Tworzenie systemowych rozwiązań w ochronie zdrowia w oparciu o ekonomię behawioralną

Anna Królak¹, Patrycja Kurowska^{1,2}, Wojciech Giermaziak¹

¹ Główna Biblioteka Lekarska im. Stanisława Konopki, Warszawa

² Katedra Farmakognozji i Molekularnych Podstaw Fitoterapii, Wydział Farmaceutyczny, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Adres do korespondencji: Patrycja Kurowska, Główna Biblioteka Lekarska im. Stanisława Konopki, 00-791 Warszawa, ul. Chocimska 22, e-mail: p.kurowska@gbl.waw.pl

Wprowadzenie

Kiedy decydenci ochrony zdrowia chcą wpłynąć na zachowanie społeczeństwa, mają do wyboru kilka opcji. Mogą nęcić obywateli za pomocą tzw. marchewki – będzie nią zachęta podatkowa, dotacja czy inna nagroda. Mogą też, zamiast marchewki, użyć kija legislacyjnego, wprowadzając pewne obostrzenie, zakaz, karę [1]. Model takiej polityki łatwo przedstawić na przykładzie szczepień obowiązkowych: marchewkę stanowią udogodnienia dla szczepionych dzieci czy fundusz zapewniający rekompensaty w przypadku wystąpienia odczynu poszczepiennego. Na tych, którzy chcą uniknąć zaszczepienia dziecka, czyha zaś kij w postaci surowej kary finansowej. Jednakże, jak już się wielokrotnie okazywało, polityka kija i marchewki niekiedy jest doraźnym tylko rozwiązaniem i nie przynosi pożądaných, długofalowych rezultatów. Zwykle rodzice po prostu płacą grzywny i dalej uchylają się od obowiązku szczepienia dziecka (przynajmniej aż do czasu, gdy zawiśnie nad nimi groźba ograniczenia praw rodzicielskich).

Twórcy polityki na całym świecie sięgają więc po nowe narzędzie polityki publicznej – „impuls” (ang. *nudge*), czyli łagodną sugestię, która łączy w sobie trzy korzyści: jest akceptowana przez społeczeństwo, mało kosztowna, a co najważniejsze – jest skuteczna [1, 2].

Pionierem we wdrażaniu polityki zdrowotnej w oparciu o nauki behawioralne był zespół ds. analiz behawioralnych (*Behavioural Insights Team*), utworzony w 2010 r. przez brytyjski rząd Davida Camerona. Zespół ten na przykład zmienił stronę rządowej witryny zachęcającej do dawstwa

Using behavioral economics to create health care system

solutions · Policy makers around the world are turning to a new public policy tool – nudge, which is inexpensive and yet effective and highly accepted by society. The article presents selected interventions in the field of behavioral economics, changing human attitudes towards health issues (seasonal influenza vaccination, cancer screening). Reasons, why people make bad decisions and suggestions for actions that could correct them are given. Attention was also drawn to the limitations and threats associated with unreasonable use of behavioral economics tools.

Keywords: behavioral economics, health care economics and organizations, vaccination, mass screening, cancer prevention.

© Farm Pol, 2019, 75(2): 61–68

organów. Wystarczyło, że na stronie umieszczono logo NHS (*National Health Service*), brytyjskiego zakładu ubezpieczeń społecznych, oraz pojawiła się informacja: „Każdego dnia tysiące ludzi, którzy widzą tę stronę, decydują się zarejestrować”. Zadziałała tutaj zasada „społecznego dowodu słuszności” – człowiek, który nie wie (lub też nie zastanawiał się nad tym), jaka decyzja jest słuszna, postąpi tak, jak większość obserwowanych przez niego ludzi. Dzięki takiemu „stademu” zachowaniu odsetek osób, które przystąpiły do programu, wzrósł w ciągu roku z 2,3% do 3,2% (+96 000 ludzi) [2].

Także inne rządy utworzyły analogiczne zespoły „nudging’owe” – w USA do 20 stycznia 2017 r. funkcjonował Zespół ds. Nauk Społecznych, Behawioralnych i Ekonomicznych Białego Domu, który badał koszty i skuteczność różnych typów interwencji, aby ocenić, czy „impulsy” są efektywnym

wykorzystaniem zasobów publicznych. Ekspertów z zakresu ekonomii behawioralnej powołały też rządy Singapuru, Australii czy Niemiec [1, 2].

Jeśli chodzi o podejmowanie decyzji w ochronie zdrowia, należy mieć świadomość, że dominującą tendencją w większości społeczeństw jest unikanie lekarzy, chyba że pojawi się pilny problem zdrowotny. Postawy zarówno pracowników służby zdrowia, jak i obywateli można scharakteryzować jako zarządzanie chorobami, a nie zarządzanie zdrowiem: profilaktyka to wciąż obszar zaniedbany [3]. Koszty tych zaniedbań są wysokie, a w erze rosnących nakładów na ochronę zdrowia trzeba szukać oszczędności gdzie się da. Z odsieczą może przyjść ekonomia behawioralna.

Badania ekonomii behawioralnej sugerują, że kompleksowe rozwiązanie kwestii ochrony zdrowia, takich jak zwiększenie wyszczepialności przeciwko grypie czy zwiększenie uczestnictwa w badaniach przesiewowych w kierunku nowotworów, wymaga podejścia wielosektorowego. Rodzi to potrzebę współpracy kilku podmiotów, takich jak rząd, ministerstwa, media, a nawet przemysł i organizacje wolontariackie.

Narzędzia ekonomii behawioralnej testowano w wielu zagadnieniach zdrowotnych: na przykład w leczeniu bezsenności i obturacyjnego bezdechu sennego [4]; przy kształtowaniu decyzji w wyborze opieki paliatywnej i terminalnej [5]; w diagnostyce retinopatii cukrzycowej [6]. Błędy poznawcze popełniane przez ludzi są jednak dosyć powtarzalne i przewidywalne, dlatego rozwiązania opracowane dla konkretnego zagadnienia będą prawdopodobnie skuteczne także w innych obszarach. Autorzy niniejszego artykułu wybrali dwie kwestie zdrowotne jako model do przedstawienia interwencji z dziedziny ekonomii behawioralnej: szczepienia przeciw grypie sezonowej oraz badania przesiewowe w kierunku chorób nowotworowych. Wnioski z tych obserwacji mogą być ekstrapolowane na tereny wielu innych zagadnień zdrowotnych, a sposoby wpływania na ludzkie decyzje – analogiczne.

Ekonomia behawioralna przeciw grypie sezonowej

Grypa sezonowa ogromnie obciąża społeczeństwo, prowadząc do wielu hospitalizacji i zgonów z powodu powikłań pogrypowych. Jednym z podstawowych priorytetów zdrowia publicznego jest zatem efektywna kontrola niesionego przez nią zagrożenia. Trzeba mieć na uwadze, że epidemie grypy należy rozpatrywać nie tylko w kontekście zdrowotnym, ale także w kontekście ekonomicznym [7].

Szczepienia przeciw grypie zmniejszają ryzyko infekcji o 50–70% (pod warunkiem dobrego

dopasowania szczepionki do typu wirusa) [8]. Choć od dekad wiadomo, że szczepionki przeciw grypie uratowały wiele ludzkich istnień, ich wykorzystanie pozostaje na niskim poziomie: w Polsce od sezonu 2001/2002, kiedy wyszczepialność wyniosła 10,57% populacji, wskaźnik szczepień spada i w sezonie 2016/17 zaszczepiło się jedynie 3,4% populacji [9]. Wiele osób nie chce się szczepić z powodu błędnych przekonań dotyczących tej procedury. Według Talbot i Talbot (2013) powodem takich zachowań jest przekonanie, że [10]:

- szczepionki nie działają,
- szczepienia powodują grype,
- szczepienie jest zbędne, gdyż ryzyko zachorowania jest niskie,
- nie należy się szczepić z powodu bycia w ciąży; obciążenia chorobą podstawową; przebywania z osobą z obniżoną odpornością,
- należy unikać szczepień z powodu alergii na jaja.

Przekonania te w błędny sposób prezentują korzyści i ryzyko związane ze szczepieniami, z wyjątkiem punktu 5 – alergia na białko jaja kurzego (owoalbuminę) może być przeciwwskazaniem do wykonania niektórych szczepionek.

Słabe rozpowszechnienie szczepień przeciwko grypie w Polsce może być uwarunkowane także kwestiami administracyjnymi. Brydak (2014) wskazuje na takie powody jak [11]:

- brak umożliwienia lekarzom zakupu szczepionki na cele akcji szczepień,
- brak refundowania procedury szczepień pacjentów dla lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej,
- bariery administracyjno-prawne w organizacji szczepień przez Zakłady Opieki Zdrowotnej, zakłady pracy; brak możliwości zakupu szczepionek dla zatrudnionych przez podmioty nie-medyczne.

W Polsce szczepienia przeciw grypie nie są obowiązkowe, ale znajdują się w wykazie szczepień zalecanych [12]. Wiele samorządów lokalnych finansuje je osobom z grup wysokiego ryzyka, poprzez prowadzone Programy Polityki Zdrowotnej. Niestety, bywa, że uprawnieni nie korzystają z darmowych szczepień – w 2014 r. Brydak wskazała, że „od paru sezonów epidemicznych z gratisowej akcji szczepień korzystało zaledwie średnio około 30% uprawnionych osób” [11]. Wynika z tego, że to nie bariery finansowe są powodem niskiej wyszczepialności [8].

Błędy popełniane przez ludzi – w tym także „błąd nieszczepienia” – wynikają głównie ze stosowania heurystyk decyzyjnych. Heurystyki umożliwiają szybkie dokonanie oceny, w złożonych sytuacjach jednak mogą prowadzić na manowce. Rozważmy heurystykę dostępności: jest to tendencja do oceny prawdopodobieństwa przyszłych zdarzeń w oparciu o to, jak łatwo można przywołać podobne

zdarzenia w pamięci. Przeanalizujemy przekonanie, że szczepionki nie są skuteczne. Istnieją dwie możliwe sytuacje po szczepieniu: mimo zaszczepienia można ulec zarażeniu wirusem grypy (przypomnijmy, że szczepienia jedynie zmniejszają ryzyko zachorowania, nie eliminując go całkowicie) lub też przechodzi się przez cały sezon grypowy bez zachorowania. Te dwie sytuacje nie mają jednak jednakowej wagi. Kiedy ktoś zachoruje, pojawia się namacalne, dostępne poznawczo zdarzenie (niepożądane). W drugim przypadku – gdy ktoś otrzymuje szczepionkę przeciw grypie i nie choruje cały sezon – pozytywnym rezultatem jest nieobecność negatywnego wyniku. Mówiąc inaczej, widzimy tylko, kiedy szczepionka nie chroni; kiedy działa i nic się nie dzieje, nie widzimy niczego innego nad nasz normalny stan istnienia. Tak więc negatywne doświadczenia związane ze szczepieniem przeciw grypie – zarówno własne, jak i przyjaciół, członków rodziny i współpracowników – są wyraźniejsze i łatwiej zapadają w pamięć niż te pozytywne. Przykłady niepowodzeń jako „warte odnotowania” będą też częściej prezentowane w mediach [13].

Po pewnym czasie, bombardowani zewsząd informacjami o rzekomej nieskuteczności szczepień, ludzie wyolbrzymiają związek między szczepieniem a zachorowaniem **mimo** zaszczepienia. Prowadzi to do narodzin teorii, jakoby szczepienia nie tyle nie działały, a wręcz przyczyniały się do rozwoju choroby!

Dalej rodzi to absurdalne przekonanie, że osoby szczepione nie powinny przebywać z osobami o osłabionej odporności, bo mogą je narazić na niebezpieczeństwo.

Ludzie mają tendencję do bagatelizowania zagrożeń, sądząc, że one ich nie dotyczą lub prawdopodobieństwo ich wystąpienia jest tak niskie, że wręcz pomijalne. Tak samo myślą o zachorowaniu na grype [13]. Statystyki są jednak nieubłagane – zgodnie z danymi WHO każdego roku na grype o ciężkim przebiegu choruje 3–5 milionów osób, a w jej wyniku umiera nawet 650 000 ludzi [14]. W Polsce w sezonie 2016/2017 zarejestrowano 13 799 hospitalizacji związanych z grypą oraz 24 przypadki zgonów z powodu grypy i jej powikłań [9].

Kiedy zakorzeniają się takie błędne przekonania, standardowe zabiegi polityczne, takie jak oferowanie bezpłatnych szczepień, nie będą dostatecznie skuteczne. Niski poziom wyszczepialności nie wynika jedynie z kosztu samej szczepionki. Należy skupić się też na innych ukrytych kosztach – w tym także pozamaterialnych, powodujących wśród ludzi niechęć do szczepień [13].

Ekonomia behawioralna nie powinna być uważana za konkurencyjną alternatywę dla standardowych rozwiązań ekonomicznych w zwalczaniu

grypy: raczej stanowi ona uzupełnienie istniejących ram koncepcyjnych. Ułatwia badaczom i osobom związanym z ochroną zdrowia publicznego zrozumienie czynników, które mogą wpływać na intencje, postawy i przekonania ludzi.

W jaki zatem sposób ekonomia behawioralna może walczyć ze szkodliwymi stereotypami dotyczącymi szczepień i poprawić wyszczepialność? Tutaj decydenci ochrony zdrowia powinni wykazać się kreatywnością i eksperymentować tak, aby znaleźć najbardziej opłacalne strategie. Prowadzenie eksperymentów i pilotaże to konieczność, bowiem heurystyki są wrażliwe na kontekst – to, co świetnie działa w jednym modelu kulturalnym, w innym może wyrzucić zgoła odmienny efekt. Sięgając po doświadczenia z innych krajów i próbując wdrożyć proponowane rozwiązania, np. w Polsce, należy wziąć na to poprawkę. Pamiętajmy, że główną bolączką polskiego społeczeństwa jest osłabienie niski kapitał zaufania – Polacy z założenia są podejrzliwi i nawet najdoskonalszy pomysł mogą początkowo potraktować z dużą dozą niechęci [15].

Chen i Stevens (2017) podali cztery przykładowe sposoby działań mogących poprawić wyszczepialność społeczeństwa. Ich propozycje zostają omówione poniżej [13].

„Daj temu twarz”

Sugestia oparta na założeniu, że interakcja z konkretną osobą bardziej zapada w pamięć niż informacje zawarte w surowych liczbach i statystykach. Ministerstwo Zdrowia może np. emitować filmy, w których ludzie opowiadają o tym, jak udało im się uniknąć zachorowania po otrzymaniu szczepionki. Rząd może też zapewnić dotacje, które umożliwią realizację takich filmów czy plakatów. Władze odpowiedzialne za zdrowie publiczne mogą również współpracować z celebrytami, którzy służą jako „twarze” kampanii, ponieważ dobrze znane osoby mogą znacząco wpłynąć na zachowania ludzi [13]. Na przykład udział popularnej amerykańskiej dziennikarki Katie Couric w promocji rozpoznawania raka jelita grubego, podczas której dziennikarka została poddana kolonoskopii emitowanej na żywo w telewizji, znacznie zwiększył liczbę tych badań w miesiącach następujących po emisji [13, 16].

„Uczynić to osobistym problemem”

Niektóre osoby rozumieją korzyści płynące ze szczepień, znają odpowiednie statystyki, ale bagatelizują problem, nie potrafiąc odnieść się doń osobiście – skłonienie do zmiany perspektywy może im pomóc w dokładniejszym oszacowaniu ryzyka. Wykazano, że proszenie ludzi o rozważenie istotnych kwestii z perspektywy odległego obserwatora usprawnia rozumowanie i podejmowanie decyzji. Jedną z metod, która może skłonić ludzi do podjęcia

bardziej odległej perspektywy, jest przedstawienie ogłoszeń, które opisują sytuację jakiejś osoby i prośzenie widzów, aby zastanowili się, co powinna ona zrobić. Należy oczywiście wybrać taką postać, z którą publiczność może z łatwością się identyfikować [13].

„Wykadruj informacje”

Ludzi cechuje awersja do strat: strata boli bardziej, niż potencjalny zysk cieszy. Stąd odpowiednia „oprawa” informacji może mieć wpływ na ludzkie decyzje. Kahneman opisał następujące badanie: krótkoterminowe ryzyko leczenia operacyjnego raka płuca zostało opisane w kategoriach współczynnika przeżycia lub w kategoriach wskaźnika śmiertelności. Chociaż wskaźniki te są logicznie równoważne, okazało się, że sposób przedstawienia informacji wpływał na to, czy lekarze będą skłaniać się ku operacji czy radioterapii. Informacja przedstawiona za pomocą „wskaźnika umieralności” może być rozumiana jako „strata”, zaś „wskaźnik przeżycia” to swego rodzaju „zysk”. Badanie wykazało, że operacja jest znacznie częściej wybierana, gdy ryzyko jest ustalane w kategoriach wskaźnika przeżycia. Natomiast gdy ryzyko operacji opisuje się w kategoriach strat, nie wydaje się ona wtedy tak dobrą opcją [13, 17].

Rozpatrzmy zatem komunikat – „Czy wiesz, że szczepienie przeciw grypie może zmniejszyć ryzyko zachorowania na grypę nawet o 80%?”. Takie przesłanie ma na celu zachęcenie do szczepienia przez wyrażenie go w kategoriach zysku (zmniejszenie ryzyka). Zasada awersji do strat sugeruje jednak, że skuteczniejsze może być „przeformułowanie” tego przesłania i podkreślenie straty, której można doświadczyć unikając szczepień, na przykład: „Czy wiesz, że ryzyko zachorowania na grypę wzrasta nawet o 400%, jeśli nie jesteś zaszczepiony?”. Obie wiadomości są matematycznie równoważne [13].

„Siła zaangażowania”

Niektóre osoby mogą być skłonne do zaszczepienia się, ale nie znajdują motywacji do powzięcia takiego kroku. Milkman i wsp. (2011) wykazali, że prośenie ludzi o zapisanie konkretnej daty i godziny, w której planują zaszczepić się przeciw grypie, nieznacznie zwiększyło wskaźnik szczepień w stosunku do tych, którzy nie byli do takiego działania zachęceni. Sugeruje to, że nakłonienie ludzi do zaplanowania terminu szczepienia może mieć pozytywny wpływ na wyszczepialność [13, 18]. Ludzie, którzy wykazują tendencję do odkładania rzeczy na później, mogą być skłonni do stawienia się na szczepienie, gdyby rezygnacja z niego miała być trudna lub kosztowna. W ten sposób stają się „związani” z decyzją. Wadą oferowania takich wiążących metod jest to, że ludzie niemający tendencji

do prokrastynacji mogą być mniej skłonni do zapisów na szczepienie. To pokazuje, jakie znaczenie dla projektowania polityki ma wiedza, jaki odsetek nie-szczepionych składa się z osób, które je odkładają z powodu tzw. niespójności czasowej w podejmowaniu decyzji [13].

W zachęcaniu do szczepień należy znaleźć umiar – przesadzone działania promocyjne mogą wywołać efekty odwrotne do oczekiwanych. Gwałtowny wzrost popytu przyczynia się do powstawania kolejek czy szukania nieformalnych dróg dostępu. Istnieje ryzyko, że pacjenci zaczną wietrzyć „spisek koncernów farmaceutycznych”, zwłaszcza w obliczu doniesień medialnych o kolejnych skandalach szczepionkowych, jak np. ostatnio w Chinach [19]. Jak skomplikowane bywa przewidywanie rozwoju rynku, doskonale obrazuje sytuacja z 2009 r. związana z pandemią wirusa grypy AH1N1. Niemal wszystkie europejskie kraje zamówiły olbrzymie ilości szczepionek, z których skorzystał nikły procent obywateli. Państwa poniosły z tego tytułu wielomilionowe straty [20].

Ekonomia behawioralna w walce z nowotworami

Badania prowadzone w Stanach Zjednoczonych dowiodły, że ludzie o niskich dochodach, mniejszości narodowe oraz nieubezpieczeni należą do grupy o nieporównywalnie wyższym prawdopodobieństwie choroby i śmierci z powodu nowotworu, a także rzadziej niż reszta społeczeństwa uczestniczą w zalecanych badaniach przesiewowych. W jaki sposób ekonomia behawioralna może zmniejszyć te dysproporcje, zwiększając zgłaszalność na badania przesiewowe w kierunku raka piersi, jelita grubego i szyjki macicy – nowotworów, które dotyczą setki tysięcy Amerykanów każdego roku?

W obliczu utrzymujących się dysproporcji, wymagane jest wprowadzenie nowych strategii promowania badań wśród populacji zagrożonych wykluczeniem społecznym. Do takich strategii można zaliczyć trzy koncepcje z ekonomii behawioralnej – osąd, proces decyzyjny i architektura wyboru [21]. **Tabela 1** obrazuje poszczególne koncepcje i podaje przykłady, w jaki sposób można je zastosować w celu zwiększenia badań przesiewowych w populacjach o niskim dochodzie i wśród mniejszości narodowych.

W świetle obiecujących dowodów na skuteczność wymienionych w **tabeli 1** interwencji, dostawcy usług zdrowotnych powinni rozważyć ich przyjęcie. W dobie e-zdrowia szczególnie dobrą propozycją wydaje się „opcja domyślna” zintegrowana z elektroniczną dokumentacją medyczną, która pozwoli zaplanować terminy badań przesiewowych czy innych badań kontrolnych. Należy

Tabela 1. Przykładowe podejścia i interwencje w zakresie skriningu nowotworów skierowane do grup zagrożonych wykluczeniem społecznym. Na podstawie [21].

Table 1. Examples of approaches and interventions for cancer screening addressed to groups at risk of social exclusion.

Based on [21].

Koncepcja	Definicja	Wyjaśnienie koncepcji	Wskazówki do wykorzystania w promocji badań
Wydawanie sądów			
Dostępność	Ludzie oceniają prawdopodobieństwa przyszłych zdarzeń na podstawie tego, jak łatwo mogą przywołać podobne zdarzenia w pamięci.	Wysoce zapadające w pamięć i pozytywnie nacechowane wiadomości dotyczące badań przesiewowych w kierunku nowotworów będą łatwo przypominane w przyszłości.	Używaj wyrazistego języka, żywych obrazów i osobistych historii, aby wywołać silne emocje u odbiorców.
Reprezentatywność	Ludzie oceniają prawdopodobieństwo zdarzenia w oparciu o to, w jakim stopniu przypomina ono wyobrażenia, które mają na dany temat.	Podkreślenie podobieństw między cechami (np. geograficznymi, płciowymi, etnicznymi) osób wykorzystanych w promocji i populacji targetowej może pomóc w motywowaniu zmiany zachowania.	Przedstawienie badań przesiewowych w sposób atrakcyjny dla docelowej populacji. Przykładowo, jeśli odbiorcami są mężczyźni, którzy cenią siłę, sprawcie, żeby badanie było czymś „dla twardzieli”.
Nadmierny optymizm	Ludzie przeceniają swoje zdolności i odporność na ryzyko w porównaniu z innymi.	Ludzie mogą być nadmiernie optymistyczni co do prawdopodobieństwa zachorowania i mogą w rezultacie nie poddać się badaniu przesiewowemu.	Podaj indywidualne szacunki ryzyka (na podstawie wywiadu rodzinnego, stylu życia itp.), aby ułatwić realne szacowanie ryzyka.
Podjęmowanie decyzji			
Afekt	Ludzie dokonują ocen na podstawie elementarnych reakcji emocjonalnych.	Wywołanie silnej pozytywnej emocji przy informacji na temat badań przesiewowych powinno zwiększać prawdopodobieństwo zgłoszenia się na badanie. Przeciwdziałanie negatywnym emocjom (np. strach, wstyd) może mieć podobny skutek.	Podkreśl pozytywne aspekty badań przesiewowych (np. ulga, wiedza) i dostarcz rozsądne argumenty lub sposoby radzenia sobie z negatywnymi emocjami (np. strach, wstyd, ból).
Efekty kontekstowe	Ludzie wybierają opcję wyraźnie „dominującą”, „najlepszą”. Jeśli opcja dominująca nie jest wyraźnie zaznaczona, wybierają kompromis, odrzucając wartości skrajne.	Jeśli dana metoda dominuje w pewnym istotnym dla danej osoby atrybucie (np. koszt, skuteczność, wygoda), będzie miała ona tendencję do wybierania tej opcji.	Przeznacz jasne informacje o zaletach i wadach różnych metod i pomóż pacjentom wybrać opcję dostosowaną do ich potrzeb.
Dyskontowanie przyszłych korzyści	Ludzie podejmują perspektywistyczne decyzje, gdy korzyści można osiągnąć wyłącznie w przyszłości, ale podejmują krótkowzroczne decyzje, gdy profity mogą być osiągnięte natychmiast.	Badania przesiewowe są obciążone natychmiastowym „kosztem”, np. zawstydzienia, dyskomfortu, a wiele korzyści (np. zapobieganie nowotworom) ma charakter długoterminowy.	Ogranicz „koszty” do minimum i określ natychmiastowe korzyści. Zapewnij natychmiastową zachętę do badań.
Uczciwość	Ludzie prędzej odmówią jakiegokolwiek wsparcia niż przyjmą ofertę, którą postrzegają jako niesprawiedliwą, nieuczciwą.	Biorąc pod uwagę brak zaufania grup zagrożonych wykluczeniem społecznym do systemów medycznych, jakiegokolwiek podejrzenie nierównego traktowania (np. zastosowanie starszych technologii do badań) może skutkować niepowodzeniem badań.	Oferuj pełen zakres opcji z informacjami o tym, co jest uważane za „złoty standard”.
Efekty ramy	Sposób, w jaki prezentowane są alternatywy często decyduje o tym, którą opcję wybiorą pacjenci.	„Wykadowanie” wyboru w kierunku decyzji o przystąpieniu do badania: „Czy wolisz mieć 80% do 90% pewności, że nie masz raka czy nie mieć żadnej pewności?”; „Czy zamienisz 20 do 30 lat swojego życia na pół dnia bez lekkiego dyskomfortu?”	„Kadruj” informacje, zwracając uwagę zarówno na skuteczność kliniczną, jak i na dodatkowe korzyści z badań przesiewowych.
Normy społeczne/ kulturowe	Ludzie obserwują to, co robi większość z ich rówieśników i naśladują ich zachowanie.	Jeśli ludzie dostrzegą, że osoby, z którymi się utożsamiają nie biorą udziału w badaniach (lub nie znają nikogo, kto został poddany badaniu), będzie mniej prawdopodobne, że zgłoszą się na takie badanie.	Dostarcz dowody na to, że dane działanie jest „normą społeczną”, przekaz opowieści od podobnych osób, które poddały się badaniu.
Niechęć do ryzyka/ straty	Dokonując wyborów, ludzie wolą uniknąć straty niż pozyskać potencjalne zyski, nawet jeśli ich wartość i prawdopodobieństwo są takie same.	Zwrócenie uwagi na to, co może zostać utracone przez niepoddanie się badaniom oraz podkreślenie potencjalnych korzyści z bycia testowanym (np. spokój ducha, poczucie autonomii) mogą pomóc w zwiększeniu liczby zgłoszeń na badania.	Podkreśl koszty rezygnacji z badań oraz korzyści z ich przeprowadzenia.
Architektura wyboru			
Zezwalanie na błędy	Dobrze zaprojektowany system bierze pod uwagę możliwość popełnienia błędów przez użytkowników i „wybacza” im, gdy to tylko możliwe.	„Błąd” niepoddania się badaniu powinno dać się łatwo skorygować.	Zapewnij wiele przypomnień, testowanie na żądanie oraz prezentację alternatyw (np. badanie FOB, jeśli odbiorca nie chce poddać się kolonoskopii).
Domyślne opcje	Wiele osób wybierze (lub zaakceptuje) ustawioną opcję domyślną.	Pracownicy mogą automatycznie wyznaczać kwalifikującym się pacjentom terminy badań przesiewowych w kierunku nowotworów (tj. opcja domyślna) przy założeniu, że pacjenci mogą zrezygnować.	Zapewnij domyślne terminy badań przesiewowych z opcją rezygnacji.

Tabela 1. Przykładowe podejścia i interwencje w zakresie skринingu nowotworów skierowane do grup zagrożonych wykluczeniem społecznym. Na podstawie [21]; cd.

Table 1. Examples of approaches and interventions for cancer screening addressed to groups at risk of social exclusion. Based on [21] (continued).

Koncepcja	Definicja	Wyjaśnienie koncepcji	Wskazówki do wykorzystania w promocji badań
Informacje zwrotne	Mówienie ludziom, kiedy czynią dobrze, a kiedy popełniają błędy poprawia wydajność.	Do systemu opieki zdrowotnej należy włączyć zarówno pozytywne informacje zwrotne po przystąpieniu do badań, jak i nakłanianie do badań, do których odbiorca się nie zgłosił.	Regularnie dostarczaj pacjentom kontrolną listę ukończonych i niezakończonych badań.
Zachęty	Zachowania są silnie uzależnione od związanych z nimi kosztów i nagród.	Można wprowadzić pieniężne lub inne zachęty, które są istotne dla danej grupy.	Zapewnij zachęty do ukończenia badań przesiewowych.
Strukturyzowanie złożonych wyborów	Ponieważ liczba wyborów rośnie, niezbędne jest ich ustrukturyzowanie, aby podnieść jakość procesu decyzyjnego.	Strukturyzacja danych dotyczących badań pod kątem takich kwestii jak czas, częstotliwość i inwazyjność badania może zwiększyć zrozumienie.	Podaj zrozumiałe wyjaśnienia dotyczące opcji badawczych i poinformuj pacjentów o tym, co wiąże się z każdą z nich.
Zrozumienie konsekwencji	Należy wyjaśnić wpływ podejmowanych decyzji na dobrostan.	Należy pomóc w zrozumieniu konsekwencji poddania się badaniom – wyjaśnić proces badania, możliwość wykrycia nowotworu i, w razie potrzeby, rozpoczęcia leczenia.	Dostarczaj prostych i istotnych informacji o konsekwencjach badań przesiewowych.

również rozważyć zachęty ułatwiające dostęp do badań (np. organizacja transportu i opieka nad dzieckiem) czy nagrody (np. karty podarunkowe).

Omawiany artykuł Purnella i wsp. skupił się na organizacji badań przesiewowych wśród ludzi o niskich dochodach, mniejszości narodowych oraz nieubezpieczonych. W zasadzie proponowane rozwiązania można wdrażać także wśród innych grup narażonych wykluczeniem społecznym, np. wśród osób niepełnosprawnych. Może się też okazać, że niechęć do procedury wcale nie wynika z błędnych przekonań, lecz jest uwarunkowana prozaicznymi przyczynami, np. trudnościami w dostępie do informacji, niedogodnościami architektonicznymi. Czasem wystarczy zrozumienie motywów niepodejmowania przez te osoby konkretnych działań, aby móc usunąć bariery, a następnie, w razie potrzeby, za pomocą drobnego „impulsu” zachęcić do uczestnictwa w badaniach profilaktycznych.

Ekonomia behawioralna a personel medyczny

W artykule wskazano już, w jaki sposób można wykorzystać niektóre z narzędzi ekonomii behawioralnej, chcąc zmienić zachowania odbiorców ochrony zdrowia – pacjentów. Jednak „impulsować” można również dostawców usług medycznych. Za przykład niech posłuży nam funkcjonujący w przestrzeni publicznej plakat, który informuje pacjentów, że w praktyce lekarskiej unika się przepisywania antybiotyków, gdy mogą wyrządzić więcej szkody niż pożytku. Jak się okazało, taki przekaz zadziałał na lekarzy i spowodował zmniejszenie liczby recept wypisywanych na antybiotyki (w porównaniu do standardowej praktyki, przed pojawieniem się plakatu). Jest to przykład wykorzystania tzw. publicznych technik autozobowiązania.

W oparciu o badanie z plakatem, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) pokryło koszty innego badania, którego celem było znalezienie kolejnego sposobu na redukcję liczby recept wypisywanych na antybiotyki. W tym celu przetestowano trzy różne systemy elektronicznej dokumentacji medycznej (EHR). W jednym wariantcie oprogramowania, wyskakujące okienko (pop-up) rekomendowało alternatywy dla antybiotyków. W innej wersji lekarze zostali poproszeni o pisemne uzasadnienie swojego działania klinicznego, gdy pojawiał się okienko przypominające, że antybiotyki zazwyczaj nie są stosowane w tym schorzeniu – tzw. koncepcja usprawiedliwiająca. W trzecim wariantcie dokonano comiesięcznego, wysyłanego drogą mailową, „rankingu” (np. porównanie z „najlepszym wykonawcą”), podsumowującego liczbę recept wypisanych w przypadku chorób, w których nie uzasadniono użycia antybiotyków. Wyniki wykazały, że koncepcja usprawiedliwiająca prowadziła do zmniejszenia liczby recept wystawionych na antybiotyki, tylko dopóki stosowano „impuls”. Metoda porównania z innymi współpracownikami, czyli wykorzystanie społecznego dowodu słuszności, wywoływała zaś efekt długoterminowy [22].

Wykorzystując zasadę „opcji domyślnej” w systemie elektronicznym można doprowadzić do częstszego przepisywania tańszych leków generycznych. Leki na receptę stanowią dużą część kosztów opieki zdrowotnej. Mimo powszechnego zastąpienia leków referencyjnych lekami generycznymi w Stanach Zjednoczonych szacuje się, że można by było zaoszczędzić ponad 9 miliardów dolarów rocznie, gdyby substytucja była stosowana jeszcze szerzej [23].

Kształcenie lub zachęcanie lekarzy przepisyujących leki do stosowania zamienników może się okazać nieefektywne kosztowo i prowadzić do osiągnięcia wątpliwych korzyści. Zaobserwowano

jednak olbrzymie i utrzymujące się postępy dzięki elektronicznemu wspomaganie, w którym recepta na lek markowy jest automatycznie zastępowana tańszą alternatywą [24]. Informatyzacja w ochronie zdrowia w połączeniu z technikami ekonomii behawioralnej otwiera drogę do osiągnięcia olbrzymich oszczędności.

Ryzyko i ograniczenia związane z implementacją ekonomii behawioralnej w polityce zdrowotnej

Jak już wspomniano, narzędzia ekonomii behawioralnej nie są wolne od ograniczeń, których nie wolno lekceważyć. Na reakcje odbiorców mogą wpłynąć uznawane przez nie wartości, a także kontekst polityczny i kulturowy. Hipotetycznie, informacja w stylu: „wszyscy współpracownicy już się zaszczepili przeciwko grypie – a ty?” dla części osób może wcale nie okazać się motywująca, a jedynie wywołać poczucie winy czy niższości.

Ekonomia behawioralna jest dziedziną, która stosunkowo niedawno zyskała przychylność badaczy, stąd obecnie nie ma zbyt wielu badań testujących skuteczność poszczególnych interwencji w perspektywie długoterminowej. W tym miejscu warto się zastanowić nad rzeczywistym czasem działania coraz to wymyślniejszych „impulsów” – w świetle niektórych badań powtarzalność norm społecznych z upływem czasu spada [2].

Po założeniu brytyjskiej organizacji Behavioral Insight Team w 2010 r. pojawiły się głosy krytyki. Niektórzy obawiali się, że impulsy nie zrobią nic dobrego, a ich efekty z czasem znikną. Inni ostrzegali, że rządy zbliżają się niebezpiecznie blisko masowej manipulacji. Dodatkowo wyniki niektórych badań z nauk behawioralnych zostały zakwestionowane, ponieważ odtworzenie znanych wyników zakończyło się niepowodzeniem. Jednakże, nawet jeśli konkretne wyniki okażą się błędne i eksperymentalne, oparte na danych podejście do kształtowania polityki zyskuje na popularności [25].

Loewenstein i współ. ostrzegają, że polityka może czasami wyprzedzić naukę. Istnieje ryzyko zastosowania metod ekonomii behawioralnej przed próbą dostatecznego zrozumienia kontekstu i skutków zastosowania. Podczas integracji odkryć z ekonomii behawioralnej ze zdrowiem publicznym ważne jest, aby zachować czujność na dowody. Niektóre impulsy mogą być niedoskonałe i wprowadzane pośpiesznie. Naukowcy zajmujący się ekonomią behawioralną konsekwentnie podkreślali, że interwencje powinny być nieustannie oceniane i udoskonalane. Dzięki takim ocenom i udoskonaleniom opartym na dowodach, cel, jakim jest poprawa zdrowia przy niewielkim nakładzie pieniężnym, staje się coraz bardziej osiągalny [26].

Nie zawsze można zastępować tradycyjne rozwiązania narzędziami ekonomii behawioralnej. Jak zauważyła Marteau, aby zmniejszyć spożycie alkoholu przez młodych ludzi, najskuteczniejszym środkiem będzie po prostu zakazanie używania alkoholu osobom poniżej pewnego wieku i podnoszenie podatków od alkoholu [27]. Podobnie, w kwestii omawianych we wstępie szczepień obowiązkowych nie znaleziono skuteczniejszego rozwiązania niż nakładanie kar za nieszczepienie. Trzeba tylko pamiętać o tym, że oprócz „kija” powinna pojawić się „marchewka”, np. system odszkodowań za niepożądane odczyny poszczepienne. Chociaż w niektórych krajach nie ma szczepień obowiązkowych, zwykle inne regulacje czuwają nad zachowaniem odpowiedniego poziomu wyszczepialności. Na przykład w Australii zasiłek macierzyński i zasiłek na opiekę nad dzieckiem (odpowiednik polskiego programu „500+”) są wypłacane wyłącznie w przypadku, gdy dziecko ma odpowiednie szczepienia (lub medyczne zaświadczenie o niemożności ich wykonania). Niezaszczepione dzieci mogą być przyjmowane do australijskich szkół, ale w przypadku wystąpienia ogniska choroby w szkole nie mogą uczęszczać na zajęcia [28].

W wielu przypadkach interwencje behawioralne nie będą tak skuteczne, jak tradycyjny system kar i nagród, zatem należy je traktować jako uzupełnienie, a nie substytuty dla osiągnięcia celów polityki. W związku z tym Loewenstein i Ubel napisali: „Ekonomia behawioralna powinna uzupełniać, a nie zastępować bardziej merytoryczne interwencje gospodarcze. (...) Pomimo wszystkich wątpliwości, sama ekonomia behawioralna nie jest realną alternatywą dla dalekosiężnej polityki, której potrzebujemy, by stawić czoła wyzwaniom naszego narodu” [29].

Wnioski

Już starożytni filozofowie greccy zauważali, że spory niekoniecznie wygrywa ten, kto ma rację. Dzieje się tak dlatego, że ludzie ulegają emocjom, które utrudniają im przetworzenie dostępnych informacji. Na kanwie tych obserwacji powstała retoryka – sztuka prowadzenia dyskusji, kładąca nacisk na sposób przekazywania informacji, a nie samą informację. W podobny sposób działa ekonomia behawioralna punktuje ludzkie błędy poznawcze. Państwo korzystające z dorobku ekonomii behawioralnej może działać inaczej niż dotychczas: pomagać ludziom, nie naruszając przy tym ich wolności wyboru [30].

Podczas sesji plenarnej w Brukseli w grudniu 2016 r. przyjęto opinię Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego „W kierunku uwzględnienia koncepcji łagodnej sugestii w strategiach

politycznych UE”. Wskazano, że w polityce publicznej warto przyspieszać wdrażanie strategii mniejszym kosztem. Aby uchronić się przed potencjalnymi zagrożeniami płynącymi z nierozsądnego stosowania „impulsów”, podkreślono konieczność stworzenia kodeksu etycznego dotyczącego tej koncepcji. Założenie, że ludzie niekoniecznie dokonują wyborów, które leżą w ich najlepszym interesie, otwiera świat alternatywnych interwencji politycznych wykraczających poza standardową manipulację kosztami (przez podatki i dotacje) [2].

Rzeczywiście, wiele problemów w opiece zdrowotnej, z którymi borykają się poszczególne jednostki i całe społeczeństwa wcale nie ma charakteru medycznego ani naukowego; są to problemy natury behawioralnej. Wykorzystanie narzędzi ekonomii behawioralnej może usprawnić ich rozwiązywanie.

Otrzymano: 2018.09.20 · Zaakceptowano: 2019.01.21

Piśmiennictwo

- Verkhivker A.: Why policy makers should nudge more. <http://review.chicagobooth.edu/economics/2017/article/why-policy-makers-should-nudge-more> (dostęp: 12.07.2018).
- Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego „W kierunku uwzględnienia koncepcji łagodnej sugestii w strategiach politycznych UE” (opinia z inicjatywy własnej), 2017/C 075/05, Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej C 75/28, 10 marca 2017.
- Kooreman P., Prast H.: What does behavioral economics mean for policy? Challenges to savings and health policies in the Netherlands. *De Economist* 2010, 158(2): 101–122.
- Stevens J.: Behavioral economics strategies for promoting adherence to sleep interventions. *Sleep Medicine Reviews*. 2015, 23: 20–27.
- Halpern S.D.: Shaping End-of-Life Care: Behavioral Economics and Advance Directives. *Semin Respir Crit Care Med*. 2012, 33(04): 393–400.
- Williams A.M., Liu P.J., Muir K.W., Waxman E.L.: Behavioral economics and diabetic eye exams. *Prev Med*. 2018, 112: 76–87.
- Bednarska K., Hallmann-Szeleńska E., Kondratiuk K., Rabczenko D., Brydak L.: Innowacje w nadzorze nad grypą w Polsce. *Probl Hig Epidemiol*. 2016, 97(2): 101–105.
- Brydak L.B.: Szczepienia przeciwko grypie. Komentarz do artykułu: Poddawanie się seniorów z miasta Poznania bezpłatnym szczepieniom ochronnym przeciwko grypie. *Probl Hig Epidemiol*. 2013, 94(4): 928–929.
- Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Szczepionki – grypa. <http://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/grypa/9/> (dostęp: 12.07.2018).
- Talbot T., Talbot H.: Influenza prevention update: examining common arguments against influenza vaccination. *Journal of the American Medical Association*. 2013, 309: 881–882.
- Brydak L.B.: Grypa znana od stuleci – nadal groźna. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2014, 16(2): 181–184.
- Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 31 października 2017 roku w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2018. *Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia*, poz. 108.
- Chen F., Stevens R.: Applying lessons from behavioral economics to increase flu vaccination rates. *Health Promotion International* 2017, 32(6), 1067–73.
- World Health Organization: Influenza (Seasonal). [http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal)) (dostęp: 12.07.2018).
- Olejniczak K., Śliwowski P.: Nadchodzi rewolucja? Analizy behawioralne w interwencjach publicznych. W: Haber A., Olejniczak K. (R) ewaluacja 2. Wiedza w działaniu. Warszawa: Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości 2014: 13–45.
- Cram P., Fendrick M., Inadomi J., Cowen ME., Carpenter D., Vijan S.: The impact of a celebrity promotional campaign on the use of colon cancer screening. The Katie Couric Effect. *Arch Intern Med*. 2003, 163(13): 1601–1605.
- Kahneman D.: Pułapki myślenia. O myśleniu szybkim i wolnym. Poznań: Media Rodzina, 2012.
- Milkman K., Beshears J., Choi J., Laibson D., Madrian B.: Using implementation intentions prompts to enhance influenza vaccination rates. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA* 2011, 108: 10415–10420.
- Polityka Zdrowotna: Po skandalu szczepionkowym Chiny sprawdzają wszystkich dostawców. <http://www.politykazdrowotna.com/34984,po-skandalu-szczepionkowym-chiny-sprawdzaj-wszystkich-dostawcow> (dostęp: 12.07.2018).
- Mruk H.: Metody analizy otoczenia apteki. W: Mruk H. *Marketingowe zarządzanie apteką*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska SA 2013: 35–46.
- Purnell J.Q., Thompson T., Kreuter MW., McBride TD.: Behavioral economics: “nudging” underserved populations to be screened for cancer. *Prev Chronic Dis*. 2015, 12: 140346. DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd12.140346> (dostęp: 12.07.2018).
- Doctor J.: Encouraging Guideline-Appropriate Treatments. Meeting Summary – Health Economics Common Fund Program, 28–29.09.2017, National Institutes of Health, Maryland.
- Haas J.S., Phillips K.A., Gerstenberger E.P., Seger A.C.: Potential savings from substituting generic drugs for brandname drugs: medical expenditure panel survey 1997–2000. *Ann Intern Med*. 2005, 142(11): 891–897.
- King D., Greaves F., Vlaev I., Darzi A.: Approaches Based On Behavioral Economics Could Help Nudge Patients And Providers Toward Lower Health Spending Growth. *Health Affairs*. 2013, 32(4): 661–667.
- The Economist: Nudge comes to shove: Policymakers around the world are embracing behavioural science. <https://www.economist.com/international/2017/05/18/policymakers-around-the-world-are-embracing-behavioural-science> (dostęp: 12.07.2018).
- Loewenstein G., Asch D.A., Friedman J.Y., Melichar L.A., Volpp K.G.: Can behavioural economics make us healthier? *BMJ*. 2012, 344, 10.1136/bmj.e3482.
- Marteau T.M., Ogilvie D., Roland M., Suhrcke M.: Judging nudging: Can nudging improve population health? *BMJ*. 2011, 342: 263–65.
- Walkinshaw E.: Mandatory vaccinations: The international landscape. *CMAJ*. 2011, 183(16): e1167–e1168. DOI: 10.1503/cmaj.109-3993.
- Loewenstein G., Ubel P.: Economics behaving badly. *New York Times* 2010 http://www.nytimes.com/2010/07/15/opinion/15loewenstein.html?_r=1 (dostęp: 12.07.2018).
- Ostapiuk A.: Spór o wolność jednostki – racjonalność człowieka ekonomicznego versus działalność państwa (Praca magisterska). Wrocław: Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu. Wydział Nauk Ekonomicznych.