

Aspek Ekonomi Pelayanan Kesehatan

Ascobat Gani

Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Jakarta

PENDAHULUAN

Selamaini dimensi ekonomi dalam perencanaan, manajemen dan evaluasi pelayanan kesehatan jarang atau sedikit sekali mendapat perhatian. Perubahan mendasar terjadi selama dua dekade terakhir, yaitu ketika sektor kesehatan menghadapi kenyataan bahwa sumberdaya yang tersedia (khususnya dana) semakin hari jumlahnya semakin jauh dari mencukupi.

Keterbatasan sumberdaya tersebut mendorong masuknya disiplin ilmu ekonomi dalam perencanaan, manajemen dan evaluasi sektor kesehatan. Ilmu ekonomi sendiri pada dasarnya adalah ilmu tentang pilihan, yaitu pilihan tentang komoditi apa yang perlu diproduksi (kebutuhan manusia), bagaimana memproduksinya, bagaimana distribusinya, dan bagaimana konsumsinya serta berapa besar manfaatnya, yaitu dalam rangka keterbatasan sumberdaya.

Ekonomi kesehatan jugamenyangkut pertanyaan-pertanyaan tersebut, yaitu : (1) pelayanan kesehatan apa yang perlu diproduksi, (2) berapa besar biaya produksinya, (3) bagaimana mobilitasi dana kesehatan (siapa yang membayar dan berapa besar), (4) bagaimana utilisasi pelayanan kesehatan (siapa yang menggunakan dan berapa banyak) dan (5) berapa besar manfaat (*benefit*) investasi pelayanan kesehatan tersebut.

Makalah ini khusus menyoroti aspek produksi dan konsumsi pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan rumah sakit. Oleh karena sektor kesehatan mempunyai ciri khusus yang menonjol, banyak asumsi-asumsi yang lazim dipergunakan dalam telaah ekonomi tidak berlaku untuk sektor kesehatan. Oleh sebab itu, dalam bagian pertama dibahas tentang ciri-ciri khusus tersebut. Ciri-ciri khusus inilah yang membuat aplikasi ilmu ekonomi pada sektor kesehatan muncul sebagai sub-disiplin ilmu baru.

Dalam bagian ke dua disampaikan aspek produksi (*supply*) dan konsumsi (*demand*) pelayanan kesehatan (khususnya RS), yang merupakan inti pokok makalah ini.

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

34 Cermin Dunia Kedokteran, Edisi Khusus No. 90, 1994

CIRI SEKTOR KESEHATAN

Seperti dikemukakan di atas, aplikasi ilmu ekonomi pada sektor kesehatan perlu memperhatikan sifat atau ciri khusus sektor kesehatan. Sifat atau ciri khusus tersebut, seperti akan diuraikan berikut ini, menyebabkan asumsi-asumsi tertentu dalam ilmu ekonomi tidak berlaku atau tidak seluruhnya berlaku apabila diaplikasikan untuk sektor kesehatan. Ciri khusus tersebut adalah sebagai berikut :

1) Kejadian penyakit tidak terduga

Berbeda dengan pengetahuan orang tentang kebutuhannya akan berbagai komoditi ekonomi seperti makanan, pakaian, rumah, dan lain-lain, umumnya orang tidak banyak bisa menduga tentang penyakit apa yang akan dialaminya di masa yang akan datang. Oleh sebab itu juga tidak diketahui secara pasti pelayanan kesehatan apa yang ia butuhkan. Adanya ketidakpastian (*uncertainty*) ini berarti seseorang menghadapi suatu risiko (*risk*) akan sakit dan oleh karenanya juga risiko harus mengeluarkan biaya pengobatan. Kesadaran akan adanya risiko inilah yang mendorong orang untuk mau secara bersama-sama menanggungnya, yaitu dalam suatu bentuk asuransi.

2) Consumer ignorance

Ciri yang sangat khusus adalah besarnya ketergantungan konsumen pada penyedia (*provider*) pelayanan kesehatan. Ini disebabkan karena umumnya konsumen tersebut tidak tahu banyak tentang jenis pemeriksaan dan pengobatan yang diperlukannya. Providerlah (profesional) yang menentukan jenis dan volume pelayanan yang perlu dikonsumsi (jadi juga dibayar) oleh konsumen. Seringkali keputusan profesional tersebut sama sekali lepas dari pertimbangan biaya dan kemampuan membayar si pasien.

3) Sehat dan pelayanan kesehatan sebagai hak

Para politisi dan pakar ilmu sosial termasuk ekonom dan

profesional kesehatan berpendapat bahwa makan, pakaian, tempat tinggal dan hidup sehat adalah elemen kebutuhan dasar manusia yang harus senantiasa diusahakan untuk dipenuhi, terlepas dari kemampuan seseorang untuk membayarnya. Ini menyebabkan distribusi pelayanan kesehatan sering sekali dilakukan atas dasar kebutuhan (*need*) dan bukan atas dasar kemampuan membayar (*demand*).

Ini menyebabkan isu pemerataan (*equity*) sangat menonjol dalam penyediaan pelayanan kesehatan. Kebijakan dan program untuk menyesuaikan tarif pelayanan kesehatan seperti sekarang ramai dilakukan, senantiasa mempertimbangkan implikasinya terhadap isu *equity* tersebut. Misalnya, dalam pentarifan RS berkembang pemikiran perlunya *cross subsidy* untuk pemerataan. Demikian pula, kebijakan subsidi adalah dalam rangka menjamin hak tersebut, yaitu bagi penduduk yang tidak mampu.

4. Eksternalitas

Ciri khusus lainnya adalah efek eksternal yang ada dalam penggunaan pelayanan kesehatan. Seperti diketahui, efek eksternal adalah dampak (positif atau negatif) yang dialami orang lain sebagai akibat perbuatan seseorang. Sebagai misal, imunisasi yang dilakukan seseorang untuk mencegah penyakit menular juga akan memberi manfaat kepada masyarakat banyak. Bahkan manfaat yang diterima orang banyak tersebut secara kumulatif jauh lebih besar dibandingkan dengan biaya untuk imunisasi individu bersangkutan.

Dalam ekonomi dikatakan bahwa *social marginal benefit* yang diperoleh dari imunisasi jauh lebih besar dari pada *private marginal benefit* bagi individu tersebut. Itulah sebabnya, menurut perhitungan ekonomi, pemerintah perlu menjamin agar program-program semacam imunisasi betul-betul dapat terlaksana, oleh karena bisa terjadi keadaan *demand* seseorang (dalam arti kemauan membayar) tidak tinggi dibandingkan dengan *demand* untuk pelayanan kuratif yang tidak mempunyai efek eksternal.

Memang efek eksternal tersebut bervariasi antar berbagai jenis pelayanan kesehatan. Pelayanan yang tergolong pencegahan umumnya mempunyai eksternalitas besar, sehingga digolongkan sebagai "komoditi masyarakat" atau *public good*. Sedangkan pelayanan kuratif, lebih-lebih pelayanan yang bertujuan kosmetika, eksternalitasnya umumnya kecil. Pelayanan ini sering disebut sebagai *private good*.

Ada pendapat yang mengatakan bahawa pelayanan kesehatan yang bersifat *public good* seyogyanya mendapat subsidi atau bahkan disediakan oleh pemerintah secara gratis. Sebaliknya pelayanan kesehatan yang tergolong sebagai *private good* hendaknya dibayar atau dibiayai sendiri oleh penggunaannya atau oleh pihak swasta.

5) Motif non-profit

Walaupun dalam praktek ada industri kesehatan yang memperoleh untung, seperti misalnya rumah sakit tertentu milik swasta, secara ideal memperoleh untung maksimum (*profit maximization*) bukanlah tujuan utama pelayanan kese-

hatan. Pendapat umum yang secara tradisional dianut adalah "orang tidak layak mengambil keuntungan dari penyakit orang lain". Memang umumnya pelayanan kesehatan pada mulanya diselenggarakan dengan motif sosial, misalnya dalam bentuk Yayasan. Namun sekarang ini terjadi perubahan orientasi, terutama setelah pemilik modal dan dunia bisnis melihat sektor kesehatan sebagai peluang investasi yang menguntungkan.

6) Padat karya

Otomatisasi ternyata tidak membuat pelayanan kesehatan semakin bebas dari *input* tenaga manusia. Kecenderungan spesialisasi dan superspesialisasi menyebabkan komponen tenaga dalam pelayanan kesehatan semakin besar, seperti misalnya pelayanan RS. Analisis biaya RS misalnya menunjukkan bahwa komponen tenaga tersebut bisa mencapai antara 40-60% dari keseluruhan biaya. Ini berarti bahwa sektor kesehatan adalah sektor yang bersifat padat karya.

7) Mix outputs

Cirilain adalah banyaknya ragam "komoditi" yang dihasilkan dari berbagai program kesehatan. Yang dikonsumsi oleh pasien adalah satu paket pelayanan: sejumlah pemeriksaan diagnosis, perawatan, terapi dan nasihat kesehatan. Paket tersebut bervariasi antar individu dan sangat tergantung pada jenis penyakit. Keadaan ini menyebabkan analisis *demand* terhadap pelayanan kesehatan menjadi kompleks. Di samping pelayanan kesehatan, upaya kesehatan bisa juga menghasilkan *output* lain, yaitu hasil-hasil penelitian serta pendidikan dan latihan tenaga kesehatan.

8) Upaya kesehatan sebagai konsumsi dan investasi

Dalam jangka pendek, upaya kesehatan terlihat sebagai sektor yang konsumtif, tidak memberikan *return on investment* secara jelas. Oleh sebab itu, sering kali sektor kesehatan ada pada urutan bawah dalam skala prioritas pembangunan, terutama kalau titik berat pembangunan adalah pertumbuhan ekonomi.

Namun kalau orientasi pembangunan pada akhirnya adalah pembangunan manusia, maka pembangunan sektor kesehatan sesungguhnya adalah suatu investasi, paling tidak untuk jangka panjang. Untuk jangka pendek pun, kalau penduduk *employed* di usaha produktif, pembangunan kesehatan jelas memberikan *return on investment* yang dapat diukur.

9). Restriksi berkompetisi

Ciri khusus selanjutnya adalah pembatasan praktek kompetisi. Ini menyebabkan mekanisme pasar dalam pelayanan kesehatan tidak bisa sempurna mekanisme pasar untuk komoditi lain. Dalam mekanisme pasar (intervensi pemerintah kecil), wujud kompetisi adalah kegiatan pemasaran (promosi, iklan, dll.). Dalam sektor kesehatan tidak pernah terdengar adanya promosi *discount* atau *bonus* atau "banting harga" dalam pelayanan kesehatan.

EKONOMI PELAYANAN KESEHATAN

Aspek Produksi (Supply)

Ada beberapa isu pokok yang menonjol akhir-akhir ini sehubungan dengan produksi atau *supply* pelayanan kesehatan, khususnya rumah sakit. Berikut ini disampaikan perkembangan situasi penyediaan pelayanan kesehatan (*supply*) pelayanan kesehatan yang tidak lepas dari perkembangan kebijaksanaan di bidang ekonomi.

1) *Situasi sejak kebijaksanaan penyesuaian ekonomi*

Selama dua dekade yang lalu terjadi perbaikan derajat kesehatan yang sangat mengesankan di Indonesia. Angka kematian bayi, yang pada akhir tahun 1960'an adalah 132/1000, turun menjadi 71/1000 pada tahun 1985 dan kini diperkirakan telah turun lagi sampai 56/1000. Perbaikan tersebut tidak terlepas dari keberhasilan Indonesia memperluas jangkauan pelayanan kesehatan sampai ke pedesaan, yaitu melalui Puskesmas dan Puskesmas Pembantu, di samping berbagai program kesehatan masyarakat seperti imunisasi, pemberantasan malaria, kesehatan lingkungan, penyuluhan kesehatan dan lain-lain. Bahkan sejak 1983, gerakan masyarakat dalam menyelenggarakan Posyandu mempercepat naiknya cakupan program-program pencegahan penyakit. Perluasan jangkauan ini sangat menonjol semasaboom minyak pada tahun 1970 sampai awal tahun 1980'an.

Namun sejak turunnya harga minyak pada tahun 1982 dan meningkatnya beban hutang, alokasi anggaran pemerintah untuk kesehatan menjadi semakin ketat. Anggaran pusat untuk kesehatan turun sebesar 45% antara 1982/83 sampai 1987/88. Ini sangat besar dampaknya terhadap program kesehatan pemerintah, karena memang peranan anggaran pusat cukup dominan, yaitu rata-rata 59.6% dibandingkan dengan peranan propinsi (19.4%) dan Dati II (15.4%), dan peranan BLN sebesar 5.6%.

Di sini masyarakat, juga tidak terjadi peningkatan yang berarti. Secara nominal, pengeluaran masyarakat untuk kesehatan pada tahun 1982/83 adalah Rp. 8.072/kapita/tahun, naik menjadi Rp. 10.085/kapita/tahun dan akhirnya naik lagi menjadi sekitar Rp. 19.000/kapita/tahun pada tahun 1992. Namun kalau dihitung menurut harga konstan, kenaikan tersebut hampir tidak berarti.

Dampak krisis ekonomi terhadap sektor kesehatan, termasuk industri pelayanan kesehatan, terjadi karena adanya strategi yang dianut banyak negara berkembang untuk mengurangi peranan pemerintah dalam memberikan subsidi untuk sektor sosial, seperti pendidikan dan kesehatan.

Bentuk operasional pertama kebijaksanaan tersebut adalah penyesuaian tarif pelayanan, atau *users fee*, guna meningkatkan *cost recovery rate* pelayanan. Dengan cara ini diharapkan beban pemerintah untuk memberikan subsidi berkurang, sehingga ancaman defisit neraca neraca pembayaran juga bisa dikurangi. Bentuk operasional kedua adalah memberi peluang dan mendorong pihak swasta untuk turut serta dalam penyediaan dan pembiayaan pelayanan kesehatan. Seperti nanti dijelaskan, pihak swasta pada umumnya tertarik pada pelayanan kesehatan yang menjamin kesinambungan usahanya. Artinya, swasta akan memilih jenis pelayanan yang memungkinkan diperolehnya pemasukan paling tidak sama dengan biaya, atau kalau bisa lebih dari biaya yang dikeluarkan. Jelas bahwa jenis pelayanan kesehatan primer tidak memberi peluang banyak untuk maksud

tersebut.

Bagaimana gambaran perkembangan industri pelayanan kesehatan selama periode *adjustment policy* tersebut ?

2) *Perkembangan sarana pelayanan kesehatan*

Industri pelayanan kesehatan di Indoensia ditandai oleh dominasi pemerintah sebagai penyedia pelayanan kesehatan primer (Puskesmas dan Puskesmas Pembantu) serta kombinasi seimbang antara pemerintah dan swasta untuk pelayanan kesehatan sekunder (RS).

Sampai tahun 1988 tercatat 5549 Puskesmas dan 12913 Puskesmas Pembantu yang sudah didirikan oleh pemerintah. Ini menunjukkan bahwa untuk pelayanan primer, terutama di pedesaan, peran pemerintah memang sangat dominan. Untuk RS situasi pada tahun 1985 menunjukkan bahwa dari total 683 RS yang ada di Indonesia, 313 (45.8%) adalah RS pemerintah dan sisanya sebanyak 370 (54.2%) adalah milik swasta. Dari segi jumlah tempat tidur, dari total 95.450 TT, ada sebanyak 43.140 TT (45.25%) yang disediakan oleh pemerintah dan sisanya sebanyak 52.310 TT (54.75%) disediakan oleh pihak swasta.

Keadaan tahun 1985 tersebut sudah menunjukkan bahwa pihak swasta memang lebih tertarik melakukan investasi di bidang pelayanan RS. Di bidang pelayanan primer, pihak swasta akan sulit bersaing karena subsidi yang diberikan oleh pemerintah untuk pelayanan primer tersebut sangat tinggi. Sebagai contoh, biaya satuan pengobatan rawat jalan di Puskesmas adalah Rp 1700, sedangkan tarif yang dikenakan kepada pasien hanya Rp 300 sampai Rp 500.

Dalam **Tabel 1** disajikan data perkembangan jumlah RS, jumlah TT dan Ratio TT/100.000 penduduk untuk seluruh Indonesia dan untuk masing-masing propinsi. Data tersebut mencakup waktu dari tahun 1984 sampai 1988.

Dari data tersebut dapat dihitung bahwa selama kurun waktu tersebut jumlah RS bertambah rata-rata sebesar 3.2%/ tahun. akan tetapi pertambahan jumlah TT hanya mencapai 1.9%1 tahun. Pertumbuhan jumlah TT ini boleh dikatakan sama dengan laju pertumbuhan penduduk, yakni 1.9%/ tahun. Maka dapat dimengerti bahwa *ratio* TT 100.000 penduduk selama kurun waktu tersebut hampir tidak berubah, yakni antara 66-67 TTI 100.000 penduduk.

3) *Pergeseran peran pemerintah dan swasta*

Dalam industri pelayanan kesehatan, ada dua peran pokok yang dapat dilakukan oleh semua pihak, baik pemerintah maupun swasta, yaitu (1) peran dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan dan (2) peran dalam menyelenggarakan pembiayaan kesehatan. Hal tersebut dapat digambar dalam matriks sebagai berikut:

| Pelaksana program dan Pelayanan | Pemerintah | Swasta |
|---------------------------------|------------|--------|
| Pembiayaan | | |
| Pemerintah | A | B |
| Swasta | C | D |

Tabel 1. Jumlah Rumah Sakit, Tempat Tidur dan Ratio TT/100.000 Penduduk Menurut Propinsi di Indonesia, 1984 -1988.

| Propinsi | Jumlah Rumah Sakit | | | | | Jumlah Tempat Tidur | | | | | Ratio TT/100.000 Penduduk | | | | |
|-----------------------|--------------------|------|------|------|------|---------------------|--------|--------|--------|--------|---------------------------|-------|-------|-------|-------|
| | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 |
| 1. Aceh | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 1485 | 1508 | 1600 | 1600 | 1612 | 50.9 | 50.3 | 52 | 50.4 | 50.2 |
| 2. SumatraUtara | 129 | 130 | 130 | 129 | 132 | 12247 | 12193 | 11080 | 11141 | 11022 | 132.7 | 129.1 | 114.6 | 112.7 | 108.8 |
| 3. SumatraBarat | 57 | 62 | 62 | 66 | 59 | 2939 | 3160 | 3338 | 3504 | 3431 | 79.3 | 83.6 | 86.7 | 89.3 | 88.2 |
| 4. Riau | 30 | 34 | 34 | 39 | 37 | 1302 | 1487 | 1528 | 1566 | 1600 | 53.3 | 59.2 | 59.1 | 59.1 | 56.9 |
| 5. Jambi | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 918 | 965 | 1005 | 999 | 893 | 54.3 | 55.1 | 55.2 | 52.9 | 50.4 |
| 6. SumatraSelatan | 37 | 37 | 37 | 37 | 55 | 4162 | 4071 | 3940 | 4152 | 4391 | 79.1 | 75.1 | 70.5 | 72.1 | 74.8 |
| 7. Bengkulu | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 307 | 354 | 364 | 394 | 394 | 33.8 | 37.4 | 36.9 | 38.4 | 36.8 |
| 8. Lampung | 30 | 28 | 28 | 31 | 31 | 1780 | 1814 | 1811 | 1885 | 1892 | 30.8 | 29.8 | 28.2 | 27.8 | 27.7 |
| 9. DKIJaya | 169 | 188 | 188 | 203 | 214 | 13592 | 14162 | 14643 | 15196 | 15644 | 179.2 | 179.9 | 179.4 | 179.5 | 179.8 |
| 10. JawaBarat | 113 | 119 | 119 | 143 | 144 | 11039 | 11231 | 11950 | 12546 | 12876 | 36.3 | 36.1 | 37.5 | 38.5 | 38.9 |
| 11. JawaTengah | 193 | 199 | 199 | 223 | 225 | 15232 | 15451 | 15660 | 16066 | 16523 | 56.4 | 56.4 | 56.4 | 57.1 | 59.1 |
| 12. DI.Yogyakarta | 35 | 37 | 37 | 38 | 42 | 3018 | 3137 | 3217 | 3337 | 3493 | 105.3 | 108.5 | 110.4 | 113.6 | 114.4 |
| 13. JawaTimur | 158 | 157 | 157 | 160 | 166 | 16671 | 16988 | 17236 | 17384 | 17609 | 54.1 | 54.3 | 54.5 | 54.3 | 54.1 |
| 14. Bali | 22 | 22 | 22 | 22 | 25 | 2214 | 2156 | 2207 | 2278 | 2361 | 84.1 | 80.7 | 81.5 | 82.9 | 85.2 |
| 15. NTB | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 762 | 786 | 816 | 783 | 843 | 25.6 | 25.8 | 25.5 | 24.7 | 26.6 |
| 16. NTT | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 1537 | 1579 | 1600 | 1682 | 1756 | 52.5 | 52.7 | 52.5 | 54.3 | 53.5 |
| 17. KalimantanBarat | 23 | 25 | 25 | 26 | 26 | 1992 | 1974 | 1988 | 1980 | 2010 | 73.4 | 71.2 | 70.3 | 68.7 | 66.1 |
| 18. KalimantanTengah | 14 | 14 | 14 | 14 | 13 | 552 | 477 | 533 | 534 | 524 | 50.7 | 40.5 | 46.1 | 44.7 | 42.6 |
| 19. KalimantanSelatan | 25 | 25 | 25 | 25 | 24 | 1369 | 1422 | 1585 | 1592 | 1644 | 61.1 | 62.2 | 68.1 | 67.1 | 68.2 |
| 20. KalimantanTimur | 22 | 22 | 22 | 24 | 25 | 1828 | 1865 | 1950 | 1944 | 2032 | 120.2 | 116.3 | 115.3 | 109.1 | 118.1 |
| 21. Sulut | 31 | 33 | 33 | 32 | 31 | 3171 | 3103 | 3035 | 2914 | 2902 | 137.3 | 103.9 | 126.1 | 118.8 | 118.9 |
| 22. Sulteng | 14 | 14 | 14 | 17 | 17 | 749 | 951 | 992 | 1090 | 1149 | 50.1 | 61.4 | 61.8 | 65.6 | 69.2 |
| 23. Sulsel | 73 | 73 | 73 | 78 | 79 | 5455 | 5387 | 5465 | 5639 | 5726 | 84.3 | 81.9 | 81.9 | 83.4 | 82.2 |
| 24. Sultra | 12 | 13 | 13 | 13 | 13 | 575 | 659 | 624 | 680 | 715 | 54.2 | 60.4 | 55.6 | 58.9 | 57.7 |
| 25. Maluku | 20 | 21 | 21 | 21 | 21 | 1404 | 1460 | 1433 | 1584 | 1646 | 89.1 | 90.3 | 86.4 | 93.1 | 94.6 |
| 26. IrianJaya | 23 | 23 | 23 | 23 | 24 | 1545 | 11539 | 1470 | 1521 | 1539 | 118.9 | 115.5 | 107.8 | 109.1 | 101.9 |
| 27. Timor Timur | 5 | 5 | 5 | 5 | 10 | 464 | 439 | 386 | 335 | 510 | 82.6 | 72.2 | 62.4 | 53.3 | 75.1 |
| Indonesia | 1312 | 1367 | 1367 | 1456 | 1499 | 108307 | 110318 | 111456 | 114318 | 116757 | 67.2 | 66.8 | 66.1 | 66.7 | 66.7 |

Sumber : Ditjen, Yanmedik, Depkes RI.

Yang termasuk dalam kategori (A) dalam matriks tersebut misalnya adalah RS, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, program-program kesehatan masyarakat yang baik pembiayaannya maupun penyelenggaranya adalah fihak pemerintah.

Peranan swasta bisa berbentuk penyediaan pelayanan yang biayanya ditanggung oleh pemerintah. Misalnya adalah pelayanan-pelayanan yang dikontrakan kepada fihak swasta, seperti *cleaning service*, pemeliharaan alat dan lain-lain, yang tergolong kategori (B) dalam matriks di atas.

Selanjutnya, pelayanan atau pelaksanaan upaya kesehatan dapat dilakukan oleh pemerintah sedangkan biayanya dari swasta, yaitu kategori (C). Contohnya adalah pembayaran langsung oleh pasien di fasilitas Pemerintah, pengoperasian paviliun swasta di RS Pemerintah, atau pelayanan kesehatan untuk pesereta asuransi kesehatan swasta oleh fasilitas pemerintah.

Akhirnya ada pula kategori (D), yaitu baik pembiayaan maupun pelayanan kesehatan dilakukan oleh swasta. Contohnya adalah pembayaran oleh pasien atau perusahaan swasta kepada fasilitas swasta (RS, laboratorium klinik, praktek dokter dan bidan, rumah bersalin, dan lain-lain). Pembiayaan tersebut bisa juga dilakukan oleh sebuah asuransi kesehatan swasta.

Dari matriks tersebut dapat dilihat bahwa pergeseran peran antara pemerintah dan swasta dapat terjadi dalam berbagai kemungkinan. Nampaknya dalam tahun-tahun mendatang, baik pemerintah maupun swasta akan melakukan eksplorasi

kemungkinan-kemungkinan yang paling menarik, sesuai dengan motivasi masing-masing.

4) Inflasi biaya

Elemen biaya RS secara garis besar dibagi dalam (1) biaya operasional dan pemeliharaan dan (2) biaya investasi. Tabel 2 dan Tabel 3 menyajikan daftar elemen biaya tersebut, berikut contoh hasilnya dari sebuah RS-X.

Angka biaya investasi yang disampaikan pada Tabel 3 adalah nilai sekarang (*present value*) biaya investasi untuk satu tahun (*annualized fixed cost*), di mana harga beli, tahun beli, masa pakai dan laju inflasi dihitung.

Angka-angka untuk RS tersebut adalah tipikal; untuk RS di Indonesia, seperti juga ditemukan pada banyak RS lain. Tampak bahwa perbandingan antara biaya investasi tahunan dengan biaya operasional dan pemeliharaan 1:8.7 (atau 224.500.000 banding Rp. 1.962.397.013). (Tabel 2 dan 3)

Tabel 2. Biaya Investasi Tahunan, RS-X

| | | |
|-----------------------------|-------------|---------|
| Gedung | 140.776.067 | 62.70% |
| Alat Non-medis | 8.736.149 | 3.89% |
| Alat Medis + Penujang Medis | 74.999.566 | 33.41% |
| | 224.511.782 | 100.00% |

Dalam kelompok biaya operasional dan pemeliharaan, tampak bahwa biaya personal dan biaya obat merupakan kompo-

Tabel 3. Biaya Operasional dan Pemeliharaan RS-X

| Klasifikasi | Besar Biaya | Persen |
|-----------------------|---------------|--------|
| Personalia | 1.121.579.133 | 57.15 |
| Farmasi | 401.248.348 | 20.45 |
| G i z i | 91.366.384 | 4.66 |
| Gedung Lingkungan | 93.543.580 | 4.77 |
| Administrasi | 68.572.485 | 3.49 |
| Lab. Klinik | 46.084.529 | 2.35 |
| Rontgen | 33.555.639 | 1.71 |
| U m u m | 30.051.650 | 1.53 |
| Tranfusi Darah | 25.407.050 | 1.29 |
| Rumah Tangga | 24.854.400 | 1.27 |
| Lab. Patologi Anatomi | 10.246.500 | 0.52 |
| EKG | 716.160 | 0.04 |
| Lain-lain | 15.171.115 | 0.77 |
| Total | 1.962.397.013 | 100.0 |

nen biaya terbesar (masing-masing sebesar 57.15% dan 20,45% atau keduanya sudah mencakup 77.60% dari keseluruhan biaya). Angka ini juga menunjukkan bahwa industri RS memang bersifat padat karya.

Yang unik dalam hal biaya kesehatan adalah laju inflasinya yang sangat tinggi, jauh lebih tinggi daripada inflasi ekonomi secara keseluruhan. Di USA, inflasi tersebut mencapai 18% pertahun, yaitu 3 sampai 4 kali laju inflasi ekonomi. Di Indonesia, diperkirakan laju inflasi tersebut mencapai 12 sampai 14%, yaitu sekitar 2 kali laju inflasi ekonomi. Banyak faktor yang menyebabkan inflasi tinggi tersebut. Antara lain adalah meningkatkan *demand* sejalan dengan pertambahan jumlah penduduk dan kenaikan pendapatan serta pendidikan. Di samping itu perkembangan teknologi canggih dan penggunaan fasilitas non medis dalam pelayanan RS juga merupakan faktor pendorong inflasi.

5) *Pentarifan dan cost recovery*

Umumnya tarif RS pemerintah di Indonesia sangat rendah. Bahkan tarif tersebut masih lebih rendah dari pada biaya satuan operasional dan pemeliharaan (biaya satuan tanpa biaya investasi).

Studi biaya operasional dan pemeliharaan pada 12 RS pemerintah yang dilakukan oleh Unit Analisis Kebijakan Kesehatan Depkes RI menunjukkan bahwa biaya satuan operasional dan pemeliharaan (tanpa biaya investasi) untuk Rawat Nginap kelas III rata-rata berkisar antara Rp. 4.000 - Rp. 8.000. Sedangkan tarif yang berlaku adalah antara Rp. 2.000 sampai Rp. 3.000.

Tarif rendah tersebut juga terdapat pada beberapa RS swasta, yang tarifnya ditentukan melalui Peraturan Daerah (Perda) di daerah RS tersebut berada. Pada **Tabel 4** dan **Tabel 5** disampaikan angka-angka yang menunjukkan biaya satuan, tarif dan *cost recovery rate* rawat jalan di RS tersebut adalah 118%. Namun ini bukan berarti pelayanan rawat jalan secara keseluruhan memberikan *profit*, karena adanya surplus atau defisit ditentukan oleh tingkat penggunaan masing-masing poliklinik tersebut.

Untuk rawat nginap, ternyata *cost recovery ratenya* lebih kecil dari 100% (rata-rata sekitar 89%). Dengan perkataan lain,

Tabel 4. Biaya Satuan, Tarif dan Cost Recovery Rawat Jalan, RS-X

| Nama Unit | Unit Cost Operasional | Unit Cost Investasi | Unit Cost Total | Tarif (Rp) | Cost Recovery % | |
|---------------------|-----------------------|---------------------|-----------------|--------------|-----------------|---------|
| | | | | | Thd. OP | Th. Tot |
| Poli Umum | 1920 | 231 | 2151 | 1500 | 78.13 | 69.74 |
| PoliMata | 1845 | 198 | 2043 | 2500 | 135.50 | 122.37 |
| Poli THT | 722 | 99 | 821 | 2500 | 346.26 | 304.51 |
| Poli Kulit | 929 | 178 | 1107 | 2500 | 269.11 | 225.84 |
| Poli Jiwa | 9618 | 894 | 10512 | 2500 | 25.99 | 23.78 |
| Poli Anak | 1598 | 146 | 1744 | 2500 | 156.45 | 143.35 |
| Poli P. Dalam | 13276 | 1149 | 14425 | 2500 | 18.83 | 17.33 |
| Poli Jantung | 3766 | 1001 | 4767 | 2500 | 66.38 | 52.44 |
| Poli Gigi Mulut | 1661 | 494 | 2155 | 2500 | 150.51 | 116.01 |
| Poli Syarat | 2994 | 507 | 3501 | 2500 | 83.50 | 71.41 |
| Poli Orthopedi | 2050 | 298 | 2348 | 2500 | 121.95 | 106.47 |
| Poli Bedah | 1570 | 196 | 1766 | 2500 | 159.24 | 141.56 |
| Poli Kebidanan & KB | 1269 | 110 | 1379 | 2500 | 197.01 | 181.29 |
| Poli Kandungan | 3117 | 166 | 3283 | 2500 | 80.21 | 76.15 |
| | | | | Rata-rata -> | 134.93 | 118.02 |

Tabel 5. Biaya Satuan, Tarif dan Cost Recovery Rawat Nginap, RS-X

| Nama Unit | UC Operasional | UC Investasi | UC Total | Tarif (Rp) | Cost Recovery % | |
|------------------------|----------------|--------------|----------|------------|-----------------|---------|
| | | | | | Thd. OP | Th. Tot |
| R. Post Partum | 8265 | 1884 | 10149 | 10000 | 120.99 | 98.53 |
| Ruang Bayi | 17941 | 691 | 19632 | 7500 | 41.80 | 40.25 |
| Anak Kelas II | 20202 | 2531 | 22733 | 25000 | 123.75 | 109.97 |
| Anak Kls. III a & b | 13532 | 1048 | 14580 | 6000 | 44.34 | 41.15 |
| | | | | 3000 | 15.43 | 14.46 |
| Obgyn Kls. II | 27698 | 12285 | 39983 | 25000 | 90.26 | 62.53 |
| Obgyn Kls. III | 19557 | 1195 | 20752 | 6000 | 30.68 | 28.91 |
| Bedah Kls. II | 17926 | 2275 | 20201 | 25000 | 139.46 | 123.72 |
| Bedah Kls. III a & b | 8539 | 444 | 8983 | 6000 | 70.27 | 66.79 |
| | | | | 3000 | 35.13 | 33.40 |
| | | | | 3000 | 35.13 | 33.40 |
| P. Dlm. Kls. II | 13907 | 1888 | 15795 | 25000 | 179.77 | 158.28 |
| P. Dlm. Kls. III a & b | 10709 | 709 | 11418 | 6000 | 56.03 | 52.55 |
| | | | | 3000 | 28.01 | 26.27 |
| VIP/Kls. I Utama | 25540 | 7022 | 32562 | 75000 | 293.66 | 230.33 |
| Kelas I/b | 20868 | 1946 | 22814 | 60000 | 287.52 | 263.00 |
| ICU/ICCU | 42930 | 5824 | 48754 | 75000 | 174.70 | 153.83 |
| Kmr. Partus I | 55136 | 3581 | 58717 | 75000 | 136.03 | 127.73 |
| II | | | | 60000 | 108.82 | 102.19 |
| IIIa | | | | 30000 | 54.41 | 51.09 |
| IIIb | | | | 10000 | 18.14 | 17.03 |
| | | | | Rata-rata | 102.49 | 89.96 |

tarif rawat nginap di RS tersebut lebih rendah daripada biaya satuannya.

Rendahnya tarif tersebut, yang berarti adanya subsidi bagi pengguna pelayanan kesehatan, menimbulkan beberapa permasalahan. Pertama, karenamasyarakat yang lebih mampu umumnya lebih memiliki akses ke RS tersebut, maka merekalah yang lebih potensial menikmati subsidi dibandingkan dengan ma-

syarakat yang kurang mampu, yang bertempat tinggal umumnya di luar kota.

Kedua, pihak penyelenggara Asuransi Kesehatan atau Badan Pengelola Sistem Jaminan Pemeliharaan Kesehatan akan me"maks" RS bersangkutan untuk menggunakan tarif yang rendah tersebut. Diketahui bahwa peserta asuransi atau jaminan pemeliharaan kesehatan secara umum adalah kelompok yang tingkat sosial-ekonominya sudah lebih baik. Diketahui pula bahwa tingkat penggunaan pelayanan kesehatan oleh peserta asuransi atau jaminan pemeliharaan kesehatan adalah lebih tinggi. Dengan demikian, terjadi pula fenomena penggunaan subsidi oleh kelompok yang lebih mampu.

ASPEK KONSUMSI (DEMAND)

1) Gambaran umum penggunaan RS

Data Susenas 1990 memungkinkan analisis tentang pola penggunaan RS oleh penduduk Indonesia. Hasil analisis tersebut disampaikan pada **Tabel 6** berikut.

Tabel 6. Pola Rawat Nginap, Kota dan Desa, 1990

| Tempat Tidur | Urban | | Rural | | Total | |
|---------------|-------------|-----|-------------|-----|-------------|-----|
| | Jml. | % | Jml. | % | Jml. | % |
| RS Pemerintah | 371.884 | 49 | 510.359 | 36 | 882.2432 | 41 |
| RS Swasta | 262.446 | 34 | 204.530 | 15 | 466.976 | 22 |
| Puskesmas | 56.899 | 7 | 417.421 | 30 | 474.320 | 22 |
| Rumah Petugas | 69.666 | 9 | 275.671 | 20 | 345.337 | 16 |
| Total | 760.895 | 100 | 1.407.981 | 100 | 2.168.876 | 100 |
| Penduduk | 535.541.655 | | 123.230.414 | | 176.772.069 | |
| % | 1.4 | | 1.1 | | 1.2 | |

Sumber : Ridwan Malik. Unit AKEK, Depkes RI

Angka dalam **Tabel 6** menunjukkan bahwa bila pendapatan penduduk membaik, seperti misalnya terjadi di kota dibandingkan di desa, masyarakat kemudian cenderung menggunakan fasilitas pelayanan swasta. Ini terlihat misalnya dari angka bahwa 34% penduduk kota yang pernah dirawat memilih RS swasta, dibandingkan dengan hanya 15% di pedesaan.

2) Dampak pertumbuhan GNP

Implisit dari uraian butir 1 di atas adalah kesimpulan bahwa efektivitas dan kesinambungan investasi pelayanan kesehatan oleh swasta (khususnya rumah sakit), sangat dipengaruhi oleh adanya *demand* masyarakat, yang ditentukan oleh tingkat pendapatannya. Ada beberapa skenario yang bisa diproyeksikan untuk masa yang akan datang.

Skenario pertama, pertumbuhan GNP tidak diikuti dengan proses pemerataan pendapatan secara cepat. Situasi sekarang, ada 15% (sekitar 27 juta) penduduk hidup di bawah garis kemiskinan. Kalau batasnya dinaikkan menjadi Rp. 1000 di kota dan Rp. 700 di desa, maka ada sekitar 70 juta penduduk yang sebetulnya berada di sekitar garis kemiskinan tersebut. Kalau distribusi pendapatan ini tidak cepat berubah, maka pangsa pasar bagi pelayanan RS swasta akan terbatas di kota-kota besar. Tampaknya inilah yang sedang terjadi selama 5 - 10

tahun terakhir, di mana terjadi (juga sedang terjadi) pembangunan rumah sakit mewah di kota-kota besar seperti Jakarta, Surabaya, Medan, Bandung, Semarang, dan lain-lain. Dalam skenario ini, kejenuhan pasar nampaknya tidak lama akan terjadi. Dengan perkataan lain, pihak investor swasta akan sangat bersaing satu sama lain.

Skenario kedua, pemerataan pendapatan akan mengalami percepatan. Katakanlah segmen 70 juta penduduk yang berada di sekitar garis kemiskinan dan yang ada di bawah garis kemiskinan, akan berkurang sebanyak 50% dari keadaan sekarang selama 5 - 10 tahun mendatang. Keadaan ini akan memacu perkembangan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM), karena makin banyak penduduk bekerja di sektor formal dan makin banyak pula penduduk yang mampu dan mau membayar premi JPKM. Kalau ini terjadi, maka investor di bidang perumahsakit akan mempunyai posisi berbeda. JPKM akan muncul sebagai sosok kekuatan baru dalam transaksi-transaksi penawaran dan permintaan pelayanan kesehatan. JPKM misalnya akan datang dengan standar prosedur dan standar mutu pelayanan, sekaligus standar harga. *Provider* pelayanan kesehatan tidak lagi berhadapan dengan individu (yang umumnya *ignorant* dan dalam posisi lemah di hadapan profesional), akan tetapi *provider* tersebut akan berhadapan dengan JPKM yang "menguasai" sistem pembiayaan. Di sisi lain, berkembangnya JPKM dan asuransi kesehatan sebetulnya memberikan semacam *assurance* bagi industri pelayanan kesehatan, yaitu jaminan pembayaran jasa pelayanan. Jadi perkembangan tersebut, walaupun akan menghambat perkembangan swasta ke arah industri kesehatan yang bersifat *profit maximization*, juga akan menjaga kelangsungan hidup investasi swasta tersebut.

Skenario ke tiga, yang sebetulnya bisa inklusif baik dalam skenario pertama maupun kedua, adalah terjadinya proses transisi epidemiologis yang lebih cepat mengikuti peningkatan pendapatan penduduk. Transisi tersebut akan menghasilkan bertambahnya kebutuhan (*need*) terhadap pelayanan RS. Statistik RS menunjukkan makin banyaknya kasus-kasus kardiovaskuler, diabetes, *renal failure*, dan lain-lain yang dirawat. Dalam skenario ini tidak berlebihan kalau juga disebut tentang kemungkinan meledaknya wabah AIDS. Pengalaman Thailand patut ditelaah, bagaimana sekarang ini tempat tidur RS milik pemerintah sampai tingkat kabupaten sebagian besar dihuni oleh penderita AIDS. Kalau hal yang sama terjadi di Indonesia, gambaran seperti di Thailand bukan tidak mungkin akan terlihat juga di Indonesia.

3) Konsumsi pelayanan alat canggih

Sehubungan dengan aspek konsumsi pelayanan kesehatan, menarik untuk disampaikan isu penggunaan alat-alat kedokteran canggih. Ada asumsi yang menyatakan bahwa investasi alat canggih tersebut memang diperlukan karena makin banyaknya penyakit-penyakit degeneratif dan kardiovaskuler yang memang memerlukan teknologi tinggi. Perkembangan dan aplikasi peralatan medis tersebut memang berlangsung sangat cepat, lebih-lebih alat elektromedik yang semakin efektif dengan presisi tinggi karena memanfaatkan sistem komputer. Dari kacamata

ekonomi pelayanan kesehatan, isu pokoknya adalah :

- 1) apakah suatu alat lebih *cost effective* dibandingkan alat terdahulu lain yang sudah ada,
- 2) khusus untuk alat diagnostik, apakah hasil diagnosis diikuti dengan tersedianya teknologi atau kemampuan pengobatan,
- 3) apakah tersedia cukup *demand* untuk menjamin operasionalisasi alat tersebut serta menjamin pengembalian modal investasi plus keuntungan.

Studi tentang pemanfaatan alat kedokteran canggih di Jakarta yang dilakukan oleh Unit Analisis Kebijakan dan Ekonomi Kesehatan Depkes RI pada tahun 1991 yang lalu menunjukkan bahwa sebagian besar alat yang diteliti yang berada di beberapa RS besar di Jakarta ternyata mempunyai *idle capacity* sangat besar.

Tabel 7. Kapasitas terpakai beberapa alat canggih, Jakarta, 1991

| Jenis alat | Kapasitas terpakai (%) |
|-------------------------|------------------------|
| 1. Hemodialisis | 96.3 |
| 2. Bronchoscopy | 33.2 |
| 3. Gastroscopy | 31.5 |
| 4. MRI | 20.7 |
| 5. Body CT Scan | 61.5 |
| 6. Head CT Scan | 18.5 |
| 7. Lithotriptor | 50.5 |
| 8. Biochemical analyzer | 46.4 |
| 9. USG | 53.6 |
| 10. Endoscopy | 67.9 |

Sumber :

Tafal, Z: Studi Pemanfaatan Alat Kedokteran Canggih, 1991.

Keadaan penggunaan yang rendah membawa dampak besar terhadap sistem pembiayaan fasilitas bersangkutan. Karena biaya investasi alat tersebut mahal, maka *annualized fixed cost* (*present value* biaya investasi tahunan) secara keseluruhan akan naik. Dalam keadaan demikian RS bersangkutan menghadapi tekanan untuk menaikkan *revenue*. Kondisi ini bisa mendorong kebijaksanaan pelayanan yang tidak profesional, misalnya (1) menaikkan tarif penggunaan alat setinggi-tingginya yang akan sangat memberatkan pasien dan (2) memperlonggar indikasi profesi medis yang sesungguhnya. Dengan perkataan lain, keadaan ini bisa menyebabkan meningkatnya *unnecessary procedures*. Selanjutnya, studi tersebut juga mengungkapkan bahwa pengadaan alat canggih di suatu RS lebih banyak didasarkan pada pertimbangan profesional daripada pertimbangan ekonomis.

Sehubungan dengan temuan tersebut, maka ada beberapa kebijaksanaan atau langkah penting yang perlu dilakukan di masa yang akan datang, yaitu sebagai berikut :

- 1) Pelaksanaan *utilization review* (UR) secara berkala terhadap

alat-alat canggih dan mahal, yang dapat dikoordinir sendiri oleh otoritas perumaha sakitan, misalnya oleh organisasi perhimpunan RS.

- 2) Pelaksanaan studi kelayakan, termasuk kelayakan ekonomis, sebelum suatu alat canggih mahal diadakan oleh sebuah RS. Termasuk dalam studi kelayakan ini adalah *Break Even Analysis*, yang antara lain akan mengungkapkan berapa tahun diperlukan untuk mencapai titik *Break Even* tersebut, apakah waktu tersebut terlalu lama sehingga alat yang bersangkutan menjadi *obsolete*, karena suku cadangnya tidak lagi ada di pasar.
- 3) *Cost effectiveness analysis* suatu alat canggih yang mahal dibandingkan dengan alat lama yang bertujuan atau berfungsi sama. Ini hendaknya dilakukan oleh suatu badan penelitian, bukan oleh RS. Hasilnya bermanfaat sebagai dasar pengaturan pembelian alat canggih tertentu oleh suatu RS.

PENUTUP

Dalam makalah ini telah disampaikan secara ringkas tentang (1) ciri khusus sektor kesehatan, (2) produksi atau *supply* pelayanan kesehatan, khususnya RS dan (3) konsumsi atau *demand* terhadap pelayanan RS.

Dari segi *supply* dan *demand*, nampak bahwa laju pertumbuhan penyediaan pelayanan RS tertinggal dibanding dengan laju pertumbuhan penduduk serta peningkatan kebutuhan akan pelayanan RS (akibat transisi epidemiologis, perbaikan tingkat pendapatan dan ekonomi). Keadaan ini akan lebih memacu laju inflasi, yaitu karena *demand* melebihi *supply*.

Khusus tentang alat-alat canggih di RS, sebuah studi terbatas menunjukkan bahwa investasi alat-alat tersebut secara ekonomis umumnya tidak efisien. Inipun akan mendorong terjadinya inflasi biaya yang lebih tinggi.

KEPUSTAKAAN

1. Depkes RI. Profil Kesehatan Indonesia, 1992. Pusat Data Kesehatan. Jakarta, 1993.
2. G. Ascobat. Ekonomi Kesehatan dalam Meningkatkan Kesejahteraan Rakyat. Proceeding Semiloka "Penggunaan Ilmu Ekonomi di bidang Kesehatan Masyarakat", Pertemuan Tahunan PPEKI, Jakarta 7 - 8 Nopember 1990.
3. G. Ascobat. Ekonomi Kesehatan. Lokakarya Ekonomi Kesehatan. Unit Analisa Kebijakan Depkes RI, Cimacan, Oktober 1989.
4. G. Ascobat. Pendekatan Ekonomi Makro dan Mikro Pelayanan Kesehatan. Seminar Ekonomi Kesehatan. FKM-UI. Jakarta Agustus 1993.
5. Jacobs, The Economics of Health and Medical Care. Univ. Park. Press. Baltimore, 1980.
6. Klarman E. The Economics of Health. Columbia Univ. Press. N.Y, 1965.
7. Malik R. Pola Pencarian Pelayanan dan Pengeluaran Masyarakat untuk Kesehatan Berdasarkan Susenas 1990. Badan Litbang Depkes, September 1992.
8. Tafal Z. et al : Studi Pemanfaatan Alat Kedokteran Canggih. Unit Analisis Kebijakan Depkes RI, Jakarta, 1991.