

## MANAGEMENTUL ÎN ECONOMIA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

### 8.1. INTRODUCERE ÎN ECONOMIA SANITARĂ. DEFINIȚIE ȘI OBIECT DE STUDIU

Economia este știința care se ocupă cu studiul producerii și alocării bunurilor și serviciilor în condițiile unor resurse limitate. Ea se bazează pe două legități universale: dorințele și nevoile oamenilor sunt nelimitate, iar resursele disponibile pentru a le satisface sunt limitate. Astfel, economia studiază modul, în care resursele sunt utilizate pentru satisfacerea cerințelor, uneori fiind denumită *știința sărăciei*.

Cele trei întrebări fundamentale, care stau la baza economiei sunt:

1. *Ce bunuri și servicii trebuie produse?*
2. *În ce mod trebuie produse aceste bunuri și servicii?*
3. *Către cine trebuie repartizate aceste bunuri și servicii?*

Economia poate fi:

- *pozitivă* – studiază ceea ce există în realitate: ce bunuri sunt produse, cum anume și către cine sunt distribuite; sau
- *normativă* – studiază ceea ce ar trebui să fie și modul de implementare a acestui obiectiv în practică.

*Economia sanitară* studiază modul, în care sunt produse și furnizate îngrijirile de sănătate, în condițiile unor resurse limitate. Cele trei întrebări fundamentale ale economiei sunt valabile și pentru economia sanitară, cu specificarea că bunurile și serviciile produse sunt reprezentate de îngrijirile de sănătate. Acesta este motivul, pentru care se mai folosește în loc de economie sanitară și termenul de economie serviciilor de sănătate.

După o perioadă de incertitudine de câteva decenii, datorată teoriei conform căreia resursele pentru sănătate nu trebuie limitate *economia sanitară* s-a dezvoltat esențial. Astăzi este evident, că nici o țară nu poate aloca resurse nelimitate pentru îngrijirile de sănătate, indiferent de nivelul dezvoltării economice a ei.

Un sistem economic reprezintă un mod de distribuție a resurselor astfel încât să fie satisfăcute nevoile, deci să răspundă celor trei întrebări fundamentale: ce producem, cum producem și pentru cine producem.

Există două sisteme distincte, care încearcă să atingă aceste deziderate:

- *sistemul economiei centralizate* – în care statul evaluează nevoile consumatorilor și decide ce bunuri să fie produse și cum anume, precum și distribuția acestor bunuri;

- *sistemul economiei de piață liberă* – în care statul permite indivizilor să decidă ce bunuri să fie produse, în concordanță cu distribuția inițială a resurselor

(statul poate avea însă rolul de a redistribui resursele inițiale între indivizi pentru a atinge obiective de echitate).

În practică, majoritatea statelor au sisteme economice, care operează între aceste două extreme. Deoarece eșecul economiei centralizate este cunoscut, să vedem cum ar trebui să funcționeze un sistem de piață liberă.

Pe parcursul ultimelor decenii conducerea serviciilor de sănătate este cu insistență preocupată de câteva aspecte ale asigurării sănătății populației, și anume:

- creșterea continuă în mase a solicitărilor și cheltuielilor pentru sănătate;
- costurile exagerate ale tehnologiilor medicale supraspecializate de diagnostic și tratament prevăzute pentru un număr restrâns de bolnavi și volumul mare de îngrijiri elementare ale sănătății strict necesare tuturor;
- obstacolele financiare ce apar în asigurarea sau în obținerea de îngrijiri medicale adecvate, și mai ales a celor de strictă necesitate;
- consecințele economice condiționate de starea de sănătate alterată, boală și insuficiența de cunoaștere a avantajelor oferite de îngrijirile medicale pentru consumator și colectivitate;
- modul în care sănătatea populației și serviciile medicale pot avea o mai mare contribuție la dezvoltarea economică și la progresul general al colectivităților etc.

Aceste aspecte rezumă, în ultimă instanță, la problemele ce le impune «economicul» în asigurarea unei sănătăți mai bune și la cele, pe care boala le creează în dezvoltarea economică a colectivității.

Analiza, chiar sumară, a situației din orice teritoriu arată că numai sporirea continuă a cheltuielilor sanitare nu constituie singura soluție în rezolvarea problemelor de sănătate, chiar dacă se operează etapizat cu priorități și renunțări. În soluționarea lor se cere participarea conducerii colectivității – care cunoaște posibilitățile materiale și financiare ce le poate repartiza, a serviciilor medicale ce folosesc resursele colectivității pentru asigurarea sănătății precum și a populației ce beneficiază de îngrijiri de sănătate și medicale. Conducerea colectivității, care asigură resursele și plătește „factura” cheltuielilor pentru sănătate, trebuie să cunoască de la început – și nu numai la sfârșit – ce efecte favorabile se vor obține asupra sănătății și bolii. Serviciilor medicale li se pretinde să cunoască nu numai problemele de sănătate și volumul resurselor necesare, ci și costul evitării bolii sau al agravării, al îngrijirilor bolii la nivelul diferitelor structuri medicale (dispensar, policlinică, spital) pentru a desprinde avantajul ce-l oferă acestea pentru bolnav și colectivitate, pentru a putea alege modalitățile de rezolvare ce au efect mai mare și cost mai redus, pentru că resursele – totdeauna limitate – să fie bine gospodărite. Populația din orice teritoriu necesită să fie informată că „producția de îngrijiri medicale” are totdeauna limite, oricât s-ar dezvolta și diversifica, și că în evitarea abuzului și risipei consumatorul are rolul cel mai important.

Cu asemenea aspecte se ocupă economia aplicată în domeniul sănătății sau economia sanitară. Ca și economia educației, a culturalizării, a serviciilor pentru populație, ca și orice alte economii de ramură mai recent apărute – economia sanitară are în aria preocupărilor atât sectoarele ce asigură repartizarea resurselor pentru sănătate, cât și pe acelea ce realizează sau consumă îngrijirile destinate sănătății. Economia sanitară e studiul din punct de vedere economic al nevoilor și consumului de îngrijiri pentru sănătate, al activităților și acțiunilor medicale, al



randamentului „producătorului”, al costurilor și eficienței activităților, programelor și unităților sanitare, al avantajului ce-l aduc acestea pentru familii și colectivitate. Prin cercetările sale, cu ajutorul variatelor metode și tehnici ce le folosește, ea oferă informații sub formă de cantități asupra necesarului și repartizării resurselor pentru sănătate din cadrul sistemului global social-economic (al macrosistemului ocrotirii sănătății), asupra modului de folosire a acestora în propriul sistem sanitar, asupra măsurii, cu care sănătatea participă la o viață productivă social-economică, sau cu care boala îi produce pierderi; ea asigură informații asupra volumului și structurii consumurilor, costurilor diferitelor activități pentru sănătate, asupra tendinței și distribuției lor teritoriale etc.

Mai concis, economia sanitară este studiul din punct de vedere economic al necesarului, repartizării și folosirii resurselor în rezolvarea problemelor de sănătate și al eficienței acestora în cadrul sistemului global social-economic și al propriului sistem sanitar.

*Obiectivul imediat* al economiei sanitare este de a forma o gândire și o conduită practică economică la personalul medical, de a obișnui întregul personal al unităților medicale cu raționamentul economic, cu necesitatea ca în realizarea oricăror activități, acte și acțiuni medicale să se ia în considerare și latura «economicului» imbinând-o cu criteriile sociale și umanitare. Economia sanitară se adresează în primul rând personalului medical, și prin aceasta, tuturor cadrelor din unitățile sanitare ce realizează transformarea resurselor, precum și beneficiarilor de acte de sănătate – populației; prin intermediul conducerilor serviciilor medicale, ea își propune – totodată – să documenteze conducerile teritoriale în asigurarea repartiției de resurse necesare pentru sănătatea populației și de avantajele unei sănătăți mai bune.

Obiectivul final al economiei sanitare – ca metodă de conducere – este de a asigura trecerea de la metode administrative la metode economice de conducere în întreg sistemul medical, ca fiecare unitate sanitară să intre în circuitul economic național și teritorial, cu toate rezervele și posibilitățile de care dispune.

## 8.2. UTILITATEA ECONOMIEI SANITARE

Înșușirile economiei sanitare în practica ocrotirii sănătății se folosesc:

– în argumentarea necesităților dezvoltării de noi unități și cadre medico-sanitare pentru un teritoriu ori pentru creșterea sau restructurarea capacităților la unitățile existente;

– în susținerea solicitărilor – la conducerea ministerului sau a teritoriului, în comisiile de plan, buget etc. – în asigurarea suportului financiar pentru acțiuni sanitare impuse de noi situații epidemiologice ori pentru noi activități de masă dispuse prin reglementări recente;

– în analiza ori motivarea depășirii cheltuielilor totale la bugetul unității sau a costurilor speciale (cost/consultație, cost zi/spitalizare, cost/anchetat într-o depistare de masă a bolii, cost/km transport la ambulanțe etc.) ca urmare a creșterii prețurilor la mijloacele ce asigură sectoarele nemedicale (aparatură, instrumentar, medicamente și materiale sanitare, întreținere și funcționare etc.);

– în aprecierea și prezentarea contribuției;

- în activitățile și acțiunile medicale de ameliorare a sănătății populației (depistări organizate pentru boală, vaccinări, evitarea unor factori de risc prin educația sanitară a populației etc.);
- în reducerea morbidității și ameliorarea sănătății forței de muncă și implicit la creșterea populației, productivității muncii sociale și venitului național;
- la introducerea unui nou program sanitar pentru reducerea frecvenței morbidității populației etc.;
- la analiza și prezentarea prin tehnici specializate (analiza de sistem, analiza cost/avantaj, cost/eficacitate etc.) a soluțiilor posibile, cu selectarea soluției optime, în rezolvarea unei probleme de sănătate sau în stabilirea priorităților programului sanitar teritorial;
- în prezentarea realizărilor activităților, acțiunilor și programelor sanitare prin gospodărire optimă a resurselor etc.

### 8.3. SISTEMUL PIEȚEI LIBERE

Piața reprezintă locul unde producătorii și consumatorii se întâlnesc pentru schimbul de bunuri. Pentru ca bunurile să fie tranzacționate, ele trebuie să aibă un preț. Prețul reprezintă valoarea unui produs la un moment dat pe piață.

Fiecare tranzacție de pe piață prezintă două aspecte:

*cererea* – cantitatea de bunuri, pe care cumpărătorii sunt dispuși să le cumpere la un preț dat, la un anumit moment;

*oferta* – cantitatea de bunuri, pe care producătorii doresc să le vândă la un preț dat, la un anumit moment.

**Cererea.** Cererea este atributul consumatorilor. Modelul economic al comportamentului consumatorilor pleacă de la observația că toți cumpărătorii își folosesc veniturile astfel încât să obțină un maxim de bunăstare sau utilitate. Aceasta se realizează prin cumpărarea unor bunuri și servicii în funcție de venitul disponibil, plecând de la presupunerea că fiecare consumator știe cel mai bine cum să-și creeze bunăstarea, și deci, ce anume să cumpere. De asemenea, cumpărătorii caută furnizorii cu prețurile cele mai mici pentru același produs.

Când vorbim despre cerere, ne referim la *cererea efectivă*, adică la cantitatea de bunuri pe care cumpărătorii sunt dispuși să o cumpere la un preț dat.

Cererea pentru un bun (produs sau serviciu) este determinată de două grupuri de factori:

- *factori specifici individuali* sau „gusturi”, care țin de vârstă, sex, obiceiuri, cultură, educație etc.

- *factori externi indivizilor*, dar comuni societății:

- prețul bunului;
- prețul celorlalte bunuri (substitutive și complementare);
- prețul viitor al bunurilor;
- venitul indivizilor;
- mărimea pieței;
- distribuția veniturilor în interiorul pieței.

În funcție de modul, în care cererea pentru un bun variază la modificarea venitului cumpărătorilor, bunurile pot fi:



- *superioare* – dacă cererea pentru ele crește proporțional cu creșterea venitului;
- *normale* – dacă cererea pentru ele crește proporțional mai puțin decât creșterea venitului;
- *inferioare* – dacă cererea pentru ele scade cu creșterea venitului.

Bunurile *substitutive* (*alternative*) sunt acele bunuri, care se pot cumpăra și consuma în locul bunului respectiv.

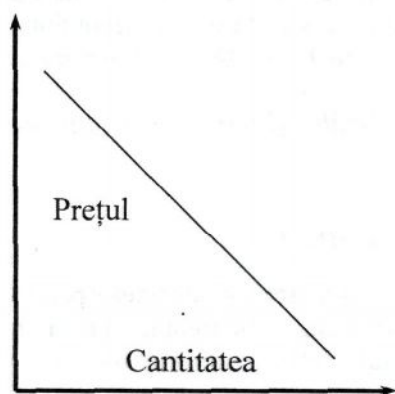


Figura 31. Curba cererii

Într-o piață liberă perfectă, furnizorii doresc să-și maximizeze profitul, au stimulente pentru a produce ceea ce vor să cumpere consumatorii și au stimulente să producă la costuri minime. De asemenea, noi furnizori pot intra pe piață și pot să-și vândă produsele la prețurile, la care vor să cumpere consumatorii, eliminând de pe piață furnizorii ineficienți.

Factorii, care influențează oferta sunt:

- maximizarea profitului;
- forma de proprietate;
- schimbările tehnologice;
- factorii de producție;
- schimbări ale costurilor resurselor;

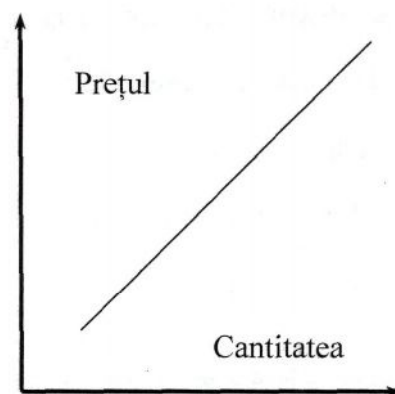


Figura 32. Curba ofertei

Bunurile *complementare* sunt acele bunuri, care se consumă împreună cu bunul respectiv. Cu cât prețul unui produs este mai mare cu atât se găsesc mai puțini cumpărători și cantitatea cerută este mai mică, iar cu cât prețul este mai mic cu atât vor fi mai mulți cei, care vor dori să cumpere și deci cererea va fi mai mare. Reprezentarea grafică a relației între prețul unui produs și cantitatea cerută la un moment este curba cererii (figura 31).

**Oferta.** Oferta este atributul furnizorilor. Ea reprezintă cantitatea de bunuri, pe care producătorii vor să o vândă la un preț dat.

- taxe/subvenții;
- schimbări în prețul celorlalte bunuri.

Reprezentarea grafică a relației între prețul unui produs și cantitatea oferită spre vânzare la un moment dat este curba ofertei (figura 32).

Prețul minim acceptat este costul marginal al ultimei unități de produs.

Pe piața liberă, prețul unui bun este cel care aduce în balanță cererea și oferta, determinând echilibrul pieței. Prețul la care cererea pentru un bun este egală cu oferta pentru același bun se numește *preț de echilibru* (figura 33).

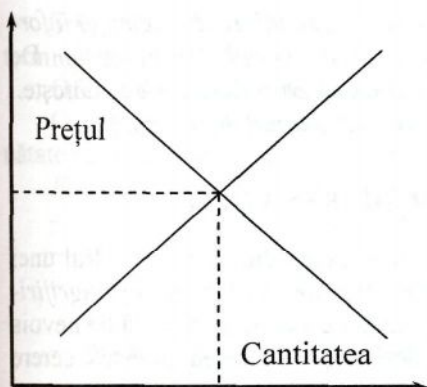


Figura 33. Stabilirea prețului

factorului determinant, atunci elasticitatea este mai mică decât 1, deci fenomenul este *inelastic*. În cazul în care schimbarea are loc în aceeași proporție, elasticitatea va fi 1, iar fenomenul analizat *unitar elastic*.

#### Optimul pieței libere.

Cel mai bun sistem economic se consideră sistemul care are la bază piața liberă cu prețul de echilibru. Să vedem în continuare care sânt condițiile optime de funcționare a unei piețe libere.

Condițiile necesare pentru ca o piață să funcționeze liber și astfel să rezulte o alocare optimă a resurselor în societate sunt:

1. *Existența unui grad cât mai mare de competiție între furnizori se realizează prin:*

- intrare liberă pe piață;
- cunoașterea perfectă a tranzacțiilor de pe piață;
- cât mai mulți furnizori și cumpărători, astfel încât nici unul dintre ei să nu poată influența singur prețul;
- costuri egale de transport și tranzacție;
- mobilitate a factorilor de producție;
- un mare grad de omogenitate a bunurilor (să fie comparabile);
- o scală a costurilor de producție constantă (sau descrescătoare).

2. *Existența unei piețe complete.* Piețele incomplete sunt acelea, în care prețul bunurilor de pe piață nu reflectă exact toate costurile implicate. Unii dintre factorii, care stau la baza piețelor incomplete sunt:

- *externalitățile:* beneficii sau costuri derivate din producerea sau cumpărarea unui bun, care se reflectă și asupra altora decât cei implicați în tranzacție, și care nu se reflectă în prețul bunului tranzacționat. Externalitățile pot fi pozitive sau negative.
- *bunurile publice:* sunt bunuri „fără rival și de la care nu poate fi exclus nimeni”, adică bunuri, de la care nu poți opri lumea să le consume și a căror disponibilitate nu este afectată de numărul consumatorilor.
- *bunurile merituoase:* bunuri, despre care decidenții nu sunt neutri (indiferenți) în legătură cu cât se consumă.

*Elasticitatea* reprezintă modul, în care o cantitate cerută sau oferită variază la modificarea unuia dintre factorii, care o influențează (prețul, venitul etc.). Ea este definită ca raportul între schimbarea procentuală a cantității cerute și schimbarea procentuală a factorului determinant.

Dacă schimbarea procentuală a cantității este mai mare decât a factorului determinant, atunci elasticitatea este mai mare decât 1. În acest caz, spunem că fenomenul analizat este *elastic*. Dacă schimbarea procentuală a cantității este mai mică decât a



3. *Necesitatea consumatorilor de a avea și de a fi capabili să înțeleagă informațiile asupra prețurilor, precum și asupra eficacității și calității bunurilor.* De asemenea, se presupune, că fiecare consumator știe cu certitudine ceea ce dorește.

4. *Existența unei distribuții echitabile a activelor înainte de tranzacții.*

#### 8.4. PIAȚA ÎNGRIJIRILOR DE SĂNĂTATE

Sănătatea este un bun fundamental, care nu se poate cumpăra în cadrul unei piețe, iar determinanții ei sunt „*bagajul*” genetic, *stilul de viață, mediul și îngrijirile de sănătate.* Deoarece nevoia de îngrijiri de sănătate este determinată de nevoia de sănătate, spunem despre ele, că sunt un bun derivat și că cererea lor este o cerere derivată.

De ce există cererea de sănătate? Sănătatea este o investiție. Dorim o sănătate mai bună deoarece obținem beneficii psihice simțindu-ne bine, în timp ce, dacă suntem bolnavi, obținem beneficii negative. Ne dorim o sănătate mai bună, ca să muncim și astfel să câștigăm bani, în timp ce venitul nostru poate scădea dacă suntem bolnavi.

Îngrijirile de sănătate au următoarele caracteristici:

- sunt esențiale și nu pot fi substituite;
- sunt un bun derivat necesar îmbunătățirii sănătății;
- beneficiile unor îngrijiri de sănătate sunt nesigure.

Cererea de îngrijiri de sănătate.

Este evident că la baza cererii de îngrijiri de sănătate este *necesitatea în sănătate.* Alți determinanți ai cererii de îngrijiri de sănătate sunt:

– *prețul îngrijirilor de sănătate* – Prețul reprezintă un determinant important al cererii individuale. În general, costul care stă la baza prețului este format din două componente: *costurile medicale directe și costurile indirecte ale pacientului.* Pacientul plătește de obicei toate costurile indirecte și frecvent unele părți ale costurilor medicale (directe);

– *prețul altor bunuri* – deoarece acestea pot influența costul resurselor necesare îngrijirilor de sănătate;

– *venitul individual* – în general, creșterea venitului determină o cerere mai mare, dar sunt și situații inverse;

– *vârsta, nivelul educațional, obiceiurile;*

Principalele tipuri de nevoi de îngrijiri de sănătate sunt:

– *nevoia percepută* – ceea ce pacientul consideră că ar avea nevoie;

– *nevoia cerută* – ceea ce pacientul solicită unui furnizor de servicii;

– *nevoia normativă* – ceea ce consideră un profesionist că ar avea nevoie pacientul;

– *nevoia comparativă* – la nivel populațional, plecând de la nevoile observate la alte populații.

Deci, nevoia de îngrijiri de sănătate este un concept relativ, care implică atât individul, cât și societatea, totul având drept punct de plecare sărăcia informației, de care dispune un pacient în legătură cu „nevoile” sale de îngrijiri de sănătate. Această problemă a determinării nevoii de îngrijiri de sănătate stă la baza *relației de agenție*, care apare între furnizorii de îngrijiri de sănătate și pacienți.

Specificul relației de agenție în cazul îngrijirilor de sănătate, este cel care determină fenomenul cunoscut sub numele de *cerere indusă de ofertă*.

#### **Oferta de îngrijiri de sănătate.**

Oferta de îngrijiri de sănătate este reprezentată de cantitatea de îngrijiri de sănătate ce se furnizează consumatorilor de către furnizorii de servicii de sănătate.

*Factorii care influențează oferta sunt:*

- costul de producție, care este greu de calculat;
- tehnicile alternative de producție (îngrijirile primare și secundare etc.);
- substituirea resurselor (posibilitatea de substituire a capitalului cu forță de muncă);
- piața resurselor (comportamentul furnizorilor în funcție de sistemul de plată);
- alte sectoare ale economiei (autoritățile locale, serviciile sociale, organizațiile voluntare).

*Principalele unități de furnizare a ofertei de îngrijiri de sănătate sunt:*

- practicianul de îngrijiri primare de sănătate;
- unitățile sanitare.

Nici una dintre aceste unități de producție nu tinde spre maximizarea profitului și posibilitatea de alegere a resurselor și a rezultatelor. Ambele tipuri de unități pot fi considerate ca firme multiproductuale a căror rezultate au dimensiuni calitative și cantitative.

*Practicianul de îngrijiri primare de sănătate are următoarele caracteristici:*

- nu reprezintă o unitate tipică de producție, activitatea sa având o puternică componentă socială;
- timpul său este principala resursă;
- nu poate aborda o standardizare a îngrijirilor;
- pune accent pe importanța discreției medicale și a libertății clinice;
- are rolul de „portar” pentru accesul la serviciile spitalicești și specializate de ambulatoriu.

Spitalul este consumatorul principal al resurselor pentru sănătate. *Principalele sale caracteristici sunt:*

- nu este „fabrică” sectorului sanitar;
- nu acționează ca antreprenor pentru maximizarea profitului;
- reglementările determină spitalele să nu poată face un profit „excesiv”;
- foarte importantă este discreția clinică.

Există două caracteristici principale, care diferențiază spitalul de majoritatea firmelor:

- natura eterogenă a îngrijirilor de sănătate și diversitatea factorilor, în funcție de care putem face gruparea lor: mărime, specialități etc.;
- identificarea celor, care decid este foarte dificilă deoarece responsabilitatea este împărțită între un număr mare de indivizi. Din această cauză, conducerea spitalului se face pe considerente medicale și nu economice, iar datorită incertitudinii inerente ce prevalează asupra fiecărui caz, rezultă dificultatea evaluării exacte a resurselor necesare funcționării eficiente.

Un factor foarte important ce influențează activitatea furnizorilor de îngrijiri de sănătate îl reprezintă *calitatea* îngrijirilor de sănătate. Modul, în care calitatea influențează oferta de îngrijiri de sănătate derivă din următoarele aspecte:



- calitatea este legată de natura și rezultatul îngrijirilor primite;
- este un factor foarte important al pieței medicale;
- accentul pus pe pregătirea medicală poate duce la o variație a calității;
- poate exista o alocare greșită spre calitate în dauna cantității.

În concluzie, oferta de îngrijiri de sănătate este o problemă foarte complexă, ea fiind „o complicată secvență de răspunsuri adaptative în fața incertitudinii”.

#### **Piața serviciilor de sănătate.**

Faptul că piața serviciilor de sănătate nu este o piață liberă se întâlnește în literatură sub denumirea de *eșecul pieței* – „market failure”.

Cauzele, pentru care piața serviciilor de sănătate nu poate funcționa adecvat ca o piață liberă sunt următoarele:

##### 1. *Lipsa competiției:*

- restricție la intrarea pe piață (trebuie o atestare pentru a putea furniza servicii);

- mobilitate redusă a factorilor de producție;
- eterogenitatea îngrijirilor de sănătate;
- existența economiilor de scară și de scop.

##### 2. *Imperfecțiuni informaționale și asimetria informațională:*

- cunoștințe limitate asupra propriei stări de sănătate;
- dificultatea evaluării eficacității clinice;
- specificul relației de agenție și cererea indusă de ofertă;
- competiția nu pentru prețuri, ci pentru calitate.

##### 3. *Piețe incomplete:*

- prezența externalităților (pozitive și negative);
- sănătatea ca bun merituos;
- bunurile periculoase: bunuri al căror consum are efect negativ asupra sănătății;
- rolul altruismului.

##### 4. *Argumentele de genul echității:*

- distribuția inegală a veniturilor;
- nevoi de sănătate mai mari la cei cu venituri mici.

În fața acestui eșec al pieței libere în sfera serviciilor de sănătate se pune întrebarea dacă trebuie să intervenim pe această piață și cum anume. Răspunsul este „Da”, iar această intervenție se face prin reglementările, care stabilesc modul de funcționare a pieței serviciilor de sănătate. Dacă sistemul îngrijirilor de sănătate este unul centralizat, atunci reglementările nu sunt numeroase, deoarece piața nu este liberă, iar cererea și oferta de îngrijiri de sănătate sunt determinate central. Cu cât piața îngrijirilor de sănătate este lăsată să evolueze mai mult spre o piață liberă, cu atât ea este mai reglementată, pentru a nu se manifesta foarte puternic faptul că ea nu poate fi o piață perfectă. Reglementările, care se fac acționează fie în direcția stimulării funcționării pieței pentru a putea funcționa într-adevăr ca o piață liberă perfectă, fie în direcția diminuării efectelor negative ce rezultă din faptul că ea nu este o piață perfectă.

Problema de bază este că piața nu poate fi eficientă în schimburile, care se concentrează pe termen scurt, între un număr mic de oameni, care tranzacționează, unde informația atât asupra naturii bunului, cât și asupra rezultatului așteptat este

necunoscută, unde bunul este puțin substituibil între consumatori și unde sunt mari probleme potențiale legate de incertitudinea și complexitatea luării deciziei.

## 8.5. CUMPĂRAREA ȘI CONTRACTAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

**Cumpărarea serviciilor.** Așa cum s-a descris în subcapitolele anterioare, în majoritatea sistemelor de sănătate, pacientul nu mai este cel, care cumpără direct serviciile, de care are nevoie. Cumpărarea serviciilor se face de către terțul plătitor, folosind în acest scop resursele colectate de la contribuabili.

Această idee de „cumpărare a serviciilor de sănătate” este oarecum nouă, deoarece inițial sistemele, care aveau la bază un terț plătitor, funcționau pe principiul plății furnizorilor în concordanță cu serviciile acordate pacienților. Cu timpul s-a observat însă că, datorită specificului relației de agenție și cererii induse de ofertă, nivelul serviciilor cerute de pacienți depășește posibilitățile de finanțare. De aici a apărut ideea de raționalizare a serviciilor, care trebuie oferite pacienților, în funcție de nevoile de sănătate identificate la nivel populațional.

Până de curând, în majoritatea țărilor, funcția de evaluare a nevoilor de sănătate la nivel populațional și de cumpărare de servicii în legătură cu nevoile identificate era integrată în organizații, care erau în același timp și furnizoare de servicii de sănătate. Din această cauză, funcția de cumpărare se face de cele mai multe ori având în vedere nu atât nevoile populației, cât cele ale furnizorilor de servicii de sănătate.

Pentru a rezolva această situație, s-au separat cei care cumpără servicii în numele populației de cei, care furnizează serviciile. Acest proces poartă denumirea *de separare a cumpărătorului de furnizor*.

În cadrul reformării serviciilor primare noul cumpărător al serviciilor de sănătate este reprezentat de Compania Națională de Asigurări Medicale, iar furnizorii de îngrijiri sânt medicii de familie subordonați Ministerului Sănătății.

Ceea ce se întâmplă în acest caz în practică este faptul că terțul plătitor se preocupă predominant de modul de plată al furnizorilor și mai puțin de evaluarea nevoilor populației. Chiar dacă au puterea financiară, cumpărătorii sunt frecvent dominați de interesele profesioniștilor din interiorul organizațiilor furnizoare de servicii sau merg pe calea, fără a face vreo evaluare a cost-eficacității serviciilor, care sunt furnizate. Acesta este motivul, pentru care trebuie accentuat acest rol „de gândire” în cadrul unor astfel de organizații de cumpărători de servicii de sănătate.

Obiectivul general al cumpărătorilor este de a maximiza îmbunătățirea stării de sănătate a populației din aria lor, iar acest lucru se face prin evaluarea nevoilor și cumpărarea de servicii eficiente și cost-eficace. Alte obiective mai pot include cumpărarea de servicii, care să răspundă unor criterii, cum ar fi accesibilitatea, calitatea etc.

Rolurile și activitățile unui cumpărător de servicii de sănătate sunt:

- evaluarea nevoilor de servicii ale populației;
- identificarea strategiilor cost-eficace de soluționare a acestor nevoi;
- evaluarea serviciilor existente și a modului, în care acestea pot răspunde strategiilor identificate;



- consultarea doctorilor/publicului/pacienților asupra valorilor sociale și asupra priorităților;
- urmărirea politicilor naționale și locale;
- definirea a ceea ce se dorește a se cumpăra;
- stabilirea unor contracte cu furnizorii, cu specificarea cantității, calității și costului serviciilor;
- monitorizarea/evaluarea furnizorilor;
- folosirea informațiilor obținute pentru un nou ciclu de cumpărare/contractare.

Evaluarea nevoilor populației nu este ușor de realizat mai ales în contextul unor diferite definiții ale nevoilor. Au fost descrise în literatură nevoi percepute, nevoi cerute, nevoi normative și nevoi comparative. Un termen ideal este acela al *nevoii obiective*, care reflectă nevoia reală de servicii de sănătate a unui pacient.

Economiștii folosesc frecvent în evaluarea nevoilor termenul de „capacitate de a beneficia”, care unește conceptul de nevoie obiectivă cu cel de disponibilitate a unui tratament eficace, care să răspundă acelei nevoi.

Toți acești termeni diferă de *priorități*, care sunt definite ca modul de înțelegere a nevoilor de către cei, care fac politicile de sănătate, nevoi filtrate printr-o sită a considerațiilor politice.

În evaluarea nevoilor necesare procesului decizional al cumpărării este necesară o viziune asupra întregii comunități (maximizarea îmbunătățirilor stării de sănătate), ceea ce uneori poate duce la conflicte de interese cu medicii clinicieni, care doresc să furnizeze pacienților lor cele mai bune tratamente disponibile.

Argumentul în favoarea unui scop explicit de maximizare a ameliorării stării de sănătate este acela că forțează politicienii, managerii și doctorii să precizeze clar, care sunt prioritățile în domeniul sănătății. Cealaltă soluție este aceea a unor decizii bazate pe principii mai puțin explicite, cum ar fi: preferințele furnizorilor, relațiile dintre decidenți sau „primul venit – primul servit”.

Pentru determinarea nevoilor sunt necesare trei tipuri de informații:

- *epidemiologice* (prevalența și incidența bolilor în populație). Chiar având aceste date legate de structura și caracteristicile populației nu putem stabili imediat serviciile necesare, știut fiind că majoritatea factorilor, care stau la baza sănătății sunt situați în afara sectorului sanitar; de aceea este important să fie identificate acele probleme, care pot fi rezolvate efectiv de către sectorul sanitar și apoi să se stabilească priorități în funcție de resursele disponibile;
- *medicale și economice* – eficacitatea și cost-eficacitatea tratamentelor disponibile;
- *instituționale* – ce servicii există pentru a răspunde acestor nevoi. Aceasta implică nu numai existența serviciilor, dar și modul în care sunt utilizate și dacă au o calitate adecvată.

**Contractarea serviciilor.** Pasul următor în procesul cumpărării este contractarea serviciilor necesare cu furnizori de îngrijiri.

În acest context, când există un singur furnizor, va fi foarte greu de negociat și de obținut servicii, care sunt necesare populației. În cazul prezenței mai multor

furnizori, cumpărătorul trebuie să solicite relații pe termen lung cu aceștia, și nu să încerce doar o competiție a prețurilor între furnizori în detrimentul pacienților și al intereselor publicului.

Există situații când pe piață nu acționează doar un singur cumpărător, ci mai mulți; riscul unei astfel de situații este acela că se pierde din vedere aspectul comunitar în favoarea unuia mai individual. O soluție în acest caz o reprezintă gruparea acestor cumpărători pentru a-și coordona politicile privind cumpărarea anumitor servicii.

În oricare situație, în care există o separare a cumpărătorilor de furnizori, trebuie să existe o formă de înțelegere între aceștia privind tipul, volumul, calitatea și costul îngrijirilor de sănătate, care vor fi furnizate. Aceste înțelegeri iau de obicei forma unor contracte.

Indiferent de cine este cumpărătorul (administrația sanitară, casa de asigurări, medicii de familie etc.) sau furnizorul, orice contract trebuie să conțină următoarele aspecte:

- natura muncii furnizate;
- volumul și calitatea muncii furnizate;
- prețul muncii furnizate și modul de plată (în avans, în etape sau retrospectiv);
- unele informații referitoare la procesul muncii (dacă sunt relevante);
- modul de monitorizare a contractului și informațiile, care vor fi furnizate;
- aspecte legale referitoare la nerespectarea contractului etc.
- în practică, alegerea tipului de contract este determinată de:
  - mărimea cumpărătorului/furnizorului;
  - volumul contractului;
  - abilitatea de a prevedea cât mai corect volumul de muncă;
  - modul, în care furnizorii își aleg pacienții.

Contractarea reprezintă încă ceva nou pentru multe sisteme de sănătate, care abia au trecut de la un sistem integrat al cumpărătorilor și furnizorilor la un sistem unde apare despărțirea între furnizori și cumpărători. De aceea, contractarea ca proces evoluează o dată cu creșterea experienței participanților. Pentru început însă este nevoie ca aceste contracte să fie cât mai explicite referitor la natura, volumul și calitatea serviciilor și să implice un cost rezonabil de monitorizare. Cu timpul ele vor evolua spre acea balanță, în care cumpărătorul dorește servicii cât mai cost-eficace, care să răspundă nevoilor populației, iar furnizorul, o planificare pe termen lung și o piață stabilă pentru serviciile furnizate.

## **8.6. EVALUAREA ECONOMICĂ A ÎNGRIJIRILOR DE SĂNĂTATE**

Evaluarea economică a îngrijirilor de sănătate reprezintă o metodă, prin care se răspunde la trei întrebări fundamentale ale economiei sanitare: *ce servicii trebuie produse, în ce mod și pentru cine*. În literatură, evaluarea economică se mai întâlnește și sub denumirea de evaluare a eficienței.

Primul pas în abordarea acestui subiect îl reprezintă definirea termenilor de eficacitate și eficiență.



*Eficacitatea* reprezintă gradul, în care o anumită activitate produce rezultatele, care se așteaptă de la ea (indiferent de resursele folosite).

*Eficiența* implică nu numai abordarea rezultatelor unei activități, ci și a resurselor utilizate; există o *eficiență tehnică*, prin care se dorește producerea unor rezultate așteptate folosind cât mai puține resurse, și o *eficiență alocativă*, în care resursele și rezultatele sunt folosite în modul cel mai bun cu putință, astfel încât să rezulte un maxim de bunăstare.

Evaluarea îngrijirilor de sănătate poate fi împărțită în două părți: în primul rând, o evaluare a eficacității îngrijirilor respective, apoi o evaluare a eficienței – ceea ce implică luarea în calcul atât a costurilor și a beneficiilor, cât și a altor tipuri de îngrijiri de sănătate eficiente.

Acest capitol abordează doar problema evaluării eficienței, dar nu trebuie uitat faptul că *oricare evaluare a eficienței trebuie precedată de o evaluare a eficacității*.

Evaluarea economică este importantă deoarece încearcă să dea răspunsul la întrebarea cum să folosim resursele limitate în fața unor nevoi și dorințe nelimitate.

*Evaluarea economică* reprezintă procesul, prin care se compară două sau mai multe alternative din punctul de vedere al resurselor consumate și al rezultatelor obținute. Ea implică deci, două laturi indispensabile: pe de o parte, analizarea a cel puțin două alternative și, pe de altă parte, analizarea simultană atât a costurilor, cât și a rezultatelor obținute.

O privire sumară asupra diferitelor evaluări ale îngrijirilor de sănătate este prezentată în *tabelul 57*. Resursele necesare sunt exprimate prin costuri, iar rezultatele obținute pot fi exprimate prin: efecte asupra stării de sănătate, utilități asociate fiecărei stări de sănătate sau beneficii economice asociate fiecărei stări de sănătate.

Tabelul 57

**Caracteristicile distinctive ale evaluărilor îngrijirilor de sănătate**

		Se examinează atât costurile (resursele), cât și rezultatele (efectele) alternativelor?		
		NU		DA
Se compară două sau mai multe alternative?	N U	se examinează doar rezultatele	se examinează doar costurile	
		evaluare parțială		evaluare parțială
		1A. Descrierea rezultatelor	1B. Descrierea costurilor	2. Descrierea cost/rezultat
		evaluare parțială		evaluare economică completă
	D A	3A. Evaluarea eficacității	3B. Analiza costului	4. Minimizarea costurilor Analiza cost-eficacitate Analiza cost-beneficiu Analiza cost-utilitate

Procesul, care stă la baza unei evaluări economice este acela de a identifica mai multe alternative și apoi de a studia pentru fiecare dintre ele ce resurse sunt necesare, și care sunt rezultatele obținute.

În *tabelul 58* sunt arătate principalele tipuri de costuri și consecințe folosite în realizarea evaluărilor economice.

În momentul realizării unei evaluări economice trebuie să încercăm să determinăm toate resursele necesare, precum și toate efectele rezultate.

*Tabelul 58*

**Tipuri de costuri și consecințe folosite în evaluarea economică**

<b>COSTURI</b>	<b>CONSECINȚE</b>
<b>I.</b> Costuri organizaționale și operaționale din sectorul sanitar	<b>I.</b> Schimbări ale stării de sănătate (efecte fizice, psihice, sociale)
<b>II.</b> Costuri aferente pacienților și familiilor lor: - plățile din buzunar; - alte resurse folosite de pacient și familie pentru tratament; - timpul de absență de la muncă; - costurile psihice (durerea, anxietatea etc.)	<b>II.</b> Schimbări în folosirea resurselor (beneficii) pentru funcționarea serviciilor din sectorul sanitar: 1. aferente afecțiunii originale; 2. aferente altor afecțiuni pentru pacient și familia sa; 3. economii sau mai mult timp liber; 4. economisirea timpului de absență de la muncă.
<b>III.</b> Costuri aferente externalităților	<b>III.</b> Schimbări în calitatea vieții pacientului și a familiei sale (utilitatea)

Nivelul resurselor utilizate se exprimă prin costurile implicate, costuri, care sunt de mai multe tipuri. De altfel, chiar și consecințele intervenției pot fi grupate în mai multe tipuri.

**Determinarea costurilor.**

Costurile pot fi abordate din mai multe perspective; astfel, în contabilitate ele apar sub aspectul unor bani ce reflectă ceea ce se plătește real, dar într-o evaluare economică vorbim despre costul oportunității.

*Costul oportunității* unei resurse reprezintă beneficiile, care ar fi putut fi generate prin folosirea resursei în cea mai bună alternativă posibilă.

O primă clasificare a costurilor este aceea de costuri directe și indirecte.

*Costurile directe* sunt acele costuri determinate efectiv de furnizarea unui serviciu de sănătate. Costurile organizaționale sunt o parte a costurilor directe. Ele reprezintă totalitatea costurilor (din sectorul sanitar) implicate pentru realizarea activității, care este supusă evaluării economice. Tot din costurile directe mai fac parte și plățile directe făcute de pacienți, precum și alte resurse folosite de pacient și familie pentru tratament.

*Costurile indirecte* sunt costurile, care nu sunt date de furnizarea efectivă a serviciului respectiv, dar se asociază cu acest fapt. În categoria costurilor indirecte intră costurile datorate absenței de la muncă și costurile psihice.



Pentru determinarea costurilor necesare desfășurării fiecărei activități este necesar să identificăm inițial costurile totale ale furnizorului respectiv. Apoi alocăm aceste costuri pentru fiecare activitate desfășurată la nivelul instituției respective.

*Costul total (CT)* – al unei firme reprezintă costul necesar realizării produsului (la un nivel dat).

Costul total este format din mai multe costuri: costuri fixe, costuri semivariabile și costuri variabile.

*Costurile fixe (CF)* – sunt acele costuri ce rămân independente față de nivelul producției. Ele pot varia în timp, dar nu sunt dependente de producție (de exemplu, închirierea unui spațiu necesar desfășurării activității).

*Costurile variabile (CV)* – sunt acele costuri dependente în funcție de nivelul producției, ele variind o dată cu fiecare nou produs (Ex. costul materiilor prime).

*Costurile semivariabile (CSV)* – sunt acele costuri ce variază numai la realizarea anumitor niveluri de producție (de exemplu, costul necesar angajării unor noi salariați). Se observă că, de fapt, costurile semivariabile sunt un caz particular de costuri variabile.

Importante sunt definițiile a încă două tipuri de costuri: costul mediu și costul marginal.

*Costul mediu* reprezintă costul producerii unei unități dintr-un bun (sau dintr-un serviciu) și se obține prin împărțirea costurilor totale la numărul de unități produse.

*Costul marginal* este costul suplimentar necesar producției unei noi unități dintr-un produs (cu cât cresc costurile, dacă nivelul producției crește cu o unitate).

Asemănător cu costul marginal se definește și *costul incremental*, care este costul necesar variației producției între două niveluri date, raportat la variația numărului de bunuri produse.

Este interesant de observat că, în timp ce costul mediu include atât elemente ale costurilor fixe, cât și variabile, costul marginal include numai acele elemente de cost, care apar în urma creșterii producției (costurile variabile).

Foarte importantă într-o evaluare economică este luarea în considerație a preferinței de timp, adică a faptului că societatea preferă să aibă bani și să-i cheltuiască acum mai degrabă decât în viitor. Din această cauză, chiar în absența inflației, un leu este mai valoros acum decât peste un an.

Acesta este motivul, pentru care în momentul realizării unei evaluări economice, costurile și beneficiile care apar în viitor trebuie reprezentate la valoarea lor prezentă. Acest proces poartă denumirea de proces de actualizare a costurilor, iar mijlocul, prin care se realizează, este *rata de actualizare*.

Dacă, așa cum am amintit, în toate evaluările economice resursele se exprimă prin costurile implicate, ceea ce desparte diferitele tipuri de evaluări economice este modul de a exprima și de a măsura consecințele intervențiilor analizate.

Astfel, în practică se folosesc patru tipuri de evaluări economice:

- minimizarea costurilor;
- analiza cost-eficacitate;
- analiza cost-utilitate;
- analiza cost-beneficiu.

*Analiza de minimizare a costurilor.*

Această evaluare economică este cel mai simplu tip de evaluare economică și presupune că rezultatele intervențiilor sunt identice. În această situație, deoarece

avem aceleași consecințe, se identifică și se analizează doar costurile implicate de fiecare dintre alternative.

#### *Analiza cost-eficacitate.*

Analiza cost-eficacitate permite compararea mai multor alternative, care ating aceleași obiective, dar într-o măsură diferită. Condiția esențială pentru realizarea unei astfel de evaluări este ca beneficiile să se exprime în aceeași unitate de măsură.

În analiza cost-eficacitate consecințele se exprimă în unități „naturale”, cel mai frecvent în ani de viață câștigați sau decese evitate. Este o analiză economică deplină, deoarece evaluează atât costurile, cât și consecințele alternativelor și poate compara intervenții, care nu au aceleași rezultate, dar care au consecințe ce se pot exprima prin aceeași unitate de măsură.

Astfel, într-o analiză cost-eficacitate, putem compara consecințele transplantului renal cu cele ale dializei spitalicești, consecințe exprimate prin numărul de ani de viață prelungită. Putem însă să comparăm chiar și un program de prevenire a deceselor prin accidente de bicicletă folosind casca de protecție cu un program de chirurgie cardiacă, cu condiția ca să evaluăm numărul de ani de viață câștigați în urma fiecăruia dintre aceste programe.

Analiza cost-eficacitate ia în considerare numai un aspect al îmbunătățirii stării de sănătate (prelungirea vieții sau evitarea decesului), dar nu ține cont de celălalt aspect al îmbunătățirii stării de sănătate, și anume, calitatea vieții.

#### *Analiza cost-utilitate.*

În această analiză, consecințele intervențiilor sunt măsurate prin utilitatea generată de fiecare dintre ele. Utilitatea se referă la valoarea, care se acordă unei stări specifice de sănătate și poate fi măsurată prin preferințele indivizilor sau societății pentru fiecare stare particulară de sănătate.

Această tehnică de evaluare economică are marele avantaj că încearcă să evalueze consecințele alternativelor și din punctul de vedere al calității vieții post-intervenție.

Consecințele sunt valorizate prin unități naturale, care încearcă să reflecte utilitatea asociată fiecărei stări de sănătate. Punctul comun al acestor unități de măsură este acela al combinării prelungirii vieții cu calitatea vieții asociată acestor ani. Cele mai frecvent folosite unități de măsură sunt: anii de viață ajustați în funcție de calitatea vieții („quality adjusted life years” - QALY), ani de viață sănătoși („years of healthy life” - YHL) sau ani de viață ajustați în funcție de disabilitățile prezente („disability adjusted life years” - DALY).

În cazul analizei cost-utilitate, pentru fiecare dintre stările de sănătate consecutive intervențiilor se atribuie un anumit număr de QALY, de exemplu marele neajuns al acestei metode este acela al identificării pentru fiecare stare specifică de sănătate a numărului de QALY.

De exemplu, consecutiv unui transplant renal, să presupunem că pacientul mai poate trăi 10 ani, ceea ce reprezintă anii de viață câștigați. Apoi trebuie să evaluăm calitatea vieții pentru acești ani de viață câștigați (deoarece, de exemplu, calitatea vieții nu este aceeași dacă ești sănătos sau dacă iei toată viața medicație imunosupresoare). Să zicem că într-o astfel de situație calitatea vieții este 50% din calitatea vieții unui om sănătos de aceeași vârstă. Rezultă un beneficiu post-transplant renal de 5 QALY ( $10 \times 0,5 = 5$ ).

Dificultatea atribuirii unui număr de QALY fiecărei stări specifice de sănătate derivă din dificultatea evaluării calității vieții pentru fiecare stare specifică de sănă-



tate. Pentru a atribui fiecărei stări de sănătate o anumită calitate a vieții se folosesc mai multe tehnici de determinare. Cele mai cunoscute metode, prin care se încearcă evaluarea calității vieții pentru fiecare stare specifică de sănătate sunt:

- măsurarea pe o scală a raporturilor;
- loteria standard „standard gamble”;
- schimbul temporal „time trade-off”.

În final cost-utilitate se compară pentru fiecare dintre alternative costul per QALY sau invers, câți QALY se obțin pentru fiecare unitate monetară folosită.

#### **Analiza cost-beneficiu.**

În acest tip de analiză, atât costurile, cât și beneficiile sunt exprimate în termeni monetari. Este o analiză destul de rar întâlnită datorită dificultății de apreciere a consecințelor în termeni monetari.

Avantajul metodei constă în faptul că pot fi comparate orice intervenții, indiferent de tipul rezultatelor. Marele dezavantaj al metodei este acela al aprecierii în termeni monetari a consecințelor.

După identificarea costurilor și a beneficiilor, rezultatele evaluării se pot exprima printr-un raport cost/beneficii sau o diferență beneficii minus costuri.

Această metodă de evaluare economică poate fi folosită și pentru comparații cu alternativa „nu facem nimic”, care uneori poate fi mai bună decât o intervenție, pentru care costurile sunt mai mari decât beneficiile.

În *tabelul 59* se pot observa modalitățile de măsurare a costurilor și a consecințelor în momentul realizării unei evaluări economice.

*Tabelul 59*

<b>Măsurarea costurilor și a consecințelor în diferitele tipuri de evaluare economică</b>			
<b>Tipul evaluării</b>	<b>Măsurarea costurilor</b>	<b>Tipul consecințelor</b>	<b>Măsurarea consecințelor</b>
Minimizarea costurilor	Bani	Identice în toate aspectele relevante	Nu
Cost-eficacitate	Bani	Implică un singur efect comun ambelor alternative, dar realizat în grade diferite	Unități naturale (ani de viață câștigați etc.)
Cost-beneficiu	Bani	Implică unul sau mai multe aspecte, nu neapărat comune ambelor alternative; efectele comune se pot realiza în grade diferite	Bani
Cost-utilitate	Bani	Implică unul sau mai multe aspecte, nu neapărat comune ambelor alternative; efectele se pot realiza în grade diferite	„Zile sănătoase” sau „ani de viață câștigați ajustați în funcție de calitatea vieții” – QALY

Întrebările, care trebuie avute în vedere în momentul analizării unei evaluări economice sunt următoarele:

1. Care a fost contextul evaluării economice?
2. S-a făcut o descriere cuprinzătoare a alternativelor?
3. S-a stabilit anterior eficacitatea alternativelor?
4. S-au identificat toate costurile și consecințele alternativelor?
5. Unitățile de măsură pentru măsurarea consecințelor sunt cele mai potrivite?
6. Sunt credibile valorile atribuite costurilor și consecințelor?
7. S-a făcut ajustarea temporară a valorii costurilor și a consecințelor?
8. S-a efectuat o analiză incrementală a costurilor și consecințelor alternativelor?
9. S-a făcut o analiză a sensibilității?
10. Include prezentarea și discutarea rezultatelor toate problemele, cu care se poate întâlni utilizatorul?

Clasificarea tipurilor de analize pentru evaluarea economică are mai mult un scop didactic. În practică, de cele mai multe ori, realizatorul analizei nu poate preziona exact ce formă finală va lua analiza, deoarece poate că nu știe, care vor fi rezultatele finale ale intervențiilor.

În plus, analizele de minimizare a costurilor și cost-eficacitate presupun că intervențiile analizate merită să fie făcute și trebuie să vedem doar pe care să o alegem. Ele sunt folosite deci în situații, în care vrem să evaluăm eficiența tehnică.

Analizele cost-utilitate și cost-beneficiu pot compara alternative cu consecințe total diferite și chiar cu alternativa „nu facem nimic” și de aceea ele sunt utile în momentul, în care dorim să facem o evaluare a eficienței alocative.

În final trebuie spus că evaluarea economică este doar un instrument tehnic ce poate sta la baza luării deciziilor și că ea nu poate înlocui logica, responsabilitatea sau riscul ce se asociază cu procesul de luare a deciziilor.