

COST EFFECTIVENESS ANALYSIS DALAM PENENTUAN KEBIJAKAN KESEHATAN: SEKEDAR KONSEP ATAU APLIKATIF?

THE USE OF COST EFFECTIVENESS ANALYSIS IN HEALTH POLICY MAKING:
IS IT ONLY A CONCEPT?

Ari Probandari

Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran,
Universitas Sebelas Maret Surakarta, Jawa tengah

ABSTRACT

Resource allocation, priority setting and economic evaluation are related issues. As a concept, cost effectiveness analysis (CEA) is a potential tool for decision making in regard to efficiency. In practice, CEA has been implemented in several levels and settings. Although the demand for CEA has been increased, challenges for the application of CEA has been identified. These consist of complexity of methods (instruments, statistical analysis), awareness of decision makers on the importance of CEA and communication among researchers and policy makers on recommendation from the result.

Keywords: cost effectiveness analysis, economic evaluation, resource allocation

ABSTRAK

Alokasi sumber daya, penentuan prioritas dan evaluasi ekonomi merupakan tiga hal yang saling terkait. Secara konsep, *cost effectiveness analysis (CEA)* sebagai salah satu bentuk dari evaluasi ekonomi berpotensi sebagai alat pembuatan prioritas berdasarkan parameter efisiensi. Secara aplikatif, CEA telah dipakai dalam pengambilan keputusan di berbagai tingkat dan kepentingan. Namun demikian, meski minat (*demand*) terhadap CEA makin meningkat masih terdapat hambatan-hambatan dalam aplikasi CEA. Beberapa faktor yang mempengaruhi adalah kompleksitas metode (instrumen, analisis statistik), kesadaran para pembuat keputusan tentang potensi CEA serta komunikasi peneliti CEA dengan para pengambil keputusan.

Kata kunci: *cost effectiveness analysis*, evaluasi ekonomi, alokasi sumber daya

PENGANTAR

Perencanaan, Alokasi Sumber Daya, dan Penentuan Prioritas

Keterbatasan anggaran program atau sumber daya manusia merupakan keluhan yang sering kita dengarkan atau bahkan masalah yang kita hadapi sendiri. Lalu, bagaimana kita mesti menyikapinya? Jawabannya adalah dengan memakai strategi untuk menggunakan sumber daya yang terbatas itu untuk memenuhi kebutuhan yang ada. Strategi yang dimaksud adalah alokasi sumber daya yang ada dengan cara prioritas (urutan pilihan). Membuat

prioritas adalah bagian dari serangkaian proses yang disebut dengan perencanaan.¹

Lalu, prinsip apa yang dipakai untuk menetapkan urutan? Salah satu pertimbangan yang dapat dipakai adalah faktor efisiensi. Efisiensi mengandung dua konsep sekaligus yaitu konsep biaya dan efektivitas. Konsep biaya yang dimaksud adalah biaya kesempatan ("nilai yang hilang untuk mendapatkan atau memproduksi komoditas tertentu", dalam hal ini termasuk waktu dan produktivitas kerja yang hilang).² Efektivitas dapat diartikan sebagai ukuran keluaran dari suatu intervensi atau prosedur tertentu. Efisiensi dapat dibagi menjadi dua jenis yaitu efisiensi teknis (*technical efficiency*) dan efisiensi alokatif (*allocative efficiency*). Efisiensi teknis menitikberatkan pada pemilihan *outcome* yang terbaik dengan sumber daya yang ada. *Allocative efficiency* membahas tentang tercapainya penggunaan *input* atau *output* yang paling baik dalam ekonomi sehingga kesejahteraan (*welfare*) dapat tercapai.²

Evaluasi Ekonomi sebagai Alat Pengambil Keputusan: Sebuah Konsep

Evaluasi ekonomi adalah suatu cara untuk melakukan perbandingan terhadap tingkat efisiensi beberapa intervensi/program kesehatan. Seperti telah dijelaskan sebelumnya, perbandingan efisiensi berarti perbandingan pada dua aspek sekaligus yaitu aspek biaya dan konsekuensi/ keluaran dari suatu tindakan/ intervensi/program kesehatan. Ada empat jenis evaluasi ekonomi yaitu: *cost minimization analysis*, *cost effectiveness analysis*, *cost utility analysis* dan *cost benefit analysis*. Perbedaan dari keempat jenis evaluasi ekonomi tersebut adalah pada ukuran biaya dan satuan efektivitas (Tabel 1).

Tabel 1. Jenis-Jenis Evaluasi Ekonomi Kesehatan²

	Ukuran Biaya	Ukuran Efektivitas
<i>Cost minimization analysis (CMA)</i>	<i>Moneter</i>	Tidak diukur
<i>Cost effectiveness analysis (CEA)</i>	<i>Moneter</i>	Efektivitas langsung dari intervensi: mmHg penurunan tekanan darah, jumlah kasus yang sembuh, jumlah kasus yang dideteksi dan sebagainya
<i>Cost utility analysis (CUA)</i>	<i>Moneter</i>	Ukuran <i>utility</i> : QALY, DALY, <i>Health related Quality of Life</i> , dan sebagainya
<i>Cost benefit analysis (CBA)</i>	<i>Moneter</i>	<i>Moneter</i>

Pada *Cost Minimization Analysis (CMA)*, efektivitas terukur dalam bentuk dan tingkat yang sama sehingga tinggal perbedaan biaya yang menjadi fokus perbandingan. *Cost Effectiveness Analysis (CEA)* adalah salah satu bentuk evaluasi ekonomi yang membandingkan rasio biaya dan efektivitas dari beberapa alternatif intervensi/ program. Ukuran biaya dijabarkan sebagai moneter, sedangkan ukuran efektivitas adalah efektivitas langsung yang dihasilkan oleh intervensi/program. Sebagai contoh, ukuran efektivitas program penanggulangan TBC dengan strategi *Directly Observed Treatment Strategy (DOTS)* adalah jumlah kasus tuberkulosis yang berhasil disembuhkan dengan strategi tersebut. *Cost Utility Analysis (CUA)* berbeda dengan CEA dari sisi ukuran efektivitas yang dipakai. Ukuran efektivitas pada CUA sudah setingkat lebih kompleks karena memperhitungkan pula aspek kualitas hidup dari suatu status kesehatan yang dihasilkan dari suatu intervensi/program kesehatan. *Cost Benefit Analysis (CBA)* merupakan evaluasi ekonomi yang paling kompleks karena mencoba mengukur biaya dan efektivitas dalam bentuk moneter. Selanjutnya, besarnya biaya dibandingkan dengan besarnya efektivitas. Dalam CMA, intervensi yang dipilih tentu saja intervensi dengan biaya lebih kecil. Untuk CEA dan CUA, intervensi yang dipilih adalah intervensi dengan rasio biaya dan efektivitas yang lebih kecil. Melalui CBA kita memilih intervensi dengan selisih *benefit* dikurangi biaya yang paling besar. Selanjutnya, artikel ini menyajikan kajian secara khusus tentang penerapan CEA bersumber dari berbagai artikel yang terpublikasi di jurnal-jurnal ilmiah.

Aplikasi CEA: Pengalaman Dari Beberapa Negara

Dari artikel-artikel yang dikaji, dapat diketahui bahwa CEA dipakai di berbagai tingkat dan di berbagai kepentingan. Pada saat sekarang ini, *demand* terhadap evaluasi ekonomi semakin meningkat³ terutama dalam hal pengambilan keputusan atas kebijakan tertentu. Di bawah ini adalah contoh-contoh dari aplikasi CEA:

1. Evaluasi standar/pedoman manajemen penyakit. Aplikasi ini dilakukan di negara-negara maju yang telah memberlakukan sistem asuransi seperti di Jerman dan Swedia.^{4,5} *Cost Effectiveness Analysis (CEA)* dalam hal ini dipandang sebagai nilai *plus* untuk melakukan evaluasi yang komprehensif terhadap standar yang ada. Evaluasi ini disebut sebagai evaluasi komprehensif karena tidak hanya melakukan evaluasi dari sudut pandang mutu melainkan pula dari sisi biayanya. Di Swedia, CEA dipakai untuk mengevaluasi penggunaan teknologi *extracorporeal shock-wave lithotripsy (ESWL)* dan *mammography* di unit pelayanan kesehatan. Hasil CEA yang dilakukan memunculkan kebijakan pembatasan penggunaan ESWL yang ternyata meski merupakan teknologi yang baru tetapi tidak efisien. Hasil CEA pada penggunaan *mammography* selanjutnya memberi informasi yang mendukung proses pembaharuan pedoman penggunaan *mammography* di unit pelayanan kesehatan.
2. Evaluasi program kesehatan masyarakat. *Cost Effectiveness Analysis (CEA)* dipakai sebagai metode penetapan intervensi yang meliputi

dan faktor risiko beberapa penyakit. Evaluasi ini dilakukan oleh WHO dalam proyek WHO-CHOICE (*Choosing Interventions that are Cost Effective*).^{6,7} Hasil evaluasi ini diharapkan dapat dipakai dalam proses perencanaan dan penetapan prioritas pelayanan kesehatan di tingkat nasional.

3. Evaluasi kebijakan tarif dan *reimbursement* obat.⁵ *Cost Effectiveness Analysis* (CEA) dipakai sebagai tahap awal bagi penetapan tarif dan *reimbursement* obat di beberapa negara seperti UK, USA, Perancis, Jerman, Belanda, Swedia, Australia, dan Kanada. *Cost Effectiveness Analysis* (CEA) dalam hal ini digunakan untuk mengevaluasi biaya dan efektivitas dari obat-obat baru yang tidak mempunyai substitusi dengan obat yang lain.⁸

Hambatan dalam Melakukan CEA dan Mengaplikasikan Hasilnya

Meski di satu sisi CEA memberi kemanfaatan yang tinggi bagi pengambilan keputusan di bidang pelayanan kesehatan, ternyata ada beberapa kendala yang dihadapi, antara lain:

1. Ketersediaan Sistem Informasi yang Mendukung

Hambatan ketersediaan data yang bermutu merupakan persoalan utama.⁴ Di negara berkembang seperti halnya di Indonesia, sistem informasi kesehatan masih dirasakan belum mendukung bagi kepentingan evaluasi efektivitas program, apalagi dari sisi biayanya juga. Hal ini karena sistem informasi yang dibuat dalam suatu program kesehatan seringkali tidak mendukung bagi ketersediaan data-data untuk untuk evaluasi dari sudut pandang biaya dan efektivitas program.

2. Variasi Instrumen yang Dipakai

Metode melakukan evaluasi ekonomi pada umumnya masih berkembang. Demikian halnya instrumen yang dipakai. Sebagai contoh, dalam mengukur efektivitas berupa *health-related quality of life* masih terdapat perbedaan pendapat tentang aspek-aspek yang diukur di dalamnya sehingga melahirkan dua instrumen yang berbeda yaitu SF-6D dan EQ-5D.³

3. Penggunaan Analisis Statistik

Analisis statistik dalam publikasi-publikasi tentang evaluasi ekonomi kesehatan pada umumnya dipandang belum mempunyai kualitas yang memadai.⁹ Kualitas penelitian yang kurang memadai tentu saja akan menghalangi potensi hasilnya dipakai dalam

pengambilan keputusan. Untuk meyakinkan banyak pihak termasuk para pembuat kebijakan, perlu argumentasi-argumentasi yang didukung oleh bukti-bukti yang berkualitas.

4. Penerimaan Pembuat Kebijakan

Perjalanan dari hasil evaluasi ekonomi ke perubahan kebijakan dapat dikatakan “berliku dan panjang”. Hal ini pun terjadi di negara-negara maju. Aplikasi hasil evaluasi ekonomi sangat ditentukan oleh sejauh mana para pembuat kebijakan dapat diyakinkan bahwa hasil tersebut dibuat dengan metode yang tepat dan mampu menjawab pertanyaan praktis yang mereka hadapi. Hal ini pun tak lepas dari kesadaran para pembuat kebijakan tentang pentingnya evaluasi ekonomi serta peran peneliti evaluasi ekonomi kesehatan untuk menerjemahkan hasil penelitian menjadi informasi yang jelas bagi pembuat kebijakan.^{10,11}

Di sisi lain, pada hakikatnya proses perencanaan tak bisa lepas dari sifatnya sebagai proses politik. Sebagai sebuah proses politik, kandungan irasionalitas (hanya berdasar kepentingan-kepentingan) tetap merupakan unsur yang tidak dapat diabaikan. Potensi yang ada dari evaluasi ekonomi kesehatan adalah pemberian bukti yang rasional dalam pengambilan keputusan/kebijakan, dari sudut pandang biaya dan efektivitas. Sisi rasionalitas dari evaluasi ekonomi dinilai “menyeimbangkan” berbagai pertimbangan yang bersifat kepentingan-kepentingan bisnis atau politik dan menjadi langkah awal bagi kebijakan kesehatan asal terjaga juga mutunya, agar terhindar dari bias industri atau politik.¹² Namun demikian, potensi ini tidak akan terwujud sebagai manfaat riil jika tidak ada kolaborasi antara peneliti dan praktisi kebijakan kesehatan.¹³

KESIMPULAN

Dari pengalaman di berbagai negara, evaluasi ekonomi sangat potensial diaplikasikan sebagai sumbangan bagi proses pengambilan keputusan/kebijakan kesehatan. Namun demikian, CEA baru negara-negara maju yang melakukan dan mengaplikasikan karena berbagai kendala seperti ketersediaan sistem informasi yang mendukung, faktor metodologi dari CEA sendiri, kesadaran para pembuat keputusan tentang pentingnya evaluasi ekonomi kesehatan serta kerja sama peneliti dan praktisi kesehatan dalam penetapan kebijakan kesehatan.

KEPUSTAKAAN

1. Departemen Dalam Negeri Republik Indonesia. UU No. 25 Tahun 2004 Tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional. 2004.
2. Witter, S, Ensor, T., Jowett, M., Thompson, R. Health Economics for Developing Countries. The University of York, Centre of Health Economics International Programme. 2000.
3. Bryan, S. Longworth, L. Measuring Health Related Utility: Why the Disparity Between EQ-5D and SF-6D. *Eur J Health Econom* 2005; 50:253-260.
4. Greiner, W. Health Economic Evaluation Of Disease Management Programs: The German Example. *Eur J Health Econom*. 2005; 50:191-6.
5. Anell, A., Persson, U. Reimbursement and Clinical Guidance for Pharmaceuticals in Sweden: Do Health-Economic Evaluations Support Decision Making? *Eur J Health Econom*. 2005; 50:274-279.
6. WHO. WHO – CHOICE (Choosing Interventions that are Cost Effective) <http://www.who.int/choice/en/> (Accessed on 1st September 2007)
7. Hutubessy, R., Chisholm, D., Tan-Torees Edejer, T. WHO-CHOICE. Generalized Cost-Effectiveness Analysis for National-Level Priority-Setting in The Health Sector. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. 2003;1(8):1-13. <http://www.resource-allocation.com/content/1/1/8>
8. Drummond, M., Jonsson, B., Rutten F. The Role of Economic Evaluation in the Pricing and Reimbursement of Medicines. *Health Policy*. 1997;40: 199-215
9. Doshi, J.A., Glick, H.A., Polsky, D. Analyses of Cost Data in Economic Evaluations Conducted Alongside Randomized Clinical Trials. *Value in Health*. 2006;9(5):334-40.
10. Jonsson, B. Economic Evaluation of Medical Technologies in Sweden. *Soc Sci Med* .1997; 45 (4): 597-604
11. Williams, I.; Bryan, S. Understanding the Limited Impact of Economic Evaluation In Health Care Resource Allocation: A Conceptual Framework. *Health Policy*, 2007;80:135-43.
12. Kanavos, P., Trueman, P., Bosilevac, A. Can Economic Evaluation Guidelines Improve Efficiency in Resource Allocation. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2000;16(4):1179-92.
13. Elsinga, E., Rutten, F.F.H. Economic Evaluation in Support of National Health Policy: The Case of The Netherland. *Soc Sci Med*. 1997;45(4): 605-20.