

BAB XV

TRANSISI RUMAH SAKIT, INDIKATOR, DAN EVALUASI EKONOMI

Dalam kegiatan yang berjalan bersama dengan industri farmasi dan berbagai industri penunjang pelayanan kesehatan, sistem manajemen rumah sakit berada pada dilema; apakah mengikuti pola seperti masa rumah sakit misionaris, atau berpindah ke sistem yang mencari keuntungan. Dalam hal ini timbul suatu keadaan yang relatif lebih sulit dikelola apabila sebagian *input* untuk produksi di rumah sakit bersifat mengutamakan *profit*, sementara rumah sakit berperilaku tidak untuk mencari keuntungan.

Secara praktis akan timbul keganjilan, misalnya di rumah sakit keagamaan, manajemen obat dan bahan habis pakai dilakukan berdasarkan kaidah memaksimalkan keuntungan sementara misi rumah sakit adalah menolong orang miskin. Andaikata rumah sakit menekan harga obat atau bahkan mensubsidi (menjual obat di bawah harga beli dari distributor), akhirnya rumah sakit keagamaan akan kesulitan membiayai pelayanan bagi orang miskin karena biaya faktor produksi tidak dapat ditekan dan tidak diperoleh subsidi. Hal ini terjadi pula pada rumah sakit pemerintah.

Apakah rumah sakit kemanusiaan akan berpindah menjadi lembaga usaha yang *for-profit*? Pertanyaan-pertanyaan ini memicu timbulnya perubahan di berbagai rumah sakit dari suatu lembaga sosial ke lembaga usaha. Dalam perubahan tersebut dibutuhkan berbagai indikator agar terdapat pedoman melakukan perubahan.

15.1 Pergeseran Rumah Sakit dari Lembaga Sosial ke Lembaga Usaha yang Sosial

Pada akhir abad ke-20, pemerintah di berbagai negara kesulitan untuk membiayai pelayanan kesehatan secara penuh. Menurut pakar manajemen pelayanan kesehatan (Studin, 1995) dalam keadaan yang menjauhi konsep *welfare-state*, terjadi suatu transisi pandangan yaitu dari perencanaan rumah sakit yang berorientasi pelayanan kesehatan masyarakat menjadi suatu perencanaan strategis yang menyerupai perencanaan lembaga usaha. Keadaan ini dapat dilihat pada proses otonomi rumah sakit seperti yang dibahas pada Bab IV.

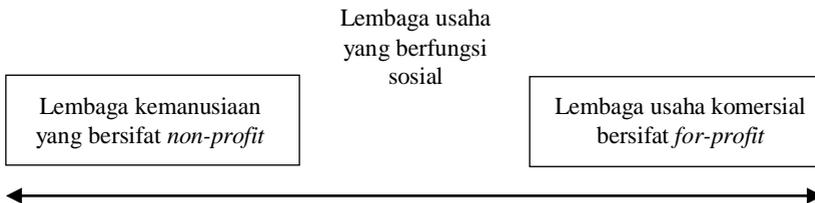
Pada intinya terjadi berbagai transisi antara lain, sistem perencanaan rumah sakit berubah dari perencanaan yang birokratis tahunan atau pelayanan organisasi sosial menjadi suatu proses perencanaan yang disebut sebagai perencanaan strategis. Pada perencanaan ini dikenal berbagai teknik yang dipergunakan pada perencanaan perusahaan misalnya analisis *Strength, Weakness, Opportunity* dan *Threats (SWOT)*, serta penyusunan strategi bisnis.

Penyusunan rencana strategis ini membutuhkan ketrampilan khusus yang dapat dipelajari dari buku-buku dan pelatihan manajemen strategis. Hal lain yang diperlu diperhatikan adalah penggunaan istilah *needs* untuk perencanaan. Dalam pendekatan *needs* (lihat Bab III), maka perencanaan pelayanan kesehatan dilakukan berdasarkan kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan tanpa membedakan status ekonominya. Transisi pada aspek ini menggunakan konsep *demand*, yaitu masyarakat dinilai mengenai kemauan dan kemampuannya mendapatkan pelayanan kesehatan. Dengan menggunakan pendekatan *demand* ini maka ada berbagai kelompok masyarakat yang mampu untuk membiayai sendiri, tetapi ada yang memerlukan subsidi dari pemerintah atau bantuan lembaga sosial untuk memenuhi kebutuhannya (*needs*) akan pelayanan kesehatan.

Pola penyakit dan kematian, atau yang disebut sebagai data epidemiologi berubah menjadi data yang dapat dipergunakan untuk pemasaran rumah sakit. Berbagai *trend* perkembangan penyakit dipergunakan untuk melakukan peramalan akan prospek pasar

pengguna rumah sakit. Transisi ini mengenal istilah manajemen produksi untuk menyebutkan pengembangan program rumah sakit di masyarakat. Istilah kelompok masyarakat yang menggunakan rumah sakit kemudian disebut sebagai *customer*.

Dalam perubahan ini berbagai prinsip dalam bisnis dipergunakan oleh rumah sakit. Rumah sakit tidak hanya berorientasi pada kesehatan masyarakat saja, tetapi juga harus memikirkan sistem bisnis agar dapat tumbuh dan berkembang. Keadaan pada sebagian rumah sakit daerah di Indonesia menunjukkan bahwa orientasi bisnis tidak diperhatikan sehingga terjadi kegagalan berkembang. Akibatnya, seluruh fungsi rumah sakit menjadi terganggu. Transisi ini menyebabkan rumah sakit menjadi lebih bersifat lembaga usaha dengan berbasis pada prinsip-prinsip ekonomi dan manajemen yang dipergunakan oleh badan-badan usaha lain (Kaluzny dkk., 1995; Mick, 1990). Dampak ini menuntut adanya perubahan pada berbagai tatanan baku yang secara tradisional sudah mengakar pada sistem pelayanan kesehatan, termasuk yang dikelola oleh pemerintah. Transisi ini mengakibatkan rumah sakit menjadi lembaga yang mempunyai karakter ekonomi sekaligus mempunyai karakter sosial. Dalam hal ini dikhawatirkan apabila dampak tersebut tidak dikelola secara benar akan terjadi kesimpangsiuran dan ketidaktepatan pola manajemen yang dipakai. Transisi ini tidak harus dari satu ekstrim ke ekstrim lain. Dalam hal ini diperlukan suatu kombinasi yang tepat antara orientasi kesehatan masyarakat dan orientasi bisnis.



Gambar 15.1 Spektrum rumah sakit berbentuk lembaga kemanusiaan murni hingga lembaga usaha komersial

Sebagaimana diuraikan pada Bagian II, pada dasarnya sebuah firma atau lembaga usaha diasumsikan mempunyai tujuan untuk memaksimalkan keuntungan (*for-profit*). Akan tetapi, sebagian lembaga usaha bertujuan tidak memaksimalkan untung (*non-profit*). Di sinilah letak rumah sakit sebagai lembaga usaha *non-profit*. Dengan menggunakan spektrum yang disusun oleh Dees (1999), rumah sakit dapat dibedakan dari lembaga usaha yang mempunyai motivasi campuran (rumah sakit berbentuk lembaga usaha *non-profit*), sampai pada bentuk lembaga usaha *profit*. Di Indonesia, sulit mencari rumah sakit yang benar-benar murni kemanusiaan.

Sebagai lembaga usaha *non-profit* dan *profit*, rumah sakit tidak lepas dari pengaruh lingkungan. Dalam hal ini perubahan lingkungan secara alamiah akan mendorong rumah sakit menjadi organisasi berciri multiproduk sehingga membutuhkan penanganan dengan konsep manajemen yang tepat. Secara garis besar konsep ini dapat diuraikan sebagai berikut: rumah sakit sebenarnya adalah sebuah badan usaha yang mempunyai berbagai macam unit-unit usaha strategis, misalnya instalasi rawat inap, laboratorium, rawat darurat, gizi, hingga urusan pemulsaan jenazah.

Sebuah contoh ekstrim menunjukkan bahwa terdapat sebuah rumah sakit yang dikelola sebagai sebuah *mall*, dengan instalasi laboratorium, poliklinik, gizi, bahkan perawatnya dikontrak dari pihak luar. Dengan demikian rumah sakit secara keseluruhan dapat dianggap sebagai suatu lembaga usaha yang mempunyai berbagai unit bisnis (usaha) strategis. Mengapa disebut sebagai unit usaha strategis? Unit-unit inilah yang dipergunakan langsung oleh masyarakat, dinilai, dan mempunyai semacam akuntabilitas (untung-rugi). Hax dan Majluf (1991) memberikan definisi unit bisnis strategis sebagai berikut:

A Strategic Business Unit (SBU) is an operating unit or a planning focus that groups a distinct set of products or services sold to a uniform set of customers, facing well defined set of competitors.

Unit-unit bisnis ini ditopang oleh manajemen pada tingkat rumah sakit dan oleh manajemen fungsional. Secara garis besar, beberapa area utama manajemen fungsional yaitu: (1) keuangan; (2)

sumber daya manusia, (3) teknologi; (4) pengadaan dan pembelian; (5) medis fungsional; (6) sistem informasi, dan (7) pemasaran. Unit-unit bisnis strategis antara lain: Instalasi Rawat Jalan, Rawat Inap, Rawat Darurat, Laboratorium, Radiologi, dan lain sebagainya.

Unit usaha dalam rumah sakit merupakan suatu hal yang masih kontroversial. Cara pandang yang menolak menyatakan bahwa unit usaha rumah sakit dapat menimbulkan batas-batas yang tidak diperlukan sehingga membahayakan mutu pelayanan bagi pasien. Hal ini disebabkan oleh seorang pasien, misalnya pasien bedah caesar, mendapatkan pelayanan dari berbagai unit usaha rumah sakit secara terpadu. Antara unit-unit usaha sebenarnya tidak ada independensi mutlak. Pasien yang masuk ke rumah sakit dan mendapatkan pelayanan dari seluruh unit secara *integrative*. Apabila unit-unit usaha terlalu independen dan terlalu mementingkan diri sendiri serta *chauvinistic*, justru dapat terjadi hal yang membahayakan mutu pelayanan pasien bedah caesar tersebut. Kekhawatiran lain bahwa pengembangan sistem unit usaha akan menyebabkan rumah sakit mempunyai tujuan menghasilkan keuntungan semata dengan mengabaikan fungsi lainnya.

Pada saat ini konsep unit usaha strategis rumah sakit masih membutuhkan penelitian dan pengembangan lebih lanjut. Akan tetapi, yang perlu ditekankan adalah adanya kenyataan bahwa instalasi-instalasi di rumah sakit merupakan unit-unit usaha yang harus dikelola dalam suasana kompetitif. Dengan demikian, semangat lembaga usaha seharusnya dimiliki oleh para kepala instalasi. Hal ini terkait dengan konsep otonomi rumah sakit yang diharapkan juga ada otonomi dalam pengambilan keputusan di rumah sakit yang dapat didelegasikan sebagian ke manajer instalasi.

Dalam perkembangan menjadi lembaga usaha, rumah sakit pemerintah tentunya tidak akan berkembang menjadi lembaga usaha *for-profit*, tetapi lebih sebagai lembaga usaha *non-profit*. Saat ini Departemen Kesehatan mengubah RSUP menjadi lembaga yang berada di bawah predikat BUMN dalam bentuk Perjan, sesuai dengan UU No. 9/1969. Dengan adanya PP No. 64/2001 mengenai BUMN, secara hukum RSUP akan berada di bawah Kementerian BUMN. Hal

ini merupakan perkembangan dari pembatalan status rumah sakit swadana kembali menjadi instansi PNBPN dan adanya kebijakan desentralisasi pelayanan kesehatan.

Perkembangan menjadi Perjan dan BUMD untuk rumah sakit daerah masih kontroversial, terlebih di tahun 2003 ketika muncul kebijakan baru untuk membawa RSUP menjadi Perum. Pendapat yang kontra menyatakan bahwa bentuk Perjan (terlebih Perum) merupakan pengingkaran dari aspek sosial rumah sakit. Sementara itu, pihak yang pro perubahan ini menyatakan bahwa bentuk Perjan merupakan strategi untuk pengembangan rumah sakit. Di samping itu, ada pendapat ketiga yang menyatakan bahwa bentuk Perjan tidak tepat untuk rumah sakit. Diusulkan untuk menjadi bentuk khusus yang diatur dengan undang-undang untuk rumah sakit (Trisnantoro, 1999a).

Perkembangan-perkembangan terakhir ini semakin menunjukkan bahwa rumah sakit secara *de-facto* telah bergeser dari lembaga sosial menjadi sebuah lembaga usaha dengan berbagai konsep bisnis seperti yang dikemukakan oleh Studin (1995). Kecenderungan ini tercatat dalam penelitian yang dilakukan oleh Trisnantoro (1999b). Hasil penelitian ini menunjukkan sejarah pelayanan kesehatan yang berubah dari pelayanan dengan dasar imperialisme, berkembang dengan dasar misionarisme, dan akhirnya pada akhir abad ke-20 berkembang dengan nilai-nilai badan usaha. Tidak ada lagi subsidi yang substansial untuk membiayai pelayanannya.

Praktis rumah sakit keagamaan tersebut telah menjadi lembaga usaha yang harus membiayai segala kegiatannya dari pendapatan pasien. Hasil penelitian oleh Aji (1999) menunjukkan bahwa rumah sakit-rumah sakit keagamaan di Yogyakarta telah kehilangan sumber subsidi. Dengan kehilangan sumber subsidi ini mau tidak mau rumah sakit-rumah sakit keagamaan atau kemanusiaan harus menggunakan pendapatan dari pasien sebagai sumber dana. Dalam hal ini secara kenyataan rumah sakit keagamaan telah berkembang menjadi lembaga usaha, tetapi tetap mempunyai misi keagamaan atau misi sosial.

Menjadi pertanyaan di titik ini, apakah menjadi lembaga usaha itu merupakan hal yang baik atau buruk karena lembaga usaha

merupakan pelayanan yang berdasarkan prinsip-prinsip bisnis? Pertanyaan lebih lanjut, apakah bisnis merupakan tindakan yang jahat? Dalam hal ini perlu dikaji mengenai makna dari bisnis. Definisi bisnis menurut Mulyadi (1995) sebagai berikut:

“Bisnis merupakan usaha penyediaan produk dan jasa berkualitas bagi pemuasan kebutuhan *customers* untuk memperoleh *return* jangka panjang memadai bagi kemampuan bertahan dan berkembang bisnis tersebut”.

Berdasarkan definisi di atas, rumah sakit merupakan lembaga yang dapat menerapkan prinsip bisnis dengan tidak melanggar etika kedokteran dan melindungi orang miskin. Kata-kata pemuasan kebutuhan *customer*, mempunyai makna kebutuhan yang ditetapkan berdasarkan indikasi medis. *Return* jangka panjang dapat berupa *return* keuangan atau *return* nonkeuangan. Dengan demikian, penanganan orang miskin merupakan tindakan yang mempunyai *return* bukan uang, tetapi berupa tercapainya misi sosial rumah sakit. Bertahan dan berkembang merupakan asas pokok sebuah lembaga untuk menempuh masa depan. Tanpa pengembangan yang bertumpu pada mutu, sebuah rumah sakit akan terus-menerus menurun kinerjanya dan akhirnya terpuruk. Dalam hal ini rumah sakit perlu untuk berkembang dan mampu menjalankan fungsi sosialnya dengan menerapkan prinsip bisnis yang etis. Oleh karena itu, diperlukan konsep rumah sakit yang dikelola berdasarkan asas lembaga usaha tetapi tetap mempunyai fungsi sosial.

Salah satu prinsip bisnis yang dapat dipergunakan dalam rumah sakit adalah konsep *Balanced Scorecard*. Pada akhir dekade 1990-an, kalangan industri mendapat masukan mengenai konsep *Balanced Scorecard* yang diusulkan oleh Kaplan dan Norton (1995). Konsep ini menegaskan bahwa perusahaan yang sukses tidak hanya mengejar keuntungan saja, tetapi juga berusaha untuk mengejar kepuasan pengguna, pengembangan SDM, dan proses yang bermutu. Pengembangan konsep *Balanced Scorecard* ini relevan untuk diaplikasikan dalam rumah sakit. Dengan berbasis pada prinsip pelayanan prima dan konsep *Balanced Scorecard*, indikator yang dipergunakan untuk

menilai keberhasilan rumah sakit sebagai sebuah lembaga usaha yang mempunyai fungsi sosial, Trisnantoro (1999a) mengusulkan adanya empat perspektif yaitu:

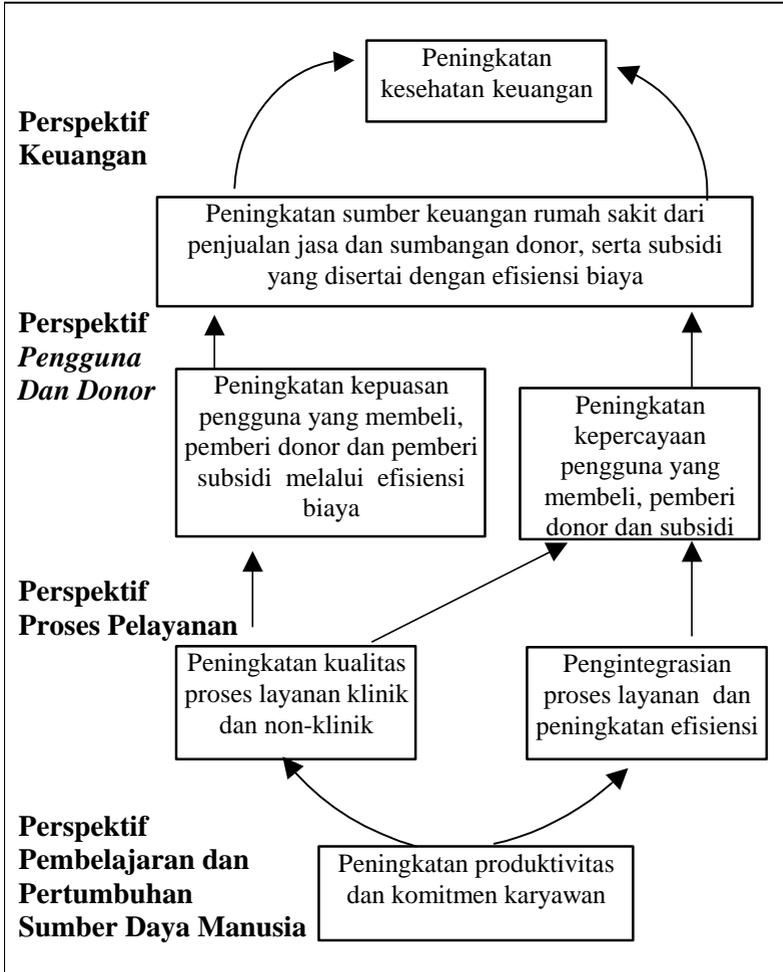
1. Pemberdayaan dan pengembangan sumber daya manusia
2. Proses pelaksanaan kegiatan
3. Indikator kepuasan pengguna atau donor. Indikator ini merupakan adaptasi dari konsep *Balanced Scorecard* yang dikembangkan oleh Kaplan dan Norton (1995).
4. Indikator keuangan.

Secara lebih rinci, nilai-nilai empat perspektif indikator tersebut dilihat pada Gambar 15.2. Karyawan medis, paramedis, dan karyawan lain merupakan aset penting rumah sakit yang harus diberdayakan dengan berbagai program pengembangan sumber daya manusia serta kompensasi yang baik. Mutu proses pelayanan kesehatan hanya dapat meningkat apabila karyawan mempunyai komitmen dan terlatih dalam pekerjaannya. Tidak mungkin akan terjadi proses pelayanan rumah sakit yang bermutu apabila karyawan tidak baik. Pelayanan kesehatan bermutu yang efisien merupakan hal yang dituju. Dalam hal ini efisiensi dapat dicapai tidak hanya dari perbaikan sistem manajemen tetapi juga dalam proses medis klinis dan keperawatan.

Selanjutnya, mutu proses pelayanan rumah sakit yang baik dan *cost-effective* akan meningkatkan kepuasan pengguna pelayanan kesehatan. Kepuasan para pengguna akan memicu kesuksesan dalam keuangan secara berkesinambungan (*sustainable*). Dalam hal ini perlu ditekankan bahwa pengguna rumah sakit tidak hanya masyarakat yang membeli sendiri, tetapi juga masyarakat yang menyumbang atau membelikan untuk orang lain (pemberi dana kemanusiaan), serta pihak-pihak yang memberi subsidi, seperti lembaga-lembaga pemerintah. Nilai-nilai kepuasan mereka harus diperhatikan dengan baik. Tanpa adanya subsidi dari pemerintah atau donor-donor kemanusiaan, rumah sakit akan kesulitan untuk mengembangkan diri.

Keberhasilan rumah sakit dalam bidang keuangan akan memungkinkannya untuk mewujudkan berbagai misi termasuk melindungi orang miskin, menjadi tempat bekerja yang baik bagi sumber daya manusia, dan meningkatkan kesejahteraan masyarakat

luas. Secara sistemik dan berkesinambungan, rumah sakit yang baik secara keuangan akan mampu terus-menerus meningkatkan mutu proses pelayanan dan komitmen sumber daya manusia.



Gambar 15.2 Nilai-nilai kelembagaan berbasis pada empat perspektif (diadaptasi dari Mulyadi 2000).

Rumah sakit sebagai lembaga usaha perlu memperhatikan konsep *Balanced Scorecard* agar berkembang. Dengan mengacu pada prinsip *Balanced Scorecard* yang dimodifikasi untuk rumah sakit, kemungkinan suatu bentuk lembaga usaha dapat berfungsi sosial.

Dalam hal ini terdapat dua kemungkinan: (1) pendekatan *cross-subsidy*; dan (2) pendekatan donor dan subsidi. Pertanyaan kritis saat ini, apakah aspek sosial lembaga usaha dapat dijalankan berdasarkan pendekatan *cross-subsidy*? Jawabannya sulit, karena *cross-subsidy* sulit meningkatkan daya kompetisi sebuah rumah sakit sebagai lembaga usaha. Penelitian penulis di satu rumah sakit pemerintah menunjukkan bahwa tarif kamar VIP jauh di bawah *unit cost* (Trisnantoro dan Setyawan, 1995). Penelitian Abeng (1997) pada sebuah rumah sakit swasta menunjukkan bahwa tarif kamar VIP berada di bawah *unit cost*. Hal yang dikhawatirkan justru pasien kelas bawah memberikan subsidi ke kelas atas. Hal ini dimungkinkan karena harga obat yang mempunyai keuntungan yang sama besarnya antara kelas atas dan kelas bawah, sedangkan jumlah pasien kelas bawah jauh lebih tinggi dibandingkan dengan pasien kelas atas. Konsep subsidi silang, apabila dilakukan secara murni, akan merugikan daya kompetitif sebuah rumah sakit, termasuk daya kompetitif internasional.

Pendekatan subsidi silang ini secara praktis mengharapakan direktur rumah sakit melakukan pekerjaan yang sangat berat; yaitu sebagai manajer lembaga pelayanan kesehatan, sekaligus sebagai pengatur redistribusi pendapatan masyarakat yang *notabene* adalah tanggung jawab pemerintah. Dapat dibayangkan bahwa beban direksi dan staf manajemen sangat berat dalam melakukan subsidi silang ini, yang sebenarnya berada di luar jangkauan mereka.

Pendekatan kedua yang berdasarkan pada donor dan subsidi akan lebih masuk akal seperti apa yang terdapat dalam Gambar 15.2. Dengan demikian, donor atau subsidi merupakan aspek sosial dari rumah sakit, bukan dengan menggunakan subsidi silang. Pertanyaan sekarang adalah siapa yang memberikan subsidi untuk orang miskin? Pemerintah tentu merupakan pihak yang harus bertanggung jawab terhadap subsidi ini. Pemerintah merupakan pihak yang seharusnya

melakukan alokasi anggaran secara adil. Fungsi untuk melakukan alokasi anggaran sebaiknya tidak berada pada direksi rumah sakit.

Di Indonesia, Undang-Undang Dasar 1945 (UUD 1945) telah menjamin bahwa fakir miskin berada di bawah tanggungan negara, bukan tanggungan sumber keuangan rumah sakit pemerintah atau swasta. UUD 1945 memang mengisyaratkan bahwa Republik Indonesia sebenarnya berpaham *welfare-state*. Paham ini terbukti dengan adanya JPS di Indonesia atau *Medicaid* dan *Medicare* di Amerika Serikat. Problemnnya di Indonesia, program JPS pada awalnya bukan dirancang sebagai suatu sistem pembiayaan rumah sakit yang permanen, sehingga ada istilah *exit strategy*. Di Inggris, subsidi pemerintah berasal dari pajak dan hasil negara.

Di samping subsidi pemerintah, terdapat alternatif lain berupa penggalian dana-dana kemanusiaan. Siapa yang memberikan donor kemanusiaan? Dalam hal ini empat pasar donor yang utama yaitu individual atau perorangan, yayasan, perusahaan, dan pemerintah. Saat ini di Indonesia, donor-donor kemanusiaan ini semakin lama semakin mengecil. Rumah sakit-rumah sakit keagamaan semakin sulit mendapatkan dana, khususnya biaya operasional untuk menangani orang miskin. Apakah memang sumber donor kemanusiaan untuk melayani orang miskin sudah habis? Sulit untuk menjawab masalah ini. Pada tahun 2001 Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan UGM, Yogyakarta mengembangkan berbagai pelatihan untuk menggali dana kemanusiaan. Akan tetapi, hasilnya belum dapat diketahui. Saat ini dapat dikatakan bahwa secara *de-facto* rumah sakit memang merupakan lembaga usaha. Akan tetapi, secara hukum dan juga secara filosofi serta kultur bekerja ternyata sebagian rumah sakit belum siap menjadi sebuah lembaga usaha.

Hal penting lain dalam kebijakan rumah sakit yang terkait dengan sumber biaya dan pendapatan rumah sakit adalah masalah pajak. Berbagai pengamatan menunjukkan bahwa rumah sakit dianggap sebagai lembaga usaha yang sama dengan lembaga usaha *for-profit* lain. Akibatnya, berbagai kegiatan ekonomi, termasuk pembelian alat kedokteran berbagai pajak diterapkan, termasuk pajak barang mewah. Hal ini berbeda dengan di Malaysia bahwa rumah

sakit mempunyai berbagai pengecualian dalam hal perpajakan. Oleh karena itu, diperlukan kebijakan baru di Indonesia dalam masalah pajak untuk rumah sakit.

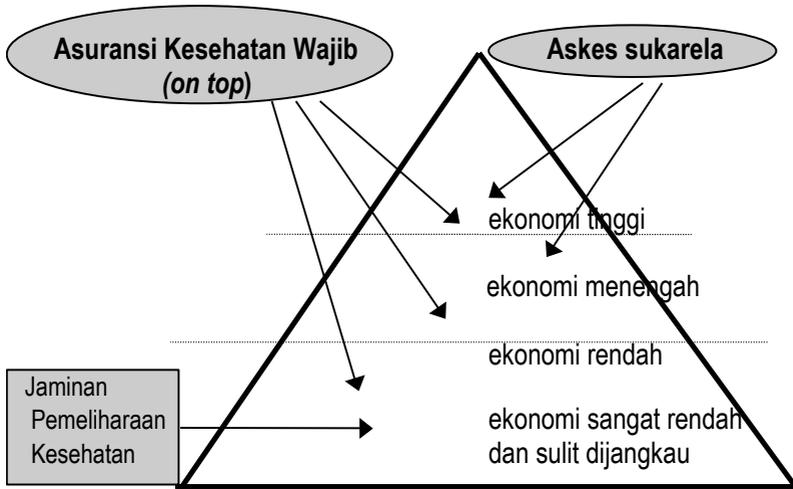
15.2 Bagaimana Menjamin Orang Miskin?

Pengembangan ke model badan usaha dalam sektor kesehatan berdasarkan pasar (*market-driven*) harus dilakukan dengan syarat bahwa orang miskin atau pihak-pihak yang perlu dibantu tetap dijamin aksesnya terhadap pelayanan kesehatan. Dalam hal ini dikenal konsep JPS. Di samping itu, banyak ahli berpendapat, termasuk Anthony Culyer dari University of York yang menyatakan bahwa berbagai *public service* dalam pelayanan kesehatan tetap wajib diberikan oleh pemerintah sebagai pihak yang menentukan pembagian anggaran secara adil. Sistem pembiayaan untuk orang miskin tetap harus dijaga melalui berbagai mekanisme, misalnya dengan: (1) subsidi dari pemerintah melalui mekanisme pajak pusat, pendapatan asli daerah, bantuan luar negeri; atau (2) dari dana-dana kemanusiaan.

Agar terjadi pengembangan sumber dana pelayanan kesehatan yang mengarah pada prinsip gotong-royong, pemerintah pusat atau daerah yang mampu dapat mengadakan peraturan yang mewajibkan seluruh penduduk mempunyai jaminan pelayanan kesehatan. Kepekerjaan asuransi kesehatan bersifat wajib karena budaya masyarakat di Indonesia masih belum mengenal manajemen risiko sakit. Organisasi penyelenggara asuransi kesehatan dan JPKM yang sukarela saat ini cenderung mengalami kesulitan berkembang secara luas terutama yang beroperasi pada segmen masyarakat berpenghasilan rendah.

Bagi masyarakat yang menginginkan jasa asuransi kesehatan yang lebih tinggi dari paket dasar mempunyai kesempatan mengikuti asuransi kesehatan sukarela (komersial) tanpa meninggalkan keanggotaan asuransi kesehatan wajibnya. Walaupun belum pasti, dengan sistem ini diharapkan terjadi *cross-subsidy* dari masyarakat sehat yang kaya kepada masyarakat bawah yang miskin. Bagi masyarakat yang tidak mampu membeli premi asuransi kesehatan atau

tidak terjangkau pelayanan kesehatan diperlukan suatu jaminan dari pemerintah untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Secara diagramatik, keadaan ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 15.3 Kerangka jaminan kesehatan untuk masyarakat

15.3 Kebutuhan akan Indikator yang Tepat

Dalam masa perubahan bentuk rumah sakit, maka diperlukan pengukuran untuk menilai apakah lembaga berjalan baik atau tidak. Penggunaan indikator seperti *Balanced Scorecard* merupakan gabungan antara indikator klinik, nonklinik, termasuk ekonomi. Hal penting yang perlu diperhatikan bahwa penggunaan indikator yang menyeluruh ini harus dapat diterapkan secara praktis sehingga keberhasilan rumah sakit dapat terukur. Dalam manajemen penggunaan sistem indikator kinerja merupakan bagian dari proses pengendalian sebuah lembaga, termasuk rumah sakit. Standar merupakan sebuah hasil akhir atau target yang akan menjadi nilai yang diperbandingkan dengan kinerja.

Pada rumah sakit, indikator yang dipergunakan dalam pengukuran kinerja dapat menjadi banyak. Sampai saat ini dikenal berbagai indikator klinik seperti yang pernah dihasilkan oleh Departemen Kesehatan dan WHO, indikator manajemen, indikator kinerja rumah sakit dengan menggunakan model Barber-Johnson. Pertanyaan penting di sini adalah; indikator apa yang akan dipergunakan? Apakah menggunakan grafik Barber Johnson? Ataukah *Cost Recovery*, ataukah apa? Secara lebih rinci, bagaimanakah indikator rumah sakit sebagai lembaga usaha yang mempunyai fungsi sosial? Untuk pembahasan hal ini dapat dilihat pada kasus di bawah ini.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Berdikari di Kabupaten Karangombo telah menjalankan kebijakan swadana selama 3 tahun. Setahun setelah kebijakan swadana berjalan, tarif bangsal kelas I dinaikkan 100% menjadi Rp35.000,00 per hari, dan tahun lalu membangun bangsal VIP. Tarif bangsal VIP ditetapkan seharga Rp100.000,00. Tarif kelas III tidak dinaikkan (tetap Rp7.500,00) akan tetapi jumlah kamarnya secara relatif menjadi berkurang. Dari 60% menjadi 45%. Secara fisik, setelah kebijakan swadana rumah sakit menjadi lebih baik, lebih megah, lebih bersih, dan karyawannya lebih produktif, serta keluhan dari masyarakat menurun. BOR rumah sakit secara total meningkat dari 57% menjadi 85%.

Namun, tiba-tiba muncul suatu kritikan dari seorang wakil rakyat di DPRD Kabupaten Karangombo, Drs. Subroto. Dalam suatu kesempatan sidang anggaran kesehatan, Drs. Subroto mengkritik keras RSUD Berdikari. Dalam pidato di depan sidang, Drs. Subroto menyatakan bahwa RSUD Berdikari telah menjalankan kebijakan swadana yang *melenceng* dari misi utamanya yaitu menolong orang miskin. Dengan memberi data yang akurat, Drs. Subroto mengevaluasi bahwa BOR kelas III semakin meningkat. Sebelum swadana BOR-nya sebesar 78% dan saat ini menjadi 95%. Drs. Subroto menyatakan bahwa BOR yang tinggi ini menunjukkan bahwa akses orang miskin ke RSUD Berdikari menjadi sulit karena kamar kelas III sering penuh sehingga pasien disalurkan ke Puskesmas dengan Rawat Inap yang jaraknya 10 km dari RSUD Berdikari. Dengan data lain, Drs. Subroto menunjukkan bahwa BOR bangsal VIP relatif rendah,

yaitu sekitar 45% dan pembangunan bangsal VIP ternyata mempunyai subsidi berupa pembangunan gedung dan harga tanah. Pada penutupnya sebagai anggota dewan, Drs. Subroto mengusulkan agar dilakukan evaluasi menyeluruh terhadap RSUD Berdikari, termasuk komitmen pelayanan sosialnya.

Kasus tersebut menunjukkan bahwa memang timbul berbagai perspektif dalam menilai kinerja rumah sakit. Rumah sakit perlu memikirkan indikator yang menyeluruh. Drs. Subroto sebagai wakil masyarakat menggunakan perspektif akses untuk orang miskin, sementara itu direksi rumah sakit menggunakan kebijakan swadana tidak hanya dengan perspektif masyarakat, tetapi juga perspektif sumber daya manusia rumah sakit. Sementara itu kebijakan swadana dengan membangun bangsal VIP dan mengurangi kelas III berusaha

Tabel 15.1 Perbedaan sikap dan *interest* pada *stakeholders* rumah sakit pemerintah

<i>Stakeholders</i>	Sikap dan interest
Masyarakat	Menginginkan rumah sakit yang dapat memberi akses untuk pelayanan bagi orang miskin secara adil dan bermutu baik
Pemerintah sebagai regulator	Sama dengan masyarakat karena pemerintah yang demokratis terpilih berdasarkan suara masyarakat. Menginginkan rumah sakit yang dapat memberi akses untuk pelayanan bagi orang miskin secara adil dan bermutu baik
Pemerintah sebagai pemilik rumah sakit	Rumah sakit dapat berjalan baik dengan memberikan hasil sesuai dengan prinsip usaha dan tidak ada penyimpangan-penyimpangan
<i>Board of Trustees</i> (Dewan Penyantun RS)	Bekerja atas garis yang ditetapkan oleh pemilik rumah sakit
Manajer rumah sakit	Bekerja sesuai dengan tugas yang diberikan. Para direksi harus dapat melakukan pekerjaan sehingga hasilnya dapat memuaskan berbagai <i>stakeholders</i> lain.
Para professional yang bekerja di rumah sakit	Bekerja dengan baik sesuai standar profesional masing-masing dan mendapat suasana kerja yang nyaman, termasuk kompensasi yang baik.

untuk memperbaiki suasana kerja di rumah sakit agar para dokter dapat lebih mendapatkan kompensasi. Dalam hal ini terkesan terjadi

suatu konflik antar-*stakeholders*. Barnett dkk (2001) menguraikan bahwa ada berbagai motivasi para *stakeholders* dalam menilai rumah sakit seperti yang terdapat pada Tabel 15.1.

Dengan memperhatikan tabel di atas, maka kemungkinan memang ada konflik antar-*stakeholders*. Pertanyaan pentingnya dalam kasus RSUD Berdikari apakah dengan mengurangi bangsal kelas III, akses untuk orang miskin dapat terjamin?

Dalam kasus tersebut Direktur RSUD Berdikari menyatakan bahwa RSUD bekerja sama dengan berbagai Puskesmas Rawat Inap di sekitar rumah sakit dalam sistem rujukan karena ada sekitar 30% pasien rawat inap kelas III yang tidak perlu masuk RSUD. Jenis penyakit pasien ini dapat ditangani di Puskesmas Rawat Inap dengan mutu yang sama, tetapi biaya lebih murah dan jarak lebih dekat. Dengan demikian, masyarakat akan diuntungkan. Sebagai dampak kebijakan menganjurkan para pasien dengan penyakit tertentu untuk berobat ke Puskesmas Rawat Inap, maka BOR kelas III akan turun sehingga tidak terjadi antrian. Dengan kebijakan ini maka masalah akses dapat diatasi.

Kasus RSUD Berdikari menunjukkan bahwa rumah sakit memang perlu diukur dengan berbagai perspektif. Untuk menggabungkan berbagai perspektif tersebut, konsep *Balanced Scorecard* mempunyai berbagai indikator menyeluruh yang dapat dipergunakan untuk menilai rumah sakit tersebut. Pertama, perspektif sumber daya manusia mengukur pemberdayaan dan pengembangan sumber daya manusia dengan indikator misalnya: besarnya kompensasi untuk sumber daya manusia, perbandingan jumlah karyawan yang sudah dilatih dengan yang belum, kinerja karyawan (kedisiplinan, loyalitas, prestasi) yang dilatih dan yang belum, perubahan kinerja karyawan (meningkat atau menurun), keluhan karyawan.

Tanpa adanya karyawan yang puas dengan pekerjaannya, RSUD Berdikari tidak akan berjalan dengan mutu baik. Dalam hal ini perlu ditetapkan standar mengenai keadaan karyawan, termasuk kompensasinya. Sebelum kebijakan swadana, para karyawan, terutama para dokter banyak menggunakan waktunya pada saat jam dinas di rumah sakit swasta. Akibatnya, mutu proses pelayananan menurun.

Perspektif proses pelayanan, misalnya di Instalasi Rawat Inap RSUD Berdikari berusaha mencapai semua ukuran mutu pelayanan rawat inap sesuai standar Depkes yang meliputi jumlah pasien dekubitus, infeksi jarum infus, penyulit infeksi transfusi darah, kelambatan gawat darurat, kekambuhan rawat jalan, dan berbagai hal lainnya. Perlu dicatat bahwa indikator mutu klinik dan keperawatan saat ini sedang dikembangkan oleh Depkes RI. Selain itu, ada pula indikator proses pelayanan rawat inap misalnya berbagai macam *rates*, *quick to respond rates*: cepat memenuhi panggilan, cepat menangani keluhan/*complain*, dan *waiting time* yang minimal.

Perspektif konsumen adalah bagaimana caranya agar konsumen yang membeli akan puas dan menjadi pelanggan serta merekomendasikan pelayanan kepada orang lain. Sebagai contoh indikator kepuasan bagi pembeli adalah nilai berdasarkan survei kepuasan, angka keluhan, pengguna jasa pelayanan kesehatan yang semakin luas. Di samping itu, harus ada pula indikator yang mengukur kepuasan pemberi dana kemanusiaan dan pemberi subsidi. Bagi pemberi donor dan subsidi, indikator keberhasilan adalah sesuai dengan apa yang dipersyaratkan oleh pemberi. Kepuasan pemberi donor dan pemberi subsidi merupakan salah satu indikator bahwa rumah sakit menjalankan misi sosialnya. Perspektif ini yang dipergunakan oleh Drs. Subroto pada kasus di atas.

Di dalam perspektif keuangan, ada berbagai indikator yang dapat dipergunakan misalnya berbagai *rates* untuk kesehatan perusahaan, persentase sumber dana rumah sakit yang akan dipergunakan untuk kegiatan kemanusiaan, peningkatan pendapatan, dan penurunan biaya operasional serta berbagai hal lainnya. Dalam hal aspek keuangan ini terdapat indikator yang dapat dipakai untuk mengukur misi sosial rumah sakit, misalnya berapa persen pengeluaran untuk orang miskin yang dirawat di rumah sakit. Dalam indikator ini dapat dibahas bagaimana sumber pembiayaan untuk orang miskin. Apabila memang dibutuhkan maka bangsal kelas III dapat diperluas, tetapi perlu untuk mencari sumber pembiayaannya.

Sebagaimana *cockpit* ataupun *dashboard* mobil, akan timbul perdebatan; indikator yang dipakai apakah terlalu sedikit atau terlalu

banyak? Apabila terlalu sedikit, maka mungkin terjadi kekurangan informasi, tetapi apabila terlalu banyak maka akan timbul pemborosan tenaga dan perhatian untuk hal-hal yang tidak diperlukan oleh lembaga sebagai alat kontrol. Oleh karena itu, muncul *Key Performance Indicators*, yang menunjukkan indikator-indikator kunci yang diharapkan optimal untuk menilai kinerja lembaga. Dalam hal ini *Balanced Scorecard* dapat dipergunakan sebagai *Key Performance Indicators*. Dengan *Balanced Scorecard* indikator rumah sakit mencakup pula indikator ekonomi ataupun nonekonomi. Kesepakatan untuk menetapkan standar dan indikatornya merupakan hal penting untuk mencapai tujuan rumah sakit sebagai lembaga usaha dan sosial.

Penggunaan laporan indikator kinerja di dalam rumah sakit

Di dalam kegiatan rumah sakit, hasil penilaian kinerja harus ditindaklanjuti dengan berbagai kemungkinan. Tanpa ada tindak lanjut maka penggunaan indikator tidak mencapai sasaran. Dengan menggunakan indikator kinerja, maka dapat dilakukan proses pengendalian yang dapat bersifat strategis atau operasional. Pengendalian strategis akan terkait dengan hal paling hakiki dalam rumah sakit. Sebagai contoh, setelah melakukan evaluasi berdasarkan hasil kerja dengan berbagai indikator, sebuah rumah sakit yang sebelumnya berstatus yayasan, merubah diri menjadi rumah sakit *for-profit*. Alasan perubahan agar terjadi sistem manajemen yang lebih baik, transparan, dan jelas indikator kesuksesannya.

Secara operasional berbagai indikator akan dipergunakan untuk menilai kinerja rumah sakit. Sebagai contoh dalam indikator ekonomi untuk status keuangan rumah sakit dikenal berbagai laporan misalnya laporan akuntansi, laporan *cash-flow* hingga paparan neraca rugi-laba tahunan. Dalam laporan rumah sakit *for-profit* dengan nilai ekonomi, berbagai macam rasio keuangan akan dikemukakan misalnya: *Return on Investment (ROI)*, *Return on Equity (ROE)*, *profit margin*, *debt to equity*, *earning pershare*, *revenue growth*, dan *asset growth* (Duncan dkk, 1995).

Secara praktis, masalah besar dalam menggunakan indikator

tersebut adalah mencari keseimbangan antara berbagai indikator. Sebagai contoh, apabila terlalu besar penekanan pada keuntungan atau nilai sosial rumah sakit maka kemungkinan mengurangi indikator kepuasan karyawan ataupun pasien. Kasus RSUD Berdikari menunjukkan usaha untuk meningkatkan kepuasan dokter menyebabkan kritikan dari pihak lain. Akan tetapi, apabila karyawan rumah sakit tidak dipenuhi harapannya maka mutu kegiatan akan menurun. Keseimbangan ini sangat tergantung pada konteks pemilik dan lingkungan usaha setiap rumah sakit.

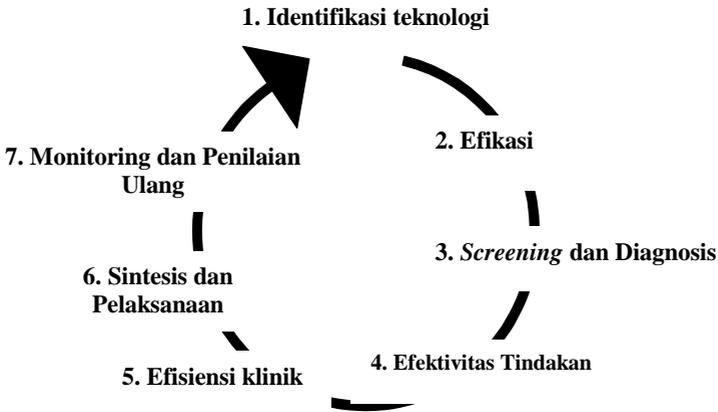
15.4 Evaluasi ekonomi untuk tindakan klinik

Dalam manajemen rumah sakit, banyak tindakan yang membutuhkan evaluasi ekonomi untuk pelayanan kesehatan (Lemieux-Charles, Hall, 1997). Sebagai contoh, apakah rumah sakit akan membeli *CT scan* baru? Apakah akan memasukkan obat baru ke dalam daftar formularium rumah sakit? Apakah perlu memberikan antibiotika sebelum operasi? Atau pertanyaan mengenai efektifitas biaya operasi sehari untuk hernia (Russel dkk., 1977).

Evaluasi ekonomi ini menjadi sering dibutuhkan karena teknologi pelayanan kesehatan berkembang sangat cepat, termasuk pelayanan kesehatan di rumah sakit. Hal-hal ini membutuhkan informasi mengenai cara yang paling efisien dari berbagai alternatif pelayanan yang ada. Sebagai contoh, apabila rumah sakit salah memilih *CT Scan*, kemungkinan hasil yang dicapai tidak memuaskan dan biayanya sangat tinggi. Akibat menggunakan teknologi yang tidak *cost-effective* ini, rumah sakit berkurang mutu pelayanannya.

Konsep evaluasi ekonomi terhadap pelayanan kesehatan berasal dari pertanyaan kritis mengenai manfaat teknologi kedokteran untuk masyarakat. Ilmu kedokteran-kesehatan merupakan ilmu yang harus diterapkan dalam masyarakat untuk mengurangi beban akibat adanya penyakit atau turunnya indikator kesehatan masyarakat. Dalam usaha mengurangi beban akibat penyakit, terdapat pilihan berbagai teknologi kedokteran dan kesehatan. Dalam konteks ilmu terapan Tugwell dkk

(1986) mengusulkan sebuah kerangka berpikir untuk evaluasi teknologi kedokteran-kesehatan. Kerangka berpikir ini sangat menarik dalam kaitannya dengan evaluasi ekonomi sektor kesehatan. Kerangka berpikir tersebut terdapat pada Gambar 15.4.



Gambar 15.4 Kerangka berpikir *technology assessment iterative loop*

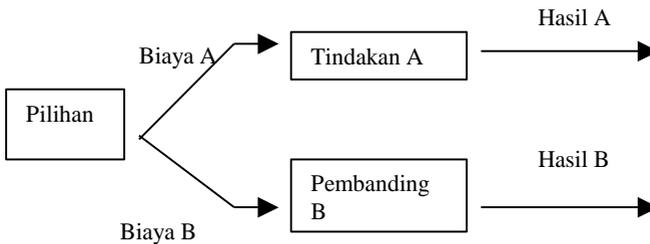
Dalam kerangka berpikir ini terlihat proses pemilihan teknologi penanganan masalah kesehatan, mulai dari pemikiran awal mengenai beban penyakit yang harus ditangani. Dari pemikiran awal ini kemudian ada pilihan teknologi pelayanan kesehatan yang dapat dipergunakan untuk mengurangi beban penyakit. Teknologi ini kemudian menjalani uji coba pada kondisi ideal untuk menentukan apakah tindakan kesehatan ada pengaruhnya (uji efikasi). Jika dalam uji efikasi ini tindakan kesehatan tidak ada gunanya, maka akan dihentikan. Apabila berguna dalam ujiefikasi, maka tindakan kesehatan tersebut akan sampai pada pelaksanaan di lapangan yang mengandung berbagai kata kunci seperti efektivitas, efisiensi, dan evaluasi dengan indikator yang jelas untuk menilai keberhasilan intervensi di masyarakat.

Dalam hal ini salah satu indikator yang dipakai menggunakan ukuran ekonomi. Kerangka berpikir ini sejalan dengan konsep dasar

ilmu manajemen bahwa input dan struktur harus diatur dalam proses yang baik untuk mencapai tujuan berupa hasil (yang dapat diukur) dengan sebaik-baiknya (Drucker dan Eccles, 1998; Burrows dkk., 1994).

Bersamaan dengan konsep ini Drummond dkk (1997) mengembangkan metode evaluasi ekonomi untuk pelayanan kesehatan yang sistematis. Dua hal penting dalam evaluasi ekonomi. Pertama adalah evaluasi ekonomi berarti mencakup biaya dan hasil dari proses yang menggunakan biaya tersebut. Kedua, evaluasi ekonomi selalu mengandung kegiatan membandingkan antaralternatif-alternatif pilihan pelayanan kesehatan. Dalam hal ini Drummond dkk (1997) menyatakan bahwa evaluasi ekonomi adalah “*The comparative analysis of alternative courses of action in terms of both their costs and consequences*”. Oleh karena itu, manfaat utama evaluasi ekonomi adalah untuk mengidentifikasi, mengukur, menilai, dan membandingkan biaya dan konsekuensi dari alternatif yang dipertimbangkan. Gambar 15.5 berikut ini menunjukkan prinsip evaluasi ekonomi.

Gambar 15.5 memperlihatkan bahwa evaluasi ekonomi membandingkan pilihan antara berbagai alternatif. Dalam hal ini misalnya terjadi perbandingan antara tindakan A dan pembandingan B. Evaluasi ekonomi dapat dipergunakan dalam pemahaman mengenai konsep evaluasi tindakan atau teknologi kesehatan. Secara tradisional pada sektor rumah sakit dan kesehatan pada umumnya, sering dilakukan



Gambar 15.5 Prinsip evaluasi ekonomi melakukan perbandingan antaralternatif evaluasi untuk menguji efikasi atau efek dari obat, alat, dan prosedur tindakan. Pengujian ini sering dilakukan dalam konteks memban-

dingkan dua tindakan. Hal ini dapat dibaca pada berbagai jurnal kedokteran yang banyak melaporkan hasil penelitian evaluasi. Evaluasi jenis ini lebih banyak mengukur hasil, bukan pada biaya tindakan. Drummond dkk (1997) menggambarkan hal tersebut dengan Tabel 15.2 di bawah ini.

Pada kotak 1A, 1B, dan 2 tidak ada perbandingan alternatif (hanya ada satu tindakan atau program yang sedang dievaluasi). Sebenarnya evaluasi harus mempunyai arti membandingkan satu dengan lainnya. Oleh karena itu, “evaluasi” dalam kotak ini sebenarnya bukan evaluasi sesungguhnya, tapi lebih merupakan suatu gambaran. Pada kotak 1A hanya hasil dari tindakan yang diperiksa, dan disebut

Tabel 15.2 Klasifikasi evaluasi ekonomi

**Apakah biaya (*input*) dan hasil (*output*)
dari alternatif-alternatif diperiksa?**

		Tidak		Ya
Apakah ada perbandingan antara dua atau lebih alternatif	Tidak	Menilai hasil saja	Menilai biaya saja	
		1A Evaluasi Sebagian	1B Evaluasi Sebagian	2 Evaluasi Sebagian
		Gambaran hasil	Gambaran biaya	Gambaran Hasil-biaya
	Ya	3A Evaluasi Sebagian	3B Evaluasi Sebagian	4 Evaluasi Ekonomi Penuh
	Uji efikasi atau efektivitas	Analisis Biaya	<i>Cost-minimization analysis</i> <i>Cost-effectiveness analysis</i> <i>Cost-utility analysis</i> <i>Cost-benefit analysis</i>	

sebagai gambaran hasil. Dalam kotak 1B karena hanya biaya yang dilihat maka disebut sebagai gambaran biaya. Karena tidak melihat

pada hasil, maka tidak dapat disebut sebagai evaluasi ekonomi penuh.

Pada kotak 3A dan 3B terdapat perbandingan antara dua alternatif tindakan kesehatan, tetapi tidak melakukan penghitungan biaya. Pada kotak 3A tindakan ini disebut sebagai evaluasi efektivitas yang banyak dilakukan dalam uji klinik. Dalam kotak 3B hanya biaya yang dibandingkan sehingga disebut sebagai analisis biaya. Kotak 4 merupakan evaluasi ekonomi penuh dengan biaya dan hasil antar alternatif dibandingkan. Dikenal empat jenis evaluasi ekonomi penuh yaitu *cost-minimization analysis*, *cost-effectiveness analysis*, *cost-utility analysis*, dan *cost-benefit analysis*.

Analisis biaya minimalisasi (*Cost Minimization Analysis*)

Evaluasi ekonomi penuh jenis ini mempunyai ciri yaitu hasil dari dua alternatif yang diukur adalah sama. Berdasarkan hal ini maka komponen *input* atau biaya dari kedua alternatif akan dihitung untuk mendapatkan data tindakan mana yang paling rendah biayanya. Evaluasi ini banyak dilakukan pada berbagai tindakan bedah minor. Sebagai contoh Russel dkk (1977) meneliti perbandingan bedah sehari untuk hernia dan hemoroid dibandingkan dengan teknik perawatan saat ini.

Analisis biaya dan hasil guna (*Cost Effectiveness Analysis*)

Apabila keluaran (*outcome*) dari tindakan proyek tersebut tidak sama, maka dilakukan pengukuran hasil dan biaya melalui metode *cost-effectiveness*. Dalam hal ini hasil (*outcome*) diukur dengan indikator status kesehatan yang alamiah, misalnya perpanjangan masa kehidupan. Indikator status kesehatan lain misalnya; penyembuhan, penghindaran dari kematian.

Analisis utilitas biaya (*Cost Utility Analysis*)

Pengukuran ini membutuhkan data hasil dalam bentuk utilitas atau kegunaan hidup. Dalam khasanah ekonomi kesehatan terdapat berbagai metode untuk menghitung kegunaan hidup. Salah satu yang paling populer adalah berdasarkan konsep *Quality Adjusted Life Years* (QALY) dan untuk menghitung beban penyakit *Disability Adjusted Life Years* (DALY). Perhitungan QALY berdasarkan kombinasi antara lama kehidupan dan mutu kehidupan. Dalam aplikasi di rumah sakit, analisis ini penting untuk mempertimbangkan keputusan penggunaan teknologi yang mahal bagi pasien-pasien yang sudah dipastikan tidak mendapat manfaat banyak.

Analisis biaya dan keuntungan (*Cost benefit Analysis*)

Jika perhitungan biaya dan keluarannya menggunakan satuan yang sama, biasanya dengan nilai uang, maka analisis yang dilakukan adalah *cost benefit analysis*. Karena menggunakan ukuran yang sama maka dapat menggunakan perbandingan *benefit* atau *cost* sebagai satuannya.

Pemahaman mengenai evaluasi ekonomi ini menjadi dasar untuk menentukan tindakan yang dilakukan oleh rumah sakit bersifat etis atau tidak. Namun, kesulitan yang sering dihadapi pada praktik sehari-hari adalah tidak adanya data mengenai evaluasi ekonomi untuk berbagai tindakan klinik ataupun peralatan teknologi kedokteran. Di samping itu, penghitungan biaya evaluasi ekonomi merupakan satu hal yang sangat sulit. Dapat dipahami bahwa evaluasi ekonomi dengan menggunakan model Drummond (1997) ini masih jarang dipergunakan dalam pembuatan keputusan manajemen pada rumah sakit di Indonesia.