielilor cu tutunul* pe cap de gospodărie, tendință manifestată în 7 din cele 8 regiuni de dezvoltare ale României (singura excepție fiind regiunea de Nord-Est unde acest indicator a cunoscut o scădere modestă în anul 2015 comparativ cu anul precedent).

Un studiu efectuat în România pe un eșantion de 2074 de indivizi de 18 ani și peste, în luna ianuarie 2016) ne indică cât fumează românii. Astfel, potrivit studiului, o treime dintre persoanele cu vârste cuprinse între 18 și 50 de ani fumează zilnic aproape *un pachet* de țigări; fumătorii de peste 65 de ani fumează între 6 și 10 țigări zilnic; ponderea persoanelor care fumează *mai mult de două pachete* de țigări săptămânal este mai ridicată în cazul respondenților cu vârsta până în 35 de ani; femeile fumează între 1 și 10 țigări zilnic într-o proporție mai mare decât bărbații. Principalul motiv invocat de români atunci când sunt întrebați de ce anume fumează, este *stresul*.

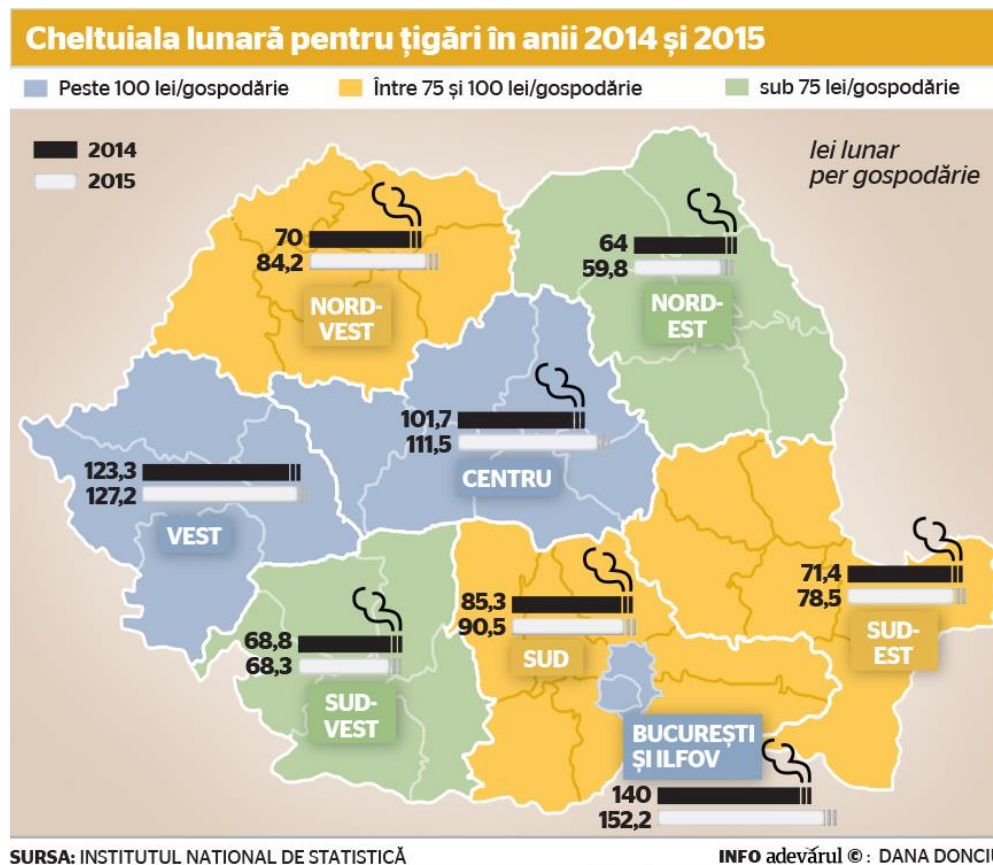


Fig. nr. 2. Harta tutunului în România (consum și cheltuieli) 2014-2015

Cauze și mecanisme psihologice care explică “magia” fumatului pentru adolescenți și tineri

Teoriile clasice pornesc de la premisa că decizia de a fuma este intenționată și se bazează pe luarea în considerație a informațiilor disponibile (Ajzen, Fishbein, 1980).

Un factor ce prezice fumatul și pe care îl au în vedere reclamele anti-fumat se referă la așteptări, respectiv credințele despre câștigurile și pierderile potențiale rezultate urmare a executării unei acțiuni (de exemplu: dacă fumez, care este probabilitatea să mă îmbolnăvesc de cancer la plămâni?) Așteptările rezultate prezic în mod credibil utilizarea tutunului de către adolescenți, precum și intențiile acestora legate de fumat, așa cum o demonstrează studiile multi-disciplinare și longitudinale (Morgan&Grube, 1989; Botvin et al, 1992). Cu toate acestea, studiile de evaluare a impactului campaniilor anti-fumat concluzionează că reclamele anti-

tutun care țintesc atât efectele fumatului (pe termen scurt și pe termen lung) asupra sănătății, cât și consecințe precum neatractivitatea (ex: dinți galbeni și pătași), moartea și boala (Pechman&Goldberg, 1998), sunt ineficiente. De ce sunt ineficiente aceste campanii publicitare?

Credem că, în cazul adolescenților, semnificația personalității fumătorului nu poate fi trecută cu vederea. Dacă punem laolaltă toate trăsăturile adolescenților extrovertiți și admirați – mefiența, precocitatea sexuală, onestitatea, impulsivitatea, indiferența față de opiniile celorlalți, căutarea de senzații tari – obținem o imagine aproape perfectă a tipului de persoană spre care adolescenții se simt atrași. Aceste persoane sunt *cool*. Dar ele sunt cool nu pentru că fumează, ci fumează pentru că sunt cool. Exact aceleași caracteristici de rebeliune și impulsivitate, asumare a riscului și indiferență față de opiniile altora, precocitate și lipsă de fașoane care îi atrag pe adolescenți, îi îndeamnă pe aceștia să facă pasul spre ceea ce întruchipează rebeliunea și riscul, indiferența și precocitatea: țigara. Această observație poate părea simplă și evidentă pentru cei mai mulți, dar este absolut esențială pentru a înțelege de ce războiul împotriva fumatului a eșuat lamentabil în toată lumea (Gladwell, 2000)

În ultimii ani, mișcările civice anti-fumat s-au coalizat împotriva companiilor producătoare de tutun pentru că acestea au promovat fumatul ca pe un obicei cool. Pe de altă parte, organizațiile care pledează împotriva fumatului au cheltuit milioane de lei din banii publici încercând să convingă adolescenții că fumatul nu este cool. Ceea ce nu au înțeles aceste organizații nici până în ziua de azi este că fumatul nu a fost niciodată cool. Fumătorii sunt cool. Epidemia fumatului, dacă putem s-o numim așa, începe exact ca orice altă epidemie – din cauza influenței câtorva persoane care sunt responsabile de răspândirea bolii fumatului printre adolescenți. Căci, așa cum arată Gladwell, este nevoie doar de un număr restrâns de indivizi – carismatici, rebeli, impulsivi – care sunt responsabili de răspândirea epidemiei. Aceasta este *legea celor puțini* și, la fel ca în cazul răspândirii HIV, ea acționează și în cazul fumatului (2000).

Gladwell arată însă că, în cazul fumatului acționează și așa-numitul *factor de adezivitate* (stickiness factor). Faptul că un număr foarte mare de adolescenți experimentează fumatul ca rezultat al contactului cu alți adolescenți nu este, în fapt, ceva de speriat. Problema este că - și asta a transformat fumatul într-un soi de inamic public numărul unu – mulți dinte acești adolescenți continuă să fumeze până când devin dependenți. Experiența fumatului este memorabilă și atât de puternică pentru unii încât ei nu se mai pot opri. Obiceiul de a fuma devine pentru aceștia o a doua natură.

Este important de făcut distincția dintre contagiune și adezivitate pentru că, privite separat, acestea au modele/tipare diferite și presupun abordări diferite. Dacă persoanele care răspândesc boala sunt relativ puține, specialiștii în adezivitate au un talent aparte pentru crearea de mesaje care sunt memorabile și care conduc la schimbarea comportamentului indivizilor. Contagiunea este, în mare măsură, o funcție a mesagerului. Adezivitatea este, în schimb, o caracteristică a mesajului (Gladwell, 2000).

Într-un studiu efectuat de Universitatea din Michigan, un grup de persoane a fost cercetat cu privire la felul în care acestea s-au simțit după ce au fumat prima țigară. Unul dintre cercetători arată că aproape toți subiecții încearcă senzații mai degrabă neplăcute după prima țigară. Dar, ceea ce îi deosebește pe cei care nu vor mai fuma niciodată de cei care sunt fumători în devenire este un soi de plăcere pe care aceștia din urmă o resimt după această experiență. Cifrele sunt relevante. Dintre cei care au experimentat fumatul de câteva ori și nu au mai fumat după aceea niciodată, doar un sfert au resimțit un soi de plăcere după prima țigară. Dintre foștii fumători – oameni care au fumat o vreme dar apoi au reușit să se lase – aproximativ o treime au încercat senzația de plăcere. Dintre fumătorii ocazionali, aproximativ jumătate își aminteau bine experiența primei țigări. Dar, dintre fumătorii înrăiți, 78% își aminteau clar senzația de plăcere resimțită după primele fumuri. Cu alte cuvinte, cât de dependent sau de independent este cineva față de consumul de tutun depinde în mare măsură, de *reacția inițială față de nicotină*.

Ce anume face diferența dintre fumătorii ocazionali sau chippers, cum îi numește Gladwell, și fumătorii înrăiți? Probabil factorii genetici, dar și gradul de *toleranță față de nicotină*. Chippers sunt persoanele care încearcă o oarecare plăcere când fumează, dar care nu au, genetic vorbind, înzestrarea necesară pentru a suporta cantități mari de nicotină. Fumătorii înrăiți, în schimb, sunt înzestrați genetic pentru fumat deoarece resimt o plăcere deosebită în actul fumatului. În plus, au ceea ce se numește, o toleranță foarte mare față de nicotină. Deoarece nicotina se spune că ajută la alungarea plictisului și a stresului, persoanele care efectuează munci plictisitoare sau stresante probabil că vor fuma întotdeauna mai mult decât persoanele care nu prestează astfel de munci. Cu alte cuvinte, ceea ce face ca fumatul să fie adictiv este diferit de ceea ce face ca fumatul să fie contagios – adică un moft.

Ce se poate face pentru a-i împiedica pe adolescenți să devină fumători înrăiți? Gladwell spune că nu este o idee bună să împiedici adolescenții să-și imite pe cei pe care ei îi consideră modele – adică pe cei rebeli, impulsivi, pe cei care riscă, într-un cuvânt pe cei cool. Să urmeze sfaturile părinților? Nici aceasta nu pare fi o idee bună. De ce? Pentru că părinții joacă mai degrabă un rol pasiv – ei

furnizează genele care pot fi sau nu favorabile fumatului. Iar, din punct de vedere social, s-a demonstrat că părinții sunt incapabili să exercite vreo influență asupra copiilor lor, de cele mai multe ori. În aceste condiții, care ar fi calea cea mai potrivită de atac?

Rowe și Harris arată că procesul prin care adolescenții se molipsesc de boala fumatului este legat în exclusivitate de ceea ce numim astăzi *grup de referință*, sau grupul de colegi la care fiecare adolescent alege să se raporteze. Fumatul în cazul adolescenților vorbește despre cum este să fii adolescent, vorbește despre emoțiile împărtășite, despre limbajul expresiv și despre ritualurile adolescenței, de cele mai multe ori de neînțeles și iraționale pentru cei din afară. Cum am putea interveni, în aceste condiții, în așa fel încât să avem un impact? Harris spune că este inutil să le spui adolescenților că există riscuri pentru sănătate asociate fumatului. Asta îi va face să zâmbească, și te îngroapă cu campanie cu tot. Este doar propagandă și argumente de adult. Și tocmai datorită faptului că adulții nu sunt de acord cu fumatul – pentru că există pericol și pentru că a fuma este dizgrațios și infam și, mai nou, dezonorant – din toate aceste motive combinate, adolescenții vor să fumeze și...fumează.

Așadar, până în acest moment, nu se știe încă foarte multe despre ce tip de conținut ar trebui să aibă o reclamă anti-tutun pentru a influența în mod real adolescenții.

Cum ar trebui să arate reclamele anti-fumat destinate adolescenților și tinerilor?

Așa cum am arătat deja, fumatul în rândul adolescenților este o chestiune de comportament, o problemă de alegere absolut personală a unui stil de viață prin care aceștia doresc să arate lumii întregi că sunt cool. Reclamele anti-fumat create până acum nu au reușit să producă efectul scontat. De ce? Pentru că mesajele adresate tinerilor nu sunt deloc adezive: ele nu vorbesc despre adolescenți, despre ce anume își doresc aceștia cu adevărat. În mesajele anti-fumat nu există eroi care să inspire, personaje cu care adolescenții să se identifice. Și, pentru că creatorii mesajelor nu cunosc mecanismele psihologice care îi determină pe adolescenți să fumeze, ei nu pot nici să vorbească adolescenților pe limba lor. Cu alte cuvinte, avem nevoie de o mai bună înțelegere a fenomenului fumatului, iar pentru a schimba comportamente, avem nevoie de alt tip de mesaje. În cazul adolescenților, *mesajul adeziv este cheia*.

Să crezi un mesaj care să arate clar că și adolescenții nefumători sunt cool. Cu alte cuvinte, să crezi o poveste al cărei erou este un adolescent charismatic, rebel, și care...nu fumează. Care este admirat tocmai pentru că nu

fumează. Care își asumă riscuri, și totuși nu fumează. Care este respectat de prieteni, colegi și societate, în general. Este *cool să nu fumezi*, acesta ar trebui să fie mesajul!

Și da, trebuie vorbit cu umor despre asta, subliniind că societatea tolerează din ce în ce mai puțin fumatul. Arătând că adolescentul are capacitatea de a rezista oricăror tentații, inclusiv aceea de a fuma și de a rămâne, astfel, cool. Și că poate scăpa de adicție acționând de unul singur și reușind tocmai pentru că face parte din categoria persoanelor cool.

Tinerii și activarea responsabilității

În cazul tinerilor care au un loc de muncă și care fumează (din diverse motive: stres, oboseală, depresie, rutină, etc) există două paliere de acțiune: unul la nivel individual, iar celalalt la nivel organizațional.

Potrivit literaturii de specialitate, tinerii, spre deosebire de adolescenți, *aleg să fumeze în mod deliberat* (Lansisalmi, 1990). Pentru adolescenți, fumatul este ca un fel de virus: este contagios și se propagă cu viteza luminii. Pentru tineri, în schimb, fumatul este o alegere conștientă: ei aleg să se expună riscului de a se îmbolnăvi. Pierderile (de sănătate) par, totuși, a fi mai mici decât beneficiile pe care fumatul le aduce cu sine tinerilor: mai puțin stres, mai puțină iritabilitate, și chiar o stare de bine (relativ, și pe termen scurt). În cazul lor, pentru a-i determina să renunțe la fumat, cheia pare a fi *activarea responsabilității*.

La nivel individual, tinerii au la dispoziție o varietate de instrumente pe care le pot folosi dacă doresc să-și schimbe comportamentul și să se orienteze spre un stil de viață sănătos. De exemplu, un instrument deosebit de util pentru a renunța la fumat este platforma IndiGO. Platforma este deținută de o firmă numită Archimedes și are sediul în San Francisco. Instrumentul acesta utilizează 30 de variabile specifice fiecărui pacient/consumator (analize de laborator, biomarkeri, factori de natură demografică, istoric al bolilor și medicație) și determină atât riscul potențial de a te îmbolnăvi, cât și modalitățile de reducere a riscurilor percepute (de ex. riscuri asociate fumatului) prin activități specifice. Studiile efectuate demonstrează că confruntarea directă cu riscurile asociate sănătății îl determină pe individ să-și modifice comportamentul și să devină mai responsabil (să renunțe la fumat). În Statele Unite se depun eforturi pentru corelarea dosarelor medicale electronice ale pacienților cu IndiGo deoarece s-a constatat că pacienții care pot să-și vadă scorul IndiGO (și care arată care sunt riscurile de a te îmbolnăvi în condițiile date) sunt de 7 ori mai responsabili atunci când își aleg stilul de viață comparativ cu cei care, din diverse motive, nu vor sau nu au această posibilitate.

Dacă la nivel individual, soluția pentru renunțarea la fumat în cazul tinerilor este activarea responsabilității, la nivel organizațional trebuie să se opereze *modificări de structură*. Astfel, un climat organizațional mai puțin stresant ar putea fi creat de către angajatori, prin includerea între beneficiile asociate job-ului, a unor programe de wellness adresate salariaților, sau punerea la dispoziție a unor săli de relaxare la care aceștia să poată avea acces pe tot parcursul zilei. Dacă este adevărat că un angajat fericit este un angajat productiv, atunci angajatorii ar putea apela și la mijloace de încurajare a creativității salariaților prin oferirea unei zile (plătite) din săptămână, în care aceștia să poată lucra la un proiect propriu. Așa se întâmplă la Google. O zi pentru tine, ca angajat, poate însemna idei noi de urmărit, loialitate sporită față de echipa ta și față de firmă, dar și un nivel mai înalt de satisfacție.

Așadar, schimbările de comportament pot fi susținute cu mijloace dintre cele mai diverse: în cazul adolescenților, crearea unui alt tip de mesaj și a unui alt tip de erou, cool și nefumător (nefumător, dar cool tocmai pentru că este nefumător); în cazul tinerilor, activarea responsabilității pe fondul conștientizării nevoii de a adopta un stil de viață sănătos (alegere personală), și a unui climat organizațional mai prietenos față de angajați. Aceste inovații (un mesaj adevărat sau un mediu de muncă mai deschis) nu produc schimbări în sistemul de sănătate. De ce? Pentru că acest tip de inovații este non-disruptiv. Ele sunt, mai degrabă, inovații mici, incrementale care, în anumite condiții, pot schimba comportamente.

Dar, pentru ca lucrurile să se schimbe cu adevărat în sistem și să reușim cu succes să inducem comportamentele dorite, avem nevoie de ceea ce numim inovație disruptivă, adică de acel tip de inovații care dezorganizează sistemul (în sensul bun al cuvântului), creează noi jucători și noi piețe și aduce valoare tuturor stakeholderilor. O astfel de inovație ar putea fi *dirijarea contribuției pentru sănătate* plătite lunar de către angajați, spre destinația/destinațiile alese de ei. Astfel, angajații ar putea alege să se implice (sau nu) în programe de interes pentru ei, având posibilitatea ca, în final, să constate (personal) și să evalueze în mod direct rezultatul.

Iată câteva avantaje ale acestui mod de finanțare a sistemului:

- un *control* mai bun asupra modului în care sunt cheltuiți banii constituie ceea ce putem numi “the hard core” al sistemului de sănătate;

Un control mai bun înseamnă și un grad de transparență mai mare în privința cheltuirii fondurilor, dar și o mai bună aliniere/corelare a nevoilor de sănătate la/cu resursele disponibile.

- o *eficiență* sporită indusă în sistem: consumatorii vor selecta doar serviciile care oferă un just raport calitate-preț;

Prin urmare, serviciile de calitate în doi lei vor fi, în timp, eliminate de pe piață, ceea ce înseamnă că furnizorii care nu livrează valoare consumatorilor de servicii vor dispărea. Pe de altă parte, am putea asista la o competiție sporită între furnizorii de servicii, vechi și noi, care vor dori să ofere cele mai bune servicii, la cel mai bun preț posibil (preț corect pentru consumator, dar și pentru cel care oferă servicii).

- programele de *prevenție* s-ar putea bucura de o atenție sporită, inclusiv din punct de vedere al sumelor alocate acestora: numeroși consumatori vor dori să contribuie financiar pentru că, psihologic vorbind, ei vor simți că fac ceva concret/stă efectiv în puterea lor să intervină pentru a stopa sau a reduce consumul excesiv de tutun/alcool sau droguri; sau, dacă aparțin unei categorii de indivizi afectați de o boală cronică, vor dori să susțină acel program care vine în sprijinul bolnavilor cronici, în mod real (ex: bolnavii cardiaci, cei cu boli rare, etc).

Inovațiile disruptive sunt cel mai greu de introdus în sistem, deoarece sistemul de sănătate românesc are tendința de a-și menține status-quo-ul. Dar, în România, înțelepciunea populară spune că dacă “schimbi finanțarea, schimbi sistemul”. Și, dacă ne uităm la statele occidentale cu sisteme performante de sănătate, vom observa că și acestea au introdus, în timp, modificări ale modului de finanțare a sistemului, oferind mai multă putere consumatorilor și provocându-i, astfel, să devină mai responsabili față de propria sănătate (de ex. Canada, Danemarca și, recent, Italia).

Concluzii

În prezenta lucrare am discutat despre creativitate și inovație, dar și despre modul în care inovația se manifestă ca un motor al sustenabilității sistemului de sănătate, prin sustenabilitate înțelegând o stare de sănătate mai bună a populației și costuri mai mici în sistem.

Am arătat că la baza unui sistem de sănătate sustenabil stau 4 principii (responsabilitatea pentru rezultate, accesul echitabil și la timp la serviciile dorite, valoare pentru banii cheltuiți și adecvarea de tip resurse-servicii oferite – rezultate) și 6 factori esențiali (sau linii de acțiune) care susțin viabilitatea sistemului (prevenția efectivă și promovarea sănătății; finanțarea modelelor care induc comportamentele dorite; eficiența; promovarea inovației și a tehnologiilor inovative; dezvoltare optimă și suport pentru resursa umană din sănătate; alinierea sistemului la factorii determinanți ai sănătății).

Am ales să discutăm despre prevenție și despre finanțarea modelelor care induc comportamentele dorite și am arătat cum, pentru a ca sistemul de sănătate să funcționeze mai bine și, în același timp, cu costuri mai mici, este nevoie să introducem *schimbări inovative* la nivel individual, organizațional și național. Ca studiu de caz, am ales să analizăm problema fumatului în rândul adolescenților și tinerilor din România. Constatările la care am ajuns se bazează, în mare parte, pe studiul literaturii de specialitate în domeniul fumatului (psihologie, economie, studii comportamentale). Într-o prezentare sintetică, acestea sunt: programele de prevenție a consumului de tutun nu sunt eficiente pentru că cei care le gândesc (autoritățile la nivel național, dar și local), nu cunosc îndeajuns comportamentele adolescenților și tinerilor, și tocmai pentru că nu le cunosc, reclamele anti-fumat, ca parte a unor programe naționale de combatere a fumatului, nu dau rezultate; pentru fiecare categorie de consumatori (fumători) trebuie să existe un *mod specific de abordare*. De exemplu, pentru adolescenți, crearea unui tip diferit de erou, cool și nefumător, care este cool tocmai pentru că este nefumător. În schimb, pentru tineri, activarea responsabilității față de propria sănătate ar putea conduce la rezultatul dorit dacă tinerii, pe de-o parte, au acces la instrumente adecvate care să-i ajute să ia decizii mai bune privitor la stilul propriu de viață, iar, pe de altă parte, au acces la un mediu de lucru mai prietenos (în speță, mai puțin stresant).

Așadar, prin introducerea unor *inovații* de mică anvergură, non-disruptive (mesajul adeziv pentru adolescenți; crearea de instrumente potrivite pentru activarea responsabilității tinerilor) putem crește șansele de a obține comportamentele dorite din partea adolescenților și tinerilor: renunțarea la fumat sau cel puțin reducerea semnificativă a fumatului (în sensul scăderii numărului de țigări consumate zilnic). Pe scurt, prin introducerea de inovații la nivel individual și organizațional, fenomenul fumatului în România și-ar putea schimba tendința de creștere constantă din ultimii ani.

Schimbările de comportament dorite trebuie însă susținute prin schimbări operate în mecanismul de finanțare a sistemului de sănătate. În mod concret, am demonstrat că inovația denumită *dirijarea contribuției pentru sănătate* plătite lunar de către angajați, spre destinația/destinațiile alese de ei, ar putea fi tipul de inovație (disruptivă) care crește mult probabilitatea de a obține rezultatele dorite. De ce? Pentru că consumatorul își cunoaște cel mai bine nevoile, interesele și prioritățile. Altfel spus, dacă îi acorzi accesul la propria contribuție la fondul de sănătate, consumatorul va simți că are, în sfârșit, dreptul de a alege, și va alege simțindu-se cu adevărat util sieși și societății, în același timp. Va alege să finanțeze programele de prevenție de care este interesat (în mod direct sau indirect; în plan individual sau la nivel de comunitate) sau programele destinate tratamentului unor boli cronice.

Indiferent care ar fi destinația banilor, rezultatele nu vor întârzia să apară: un control mai bun al costurilor, servicii mai bune și, pe ansamblu, o eficiență sporită a sistemului de sănătate. Altfel spus, am putea avea un sistem care funcționează mai bine, cu costuri mai mici, deci un sistem de sănătate sustenabil în care consumatorii își acoperă nevoile privitoare la sănătatea lor, fără a pune în pericol capacitatea generațiilor viitoare de a-și îngriji propria sănătate.

Așadar, acum putem afirma cu certitudine că creativitatea și inovația sunt motoare ale sistemelor de sănătate sustenabile. Inovațiile în sănătate generează însă rezultatele așteptate cu o condiție, și anume: în centrul tuturor deciziilor privitoare la sănătate trebuie să se afle întotdeauna consumatorul, căruia trebuie să-i înțelegem în profunzime modul de a gândi, de a percepe și de a analiza ceea ce (i) se întâmplă, modul în care se raportează la cei din jur și, mai ales, modul în care acesta face alegeri cu privire la propria sănătate.

Bibliografie

1. Agostinelli, G., Grube, J. W. „**Tobacco Counter-Advertising: A Review of the Literature and A Conceptual Model for Understanding Effects**”. Journal of Health Communication, vol. 8. P. 107-127. (2003)
2. Ajzen, I. „**Attitudes, Traits and Actions: Dispositional Predictions of Behavior in Personality and Social Psychology**”. In L. Berkowitz (Ed), Advances in Experimental Social Psychology. Academic Press, NY, p. 1-63. (1987).
3. Ajzen, I. „**The Theory of Planned Behavior**”. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50, p. 179-211. (1991).
4. Arday, D., Giovino, G. A. & Schulman, J. „**Cigarette Smoking and Self-Reported Health Problems among US High School Seniors, 1982-1989**”. American Journal of Health Promotion, 10, p. 111-116. (1995).
5. Anderson, N. C., De Dreu & Nijstad, B. A. „**The Routinization of Innovation Research: A Constructively Critical View of the State-of-the-art Science**”. Journal of Organizational Behavior, 25, p. 147-173. (2004).
6. Auger, P., Burke, P., Devinney, T. M. & Louviere, J. J. „**What Will Consumers Pay for Social Product Features?**” Journal of Business Ethics, 42(3), p. 281-304. (2003).
7. Auger, N., Daniel, M., Knauper, B., Raynault, M. F. & Pless, B. „**Children and Youth Perceive Smoking Messages in an Unbranded**

- Advertisement from A NIKE Marketing Campaign: A Cluster Randomized Controlled Trial – BMC**". Pediatrics, p. 11-26. (2011).
8. Berwick, D. M. „**Disseminating Innovations in Health Care**". JAMA, p. 289-295. (2015).
 9. Bjertveit, K&Tverdal, A. „**Health Consequences of Smoking 1-4 Cigarettes per Day**". Tobacco Control, 14, p. 315-320.
 10. Fuchs, V. R.&Sox, H. C. „**Physicians Views of the Relative Importance of Thirty Medical Innovations**". Health Affairs, vol. 20, p. 30-42. (2001).
 11. Gladwell, M. „**The Tipping Point: How Little Things Can Make A Big Difference**". Black Bay Books: NY. (2000).
 12. Govindarajan, V. „**The Importance of Strategic Innovation**". <http://www.vijaygovindarajan.com/2006/> retrieved on June 15th, 2016.
 13. Gupta, A. „**Prescriptions for Change**". The Wall Street Journal, Oct. 20, p. 6.(2008)
 14. Hamel, G. „**Leading the Revolution**". Boston, MA: Harvard Business School Press. (2000).
 15. Harvard Business Essentials. „**Managing Creativity and Innovation**". Boston, MA: Harvard Business Review Press. (2003).
 16. Herzlinger, R. „**Why Innovation in Health Care Is So Hard?**" Harvard Business Review, p. 15-26. (2006).
 17. Institutul National de Statistica. „**Coordonate ale nivelului de trai in Romania**". Week-end Adevarul. (2015)
 18. Lansisalmi, H., Kivimaki, M., Aalto, P.&Ruoranen, R. „**Innovation in Health Care: A Systematic Review of Recent Research**". Nursing Science Quarterly, vol. 19, p. 66-72.
 19. Mihaltan, Fl. „**Ce nu stie fumatorul roman**". Ed. Medicala, Bucharest. (2011).
 20. Moore, G. A. „**Darwin and the Demon: Innovating within Established Enterprises**". Harvard Business Review, vol. 82, p. 7. (2004).
 21. Omachonu, V. K., &Einspruch, N. G. „**Innovation: Implications for Goods and Services**". International Journal of Innovation and Technology Management. (2009).
 22. Prada, G., Grimes, K., Sklokin, I. „**Defining Health and Health Care Sustainability**". Ottawa: The Conference Board of Canada. (2014).
 23. Scoala Nationala de Studii Politice si Administrative. „**Bucurestenii si sanatatea. Sondaj la nivelul municipiului Bucuresti**". (2013)
 24. VHA Health Foundation. „**The Power of Innovation**". VHA Research Series. <http://www.vhahf.org/portal/> retrieved on September 20th, 2016.

25. Varkey, P., Horne, A.&Bennet, E. „**Innovation in Health Care: A Primer**”. American Journal of Medical Quality, vol. 23, p. 382-388. (2008).
26. West, M. A. „**The Social Psychology of Innovation in Groups**”. In Michael West, James, L. (Eds). Innovation and Creativity at Work: Psychological and Organizational Strategies. Oxford: Wiley&Sons, p. 309-334. (1990).