

ANALISIS TRADE-OFF DALAM REFORMASI SISTEM PELAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA

TRADE-OFF ANALYSIS IN INDONESIAN HEALTH SERVICES SYSTEM REFORM

Siswanto

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kemkes RI

ABSTRACT

The impact of regional autonomy Act has resulted in health services system reform in Indonesia by central, province as well as district/municipalities. The article is to analyze the "trade off" of Indonesian health services reform after the implementation of regional autonomy Act by the use of normative goals of health system, i.e equity, quality, and efficiency, as assessment parameters. The analysis revealed that: (i) the implication of regional autonomy Act has resulted in Indonesian health services system reform which is partial and scattered, (ii) part of health services system reformation has moved to socialism, another part of the reformation has moved to liberalism, with the implication of trade-off between equity, quality and efficiency, (iii) the whole Indonesian health services system remains in the position of liberalism (market system), (iv) the choice toward socialism or liberalism is inherent with the trade-off of advantages and disadvantages, so the intervention of its negative impacts are important. The article recommended that it is of importance to set in advance the end goal of Indonesian health services system by all stakeholders, whether choosing liberal (market) system or social system, then setting up a clear road map completed with feasible incremental programs to achieve the predetermined end goal.

Keywords: regional autonomy, liberalism, socialism, trade-off

ABSTRAK

Dampak implementasi paket undang-undang otonomi daerah telah menghasilkan reformasi sistem pelayanan kesehatan di Indonesia baik oleh pusat, provinsi dan kabupaten/kota. Tulisan ini mencoba menganalisis "trade off" reformasi pelayanan kesehatan di Indonesia yang terjadi paska pemberlakuan UU otonomi daerah dengan menggunakan kriteria tujuan normatif sistem pelayanan kesehatan, yaitu ekuiti, mutu, dan efisiensi, sebagai parameter penilaian. Hasil analisis menunjukkan bahwa (i) implikasi pelaksanaan paket undang-undang otonomi daerah telah menyebabkan reformasi sistem pelayanan kesehatan di Indonesia bersifat parsial dan *scattered*, (ii) sebagian reformasi sistem pelayanan kesehatan telah bergerak ke arah sosialisme, sebagian lainnya bergerak ke arah liberalisme, dengan implikasi "trade-off" terkait ekuiti, mutu dan efisiensi, (iii) secara keseluruhan (*the whole*), sistem pelayanan kesehatan Indonesia masih pada posisi liberalisme (sistem pasar), (iv) pilihan apakah ke arah sosialisme atau liberalisme adalah menyangkut keuntungan dan kerugian yang bersifat "trade-off", sehingga yang penting adalah intervensi terhadap dampak negatifnya. Tulisan ini merekomendasikan pentingnya ditetapkannya dahulu "tujuan akhir" reformasi sistem pelayanan kesehatan di Indonesia oleh semua *stakeholders*, apakah ke arah sistem liberal (pasar) atau sistem sosial, barulah disusun "road map" yang jelas dengan melakukan langkah kecil-kecil (inkremental) yang fisibel untuk menuju tujuan akhir.

Kata Kunci: otonomi daerah, liberalisme, sosialisme, *trade off*

PENGANTAR

Tidak dapat dipungkiri bahwa dengan diberlakukannya otonomi daerah (Undang-Undang (UU) No. 22 dan 25 tahun 1999) sejak Januari tahun 2001 telah terjadi perubahan mendasar dalam manajemen pemerintahan dan pembangunan di Indonesia. Undang-Undang (UU) No. 22/1999 maupun hasil amandemennya yaitu UU No. 32/2004 pada dasarnya memberikan penekanan bahwa titik berat otonomi daerah adalah pada tingkat kabupaten/kota. Sesungguhnya sebelum pemberlakuan UU No. 22 sistem pemerintahan di Indonesia juga telah melakukan prinsip desentralisasi. Namun demikian, para era sebelum UU No. 22, pemerintah daerah (kabupaten/kota) merupakan pelaksana program pemerintahan di atasnya (prinsip dekonsentrasi), dalam arti pemerintah kabupaten/kota tidak mempunyai otonomi fiskal untuk mengelola keuangannya secara mandiri. Melalui UU No. 22 pemerintah kabupaten/kota memperoleh anggaran *block grant* dari pemerintah pusat berupa Dana Alokasi Umum (DAU). Dengan adanya DAU pemerintah kabupaten/kota dapat menentukan prioritas pembangunannya secara otonom sesuai dengan kebutuhan lokalnya.

Oleh karena itu, tidak mengherankan apabila dewasa ini berbagai inovasi pembangunan banyak diciptakan oleh pemerintah kabupaten/kota, meskipun beberapa inovasi juga dikerjakan dalam cakupan provinsi oleh pemerintah provinsi dan pusat, termasuk inovasi pembangunan di sektor kesehatan. Berbagai inovasi sektor pembangunan kesehatan mencakup program pemberdayaan masyarakat, inovasi pelayanan Puskesmas, inovasi pelayanan rumah sakit, dan inovasi pembiayaan kesehatan. Gerakan Membangun Masyarakat Sehat (Gerbangmas) di Kabupaten Lumajang adalah salah satu contoh inovasi di bidang pemberdayaan masyarakat.¹ Model Puskesmas swakelola, kemudian akhir-akhir ini banyak bermunculan Puskesmas dengan standar ISO adalah contoh inovasi Puskesmas. Inovasi rumah sakit pemerintah dimulai dari model rumah sakit swadana, kemudian

akhir-akhir ini rumah sakit berlomba-lomba menjadi Badan Layanan Umum (BLU). Untuk inovasi pembiayaan kesehatan, sebut saja program jaminan kesehatan bagi keluarga miskin oleh pemerintah pusat (dulu Askeskin, sekarang Jamkesmas), Jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) (misalnya, Jamkesda Kabupaten Jembrana²), program pelayanan Puskesmas gratis (akhir-akhir ini banyak kabupaten/kota yang menyelenggarakan program pelayanan Puskesmas gratis).

Berbagai contoh inovasi pembangunan sektor kesehatan di atas tentunya tidak bisa dilepaskan dari gerakan "reformasi sistem pelayanan kesehatan" sebagai dampak desentralisasi kesehatan. Ibarat bandul, model reformasi berayun dari model pelayanan kesehatan birokratis (model sosialis) kepada model pelayanan swasta (model liberal), atau bahkan berayun sebaliknya.³ Inovasi perubahan status institusi pelayanan kesehatan pemerintah menjadi "unit swakelola" sesungguhnya merupakan pergerakan bandul desentralisasi ke arah liberalisasi (privatisasi). Sebaliknya, pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas secara gratis adalah pergerakan bandul ke arah birokratisasi (sosialis). Pertanyaannya, apakah liberalisasi, atau birokratisasi, dalam reformasi pelayanan kesehatan di Indonesia menuju ke arah "baik" atau "buruk"? Untuk menjawab hal tersebut, tulisan ini menganalisis kecenderungan reformasi sektor pelayanan kesehatan di Indonesia melalui tujuan normatif sistem pelayanan kesehatan (ekuiti, efisiensi, dan mutu) sebagai alat penilai. Untuk memudahkan pembahasan, analisis akan difokuskan pada fungsi pembiayaan (*financing*) dan pelayanan (*delivering of services*).

Tujuan Normatif Sistem Pelayanan Kesehatan

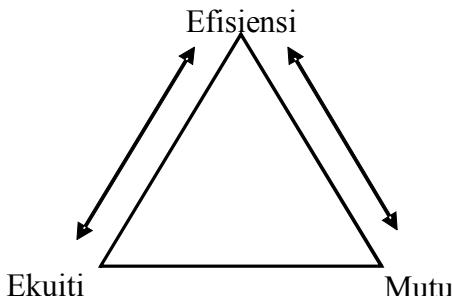
Dalam pelayanan kedokteran, terdapat etika dasar yang harus dipenuhi oleh dokter dalam melayani pasien. Etika dasar tersebut terdiri dari empat Kaidah Dasar Moral (KDM), yaitu *beneficence* (bermanfaat), *non-malificence* (tidak berakibat buruk), *autonomy* (bebas menentukan pilihan) dan *justice* (adil).⁴ *Beneficence* adalah prinsip bahwa dokter harus berbuat yang terbaik untuk pasien (*do good for patients*), *non-malificence* adalah prinsip bahwa dokter tidak boleh bertindak membahayakan pasien (*first do no harm*), *autonomy* adalah prinsip bahwa pasien mempunyai hak untuk memutuskan mengenai perlakuan terhadap dirinya sesuai dengan sistem kepercayaan, nilai dan budaya yang dianutnya, sedangkan *justice* adalah prinsip bahwa dokter harus memperlakukan secara adil terhadap semua pasiennya.

Untuk sistem pelayanan kesehatan, *World Health Report 2000* yang berjudul: *Health System: Improving Performance* telah menetapkan tiga tujuan normatif sistem pelayanan kesehatan yaitu peningkatan status kesehatan (*goodness of health*), peningkatan mutu pelayanan kesehatan (*responsiveness*), dan peningkatan keadilan dalam pembiayaan kesehatan (*fairness of health financing*).⁵ Identifikasi ketiga tujuan normatif tersebut tidak terlepas dari kerangka fungsi sistem kesehatan yang dikembangkan oleh *World Health Organization*, yaitu terdiri dari pengarahan (*stewardship*), penciptaan sumber daya (*creating resources*), pembiayaan (*financing*), dan pelayanan (*provision of services*). Dengan demikian, tujuan normatif diukur pada tingkatan proses, yaitu *responsiveness* dan *fairness of financing*, dan pada tingkatan *outcome*, yaitu *goodness of health*.

Boelen⁶ mengidentifikasi empat tujuan normatif dalam sistem pelayanan kesehatan, yaitu *equity* (keadilan), *quality* (mutu), *cost effectiveness/ efficiency* (efisiensi), dan *relevance* (relevansi). Dari empat tujuan normatif tersebut Boelen⁶ mengelompokkannya menjadi dua kelompok, yaitu sumbu impian (*dream axis*) yang terdiri dari mutu dan keadilan, dan sumbu kenyataan (*reality axis*) yang terdiri dari efisiensi dan relevansi. Kerangka berpikirnya adalah cukup sederhana. Boelen⁶ berasumsi bahwa pada awalnya hanya terdapat dua tujuan sistem pelayanan kesehatan, yaitu mutu dan keadilan, sebagai "tujuan impian". Kedua tujuan ini, yaitu mutu dan keadilan berada pada posisi "*trade-off*", artinya kalau keadilan dinaikkan maka mutu akan turun, dan sebaliknya. Dalam menggapai kedua tujuan tersebut, harus disadari bahwa secara ekonomis "impian" tersebut terkendala oleh keterbatasan sumber daya. Oleh karena itu, Boelen⁶ menambahkan kriteria efisiensi dan relevansi ke dalam tujuan sistem pelayanan kesehatan. Baik efisiensi dan relevansi adalah terkait penetapan prioritas dihubungkan dengan keterbatasan sumber daya.

Untuk menyederhanakan analisis, penulis mengusulkan tiga tujuan normatif sistem pelayanan kesehatan, yaitu ekuiti, mutu, dan efisiensi. Hal ini juga sesuai dengan kriteria yang ditetapkan oleh *the World Bank Institute* mengenai tujuan normatif sistem pelayanan kesehatan, yaitu ekuiti, mutu, dan efisiensi.⁷ Harus disadari bahwa posisi ketiga tujuan normatif tersebut berada pada posisi "*trade-off*" (saling bersaing). Posisi "*trade-off*" antar ketiganya dapat diilustrasikan seperti Gambar 1. Gambar tersebut menunjukkan bahwa apabila salah satu tujuan dinaikkan, maka kedua tujuan lainnya akan

terpengaruh. Misalnya, inovasi swakelola Puskesmas akan meningkatkan mutu namun boleh jadi akan mengorbankan ekuiti (keadilan).



Gambar 1. Posisi “*Trade-Off*” antara Ketiga Tujuan Normatif Sistem Pelayanan Kesehatan

Ekuiti menunjukkan keadilan dalam pembagian sumber daya atau intervensi. Terdapat dua prinsip dalam ekuiti, yaitu *horizontal equity* dan *vertical equity*.⁷ Prinsip *horizontal equity* merujuk pada perlakuan yang sama terhadap klien dengan kondisi yang sama. Maksudnya, dua orang dengan kondisi penyakit yang sama harus mendapat perlakuan yang sama terlepas dari kemampuan bayarnya. Sementara *vertical equity* merujuk pada prinsip memberikan perlakuan yang berbeda terhadap klien yang berbeda kondisinya. Maksudnya, orang dengan kemampuan bayar lebih harus berkontribusi lebih dalam pembiayaan kesehatan dan sebaliknya. Mutu pelayanan (*quality*) merujuk bahwa pelayanan kesehatan harus memenuhi standar yang telah ditetapkan, baik menyangkut masukan, proses, luaran, dan dampaknya. Efisiensi merujuk pada rasio antara manfaat yang diperoleh dibandingkan dengan sumber daya yang dipakai. Semakin tinggi manfaat yang diperoleh dari sumber daya yang sama tentunya semakin efisien intervensi tersebut.

Reformasi Sistem Pelayanan Kesehatan di Indonesia

Melihat bahwa reformasi sistem pelayanan kesehatan di Indonesia adalah bagian dari pelaksanaan otonomi sesuai dengan UU No. 22 dan 25 tahun 2009, maka dapat dikatakan bahwa reformasi sistem pelayanan kesehatan di Indonesia adalah *Big Reform* dan bukanlah *Small Reform*. Dikatakan *Big Reform* karena terdapat gerbang besar reformasi yang berupa pelaksanaan paket UU otonomi daerah, selanjutnya reformasi kesehatan adalah bagian dari gerbang besar tersebut karena reformasi sistem pelayanan kesehatan di Indonesia merupakan implementasi dari paket UU otonomi

daerah, maka reformasi terjadi pada semua tingkatan administrasi pelayanan kesehatan, yaitu pusat, provinsi, kabupaten/kota, dan bahkan pada tingkat lembaga, seperti rumah sakit dan Puskesmas.

Untuk memudahkan kerangka pemahaman mengenai apa yang sesungguhnya terjadi pada reformasi sistem pelayanan kesehatan di Indonesia, maka ada baiknya kita memetakan setiap inovasi reformasi pelayanan kesehatan ke dalam spektrum dua kutub sistem pelayanan kesehatan, yaitu sistem liberalisme dan sistem sosialisme. Yang dimaksud sistem liberalisme di sini adalah sistem pelayanan kesehatan di mana mekanisme diserahkan kepada pasar sehingga terjadi kebebasan permintaan dan penawaran.³ Dalam sistem pasar maka produsen (*health providers*) akan berperilaku memaksimalkan keuntungan, sementara pasien (*consumers*) akan memaksimalkan manfaat. Amerika Serikat adalah contoh tipikal pada kutub liberalisme. Adapun yang dimaksud sistem sosialisme di sini adalah sistem pelayanan kesehatan di mana semua fungsi (pembiayaan, pelayanan, penyediaan sumber daya) dilaksanakan, atau setidaknya dikendalikan, oleh pemerintah.³ Karena semua dikendalikan oleh pemerintah, maka jenis paket pelayanan dan harga juga ditentukan oleh pemerintah. Pelayanan kesehatan di negara-negara Eropa dapat dipakai sebagai contoh dari model ini. Dalam menganalisis spektrum reformasi pelayanan kesehatan di Indonesia, analisis ini akan menggunakan pendekatan liberalisme vs sosialisme agar semua bentuk reformasi dapat terpetakan baik reformasi pembiayaan maupun pelayanan kesehatan.

Meskipun reformasi yang terjadi di Indonesia adalah *Big Reform*, namun karena konteksnya adalah “desentralisasi kesehatan” sebagai konsekuensi paket UU otonomi daerah, reformasi sistem pelayanan kesehatan di Indonesia bersifat parsial dan *scattered* (tersebar). Kebijakan Jamkesmas adalah contoh kebijakan reformasi pembiayaan yang bersifat parsial. Bersifat parsial karena seharusnya dikembangkan dahulu asuransi universal (model asuransi wajib) untuk seluruh penduduk, barulah dikembangkan “social security for the poor” (Jamkesmas) sebagai alat untuk meningkatkan ekuiti karena orang miskin tidak mampu membayar premi asuransi. Dengan pendekatan ini, akan dapat dicegah penyalahgunaan kepemilikan kartu Jamkesmas oleh mereka yang tidak berhak. Kebijakan jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) adalah contoh kebijakan yang bersifat *scattered*, karena dikembangkan spesifik untuk

masing-masing daerah dengan keberagaman yang tinggi, menyangkut sumber uang, paket manfaat, dan cara pembayaran kepada Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK). Dampaknya adalah akan terjadi *in-equity* (ketidakadilan) antar daerah.

Reformasi sistem pelayanan kesehatan di Indonesia sebagai konsekuensi implementasi paket UU otonomi daerah sesungguhnya mencakup semua komponen sistem pelayanan kesehatan, yaitu pengarahan (*stewardship*), penciptaan sumber daya (*resource generation*), pembiayaan (*financing*), dan pelayanan (*delivering of services*). Analisis dalam tulisan ini difokuskan pada fungsi pembiayaan dan pelayanan. Terkait dengan dua fungsi tersebut, reformasi yang telah terjadi di Indonesia adalah kebijakan jaminan kesehatan masyarakat miskin (Jamkesmas), jaminan kesehatan daerah (Jamkesda), pelayanan kesehatan dasar gratis, otonomi rumah sakit (rumah sakit BLU), dan otonomi Puskesmas (Puskesmas swakelola).

1. Jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin (Jamkesmas)

Jamkesmas pada dasarnya adalah subsidi pemerintah untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin baik untuk pelayanan kesehatan dasar maupun rujukan.⁸ Diawali dengan pengembangan Program Jaring Pengaman Sosial-Bidang Kesehatan (JPS-BK) tahun 1998-2001, kemudian Program Dampak Pengurangan Subsidi Energi (PDPSE) tahun 2001 dan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) tahun 2002-2004. Pada akhir tahun 2004, Menteri Kesehatan dengan SK Menkes No. 1241/2004 menugaskan PT. Askes (Persero) untuk mengelola program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin yang dikenal dengan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin (Askeskin). Selanjutnya, dengan alasan untuk efisiensi dan efektivitas program maka pada tahun 2008 pemerintah mengubah program tersebut menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), di mana *budget* langsung disalurkan kepada pihak *provider* (rumah sakit dan Puskesmas).⁸ Meskipun telah berubah lima kali, namun esensinya Jamkesmas adalah subsidi orang miskin dalam pelayanan kesehatan, analog dengan Medicaid di Amerika Serikat. Meskipun dapat dikatakan bahwa Jamkesmas tidak mengubah ideologi sistem pelayanan kesehatan di Indonesia secara makro yaitu sistem liberalisme (pasar), namun

model pembiayaan ini dapat dikatakan sebagai sistem yang bergerak ke kutub sosialisme. Terkait dengan tujuan normatif sistem pelayanan kesehatan, maka dapat dikatakan bahwa Jamkesmas menaikkan ekuiti, tapi akan menurunkan efisiensi dan mutu. Menaikkan ekuiti karena orang miskin mempunyai akses terhadap pelayanan kesehatan, terlepas dari kemampuan bayarnya. Sementara efisiensi bisa menurun karena terjadi *over-utilisasi*, sedangkan mutu akan lebih rendah dibandingkan *out-of-pocket* (OOP) karena insentif terhadap *provider* bersifat paket (pembayaran dengan kapitasi dan DRGs).

2. Jaminan kesehatan daerah (bisa lokal provinsi atau lokal kabupaten/kota)

Dampak otonomi daerah pada reformasi pembiayaan kesehatan adalah munculnya jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) yang dibiayai APBD untuk pelayanan kesehatan dasar dan pelayanan rujukan terbatas. Jaminan Kesehatan Daerah di Kabupaten Jembrana adalah contoh model jaminan kesehatan di tingkat lokal. Kebijakan Jaminan kesehatan daerah ini diawali dengan Keputusan Bupati Jembrana No. 572/2002 tentang Pembentukan Tim Persiapan Jaminan Kesehatan Daerah, kemudian berproses terus sampai akhirnya diluncurkan Perda No. 7/2006 tentang Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Jembrana. Dalam Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Jembrana, warga masyarakat mendapatkan pelayanan gratis untuk pelayanan primer (Puskesmas, dokter/ bidan praktik swasta) dengan sistem *reimbursement* kepada *provider* oleh pemerintah daerah. Namun apabila masyarakat ingin menambahkan pelayanan rujukan rumah sakit maka setiap anggota diwajibkan membayar premi sebesar Rp70.000,00 per tahun.⁹ Pada perkembangannya, sebagai implikasi penerapan otonomi daerah, banyak daerah lain juga meluncurkan program jaminan kesehatan daerah meskipun dengan cara pembiayaan dan paket pelayanan yang berbeda. Menjamurnya jaminan kesehatan daerah, apalagi dengan menggunakan dana APBD, menunjukkan reformasi pelayanan kesehatan bergerak ke arah sosialisme. Reformasi jaminan kesehatan daerah dengan dana APBD yang cakupannya bersifat *blanket* (semua penduduk) akan menimbulkan “in-ekuiti”, karena penduduk kaya

yang mestinya mampu membayar digratiskan. Bila terjadi *over-utilisasi* akan terjadi pemborosan, sementara juga tidak ada insentif bagi *provider* untuk meningkatkan mutu. Untuk Jamkesda yang berbasis premi tentunya lebih ekuiti, lebih efisien (kalau ada *cost-sharing*), dan lebih memunculkan insentif bagi *provider* untuk meningkatkan mutu (*maximizing profit*).

3. Pelayanan kesehatan dasar gratis (Puskesmas dan jaringannya)

Implikasi dari kebijakan otonomi daerah, banyak pemerintah daerah kabupaten/kota bahkan pemerintah provinsi menerapkan pelayanan kesehatan dasar secara gratis. Kota Blitar adalah contoh pelayanan kesehatan dasar gratis (pembebasan retribusi)¹⁰, selanjutnya Provinsi Sumatera Selatan adalah contoh pelayanan kesehatan dasar gratis untuk tingkat provinsi. Model pelayanan kesehatan dasar gratis adalah bentuk reformasi pelayanan kesehatan yang bergerak ke arah kutub sosialisme. Dalam konteks ini, pemerintah bertindak sebagai *provider* sekaligus pembeli (*purchaser*), dan masyarakat sebagai klien. Model demikian akan menyebabkan mutu pelayanan memburuk karena menurunnya motivasi dan moral karyawan. Namun demikian, dalam perspektif ekuiti model ini akan memperbaiki ekuiti karena setiap individu mendapatkan paket pelayanan yang sama terlepas dari kemampuan bayarnya. Sementara dalam aspek efisiensi, bisa membaik dan juga bisa memburuk. Membaiknya efisiensi terjadi karena paket pelayanan bersifat masal (generik), namun bisa juga efisiensi malah memburuk karena terjadi *over-utilisasi* oleh masyarakat (dampak gratis).

4. Otonomi rumah sakit pemerintah (status Badan Layanan Umum/BLU)

Implikasi UU No. 1/2004 tentang Perbendaharaan Negara adalah menguatnya transformasi lembaga pelayanan pemerintah ke arah lebih “otonomi”. Untuk sektor kesehatan adalah merebaknya perubahan rumah sakit dari rumah sakit “model retribusi” berubah menjadi “model BLU”. Menurut PP No. 23/2005 tentang Pengelolaan Keuangan BLU, rumah sakit BLU dapat mengelola pendapatan fungsionalnya (pendapatan hasil pelayanan) secara langsung sesuai dengan rencana tahunan yang telah dibuat (termasuk insentif jasa pelayanan).¹¹ Dengan kebebasan mengelola pendapatan ini

maka pihak manajemen diharapkan mampu membangun “sistem imbalan yang tepat” untuk meningkatkan kinerja rumah sakit. Transformasi rumah sakit pemerintah menjadi BLU mengarah pada reformasi ke arah liberalisme (sistem pasar). Pendekatan ini akan meningkatkan mutu pelayanan, namun akan mengorbankan keadilan (ekuiti) karena status BLU akan selalu diikuti dengan kenaikan tarif. Efisiensi dalam konteks penggunaan sumber daya dikaitkan dengan *output* secara keseluruhan (makro) tentunya akan menurun, karena dengan status BLU pasti dibutuhkan standar masukan (*input*) yang lebih baik.

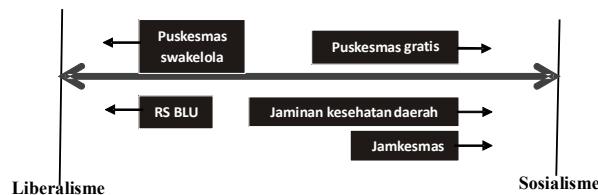
5. Otonomi Puskesmas (Puskesmas Swakelola)

Dengan bergulirnya paket UU otonomi daerah, maka pada tingkat Puskesmas juga menguat ide “kemandirian manajemen Puskesmas”. Untuk mengubah “mindset” *provider* Puskesmas dari “birokratik” menjadi lembaga “entrepreneurship”, maka diluncurkan Puskesmas swakelola/mandiri. Prinsipnya sama dengan rumah sakit BLU, yaitu pendapatan fungsional Puskesmas dikembalikan seluruhnya untuk biaya operasional dan sebagian dapat digunakan untuk insentif jasa pelayanan bagi karyawan. Transformasi Puskesmas menjadi unit swakelola adalah perubahan menuju kearah kutub liberalisme (sistem pasar). Analog dengan rumah sakit BLU, maka model Puskesmas swakelola akan meningkatkan mutu pelayanan, namun sebaliknya akan mengorbankan keadilan (ekuiti). Pada Puskesmas swakelola, efisiensi akan menurun bila dilihat secara makro, karena akan dibutuhkan standar masukan (*input*) yang lebih baik.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa apa yang terjadi pada reformasi sistem pelayanan kesehatan di Indonesia adalah sangat “mozaik”, bersifat parsial dan *scattered*. Sebagian reformasi bergerak ke arah kutub sosialisme, sebagian lain bergerak ke arah liberalisme. Pergerakan yang “simpang siur” ini barang kali tidak terlepas dari konsekuensi implementasi paket UU otonomi daerah dan juga lemahnya fungsi pengarahan (*stewardship*) dari pemerintah pusat. Namun demikian, apabila reformasi tersebut dilihat secara keseluruhan dapat dikatakan bahwa sistem pelayanan kesehatan di Indonesia tetap bertipe liberalisme (pasar). Hal ini juga sesuai dengan pendapat Roemer¹² tentang

perbandingan sistem kesehatan di dunia yang memasukkan sistem pelayanan kesehatan di Indonesia sebagai model “entrepreneurship” (pasar).

Secara spektrum diagramatik, fragmentasi reformasi sistem pelayanan kesehatan di Indonesia dapat diilustrasikan pada Gambar 2.



Gambar 2. Spektrum Reformasi Sistem Pelayanan Kesehatan di Indonesia

Analisis Trade-Off dan Perbaikan Kebijakan Ke Depan

Meskipun ketiga tujuan normatif sistem pelayanan kesehatan, yaitu ekuiti, mutu, dan efisiensi, berada pada posisi “trade-off” (bersaing), namun pembuat kebijakan dalam konteks reformasi sistem pelayanan kesehatan harus tetap mengedepankan bahwa ketiganya harus dapat dicapai secara optimal. Tentunya sulit bagi pengambil kebijakan untuk menggapai ketiga tujuan yang besifat “trade-off”. Oleh karena itu, apabila kebijakan yang dipilih menguntungkan tujuan normatif tertentu dan meniadakan tujuan normatif yang lain, maka harus terdapat intervensi pengoreksi untuk mengurangi dampak negatif kebijakan tersebut.

Analisis pergerakan dan “trade-off” dalam reformasi sistem pelayanan kesehatan di

Indonesia serta intervensi yang diperlukan untuk mencapai tujuan normatif lain yang terkalahkan, dapat diilustrasikan pada Tabel 1.

Dari Tabel 1 dapat dilihat bahwa terkait dengan reformasi sistem pelayanan kesehatan di Indonesia, meliputi Jamkesmas, jaminan kesehatan daerah (provinsi atau kabupaten/kota), pelayanan kesehatan dasar gratis, adalah pergerakan reformasi ke arah sosialisme. Sementara, otonomi rumah sakit pemerintah (status BLU), otonomi Puskesmas (swakelola/mandiri) adalah pergerakan reformasi ke arah liberalisme. Namun harus disadari bahwa tipologi sistem kesehatan Indonesia secara makro (*the whole*) tidaklah bergeser dan tetap bertipe liberalisme (pasar). Hal ini sesuai dengan analisis Roemer pada tahun 1993.¹²

Terkait dikotomi sistem kesehatan liberalisme versus sosialisme, sesungguhnya di antara keduanya punya keunggulan dan kelemahannya masing-masing. Sistem sosialis sebenarnya meliputi spektrum yang luas yaitu sosialis murni, *tax-based social health insurance*, dan *premium-based social health insurance*. Sementara sistem liberalisme diwakili oleh Amerika Serikat yang menekankan pada pasar (kompetisi bebas) pada sistem pelayanan kesehatannya, sehingga terdapat *multi insurers* dan *multi providers* karena asuransi kesehatan bersifat swasta (*voluntary*), maka banyak warga Amerika Serikat yang tidak terkover asuransi kesehatan. Namun belakangan, sistem ini telah dirombak oleh Presiden Obama melalui inisiatif “*health reform*”, yang bergerak ke arah sosialisme (meningkatkan peran negara). Banyak kajian menunjukkan bahwa sistem kesehatan sosialisme lebih unggul dibanding liberalisme, khususnya dalam hal efisiensi dan

Tabel 1. Analisis Pergerakan dan “Trade off” dalam Reformasi Sistem Pelayanan Kesehatan di Indonesia

Jenis Reformasi	Isi (Content) Reformasi	Pergerakan Reformasi	Analisis “trade off”			Intervensi Untuk Menanggulangi Efek Negatif
			Ekuiti	Mutu	Efisiensi	
Jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin (Jamkesmas)	Pemerintah mensubsidi pelayanan kesehatan bagi rakyat miskin untuk pelayanan kesehatan dasar dan rujukan. Model ini merupakan intervensi sosialisme pada sistem liberalisme	Bergerak ke arah sosialisme (namun sistem besarnya tetap liberalisme)	Ekuiti Naik (↗)	Mutu Turun (↖)	Efisiensi Tak Jelas (?)	Pengendalian pada manajemen mutu dan <i>Utilization Review</i>
Jaminan kesehatan daerah (bisa lokal provinsi atau lokal kabupaten/kota)	Model pertama, pemerintah lokal (provinsi atau kabupaten/kota) mensubsidi pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat di wilayah kerjanya dengan biaya APBD.	Bergerak ke arah sosialisme tapi bersifat lokal.	Ekuiti Naik (↗)	Mutu turun (↖)	Efisiensi Tak jelas (?)	Pengendalian pada manajemen mutu dan <i>Utilization Review</i>
Pelayanan kesehatan dasar gratis (Puskesmas dan jaringannya)	Model kedua, pemerintah lokal menerapkan pendekatan asuransi wajib (dengan premi) bagi anggota masyarakatnya melalui pihak ketiga (Bapel)	Bergerak ke arah sosialisme dan bersifat lokal	Ekuiti Naik (↗)	Mutu Naik (↗)	Efisiensi Naik (↗)	Pengendalian pada manajemen mutu dan <i>Utilization Review</i>
Otonomi rumah sakit pemerintah (status BLU)	Rumah sakit BLU adalah rumah sakit pemerintah yang diberi kebebasan untuk mengelola pendapatan fungsional rumah sakit secara langsung.	Bergerak ke arah liberalisme (privatisasi)	Ekuiti Turun (↖)	Mutu Naik (↗)	Efisiensi turun (↖)	Subsidi pada sisi permintaan (orang miskin)
Otonomi Puskesmas (Puskesmas swakelola)	Identik dengan rumah sakit BLU. Puskesmas swakelola adalah Puskesmas yang diberi kebebasan untuk mengelola pendapatan fungsionalnya secara langsung	Bergerak ke arah liberalisme (privatisasi)	Ekuiti Turun (↖)	Mutu Naik (↗)	Efisiensi turun (↖)	Subsidi pada sisi permintaan (orang miskin)

ekuiti, namun biasanya agak tertinggal dalam hal mutu. Laporan tahunan WHO tahun 2000, menunjukkan bahwa Jepang dan Kanada misalnya mempunyai umur harapan hidup lebih baik dibanding Amerika Serikat walaupun biaya kesehatan per kapitanya lebih rendah dibanding Amerika Serikat.⁵

Model sosialis murni adalah sistem kesehatan bahwa pembiayaan dan paket pelayanan dikendalikan dan ditentukan oleh negara. Model ini adalah tipikal pada negara komunis, Kuba misalnya. Model seperti ini tentunya lebih hemat (efisien) dan sudah pasti akan menjamin ekuiti (semua warga negara diperlakukan sama). Namun model ini akan melemahkan tercapainya mutu, karena bersifat birokratis dan meniadakan kompetisi antar Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK). Model *tax-based social health insurance* adalah model asuransi sosial yang dibiayai oleh pajak umum. Pada model kedua ini, PPK bisa berasal dari institusi pemerintah atau swasta. Contoh negara yang menggunakan model ini adalah Inggris dan Australia. Model ini akan menjamin ekuiti dan efisiensi dengan mutu pelayanan yang masih baik, karena terdapat kompetisi antar PPK. Model ketiga, *premium-based social health insurance* adalah model asuransi sosial yang dibiayai oleh premi wajib. Pada model ketiga ini PPK juga bisa berasal dari pemerintah atau swasta. Contoh negara yang menggunakan model ketiga ini adalah Jerman misalnya. Dari ekuiti, efisiensi dan mutu, model ketiga ini hampir sama dengan model kedua. Namun model ketiga ini lebih unggul dibanding model kedua dalam hal kepastian pembiayaan karena pada model *tax based social health insurance* penganggaran harus berkompetisi dengan sektor lain setiap tahunnya (berebut kue APBN), sedangkan model *premium-based social health insurance* anggarannya sudah terpisah (dari premi peserta). Undang-Undang (UU) No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional sesungguhnya mengarah pada model *premium-based social health insurance*.

Pertanyaannya di manakah posisi sistem pelayanan kesehatan Indonesia di antara keempat model tersebut? Pada prinsipnya sistem pelayanan kesehatan di Indonesia terdiri dari dua sistem, yaitu bayar tunai (*out-of-pocket*) dan banyak sistem asuransi (*multi insurers*). *Multi-insurers* tersebut terdiri dari Askes (asuransi pegawai negeri), Jamsostek (asuransi pekerja formal), Jamkesmas (*social security* untuk gakin), dana sehat (*community health insurance* dengan paket sangat terbatas), asuransi swasta, dan model-model lain yang dibiayai oleh perusahaan. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 menunjukkan sumber pembiayaan pelayanan kesehatan terdiri dari yaitu

out-of-pocket (71%), Askes/Jamsostek (15,6%), Jamkesmas (14,3%), Dana Sehat (2,9%), lain-lain 6,6%.¹³ Bila kita melihat komposisi sumber pembiayaan dalam pelayanan kesehatan di Indonesia, maka dapat disimpulkan bahwa sistem pelayanan kesehatan Indonesia secara makro adalah menganut sistem liberal karena bersifat *multiinsurers* dan *multi-providers*. Namun, di dalam “keliberalan” tersebut, sejak reformasi tahun 2001 terjadilah reformasi yang bersifat “parsial” dan “scattered”, sebagian menuju sosialisme dan sebagian lain menuju liberalisme (sebagaimana telah diulas di depan).

Agenda Reformasi Ke Depan

Terkait dengan agenda reformasi sistem pelayanan kesehatan Indonesia ke depan, maka penulis mengusulkan bahwa sistem pelayanan kesehatan yang akan kita bangun ke depan adalah sistem sosialisme, dengan mengambil model *premium-based social health insurance*. Hal ini adalah sejalan dengan UU No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Dalam UU tersebut sistem pembiayaan kesehatan Indonesia adalah menganut asuransi sosial, artinya kepesertaan asuransi kesehatan bersifat wajib sementara orang miskin preminya dibayar oleh negara. Sesuai dengan UU No. 40/2004 maka penyelenggara asuransi kesehatan sosial adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Untuk menuju kepada asuransi kesehatan sosial yang bersifat nasional tentunya tidaklah mudah. Kalau kita melihat sejarah asuransi sosial di Jerman, inisiatif itu diawali lebih dari seratus tahun yang lalu, yaitu pada tahun 1883 oleh kanselir Von Bismarck. Pada tahun 1883 diawali dengan asuransi wajib bagi tenaga kerja perusahaan. Kemudian secara inkremental, diperluaslah cakupan asuransi untuk berbagai kelompok pekerja dengan sistem asuransi yang berbeda-beda (*multi-insurers*). Barulah sekitar tahun 1970-an dilakukan simplifikasi dan integrasi dari *multi-insurers* tersebut dan akhirnya *universal coverage* dapat dicapai.¹⁴ Untuk melakukan reformasi pembiayaan kesehatan ke arah asuransi sosial, ada baiknya Indonesia mencontoh apa yang terjadi di Jerman sebagai pelajaran.

Berdasarkan reformasi yang ada sebagaimana telah dibahas di depan maka untuk menyempurnakan dan memperbaiki reformasi yang sudah ada, perlu dipikirkan poin-poin perbaikan kebijakan sebagai berikut. Pertama, perlu segera diprogramkan jaminan asuransi untuk pekerja informal yang tidak termasuk kategori gakin (Jamkesmas) dengan berbasis premi. Kedua,

program Jamkesda harus disinkronkan secara vertikal dengan program Jamkesmas pusat. Ketiga, untuk program Puskesmas gratis dalam arti pembebasan retribusi perlu dipikirkan untuk diubah ke arah Jamkesda berbasis premi karena Puskesmas gratis menyebabkan ketidakadilan dan penurunan moral karyawan. Keempat, pergerakan otonomi intitusi pelayanan kesehatan pemerintah (rumah sakit BLU dan Puskesmas swakelola) harus diimbangi dengan program yang memastikan bahwa orang miskin tetap punya akses terhadap pelayanan kesehatan (Askeskin). Kelima, pengembangan jaminan kesehatan yang bersifat parsial dan *scattered* ke depan tetap harus diarahkan pada *universal coverage* dengan model *social health insurance* sesuai dengan UU SJSN.

KESIMPULAN DAN SARAN

Dari uraian dan pembahasan pada tulisan ini maka dapat disimpulkan hal-hal berikut: (i) implikasi pelaksanaan paket UU otonomi daerah telah menyebabkan reformasi sistem pelayanan kesehatan di Indonesia bersifat parsial dan *scattered*, (ii) sebagian reformasi sistem pelayanan kesehatan telah bergerak ke arah sosialisme, sebagian lainnya bergerak ke arah liberalisme, berimplikasi “*trade off*” antara ekuiti, mutu dan efisiensi, (iii) secara keseluruhan (*the whole*) sistem pelayanan kesehatan Indonesia masih pada posisi liberalisme (sistem pasar), (iv) pilihan apakah ke arah sosialisme atau liberalisme adalah menyangkut keuntungan dan kerugian yang bersifat “*trade-off*”, sehingga yang penting adalah intervensi terhadap dampak negatifnya.

Dari apa yang disimpulkan ini, maka secara umum untuk menata reformasi sistem pelayanan kesehatan di Indonesia ke depan rekomendasinya adalah ditetapkannya dahulu tujuan akhir (*end goal*) reformasi sistem pelayanan kesehatan di Indonesia oleh semua pemangku kepentingan, apakah ke arah liberalisme (pasar) atau *sosial health insurance*, barulah disusun “*road map*” yang jelas dengan melakukan langkah kecil-kecil (inkremental) yang fisibel untuk menuju tujuan akhir.

KEPUSTAKAAN

1. Siswanto, Sopacua, E. Community Empowerment Through Inter-Sectoral Action, A Case Study of Gerbangmas in Lumajang District, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, 2009;12(01) Maret:24-32.
2. Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ), Satu Inovasi Peningkatan Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Jembrana. Bulletin Desentralisasi Kesehatan. Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2004.
3. Noesgaard, et.al. Understanding of Ideologies. Oxford University Press, New York, 2009
4. Purwadianto, A. Kaidah Dasar Moral dan Teori Etika dalam Membingkai Tanggung Jawab Profesi Kedokteran (Tidak dipublikasikan). Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta, 2003.
5. World Health Organization. Health System: Improving Performance. World Health Organization, Geneva, 2000.
6. Boelen, C. Towards Unity for Health, Challenges and Opportunities for Partnership in Health Development. World Health Organization, Geneva, 2000.
7. The World Bank Institute. Introduction to the Concepts and Analytical Tools of Health Sector Reform and Sustainable Financing. The World Bank Institute, 1998.
8. Departemen Kesehatan RI. Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Departemen Kesehatan RI, Jakarta, 2008.
9. Sudaarsana, I.M. Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ), Satu Reformasi Kesehatan, 2006. Diakses dari <http://www.litbang.depkes.go.id/download/seminar/desentralisasi6-80606/MakalahMade.pdf>
10. Rukmini, Siswanto dan Sarwanto. Hubungan Otonomi Puskesmas dengan Motivasi Karyawan dan Mutu Pelayanan, Laporan Penelitian (Tidak Dipublikasikan). Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan, Surabaya, 2009.
11. Peraturan Pemerintah No 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Badan Layanan Umum. Pemerintah Republik Indonesia, Jakarta, 2009.
12. Roemer, M.I. National Health Systems of the World. Oxford University Press, London, 1993.
13. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar 2007. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Jakarta, 2008.
14. Bärninghausen and Sauerborn. One Hundred Eighteen Years of the German Health Insurance System. Social Science and Medicine. Pergamon, 2002.