

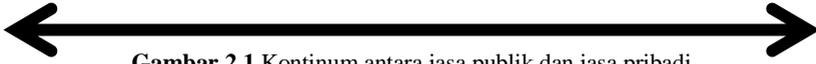
BAB II

ASPEK PENDANAAN RUMAH SAKIT

2.1 Pemahaman terhadap *Public* dan *Private Goods*

Secara konseptual, sistem pelayanan kesehatan berjalan berdasarkan pemahaman akan makna *public goods* dan *private goods*. Katz and Rosen (1998) menyatakan bahwa *public goods* mempunyai berbagai sifat. Pertama, pemakaian jasa kepada seseorang tidak mengurangi jatah bagi orang lain yang ingin menggunakannya sehingga tidak perlu berebut. Sifat ini disebut *non-rivalry*. Hal ini berlawanan dengan *private goods* yang penggunaannya akan mengurangi jatah bagi orang lain yang ingin menggunakannya pula. Sifat kedua adalah *non-excludable*, artinya adalah tidak mungkin atau mahal sekali untuk mencegah orang menggunakannya, walaupun yang bersangkutan tidak mau membayar jasa pelayanan ini. Contoh yang paling terlihat adalah penyuluhan kesehatan melalui radio atau televisi yang tidak mungkin mencegah orang menikmati jasa pelayanan penyuluhan walaupun yang bersangkutan tidak membayar biaya penyuluhan. Sifat ketiga, adanya eksternalitas positif yaitu pelayanan jasa publik kepada seseorang akan menimbulkan pengaruh kepada orang lain yang tidak menggunakan. Contoh eksternalitas yang positif adalah pemberian jasa imunisasi kepada satu anak akan mengurangi risiko penularan penyakit kepada anak lain.

Private goods mempunyai sifat sebaliknya yaitu pemakaian jasa kepada seseorang akan mengurangi jatah bagi orang lain yang ingin menggunakannya, bersifat *excludable*, walaupun mungkin mempunyai eksternalitas positif. Pemilahan *public goods* dan *private goods* bukanlah hitam-putih (dikotomi), tetapi memiliki gradasi pada titik terdapat *public goods* tidak murni.

*Public Goods**Private Goods*

Gambar 2.1 Kontinum antara jasa publik dan jasa pribadi

Contoh pelayanan *public goods* dalam kesehatan adalah program peningkatan hygiene dan sanitasi, penyuluhan kesehatan, program pembinaan kesehatan perusahaan, imunisasi. Contoh pelayanan *private goods* adalah bangsal VIP rumah sakit, pelayanan bedah plastik, operasi perorangan, dan lain sebagainya. Pelayanan jasa publik biasanya disubsidi oleh pemerintah.

Pemahaman mengenai *public goods* dan *private goods* ini penting dalam menganalisis kebijakan pendanaan kesehatan. Konsep *welfare state* menyatakan bahwa pelayanan *public goods* seharusnya dibiayai oleh negara melalui mekanisme pajak. Dalam hal ini kesehatan merupakan salah satu sektor kehidupan yang mempunyai banyak pelayanan bersifat *public goods*. Secara normatif memang ada pernyataan bahwa pelayanan kesehatan merupakan hak bagi setiap warga untuk menerimanya, seperti yang terdapat dalam UUD 45. Namun, fakta berbicara lain karena biaya untuk pelayanan kesehatan sebagai *public goods* yang dibiayai negara ternyata tinggi. Akibatnya, membutuhkan sumber keuangan yang besar. Data Tabel 2.1 menunjukkan bahwa negara yang mempunyai persentase besar sumber pendanaan oleh negara adalah negara-negara yang termasuk kelompok kaya, kecuali Amerika Serikat.

Di negara-negara yang tidak kaya ternyata sumber pendanaan lebih banyak berasal dari masyarakat, seperti di Indonesia, Vietnam, dan Myanmar. Dengan melihat latar belakang ini perlu dicermati pemberian pelayanan *private goods* tidak hanya oleh swasta tetapi juga dapat dilakukan oleh pemerintah. Sebagai gambaran kasus pelayanan kuratif oleh rumah sakit pemerintah dan dalam masa keterbatasan sumber ekonomi negara mengakibatkan adanya kecenderungan semakin banyak lembaga pemerintah yang memberikan pelayanan *private goods*. Hal ini yang menjadi pendorong utama berkembangnya proses korporatisasi pelayanan kesehatan.

Tabel 2.1 Perbandingan antarnegara dalam pengeluaran anggaran pemerintah untuk kesehatan

Negara	Pengeluaran kesehatan total per kapita dalam dollar		Pengeluaran kesehatan oleh pemerintah per kapita dalam dollar		Persentase Pengeluaran Kesehatan oleh pemerintah terhadap total	
	1997	1998	1997	1998	%	%
					1997	1998
Australia	1912	2226	1655	1982	87	89
Belgia	1944	2122	1380	1510	71	71
Kanada	2183	2363	1525	1657	70	70
Denmark	1953	2138	1607	1751	82	82
Perancis	1905	2074	1449	1578	76	76
Jerman	2225	2382	1703	1806	77	76
Itali	1603	1712	1157	1231	72	72
Jepang	1783	1763	1417	1377	79	78
Amerika Serikat	3915	4055	1780	1817	45	45
Inggris	1457	1512	1220	1260	84	83
China	127	143	50	55	39	38
India	111	110	17	20	15	18
Brazil	454	470	183	227	40	48
Kuba	282	303	247	266	88	88
Iran	406	397	188	193	46	49
Kuwait	554	536	485	487	88	91
Brunei	992	985	403	428	41	43
Indonesia	78	54	18	14	23	26
Malaysia	194	168	112	97	58	58
Myamar	24	32	5	5	21	16
Filipina	162	144	70	61	43	42
Thailand	221	197	126	121	57	61
Singapura	679	744	233	263	34	35
Vietnam	90	112	18	27	20	24

Sumber data: Diolah dari WHO Report 2001.

2.2 Perkembangan Sumber Dana Kesehatan

Masalah utama yang saat ini dihadapi oleh sistem pelayanan kesehatan adalah sumber daya yang semakin lama semakin sulit mengejar kebutuhan pelayanan. Sumber daya ini berasal dari swasta dan pemerintah dengan persentase dari swasta relatif semakin mem-

besar sehingga muncul masalah baru yang berkaitan dengan akses ke pelayanan kesehatan dan semakin rendahnya mutu pelayanan kesehatan masyarakat karena kekurangan subsidi pemerintah.

Di negara-negara sedang berkembang, *public spending* pada semua sektor berkembang dengan pesat pada dekade 1960-an dan 1970-an. Pada periode ini ada optimisme bahwa pemerintah dapat aktif membiayai program-program kesejahteraan rakyatnya. Salah satu program kesejahteraan adalah membiayai pelayanan rumah sakit. Dengan demikian, rumah sakit milik pemerintah adalah suatu organisasi normatif yang mengacu pada fungsi sosial untuk menyehatkan masyarakat. Periode ini dipuncaki dengan deklarasi pada tahun 1978 di Alma-Ata. Di bekas negara sosialis Uni Soviet tersebut WHO mengeluarkan deklarasi "*Health for All by the Year 2000*".

Pada dekade 1980-an, pertumbuhan ekonomi dunia melambat dan pengeluaran untuk kesehatan menurun. Subsidi untuk pelayanan kesehatan semakin kecil, sementara itu biaya pelayanan kesehatan semakin meningkat, khususnya pelayanan rumah sakit yang menggunakan teknologi canggih. Tidaklah mengherankan jika terjadi pergeseran mengenai arti pelayanan rumah sakit dari suatu pelayanan yang bersifat *public-goods* (dengan subsidi tinggi atau bahkan gratis sama sekali) menjadi suatu pelayanan yang bersifat individualistis (*private goods*).

Pelayanan rumah sakit semakin mengarah pada barang komoditi yang mengacu pada kekuatan pasar dalam perekonomian masyarakat. Sebagai suatu organisasi, rumah sakit mulai berubah dari organisasi yang normatif (organisasi sosial) ke arah organisasi yang utilitarian. Saat ini dikenal istilah rumah sakit sebagai suatu organisasi sosial-ekonomis.

Perubahan sifat rumah sakit ke arah organisasi sosial-ekonomi ini dipacu oleh keterlibatan Bank Dunia dalam sektor kesehatan. Tahun 1980 Bank Dunia mulai memberikan pinjaman ke sektor kesehatan. Pada tahun 1983 Bank Dunia telah menjadi salah satu pemberi dana kesehatan terbesar untuk negara-negara sedang berkembang. Tidaklah mengherankan para ekonom sebagai organisasinya apabila Bank Dunia berperan dalam menekankan prinsip-prinsip

ekonomi dalam manajemen rumah sakit.

Pada tahun 1987, Bank Dunia mengeluarkan satu publikasi berjudul *Financing Health Services in Developing Countries: an Agenda for Reform*. Dalam publikasi tersebut, Bank Dunia melihat adanya tiga masalah, yaitu: *misallocation*, *internal inefficiency of public programs*, dan *inequity in the distribution of benefit from health services*. Untuk mengatasinya Bank Dunia mengusulkan 4 reformasi, yaitu: (1) subsidi untuk pelayanan kesehatan pemerintah harus dikurangi; (2) meningkatkan cakupan asuransi kesehatan; (3) meningkatkan peran swasta; dan (4) mendesentralisasikan pelayanan kesehatan pemerintah. Terlihat jelas bahwa reformasi ini terutama mengacu pada konsep efisiensi, walaupun Bank Dunia telah memasukkan konsep *equity*. Terjadi debat antara *equity* yang dicanangkan dalam Deklarasi Alma Ata dengan konsep efisiensi dalam reformasi Bank Dunia.

Pada tahun 1993, Bank Dunia memilih kesehatan sebagai pokok bahasan *World Development Report*. Masalah hampir sama dengan publikasi tahun 1987 tetapi dengan sedikit perbedaan, yaitu: *Misallocation*, *Inequity*, *Inefficiency*, dan *Exploding Costs*. Terdapat berbagai penafsiran yang dapat ditarik dari laporan tersebut. Pertama, Bank Dunia ingin meningkatkan sumber daya untuk peningkatan status kesehatan melalui pendekatan di luar sektor pelayanan kesehatan dan peningkatan dana dari asuransi kesehatan. Kedua, Bank Dunia ingin meningkatkan pemerataan pelayanan kesehatan melalui realokasi sumber daya pemerintah dari pelayanan kuratif tersier ke program-program kesehatan masyarakat dan pelayanan klinik dasar serta sistem asuransi kesehatan yang *fair*. Ketiga, Bank Dunia ingin meningkatkan efisiensi melalui peningkatan mutu pelayanan dan penurunan ongkos produksi. Untuk peningkatan efisiensi ini perlu adanya keragaman dan kompetisi sisi *supply* dan *input* pelayanan kesehatan serta adanya peningkatan kemampuan manajerial.

Sebagai lembaga berpengaruh di negara sedang berkembang, usulan-usulan Bank Dunia tentunya tidak dapat diabaikan. Situasi ekonomi makro dunia sangat diperhatikan oleh Bank Dunia dan manajemen suatu rumah sakit pemerintah maupun swasta yang tidak

lepas dari pengaruh perekonomian dunia. Pada akhirnya terjadi pergeseran sifat rumah sakit dari suatu organisasi yang bertitik berat pada fungsi sosial (normatif) menjadi suatu lembaga sosial-ekonomi ke arah utilitarian.

Satu kata kunci yang sangat penting adalah posisi "laba" atau *profit* dalam tujuan rumah sakit. Secara tradisional, sebagai organisasi normatif yang bersifat sosial maka laba merupakan hal yang jarang ditemui dalam manajemen rumah sakit, khususnya rumah sakit-rumah sakit pemerintah. Ada pertanyaan dalam perubahan menjadi organisasi sosio-ekonomi, apakah laba merupakan suatu hal yang tidak patut dalam rumah sakit? Dalam memahami suatu organisasi yang mengandung sifat ekonomi, posisi laba sangat penting. Para ekonom secara umum mendefinisikan laba sebagai kelebihan penerimaan atas biaya-biaya yang digunakan dalam usaha. Dalam konteks manajemen rumah sakit kelebihan pembayaran ini dapat dipergunakan untuk berbagai hal seperti usaha pengembangan rumah sakit, peningkatan insentif untuk bekerja, dan usaha subsidi silang.

Jika laba merupakan hal yang tidak patut maka perlu suatu pertanyaan mengenai kemampuan subsidi pemerintah dan sifat pelayanan rumah sakit. Dalam era teknologi dan SDM sektor kesehatan yang semakin membutuhkan dana, sulit mencari rumah sakit yang tidak memperdulikan *unit-cost* dan *cost-recovery* dalam pengelolaannya. Dalam sistem pelayanan kesehatan, dikenal barang atau jasa yang bersifat publik dan yang bersifat perorangan. Dalam hal ini, rumah sakit dibanding misalnya dengan pelayanan penyakit menular, lebih bersifat sebagai jasa perorangan. Ini berarti bahwa subsidi pemerintah sebaiknya lebih diarahkan pada program pemberantasan penyakit menular. Dengan pengertian ini maka timbul pertanyaan lebih lanjut: apakah pelayanan rumah sakit merupakan suatu hak atautkah komoditi dagang? Sejarah yang akan membuktikan nanti. Akan tetapi, saat ini berkembang rumah sakit yang tegas-tegas menempatkan pelayanan rumah sakit sebagai komoditi dagang dengan bentuk hukum PT.

2.3 Situasi sumber Dana Kesehatan di Indonesia

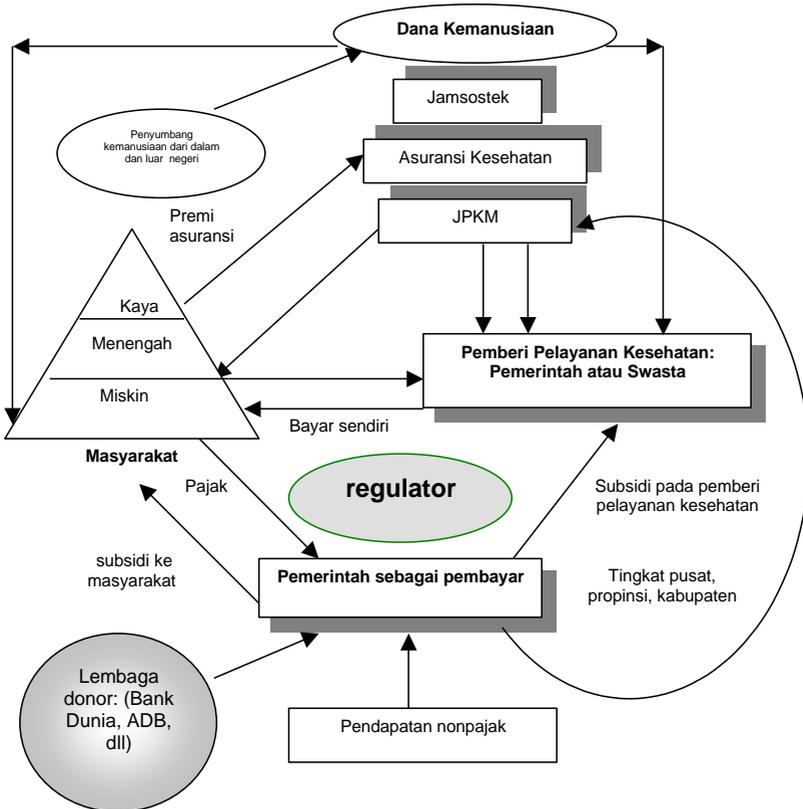
Sistem pelayanan kesehatan di Indonesia didanai oleh pemerintah dan swasta. Secara garis besar pihak swasta membiayai sekitar 70% total pendanaan (Biro Keuangan Depkes, 2001). Pendanaan dari swasta terutama diperuntukkan bagi sistem pelayanan kesehatan perorangan yang lebih bersifat *private goods*. Di samping itu, sistem pelayanan kesehatan mendapatkan dana dari sumber pemerintah dan juga dari luar negeri. Sebagian kecil dana pelayanan kesehatan menggunakan asuransi kesehatan sebagai mekanisme pendanaan. Sumber dana kemanusiaan secara resmi tidak tercatat. Gambar 2.2 menunjukkan peta sumber pendanaan kesehatan di Indonesia.

Industri farmasi merupakan satu aspek dalam sistem pelayanan kesehatan yang mempunyai ukuran ekonomi relatif besar. Pada tahun 1991 konsumsi per kapita untuk obat sebesar Rp 8.162,00, sehingga dengan demikian sekitar Rp 1,5 triliun beredar dalam industri farmasi. Pada tahun 1994/1995 anggaran Depkes berjumlah Rp 1,281,18 milyar. Apabila dibandingkan dengan total (Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) maka perkembangan proporsi anggaran Depkes dapat dilihat pada tabel berikutnya. Secara nasional, anggaran pemerintah untuk Depkes relatif kecil, sekitar 2,5%. Proporsi yang kecil ini menunjukkan bahwa Depkes bukan merupakan bagian utama dari kabinet. Dengan kata lain, pemerintah belum memberikan prioritas pada pelayanan kesehatan. Sebagai perbandingan tahun 1991, APBN untuk militer (8,2%), anggaran sektor pendidikan (9,1%), anggaran sektor kesehatan (2,4%), pelayanan jasa ekonomi (27,1%), perumahan (1,8%), dan lain-lain (51,5%).

Di samping APBN yang rendah untuk kesehatan, pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan juga rendah, hanya 2%. Angka ini jauh dari pengeluaran untuk pakaian (7%), makanan (21%), bahan bakar (7%), dan pendidikan (4%). Setelah tahun-tahun tersebut, data anggaran pemerintah untuk kesehatan relatif tidak bertambah. Proporsi anggaran justru paling banyak untuk sekretariat jenderal (1994-1995: 52%, 1998/1999: 62,79%). Sangat menarik bahwa kenaikan anggaran Depkes banyak berasal dari pinjaman luar negeri.

Pada tahun anggaran 1994/1995 pinjaman luar negeri dan bantuan luar negeri jumlahnya sebesar Rp 196.033.500.000,00, sedangkan pada tahun anggaran 1998-1999 berjumlah Rp 532.347.156.000,00. Data terbaru mengenai sumber pendanaan pemerintah dan swasta di Indonesia dapat dilihat pada Tabel 2.2.

Data di atas menunjukkan bahwa perkembangan sumber dana untuk kesehatan masih memprihatinkan, terutama pada saat krisis



Gambar 2.2 Peta sumber pendanaan kesehatan di Indonesia

Tabel 2.2 Catatan Pengeluaran Kesehatan Indonesia dari Tahun 1995 s.d. 2000

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Pengeluaran Kesehatan Total (PKT) sebagai % PDB	1.6%	2.0%	2.4%	2.5%	2.6%	2.7%
Pengeluaran Kesehatan Pemerintah (PKP) sebagai % PKT	46.0%	32.4%	23.7%	27.2%	28.0%	23.7%
Pengeluaran Kesehatan oleh Masyarakat (PKM) sebagai % PKT	54.0%	67.6%	76.3%	72.8%	72.0%	76.3%
PKP sebagai % dari total anggaran pembangunan pemerintah (APBN)	3.6%	3.5%	2.8%	3.2%	3.2%	3.1%
Pengeluaran kesehatan melalui sistem jaminan kesehatan sebagai % dari PKP	11.4%	10.6%	14.1%	9.0%	7.3%	7.5%
Pengeluaran Kesehatan bersumber pajak sebagai % dari PKP	67.5%	68.9%	70.9%	60.3%	62.6%	64.0%
Pengeluaran Kesehatan pemerintah bersumber dari luar negeri sebagai % PKP	3.2%	3.7%	15.0%	30.7%	30.1%	28.5%
Sumber pendanaan masyarakat berdasarkan asuransi kesehatan sebagai % dari Pengeluaran Kesehatan Masyarakat.	N.A	N.A	4.3%	6.7%	10.4%	8.2%
Sumber pendanaan masyarakat berdasarkan <i>Out-of-Pocket</i> sebagai % dari Pengeluaran Kesehatan Masyarakat	N.A	N.A	95.7%	93.3%	89.6%	91.8%
Pengeluaran total untuk farmasi sebagai % dari PKT	N.A	N.A	28.2%	34.0%	30.0%	26.7%
Pengeluaran Masyarakat untuk farmasi sebagai % dari PKM	N.A	N.A	34.5%	43.5%	37.9%	31.9%
Pengeluaran Kesehatan Total per kapita dalam US \$	14.16	22.53	25.53	11.72	17.65	20.01
Pengeluaran Kesehatan Pemerintah per kapita dalam US\$	6.51	7.30	6.04	3.19	4.95	4.74

Sumber: Data NHA, Biro Keuangan Departemen Kesehatan RI

moneter. Pada sisi lain, sumber pendanaan dari masyarakat juga masih rendah. Masyarakat lebih senang membelanjakan uangnya untuk konsumsi nonkesehatan termasuk tembakau yang justru membahayakan kesehatan. Tabel 2.3 menunjukkan keadaan ini. Pengeluaran untuk

tembakau dan rokok sebagai bagian dari pengeluaran untuk makanan jauh di atas pengeluaran untuk kebutuhan kesehatan. Menarik untuk dicermati bahwa Biro Pusat Statistik (BPS) mengelompokkan tembakau dan rokok sebagai salah satu pengeluaran untuk makanan.

Tabel 2.3 Rata-Rata Pengeluaran Konsumsi Per Kapita Penduduk Menurut Jenis di 5 Propinsi (Persentase Terhadap Konsumsi Per Kapita Per Bulan, 1999).

Jenis Pengeluaran	Daerah	Aceh (%)	Riau (%)	Bengkulu (%)	Bali (%)	Sulut (%)
Pengeluaran Untuk Makanan						
Tembakau, Rokok	Desa	6.18%	6.57%	6.77%	2.92%	5.24%
	Kota	5.29%	4.62%	4.63%	2.18%	3.89%
	Desa+Kota	5.92%	5.66%	6.08%	2.60%	4.68%
Pengeluaran Untuk Non-Makanan						
Kebutuhan Kesehatan	Desa	1.60%	1.59%	1.10%	2.19%	1.74%
	Kota	1.99%	1.98%	2.02%	2.23%	2.16%
	Desa+Kota	1.71%	1.75%	1.37%	2.21%	1.91%

Sumber: BPS

Prioritas rendah terhadap pengeluaran kesehatan menunjukkan bahwa penghargaan bangsa dan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan masih buruk. Hal ini disadari karena kegiatan peningkatan kesehatan merupakan suatu proses yang membutuhkan waktu panjang untuk membuktikan hasilnya, bukan suatu kegiatan jangka pendek yang akan terlihat hasilnya seperti membangun jembatan. Dengan demikian, Indonesia masih menunggu waktu sampai terjadi peningkatan apresiasi bangsa dan masyarakat terhadap kesehatan sehingga investasi untuk pelayanan kesehatan dapat layak.

Salah satu hal yang dapat menjelaskan mengapa terjadi sumber pendanaan yang cenderung tidak berkembang adalah sikap pemerintah sendiri yang akhirnya justru membatasi perkembangan ekonomi pelayanan kesehatan. Jarang dilakukan inovasi-inovasi politik dan ekonomi yang dapat mengembangkan kegiatan di sektor kesehatan. Pengalaman di negara-negara lain membutuhkan inovasi tersebut

(Kaluzny dkk, 1995; Bennet, 1991; Otter, 1991; Mick, 1990). Dengan tidak adanya inovasi, maka laju pembangunan kesehatan di Indonesia menjadi terhambat misal adanya fenomena dokter menganggur walaupun secara rasio masih sangat dibutuhkan.

Dalam konteks pengembangan sumber pendanaan rumah sakit perlu diperhatikan mengenai peran swasta yang besar. Secara konseptual peran swasta sebagai sumber pendanaan diwujudkan dalam berbagai kegiatan pada kotak 3 dan kotak 4. Dengan adanya program pengembangan mutu rumah sakit pemerintah diharapkan masyarakat atau swasta menggunakan rumah sakit pemerintah untuk mencari pengobatan. Pada sisi lain, berbagai sumber pendanaan pemerintah mungkin akan dikontrakkan ke perusahaan swasta (Kotak 2), misalnya untuk promosi kesehatan ataupun kebersihan lingkungan. Pola kontrak keluar ini perlu diperhatikan karena cara yang baik untuk menghindari keadaan *over-load* pada lembaga pelayanan kesehatan pemerintah atau Dinas Kesehatan (Dinkes).

Akibat keterbatasan subsidi pemerintah saat ini semakin banyak

Pelaksanaan Program

		Pemerintah	Swasta
Pendanaan Program	Pemerintah	Subsidi untuk rumah sakit pemerintah atau bagi orang miskin di rumah sakit pemerintah 1	Kontrak ke perusahaan swasta 2
	Swasta	Dana dari swasta dipergunakan untuk pelayanan kesehatan pemerintah 3	Perusahaan swasta mengerjakan pesanan dari masyarakat untuk pelayanan kesehatan 4

Gambar 2.3 Peran Swasta dalam Pelayanan Kesehatan

dana masyarakat yang dilaksanakan oleh rumah sakit pemerintah. Dengan demikian ada gerakan dari kotak 1 ke kotak 3. Hal ini yang menyebabkan semakin besarnya pengaruh mekanisme pasar di rumah sakit pemerintah. Dana yang didapat dari masyarakat dipergunakan oleh sistem manajemen rumah sakit untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit dengan cara memperbaiki mutu pelayanan, memperluas bangsal VIP, dan mengeluarkan berbagai produk pelayanan baru. Dengan cara ini diharapkan akan semakin banyak dana masyarakat masuk ke rumah sakit pemerintah sehingga rumah sakit mampu meningkatkan motivasi sumber daya manusianya serta meningkatkan mutu pelayanannya.