

# Program Cost Containment di Rumah Sakit

## Tanggapan dalam Mengantisipasi Perkembangan Teknologi Kesehatan di Indonesia

Amal C. Sjaaf

*Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Jakarta*

### LATAR BELAKANG

Rumah sakit sebagai salah satu mata rantai pelayanan dalam Sestim Kesehatan Nasional di Indonesia akhir-akhir ini menunjukkan pertumbuhan yang cukup bermakna. Dalam kurun waktu 15 tahun ini (akhir Pelita I sampai awal Pelita V) angka pertumbuhan rumah sakit umum dan khusus adalah 37% atau rata-rata 2,1% per tahun (dari 1.116 menjadi 1.533 RS). Sedangkan angka pertumbuhan tempat tidur di rumah sakit menunjukkan pertumbuhan yang lebih tinggi yaitu 45% dalam 15 tahun atau 2,5% per tahun (dari 81.753 TT menjadi 118.565 TT).

Rumah sakit umum sendiri, yang jumlahnya relatif sama besar dengan rumah sakit khusus, menunjukkan pertumbuhan sekitar 30% selama kurun waktu tersebut (dari 581 RSU menjadi 756 RSU). Sedangkan jumlah tempat tidurnya menampilkan pertumbuhan sekitar 44% dalam waktu yang sama yaitu dari 63.643 TT menjadi 81.888 TT. Ini menampilkan bahwa walaupun jumlah RSU dan RS Khusus hampir sama, tetapi jumlah tempat tidur RSU adalah sekitar 78% dari seluruh rumah sakit yang ada.

Yang menarik untuk diperhatikan adalah jumlah rumah sakit umum swasta pada kurun waktu 15 tahun menampilkan angka pertumbuhan sekitar 104% (dari 113 menjadi 231 rumah sakit). Angka ini, pada akhir tahun 1990 ternyata bertambah menjadi sebesar 244 rumah sakit swasta di Indonesia. Dari pertumbuhan ini berarti jumlah rumah sakit umum swasta yang pada akhir Pelita I hanya sekitar 19% dari seluruh RSU, pada akhir 1990 tumbuh menjadi sekitar 32% dari seluruh RSU di Indonesia.

Sesuai dengan sifat layanan kesehatan di rumah sakit yang terutama diarahkan pada jenjang layanan kesehatan sekunder

dan tersier maka dapat dipahami bahwa rumah sakit secara relatif akan ada di daerah *urban* dan *semi-urban*. Sebagai contoh, pada awal Pelita V hampir 9% dari RSU di Indonesia berada di Jakarta yaitu sebanyak 71 RSU. Jumlah ini kemudian meningkat pesat dengan tingkat pertumbuhan sekitar 11,8% per tahun sehingga pada tahun 1991 terdapat 86 RSU di Jakarta.

Ditinjau dari jumlah tempat tidur yang sebanyak 11.591 maka dapat dikatakan bahwa sekitar 12,7% dari seluruh tempat tidur RSU di negeri ini berada di Jakarta. Tetapi, dengan angka pertumbuhan tempat tidur RSU per tahun sebesar 0,96% maka dapat dilihat bahwa di Jakarta terjadi kecenderungan tumbuhnya RSU dengan jumlah tempat tidur 50–100 buah per RS, di bawah rata-rata nasional yang sekitar 125–150 tempat tidur per RS. Mengacu kepada angka pertumbuhan keadaan di daerah *urban* atau *semi-urban* lainnya di Indonesia tersebut maka dapat dikatakan bahwa tingkat kompetisi antar RSU terutama swasta di daerah *urban* akan cukup tinggi. Dengan tingkat kompetisi yang tinggi adalah wajar bagi setiap rumah sakit untuk melakukan segala upaya yang diperlukan dalam mempertahankan keberadaannya.

### KOMPETISI DAN *ECONOMIES OF SCALE* LAYANAN DI RUMAH SAKIT

Dalam situasi kompetisi yang ketat, tidak dapat disangkal bahwa peranan pembiayaan dalam menyediakan layanan di rumah sakit menjadi sangat penting. Hanya rumah sakit yang dapat menyediakan layanan yang bermutu dengan pembiayaan yang relatif rendah dapat unggul dalam kompetisi ketat tersebut. Untuk itu maka perlu diketahui beberapa faktor yang diasumsikan terkait erat dengan biaya layanan rumah sakit.

---

*Makalah ini disajikan pada Kongres VI PERSI & Hospital Expo, Jakarta, 21 — 25 November 1993.*

Secara spesifik, Feldstein (1983) menggambarkan hubungan antara biaya rata-rata layanan di rumah sakit dengan faktor-faktor tertentu sebagai berikut :

$$BRL = f(TT, FL, JP, M, DP, PU, E, P, L)$$

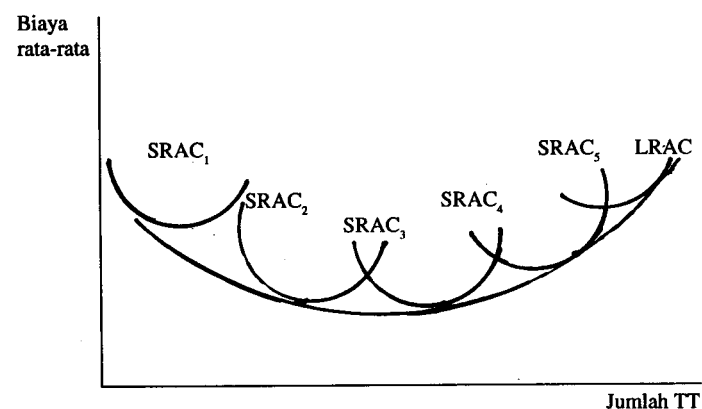
di mana :

- BRL = biaya rata-rata layanan yang dapat diukur dengan biaya per hari rawat atau biaya per admisi
- TT = jumlah tempat tidur terpasang
- JP = jenis penderita menurut klasifikasi diagnosis
- M = mutu layanan yang dapat diukur dengan tindakan dan/atau pemeriksaan penunjang yang dilakukan
- DP = derajat beratnya penyakit yang dapat diukur dengan jumlah operasi yang dilakukan
- PU = penyesuaian rumah sakit berdasarkan upah yang diberikan kepada tenaga RS
- E = tingkat efisiensi layanan
- p = program pendidikan yang dilakukan di RS
- L = faktor lain seperti jumlah penderita rawat jalan, dan lain-lain.

Dengan memanfaatkan model ini, melalui analisis regresi ganda, diharapkan dapat ditentukan faktor-faktor yang berpengaruh pada biaya rata-rata layanan rumah sakit di suatu daerah.

Lebih jauh dikatakan bahwa hubungan antara faktor-faktor tersebut dengan biaya rumah sakit secara teoritis dapat digambarkan dengan bentuk kurva U. Sebagai contoh, rumah sakit dengan jumlah tempat tidur sedikit akan memiliki biaya rata-rata layanan lebih tinggi daripada rumah sakit yang memiliki tempat tidur lebih banyak. Tetapi, biaya ini akan meningkat lagi pada rumah sakit yang memiliki tempat tidur yang paling banyak. Dikatakan bahwa hal ini sebagian terjadi karena pengaruh biaya tetap (*fixed cost*) dalam kegiatan layanan. Hubungan tersebut dapat dilihat pada **Gambar 1**.

**Gambar 1. Hubungan Jumlah Tempat Tidur dengan Biaya Rata-rata Layanan di Rumah Sakit**

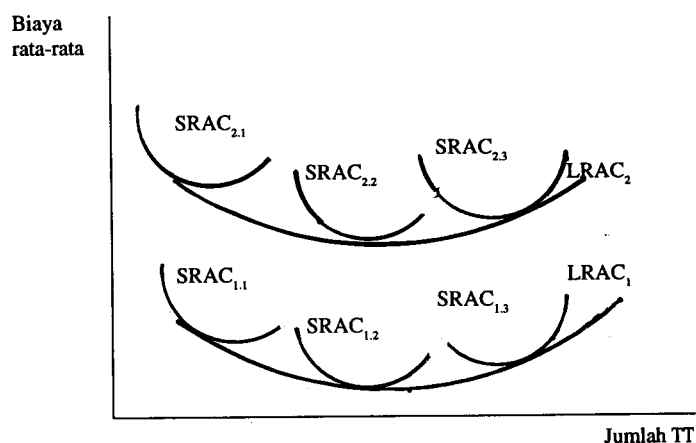


Dari bentuk kurva U di atas maka dapat dikatakan bahwa *economies of scale* terjadi pada rumah sakit dengan jumlah tempat tidur yang paling besar tetapi dengan biaya rata-rata layanan yang paling kecil. Untuk rumah sakit yang memiliki tempat tidur sedikit dengan biaya tinggi dan yang memiliki banyak tempat tidur dengan biaya yang juga tinggi dikatakan

telah mengalami *diseconomies of scale*. Dikaitkan dengan situasi kompetisi yang ketat maka jelas hanya rumah sakit dengan *economies of scale* yang akan tetap bertahan hidup. Atau dengan kata lain, bila suatu rumah sakit mengalami *diseconomies of scale* tetapi masih tetap ingin hidup maka ia harus berusaha melakukan upaya pembenahan pembiayaannya (*cost containment*).

Tetapi, perlu juga diperhatikan bahwa rumah sakit selalu memberikan jenis pelayanan yang tidak sama walaupun mereka klasifikasinya sama. Misalnya, sebuah rumah sakit umum dengan rumah sakit umum lainnya akan berbeda jenis layanan yang diberikan oleh karena jenis penderita yang dilayani juga tidak sama. Adanya perbedaan ini memungkinkan rumah sakit dengan jumlah tempat tidur yang akan menampilkan biaya rata-rata layanan yang berbeda. Dengan demikian, dapat dipahami bahwa *economies of scale* dari rumah sakit dengan jumlah tempat tidur yang sama dapat berbeda tergantung dari faktor-faktor lain, di antaranya jenis penderita yang dilayani (**Gambar 2**).

**Gambar 2. Variasi Hubungan Jumlah Tempat Tidur dengan Biaya Rata-rata Layanan di Rumah Sakit**



Dari bahasan di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa pemahaman terhadap terjadinya *economies* dan *diseconomies of scale* pada rumah sakit harus dilihat dalam lingkup yang relatif majemuk. Artinya, apabila hasil analisis biaya rata-rata layanan rumah sakit dilakukan untuk menentukan faktor yang akan diintervensi untuk *cost containment* maka hal ini harus dilakukan dengan cukup cermat. Tanpa memperhatikan kemajemukan faktor-faktor tersebut bukannya tidak mungkin intervensi yang dilakukan tidak akan memberikan hasil yang memuaskan.

Memperhatikan faktor-faktor dengan cermat, sukar untuk ditolak adanya asumsi bahwa hampir pada semuanya akan terkait langsung atau tidak langsung dengan pemanfaatan teknologi kesehatan. Sebagai contoh, makin banyak jumlah tempat tidur yang terpakai akan terkait dengan makin meningkatnya pemanfaatan kamar bedah maupun penunjang medik seperti radiologi, laboratorium, dan lain-lain. Makin majemuk jenis penyakit yang dierita maka makin tinggi pula pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan maupun kecanggihan tindakan invasifnya. Kesemuanya ini akan mengarahkan rumah sakit untuk me-

lengkapi dirinya dengan teknologi kesehatan yang dibutuhkan.

Dorongan yang terjadi seperti ini tidak jarang membawa rumah sakit ke arah pengertian yang kurang menguntungkan. Yaitu, tanpa adanya teknologi canggih seperti ini maka mereka akan tertinggal dalam kompetisi yang ketat dalam menyediakan pelayanan yang ber"mutu" bagi masyarakat. Lebih jauh, hal ini tanoa disadari dapat mendorong rumah sakit untuk memaksakan dirinyamenjadi "pusat unggulan" agar tetap dapat bertahan. Pada gilirannya, akan dapat dipahami bahwa biaya untuk "bertahan" tadi sebetulnya sudah melebihi kemampuan untuk bertahan itu sendiri. Misalnya, hal terakhir dapat terjadi karenafaktortersedia atau tidak tersedianya tenaga ahli yang akan menggunakan alat canggih tertentu.

Sebagai ilustrasi, Joskow (1981) mengatakan bahwa sekitar 60% biaya rumah sakit dihabiskan untuk mengadakan masukan atau *input* yang dibutuhkan bagi pelaksanaan kegiatan. Dari biaya untuk *input* ini ternyata sekitaz 75% dihabiskan untuk kegiatan yang dikaitkan dengan peningkatan jumlah, kualitas dan lingkup jenis layanan. Apabila disepakati bahwa ketiga hal terakhir ini sangat erat kaitannya dengan pemanfaatan teknologi kesehatan maka dapat disebutkan bahwa biaya yang dihabiskan untuk pemanfaatan tadi cukup bermakna bagi layanan di rumah sakit.

Di lain pihak, sukar pula dibantah bahwa dorongan akan pengadaan dan pemanfaatan teknologi kesehatan yang canggih ini merupakan daya tarik khusus. Daya tarik ini memiliki efek ganda yaitu daya tarik ekonomi bagi para administrator rumah sakit dan daya tarik peningkatan kualitas bagi tenaga profesi medik. Di samping itu ada faktor lainnya yang juga terkait dengan hal di atas yaitu faktor peningkatan sosio-ekonomi masyarakat yang dikaitkan dengan peningkatan *demand* terhadap pemeriksaan dengan alat canggih. Dan tentunya, juga sangat erat kaitannya dengan proses inovasi, difusi, inkorporasi, utilisasi luas serta pengabdian teknologi yang sangat diwarnai oleh interes produsen alat-alat tersebut.

Memahami bahasan di atas, dengan tanpa mengabaikan peranan faktor lain dalam upaya *cost containment*, bahasan berikut ini akan dibatasi pada aspek pembiayaan teknologi kesehatan dan penyediaan tenaga ahli penggunaannya. Walaupun demikian, agar pemahaman tersebut dapat dilakukan secara menyeluruh, pembahasan tentang *cost containment* di rumah sakit perlu didahulukan dengan bahasan terhadap beberapa aspek penting di dalamnya.

## **PERKEMBANGAN TEKNOLOGI KESEHATAN CANGGIH DAN *COST CONTAINMENT* DI RUMAH SAKIT**

Kalau disimak secara teliti dapat dilihat bahwa produsen teknologi kesehatan canggih sebenarnya merupakan produsen utama dari teknologi militer. Masuknya dunia ke era pasca perang dingin agaknya sukar untuk ditolak oleh produsen tersebut untuk tidak menekan produksi teknologi militernya. Diversifikasi yang relatif mudah dan tidak memerlukan biaya yang terlalu tinggi adalah dengan memfokuskan produksi mereka pada perkembangan teknologi canggih di bidang kesehatan. Dengan demikian akan mudah dipahami bahwa pada era mendatang

secara global akan terjadi perkembangan teknologi canggih kesehatan yang relatif lebih cepat dari masa sebelumnya. Inovasi-inovasi "baru" akan cepat bermunculan walaupun "baru" di sini harus lebih banyak diartikan sebagai "penambahan yang non esensial tetapi peningkatan kemudahan fungsional".

Untuk Indonesia yang secara murni masih jauh dari keikutsertaan dalam tahapan inovasi perkembangan teknologi kesehatan canggih, hal ini perlu diantisipasi dengan hati-hati. Ketidakikutsertaan dalam tahapan ini jelas akan menempatkan kita dalam posisi hanya sebagai penerima dan pemakai teknologi canggih ini. Ditambah dengan cepatnya perubahan produksi ke generasi berikutnya dan disertai dengan teknik percepatan tahapan difusi oleh produsen, jelas akan menempatkan kita dalam kedudukan sebagai bagian dari percepatan tahapan difusi itu sendiri. Ironisnya, karena adanya faktor prestise dan nilai tambah ekonomi di sini maka tidak jarang yang tumbuh adalah kebanggaan yang harus dibayar cukup mahal. Kalau dilanjutkan maka jelas pembiayaan ini akan dibebankan kepadamasyarakatpemanfaat teknologi tanpa disertai dengan kesadaran yang cukup akan manfaatnya.

Sebenarnya tahapan difusi ini secara alamiah akan terhambat prosesnya apabila dana untuk pembiayaan pemanfaatan teknologi juga terbatas. Dengan kata lain, tahapan berikutnya yaitu inkorporasi teknologi baru harus dapat diantisipasi untuk dikembangkan secara seksama. Secara spesifik, apabila cara pembiayaan pemanfaatan tidak dapat ditentukan dengan tingkat kepastian yang tinggi, misalnya dengan cara pembiayaan *out of pocket* maka proses ini akan terjadi lambat. Pengembangan cara pendanaan pelayanan kesehatan baik yang disubsidi oleh pemerintah atau murni oleh swasta apabila dilakukan tidak dengan seksama dan tepat guna jelas akan mendorong penerimaan dan pemanfaatan teknologi ke arah yang merugikan seluruh masyarakat. Dapat diasumsikan di sini kesalahan antisipasi dalam tahapan inkorporasi ini bukannya tidak mungkin akan mengakibatkan biaya pelayanan kesehatan akan meningkat tajam seperti yang terjadi di Amerika Serikat.

Antisipasi yang kurang tepat terhadap perkembangan teknologi kesehatan pada tahapan difusi dan inkorporasi di atas akibatnya akan diikuti oleh tahapan utilisasi yang juga tidak tepat. Salahnya antisipasi pada dua tahapan sebelumnya akan mengakibatkan "banjirnya" teknologi canggih di rumah sakit masa datang tanpa dapat dicegah. Dikaitkan dengan biaya yang telah dikeluarkan oleh rumah sakit dan cepatnya tingkat perkembangan yang terjadi maka wajar akan terjadi tingkat pemanfaatan yang juga tinggi. Ironisnya, tingginya tingkat pemanfaatan (*over utilization*) tadi sukar untuk dapat disebutkan sesuai dengan tingkat kebutuhan pemeriksaan itu sendiri.

Keadaan ini akan lebih diperburuk lagi apabila teknologi yang dimanfaatkan tadi belum dipastikan derajat keamanan penggunaannya di Indonesia. Hal ini terjadi karena evaluasi teknis umumnya dilakukan di negara produsen pada tahapan inovasi dan dengan tingkat reliabilitas yang relatif rendah. Perlu ditambahkan di sini, adalah sukar bagi kita untuk menentukan korelasi antara hasil evaluasi badan pengawas di negara produsen dengan tingkat kepatuhan penggunaan teknologi tersebut

di luar negara produsen.

Pada tahapan akhir, pengabaian yang perlu diantisipasi akan terjadi di Indonesia adalah karena cepatnya perkembangan dan mudahnya pengadaan teknologi terutama di kota besar maka besar kemungkinan akan terjadi *dumping* dari teknologi lama. *Dumping* ini akan terjadi relatif cepat dari kota besar ke tempat yang relatif jauh dari pusat pengembangan iptek kesehatan dan pusat pengembangan ekonomi. Apabila hal ini terjadi setidaknya harus diantisipasi tiga hal pokok yaitu :

- a) Kekurangan relatif dari tenaga pelaksana yang pada gilirannya akan menyebabkan pemanfaatan teknologi yang kurang atau tidak tepat,
- b) Peningkatan pembiayaan layanan rumah sakit secara keseluruhan akibat adanya pemanfaatan pada butir a. di atas, dan
- c) Karena jauh dari pusat pengembangan ekonomi perlu diantisipasi akan terjadinya subsidi pemerintah terhadap pelayanan dengan pemanfaatan teknologi tadi.

Berikutnya, hal yang perlu diantisipasi secara cermat adalah yang dikaitkan dengan cepatnya pertumbuhan inovasi di negara industri dan waktu yang diperlukan untuk didifusikan ke Indonesia. Pada umumnya perkembangan teknologi canggih dan setiap suku cadang penggantinya (*spare parts*) setidaknya disiapkan untuk produksi selama 5 tahun. Di beberapa negara industri secara resmi pemerintah menetapkan waktu produksi teknologi canggih ini guna menghindari hilangnya perangkat pengganti pada saat teknologi tadi habis masa hidupnya.

Untuk negara berkembang dapat dipahami rentang waktu seperti ini akan menjadi lebih sempit. Akibatnya, kebutuhan akan suku cadang untuk penggantian yang dibutuhkan agar dapat terus berfungsi jelas akan terancam. Sehubungan dengan hal ini perlu diantisipasi akan terjadi dua hal pokok :

- a) Pemanfaatan teknologi akan terhenti sementara oleh karena perangkat pengganti yang dibutuhkan perlu disediakan dari negara produsen,
- b) Bila masa hidup alat sudah selesai dan perangkat pengganti tidak tersedia lagi akan terjadi kanibalisme dari teknologi tersebut.

Apapun yang terjadi dampaknya sudah jelas yaitu terjadinya peningkatan biaya pemanfaatan teknologi canggih tersebut dan beban ini akan ditanggung oleh masyarakat luas baik yang mememanfaatkannya maupun yang tidak mememanfaatkannya.

Menyimak siklus hidup teknologi kesehatan canggih seperti diuraikan di atas maka secara mendasar efektifitas upaya *cost containment* harus dilakukan pada aspek *demand* terhadap layanan dan aspek *supply* dari layanan kesehatan di rumah sakit. Pada aspek *demand*, yang erat kaitannya dengan tahapan inkorporasi dalam siklus hidup teknologi kesehatan canggih, maka yang perlu diamati adalah bagaimana perilaku masyarakat terhadap pemanfaatan teknologi tadi dikaitkan dengan tersedianya pembiayaan dari pihak ke tiga (asuransi kesehatan).

Umumnya yang dilakukan adalah dengan menerapkan mekanisme pembiayaan layanan yang sebagian ditanggung oleh penderita. Artinya, dalam menerima suatu layanan di rumah sakit dan tidak seluruh pembiayaannya ditanggung oleh pihak ke III (perusahaan dan/atau asuransi), sebagian harus dibayar oleh

penderita. Dengan cara ini diharapkan penderita akan mengurangi *demand* terhadap layanan yang sebetulnya tidak diperlukan. Adanya pengurangan *demand* seperti ini akan jelas mengurangi biaya yang harus dikeluarkan oleh rumah sakit.

Dari aspek *supply* tampaknya bentuk upaya yang dapat dilakukan cukup beragam dan majemuk yang secara sederhana dapat dibagi dalam :

- a) Upaya Pengawasan Langsung Jangka Pendek yang mencakup kegiatan-kegiatan:

- Penetapan pagu anggaran
- Perampingan jumlah sumber daya manusia
- Pengawasan terhadap remunerasi sumber daya manusia
- Pengawasan terhadap pola tarif
- Pengawasan terhadap jumlah layanan tertentu

Efek dari pelaksanaan upaya ini terhadap pemanfaatan teknologi kesehatan canggih relatif akan lebih tampak pada tarif yang relatif bersaing sebagai akibat dari terjadinya *economies of scale* pemanfaatan teknologi tersebut.

- b) Upaya Pengawasan Tidak Langsung Jangka Pendek yang mencakup kegiatan-kegiatan :

- Pembinaan skala nilai relatif dari produksi teknologi kesehatan yang ada pada saat ini
- Pembuatan daftar positif dan negatif dari produk teknologi kesehatan canggih
- Pembatasan terhadap promosi teknologi kesehatan canggih kepada calon pemakai
- Penyampaian daftar harga teknologi kesehatan canggih kepada calon pemakai
- Pembuatan profil kegiatan dokter secara berkala terhadap teknologi kesehatan yang ada pada saat ini

Efek dari kegiatan ini jelas lebih diarahkan untuk mencegah terjadinya dua hal pokok: pengadaan teknologi yang tidak prioritas dan kemungkinan akan terjadinya pemanfaatan yang berlebihan.

- c) Upaya Pengawasan Langsung Jangka Menengah yang mencakup kegiatan-kegiatan :

- Pengawasan terhadap pembangunan dan pengembangan fisik

- Pengawasan terhadap pengadaan alat kesehatan canggih
- Pengawasan dan insentif bagi kegiatan inovasi

- d) Upaya Pengawasan Langsung Jangka Panjang yang mencakup kegiatan-kegiatan:

- Pengawasan terhadap jumlah mahasiswa baru kedokteran
- Pengawasan terhadap jumlah peserta program spesialisasi

Adanya kegiatan butir c. dan d. di atas akan mengarahkan rumah sakit untuk dengan teliti membuat perencanaan tentang pengadaan teknologi kesehatan canggih dengan melakukan perhitungan cermat terhadap tenaga ahli yang dibutuhkan untuk menggunakannya.

Mengacu kepada uraian di atas maka jelas terlihat bahwa upaya *cost containment* yang dilakukan pada faktor teknologi kesehatan dan tenaga ahli pemakainya dapat menampilkan hasil dalam waktu singkat dan juga lama. Dalam rentang waktu singkat hal ini dibutuhkan agar rumah sakit dapat bertahan hidup dalam kompetisi yang relatif ketat. Dalam rentang waktu me-

nengah dan lama di mana diperlukan perencanaan yang cermat dan matang maka hasilnya akan menempatkan rumah sakit yang bersangkutan sebagai pimpinan dalam kompetisi yang ada.

Kalau uraian sebelumnya kelihatannya didasari atas aspek rentang waktu pelaksanaan maka ditinjau dari aspek komponen pelaksanaan upaya *cost containment* dapat diuraikan dalam tahapan sebagai berikut :

a) Pengurangan Biaya Operasional :

Pada tahapan ini pengamatan adalah terhadap pengeluaran yang dilakukan untuk membiayai kegiatan layanan. Adanya pengeluaran yang dianggap terlalu besar akan secara langsung ditindak lanjuti dengan melakukan pengurangan/reduksi terhadapnya. Tindakan ini akan menunjukkan manfaat langsung dan segera sehingga dapat dikelompokkan dalam tindakan jangka pendek langsung.

b) Pembenahan Biaya Operasional :

Dalam lingkup yang diamati dan ditindak lanjuti adalah adanya peningkatan pengeluaran operasional yang dijaga untuk tidak melebihi pertumbuhan inflasi pada kurun waktu yang sama. Salah satu komponen pengeluaran yang cukup besar baik nilai nominal maupun pertumbuhannya adalah biaya tenaga kerja. Apabila hal ini dapat disubstitusi oleh alat/cara lain yang relatif lebih murah maka hasilnya diharapkan akan timbul segera. Karena itu, tahapan ini sebenarnya dapat dikelompokkan ke dalam tindakan jangka pendek langsung dan tidak langsung.

c) Pengawasan Biaya Penggantian Teknologi :

Biaya yang harus dikeluarkan untuk mengganti teknologi seharusnya benar-benar dikeluarkan untuk penggantian alat baru bukan *hanyamake-up* dari yang lama. Pengertian *make-up* di sini harus dilihat dalam arti teknologi baru yang tidak sepenuhnya baru dan dalam arti teknologi lama dengan perangkat tambahan tertentu. Lebih jauh, perlu juga diwaspadai adanya efek *dumping* teknologi seperti dibahas sebelumnya. Dalam klasifikasi berdasarkan rentang waktu, upaya ini jelas termasuk dalam upaya langsung jangka menengah.

d) Penghindaran terhadap Biaya yang tidak perlu :

Dalam batasan tertentu dapat diambil sebagai contoh yaitu tentang pendidikan atau pelatihan sumber daya manusia yang diadakan dengan dalih pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Peningkatan seperti ini dalam pengertian yang kurang menguntungkan adalah dapat meningkatkan *demand* tenaga ahli yang sudah dilatih untuk mengadakan suatu alat kesehatan canggih.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Dari bahasan yang mengacu kepada aspek rentang waktu dan komponen pelaksanaan upaya *cost containment* di atas maka dapat disimpulkan bahwa :

a) Proses perencanaan komprehensif mencakup aspek *supply* dan *demand* terhadap pengadaan teknologi kesehatan canggih merupakan upaya pokok dalam menghindari pembiayaan yang tinggi dari pemanfaatan teknologi yang dimaksud.

b) Dalam melakukan perencanaan di atas, hal yang perlu diperhatikan adalah adanya akibat pengadaan teknologi kesehatan canggih terhadap peningkatan biaya tetap (*fixed cost*) yang akan

mempengaruhi terjadinya *economies* atau *diseconomies of scale* dari rumah sakit yang bersangkutan.

c) Terjadinya *economies of scale* suatu rumah sakit dikaitkan dengan pengadaan dan pemanfaatan teknologi kesehatan secara tepat akan membuat kedudukan yang mantap bagi suatu rumah sakit dalam situasi kompetitif yang ada.

d) Untuk menghindari terjadinya *diseconomies of scale* akibat pengadaan dan pemanfaatan teknologi kesehatan canggih perlu dilakukan upaya *cost containment* secara berkala dengan penekanan pada efisiensi komponen biaya tetap.

e) Upaya efisiensi komponen biaya tetap pengadaan teknologi yang dibutuhkan berdasarkan perencanaan matang sejauh mungkin dapat ditransformasikan ke biaya tidak tetap (*variable cost*) misalnya dengan cara bagi hasil.

f) Dalam hal pengeluaran biaya tetap yang terkait dengan pendidikan dan pelatihan tenaga ahli perlu dikembangkan kerjasama yang saling menguntungkan bagi setiap pihak. Komponen biaya tetap seperti ini sewajarnya dikompensasikan dengan mekanisme ikatan kerja bagi tenaga ahli dengan memperhatikan pengembangan jenjang karirnya.

g) Dalam skala luas, pihak pemerintah, PERSI dan ikatan profesi kesehatan secara bersama harus mengembangkan regulasi dan/atau kesepakatan formal tentang pengawasan perkembangan teknologi kesehatan yang dibutuhkan bagi peningkatan kualitas layanan bagi masyarakat.

h) Pihak yang samadiharapkan dapat mengembangkan langkah-langkah pokok upaya *cost containment* pemanfaatan teknologi kesehatan canggih secara nasional dan menyerahkan tetapi mengarahkan pelaksanaannya di setiap daerah disesuaikan dengan situasi dan kondisi daerah masing-masing.

Apabila hal-hal di atas terutama butir g. dan h. tidak diperhatikan dan disertai dengan belum dikembangkannya regulasi tentang pembiayaan oleh pihak ke tiga terhadap pemanfaatan teknologi ini maka dapat diasumsikan akan terjadi dua hal penting yaitu :

- Kompetisi layanan yang tidak sehat (termasuk dalam aspek ketenagaan) dan cenderung mengganggu mutu layanan yang diberikan dikaitkan dengan efisiensi biaya, dan
- Pelonjakan biaya layanan kesehatan di rumah sakit secara menyeluruh yang akan melebihi lonjakan biaya yang terjadi secara umum.

Kedua fenomena di atas jelas harus sekuat mungkin diupayakan untuk tidak terjadi karena bukannya tidak mungkin akan menghasilkan keadaan di mana masyarakat yang tidak mampu akan semakin jauh dari jangkauan layanan kesehatan rumah sakit dan yang dapat menjangkaupun dikhawatirkan akan menerima kualitas layanan yang relatif kurang baik.

## KEPUSTAKAAN

1. Broto Wasisto. Kebijakan Departemen Kesehatan di Bidang Perumhaskitan dalam PJPT 11, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan, 1993.
2. Cleverly WO. Essentials of Health Care Finance. Aspen System Corporation, Rockville, Maryland, 1986.
3. Cleverly WO. Handbook of Health Care Accounting and Finance. Aspen System Corporation, Rockville, Maryland, 1983.

4. WHO. Economic Support for National Health For All Strategies. Geneva: World Health Organization, 1988.
5. Feldstein PJ. Health Care Economics. Second ed. New York: John Wiley and Sons, 1983.
6. Joskow PL. Controlling Hospital Costs; the Role of Government Regulation. Cambridge: Massachusetts: MIT Press, 1981.
7. Mansfield E. Microeconomics, Theory and Application. Shorter Fourth Ed. New York: W.W. Norton & Co., 1982.
8. Miller R LeRoy. Intermediate Microeconomics; Theory-Issues-Applications, 2nd ed. New York: McGraw-Hill Inc., 1982.
9. Sjaaf AC. Antisipasi Investasi Terhadap Perkembangan Teknologi Kesehatan Dalam Dasawarsa 90-an, akan diterbitkan dalam Jurnal Administrasi Rumah Sakit, Vol 1. No. 2, Oktober/Desember 1993.
10. Sobak SJ. Cost Containment • Challenge to the Health Care Industry, unpublished, 1993.
11. Steinwald B, Sloan F. Regulatory Approaches to Hospital Cost Containment; a Synthetic of the Empirical Evidence, in A New Approach to the Economics of Health Care, edited by Mancur Olson, the American Enterprise Institute, 1981.
12. Thakur M et al. Cost Containment in Small Hospitals: Targeting Strategies beyond this Decade, Hospital and Health Services Administration. May/June, 1986.

