



# **PERAN SEKTOR SWASTA DALAM PELAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA**

2.11

**PUSAT KAJIAN PEMBANGUNAN KESEHATAN  
SEKRETARIAT JENDERAL  
DEPARTEMEN KESEHATAN R.I.  
2004**

Kolha 418  
1567



362.11  
Ind  
p

# **PERAN SEKTOR SWASTA DALAM PELAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA**

**PUSAT KAJIAN PEMBANGUNAN KESEHATAN  
SEKRETARIAT JENDERAL  
DEPARTEMEN KESEHATAN R.I.  
2004**

Katalog Dalam Terbitan. Departemen Kesehatan RI

362.11

Ind  
p

Indonesia. Departemen Kesehatan RI  
Peran sektor swasta dalam Pelayanan Kesehatan di  
Indonesia. -- Jakarta : DEpartemen Kesehatan, 2004.

I. Judul      1. HEALTH SERVICES    2. HEALTH COST  
3. HEALTH MANPOWER

## PENGANTAR

Saat ini pemerintah semakin terbatas kemampuan keuangannya dalam membiayai pelayanan kesehatan. Belum seluruh penduduk Indonesia mendapatkan akses ke sarana pelayanan kesehatan yang bermutu, utamanya di daerah perdesaan, terpencil dan perbatasan serta masyarakat miskin. Sebagian besar pembiayaan kesehatan di Indonesia bersumber dari masyarakat dan swasta. Sedangkan di era globalisasi akan mengakibatkan masuknya modal dan tenaga asing dalam sistem pelayanan kesehatan di Indonesia.

Tantangan besar tersebut membawa konsekuensi agar peran dan fungsi sektor swasta di bidang pelayanan kesehatan di Indonesia dapat berkembang selaras dan sinergis bersama *stakeholders* dalam negeri. Formulasi alternatif kebijakan dalam makalah kebijakan ini sebenarnya dimaksudkan untuk menyikapi situasi tersebut, dan telah selesai disusun tahun lalu, karena sesuatu hal baru bisa dicetak tahun ini.

*Policy paper* ini dimaksudkan memberikan pokok-pokok pikiran dalam pengembangan kebijakan peran masyarakat dan dunia usaha dalam pelayanan kesehatan di Indonesia.

Kami mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada berbagai pihak yang telah memberikan dukungan moril dan masukannya untuk penyempurnaan *policy paper* ini. Kritik dan saran dalam upaya penyempurnaan *policy paper* ini tetap kami harapkan masukannya.

Jakarta, November 2004.

Kepala Pusat Kajian Pembangunan Kesehatan,

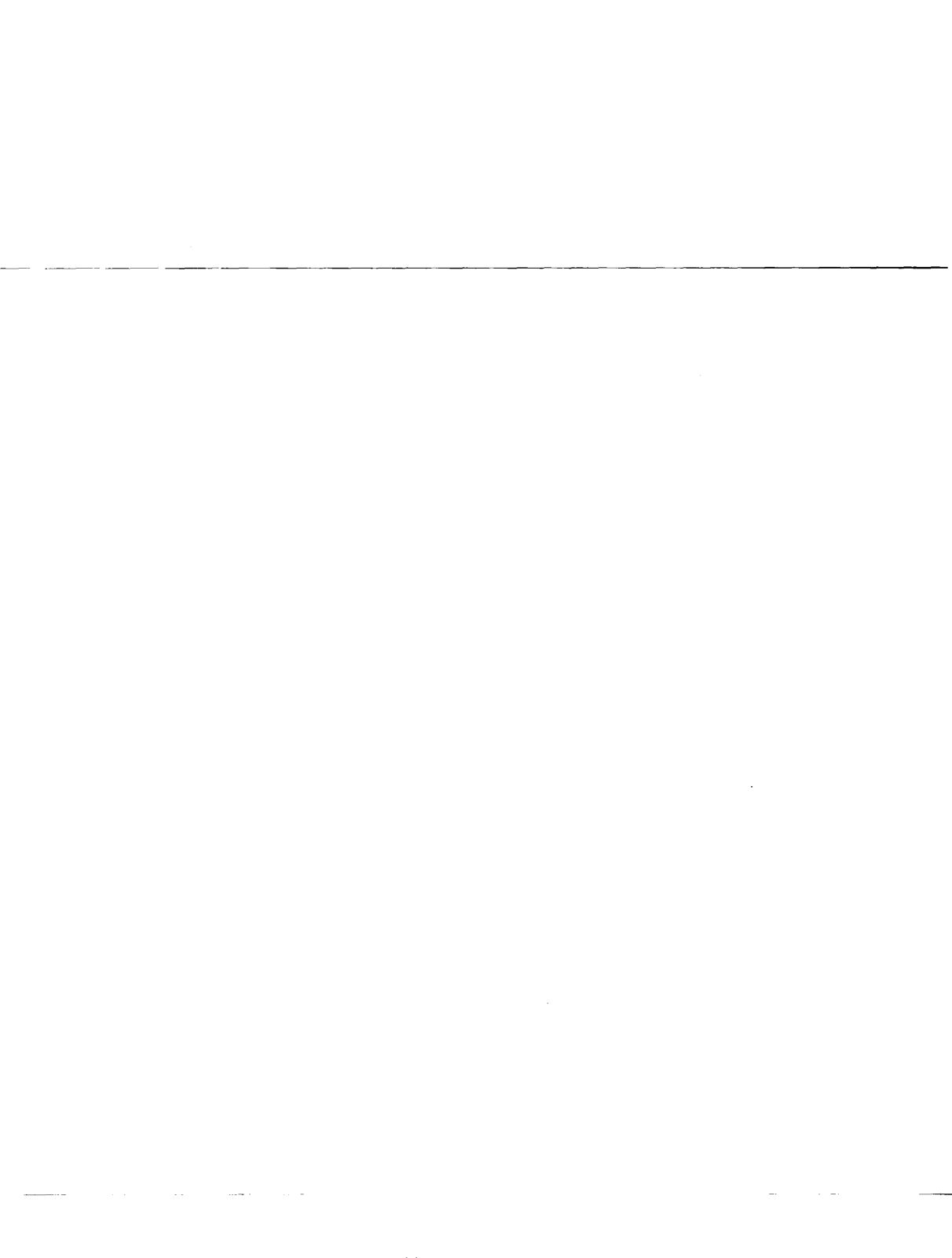


dr. Setiawan Soëparan, MPH



## DAFTAR ISI

	Halaman
PENGANTAR .....	i
DAFTAR ISI .....	ii
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Maksud dan Tujuan .....	2
C. Ruang Lingkup dan Pengertian.....	2
BAB II ANALISIS SITUASI DAN KECENDERUNGAN PERAN SWASTA DALAM PEMBANGUNAN KESEHATAN .....	3
A. Peran Swasta dalam Upaya Kesehatan .....	3
B. Peran Swasta dalam Pembiayaan Kesehatan .....	13
C. Perbandingan dengan Beberapa Negara .....	14
D. Issue Strategis .....	15
BAB III KEBIJAKAN DAN STRATEGI .....	17
A. Tujuan .....	17
B. Kebijakan .....	17
C. Strategi .....	18
BAB IV LANGKAH – LANGKAH .....	23
BAB V PENUTUP.....	29



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. LATAR BELAKANG

**T**ujuan pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010 adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang ditandai penduduknya yang hidup dengan perilaku dan lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata di seluruh wilayah Republik Indonesia.

Untuk mencapai tujuan pembangunan tersebut, dilaksanakan berbagai upaya pelayanan kesehatan yang terpadu dan berkesinambungan yang dilaksanakan oleh masyarakat dan pemerintah termasuk dunia usaha. Sebagaimana tertuang dalam UUD 1945 Pasal 34 ayat (3) dicantumkan bahwa, negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas umum yang layak. Demikian pula tertuang dalam Undang-undang No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan Pasal 1 bahwa upaya kesehatan dilakukan oleh pemerintah dan masyarakat. Namun demikian pada kenyataannya belum seluruh penduduk Indonesia mendapatkan akses ke sarana pelayanan kesehatan yang bermutu, utamanya di daerah perdesaan, terpencil dan perbatasan serta masyarakat miskin.

Permasalahan yang dihadapi oleh pemerintah saat ini adalah makin terbatasnya kemampuan keuangan negara. Sebagaimana diketahui sebagian besar pembiayaan kesehatan di Indonesia bersumber dari masyarakat dan swasta. Disamping itu, di era globalisasi yang mengarah pada dunia tanpa batas dan pasar bebas, akan mengakibatkan masuknya modal dan tenaga asing dalam sistem



pelayanan kesehatan di Indonesia. Padahal kemampuan *stakeholders* dalam negeri belum siap menghadapi tantangan globalisasi. Dengan demikian, agar peran dan fungsi sektor swasta di bidang pelayanan kesehatan di Indonesia dapat selaras dan mendukung pencapaian tujuan pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010, perlu diformulasikan kebijakannya dalam suatu *policy paper*.

## B. MAKSUD DAN TUJUAN

*Policy paper* ini disusun dengan maksud memberikan pokok-pokok pikiran dalam pengembangan kebijakan peran masyarakat dan dunia usaha dalam pelayanan kesehatan di Indonesia.

## C. RUANG LINGKUP DAN PENGERTIAN

*Policy paper* ini membahas peran swasta dalam pelayanan kesehatan di Indonesia dan rekomendasi kebijakan pada upaya menumbuh-kembangkan peran dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan swasta.

Untuk menyamakan pengertian dari beberapa istilah yang dipakai dalam *policy paper* ini akan diuraikan sebagai berikut:

1. Sektor swasta adalah masyarakat dan dunia usaha.
2. Masyarakat adalah sejumlah manusia dalam arti seluas-luasnya dan terikat oleh suatu kebudayaan yang mereka anggap sama (termasuk LSM dan Ormas).
3. Dunia usaha adalah lingkungan atau lapangan kehidupan di bidang perdagangan barang atau jasa dengan maksud mencari untung, yang modalnya berasal dari perorangan atau badan-badan non pemerintah.

---

## BAB II

### ANALISIS SITUASI DAN KECENDERONGAN PERAN SWASTA DALAM PEMBANGUNAN KESEHATAN

---

**P**eran swasta dalam pembangunan kesehatan direalisasikan dalam berbagai aspek, yang meliputi upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan dan pengembangan sumber daya manusia kesehatan.

Dewasa ini masih terdapat berbagai masalah dan hambatan dalam upaya peningkatan peran masyarakat dan dunia usaha dalam pembangunan kesehatan. Masih belum memadainya dukungan situasi yang antara lain dalam bentuk peraturan perundang-undangan yang belum mendukung sepenuhnya untuk pengembangan peran masyarakat dan dunia usaha dalam pembangunan kesehatan. Di era desentralisasi, dukungan Pemerintah Daerah dalam menciptakan kondisi yang memungkinkan berkembangnya peran masyarakat dan dunia usaha dalam pembangunan kesehatan belum didorong.

#### A. PERAN SWASTA DALAM UPAYA KESEHATAN

##### 1. Pelayanan Kesehatan Dasar

Upaya Pemerintah dalam menyediakan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat telah lebih merata dan terus dipertahankan untuk kesinambungannya. Di setiap kecamatan di Indonesia telah dilayani oleh paling sedikit sebuah Puskesmas yang ditunjang oleh rata-rata tiga Puskesmas Pembantu. Peningkatan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar dilakukan pula dengan pengadaan dan mengoperasikan Puskesmas Keliling yang telah dimiliki oleh 76 % Puskesmas. Dewasa ini telah terdapat 7.277 Puskesmas dan 21.587 Puskesmas Pembantu.

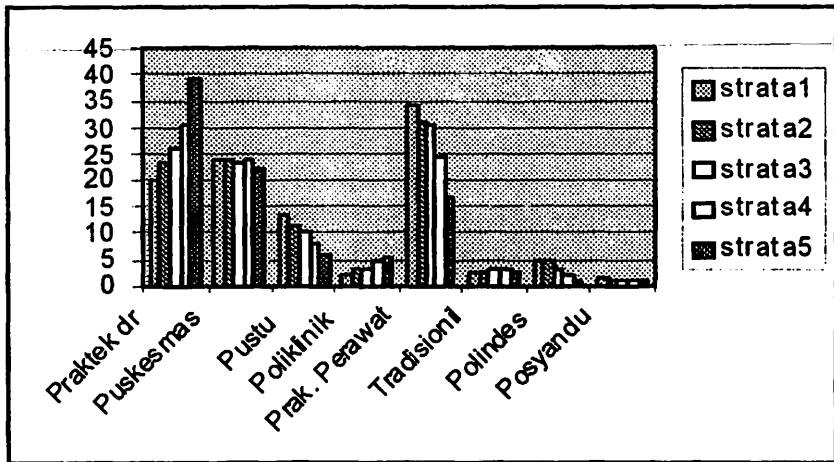
Disamping itu sampai saat ini telah ditempatkan lebih dari 67.000 bidan di desa, sehingga semua desa di Indonesia telah mempunyai akses terhadap pelayanan kesehatan profesional.

Pelayanan kesehatan dasar juga diberikan oleh sektor swasta dalam bentuk praktik dokter/dokter gigi, praktik bidan, balai pengobatan/klinik swasta, praktik dokter/klinik 24 jam dan lain sebagainya. Klinik swasta dewasa ini telah berjumlah lebih dari 4.900 buah dan praktik dokter mencapai lebih dari 32.000 orang. Disamping itu pelayanan pengobatan, utamanya di daerah pedesaan, juga dilaksanakan oleh tenaga perawat. Pelayanan pengobatan tradisional dan alternatif juga telah berkembang.

Upaya peningkatan pemerataan pelayanan kesehatan dasar, utamanya pelayanan kesehatan ibu dan anak termasuk imunisasi serta perbaikan gizi juga didukung dengan peran serta masyarakat dalam bentuk penyelenggaraan sekitar 240.000 Posyandu dan 33.083 Polindes, 12.414 Pos Obat Desa dan 4.049 Pos Upaya Kesehatan Kerja.

Meskipun fasilitas pelayanan kesehatan dasar milik pemerintah telah berkembang, namun diperkirakan hanya sekitar 30% penduduk yang memanfaatkan pelayanan Puskesmas dan Puskesmas Pembantu. Dari total pelayanan rawat jalan di Indonesia, 54,5 %-nya dilayani oleh sektor swasta.

**Grafik Pemanfaatan Pelayanan Rawat Jalan  
Berdasar Strata Pengeluaran (Susenas 2001)**



Pelayanan kesehatan dasar oleh sektor swasta ini kurang dimanfaatkan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan promotif dan preventif, padahal upaya ini dapat dilaksanakannya.

**2. Pelayanan Kesehatan Rujukan.**

Perkembangan jumlah rumah sakit di Indonesia dari 1.145 pada tahun 2000 bertambah menjadi 1179 pada tahun 2001, dengan rincian rumah sakit pemerintah 598 dan rumah sakit swasta 581. Ini berarti bahwa rasio pelayanan rujukan terhadap penduduk adalah 1 tempat tidur untuk 1600 penduduk. Keadaan ini memang terlihat menurun dibandingkan dengan 10 tahun yang lalu dengan rasio sebesar 1 tempat tidur untuk 1.500, yang berarti penambahan tempat tidur tidak sebanding dengan laju pertumbuhan penduduk.

Dapat dikemukakan pula bahwa dalam satu dekade (1988–1997), pertumbuhan rumah sakit swasta sangat pesat yaitu dari

287 rumah sakit menjadi 581 rumah sakit, atau tumbuh dengan dua kali lipatnya. Namun perkembangan ini belum begitu menggembirakan, karena penyebaran rumah sakit swasta lebih banyak berlokasi di Pulau Jawa dan hanya pada kota-kota besar saja.

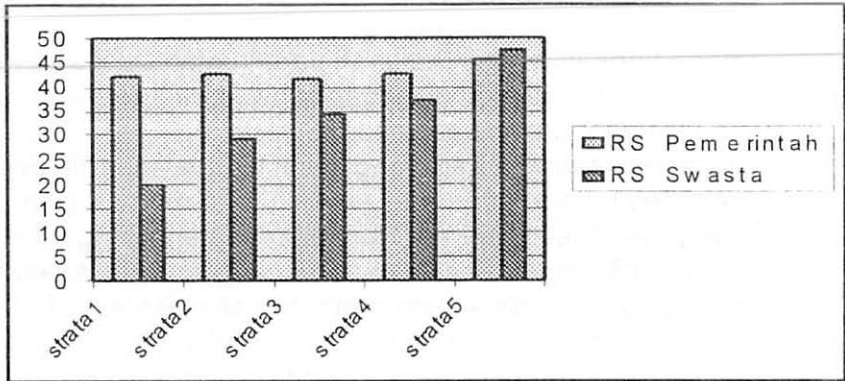
---

Dalam rangka peningkatan mutu pelayanan rumah sakit, telah dilakukan akreditasi rumah sakit. Telah dilakukan akreditasi terhadap rumah sakit, baik yang dikelola pemerintah, swasta sampai dengan Desember 2000 telah dinyatakan lulus akreditasi 5 pelayanan sebanyak 312 (27,2 %) rumah sakit dari 1145 rumah sakit yang ada. Apabila dilihat dari kepemilikan, maka rumah sakit pemerintah yang telah lulus akreditasi tersebut adalah 181 (44,0%) dari 416 rumah sakit, swasta 115 dari 550 (20,9%) rumah sakit. Untuk rumah sakit swasta, yang terbanyak lulus akreditasi adalah wilayah DKI Jakarta, Yogyakarta dan Bali.

Pemanfaatan rumah sakit pemerintah oleh penduduk paling tidak mampu lebih besar dari rumah sakit swasta, yakni 25% berbanding 3%. Sebaliknya pada golongan penduduk yang paling mampu atau kaya, pemanfaatan rumah sakit pemerintah hanya 5% dibandingkan dengan pemanfaatan rumah sakit swasta sebesar 52%.

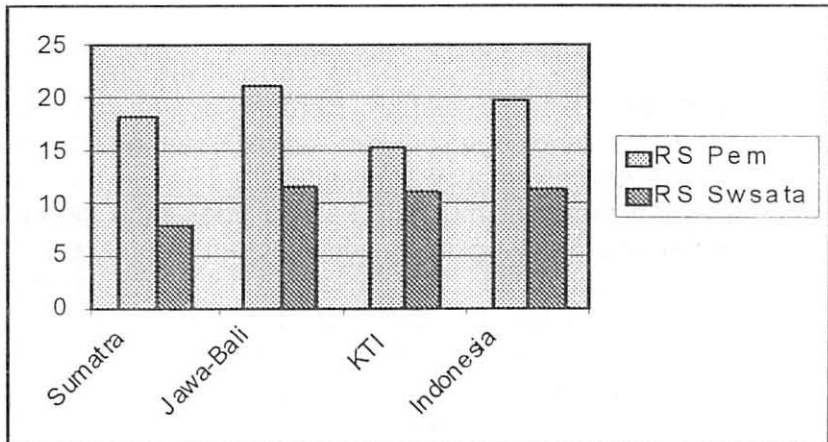
Pada grafik di bawah ini dapat dilihat persentase pemanfaatan pelayanan kesehatan rawat inap rumah sakit menurut pemilik dan kuintil penduduk.

**Grafik 1 : Pemanfaatan Pelayanan Rawat Jalan Berdasarkan Strata Pengeluaran (Susenas 2001)**



Banyak perbedaan pendapat di masyarakat tentang kualitas pelayanan kesehatan. Sebagian masyarakat menganggap bahwa pelayanan yang diberikan oleh swasta jauh lebih baik, namun sebagian lagi menganggap bahwa banyak juga pelayanan kesehatan swasta yang kurang baik.

**Grafik 2: Persentase Penduduk Yang Kurang dan Tidak Puas Terhadap Pelayanan Rawat Inap RS (2001)**



Dari data Susenas 2001 pada grafik di atas terlihat bahwa lebih banyak masyarakat yang kurang dan tidak puas terhadap pelayanan rawat inap pada rumah sakit pemerintah dibandingkan dengan keluhan pada rumah sakit swasta. Oleh sebagian masyarakat dianggap bahwa swasta lebih profesional dalam memberikan pelayanan. Swasta lebih jeli dalam memilih "segmen sasaran". Bagi yang mampu dapat memilih pelayanan yang lebih bagus dan bagi yang kurang mampu bisa memilih yang relatif lebih murah. Namun sebagian orang tidak setuju dengan pendapat tersebut dan menganggap bahwa swasta lebih berorientasi pada keuntungan (*profit oriented*). Pelayanan swasta memang baik dalam pelayanan fisiknya seperti gedung yang bagus, petugas yang ramah, namun kualitas pelayanan teknis medisnya kurang.

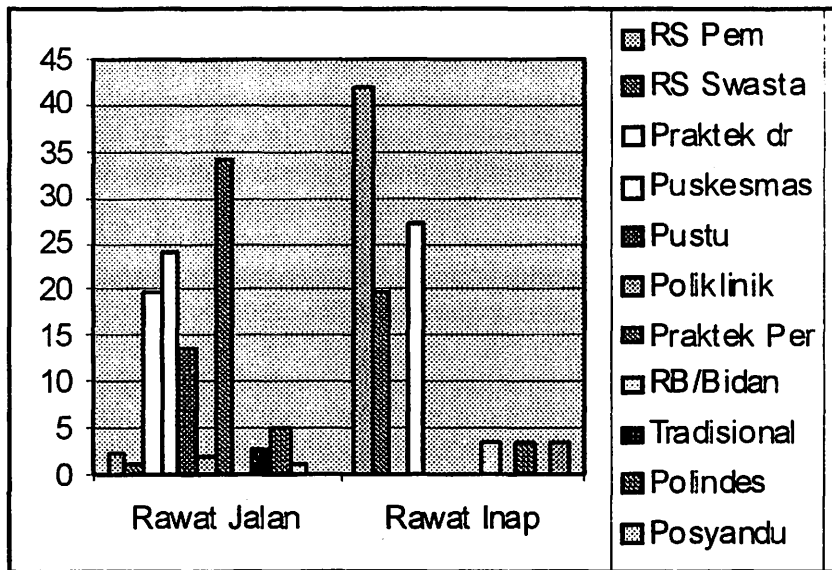
Di lain pihak, pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah dianggap kurang baik karena mental petugasnya tidak baik, kurang ramah dan sembarangan. Banyak tenaga kesehatan yang sebenarnya berpendidikan tinggi dan bahkan lulusan dari universitas yang berkualitas, namun mentalitas dalam memberikan pelayanan di institusi pemerintah kurang baik, berbeda sekali dengan apabila petugas yang sama praktik di institusi swasta.

Selain itu, karena kualitas yang tidak baik juga dapat mengakibatkan kesalahan. Bentuk kesalahan tersebut bisa mulai dari yang ringan bahkan sampai ke yang berat yang dapat menimbulkan kematian atau kecacatan. Pasien pada umumnya enggan melapor, mungkin karena tidak tahu kemana harus melapor, atau mungkin juga disebabkan karena ketidak-tahuan bahwa sesuatu yang dideritanya merupakan kesalahan tindakan. Dengan demikian kejadian seperti ini berjalan berulang-ulang terus. Di Amerika dipastikan terjadi kasus sebanyak puluhan orang dari ribuan orang, meninggal akibat kesalahan dalam pemberian pelayanan kesehatan.

### 3. Pelayanan Kesehatan Keluarga Miskin.

Guna melindungi dan menjamin pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin, pemerintah sejak tahun 1998 telah melaksanakan program jaring pengaman sosial bidang kesehatan. Pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin diberikan secara lengkap, mulai dari pelayanan kesehatan dasar sampai dengan pelayanan kesehatan rujukan. Dalam penyediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit bagi penduduk miskin, telah pula dialokasikan dana dari pemerintah kepada beberapa rumah sakit swasta.

**Grafik 3 : Pemanfaatan Rawat Jalan dan Rawat Inap Penduduk Miskin (Quintil 1) (Susenas 2001)**



Dari grafik di atas pada penduduk kuintil 1 pemanfaatan pelayanan kesehatan swasta lebih rendah dibandingkan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan pemerintah.



#### 4. Regulasi

Dalam UUD 1945 Pasal 28H ayat 1 dinyatakan bahwa, setiap orang berhak hidup sejahtera dan lahir batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Disamping itu pada UU No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan disebutkan bahwa, pemerintah, masyarakat dan dunia usaha bertanggung-jawab untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan.

UU No. 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen, mengatur tentang hak konsumen antara lain: 1) hak atas informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai kondisi dan jaminan barang dan/atau jasa; 2) hak untuk didengar pendapat dan keluhannya atas barang dan/atau jasa yang digunakan; 3) hak untuk diperlakukan atau dilayani secara benar dan jujur serta tidak diskriminatif. Kewajiban konsumen antara lain adalah beritikad baik dalam melakukan transaksi pembelian barang dan/atau jasa. Hak pelaku usaha antara lain adalah hak untuk mendapatkan perlindungan hukum dari tindakan konsumen yang beritikad tidak baik. Sedangkan kewajiban pelaku antara lain adalah memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai kondisi dan jaminan barang dan/atau jasa serta memberi penjelasan penggunaan, perbaikan dan pemeliharaan.

UU No. 25 Tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional Tahun 2000-2004 menyebutkan bahwa perumusan Proenas dilakukan secara transparan dengan mengikut-sertakan berbagai pihak baik itu kalangan pemerintah, dunia usaha, dunia pendidikan, LSM, maupun para pakar, baik di pusat maupun di daerah. Berbagai upaya mencari masukan dilakukan dengan tujuan agar semua pihak merasa ikut memiliki dan berpartisipasi dalam pelaksanaannya.

Program upaya kesehatan bertujuan meningkatkan pemerataan dan mutu upaya kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna serta terjangkau oleh segenap anggota masyarakat. Sasaran umum program ini adalah tersedianya pelayanan kesehatan dasar dan rujukan baik oleh pemerintah maupun swasta yang didukung oleh peran serta masyarakat dan sistem pembiayaan praupaya. Sasaran umum programnya antara lain tersedianya jaringan pemberi pelayanan kesehatan paripurna yang bermutu, baik oleh pemerintah maupun swasta.

Untuk menyelenggarakan upaya kesehatan dibutuhkan kebijakan dan manajemen sumber daya yang efektif dan efisien didukung dengan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan sehingga dapat tercapai pelayanan kesehatan yang merata dan berkualitas. Sumber daya tersebut berasal dari pemerintah dan masyarakat termasuk swasta.

UU No. 19 Tahun 2003 tentang Badan Usaha Milik Negara mengatur tentang: 1) BUMN sebagai badan yang seluruh atau sebagian besar modalnya dimiliki oleh negara melalui penyertaan secara langsung yang berasal dari kekayaan negara yang dipisahkan; 2). Perusahaan Persero (Persero) adalah BUMN yang berbentuk perseroan terbatas yang modalnya terbagi dalam saham yang seluruh atau paling sedikit 51 % sahamnya dimiliki oleh Negara Republik Indonesia yang tujuan utamanya mengejar keuntungan; 3). Perusahaan Perseroan Terbuka (Persero Terbuka) adalah Persero yang modal dan jumlah pemegang sahamnya memenuhi kriteria tertentu atau Persero yang melakukan penawaran umum sesuai dengan peraturan perundangan-undangan di bidang pasar modal; 4). Perusahaan Umum (Perum) adalah BUMN yang seluruh modalnya dimiliki negara dan tidak terbagi atas saham, yang bertujuan untuk kemanfaatan umum berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang bermutu tinggi dan sekaligus mengejar keuntungan berdasarkan prinsip pengelolaan perusahaan;

5). Privatisasi adalah penjualan saham Persero, baik sebagian maupun seluruhnya, kepada pihak lain dalam rangka meningkatkan kinerja dan nilai perusahaan, memperbesar manfaat bagi negara dan masyarakat, serta memperluas kepemilikan saham oleh masyarakat.

Keppres No. 6 Tahun 2000 tentang Perusahaan Jawatan (Perjan) mengatur bahwa Perjan adalah BUMN yang seluruh modalnya dimiliki Pemerintah dan merupakan kekayaan Negara yang tidak dipisahkan serta tidak terbagi atas saham-sahamnya. Maksud dan tujuan Perjan adalah menyelenggarakan kegiatan usaha yang bertujuan untuk kemanfaatan masyarakat umum, berupa penyediaan jasa pelayanan yang bermutu tinggi dan tidak semata-mata mencari keuntungan.

Untuk penyelenggaraan liberalisasi pelayanan kesehatan terdapat 4 (empat) mode yaitu : (1) *Cross Border* (2) *Consumption Abroad* (3) *Commercial Present* (4) *Presence Natural Person*. Khusus *Commercial Present* di Indonesia telah dilaksanakan sesuai dengan Keppres 108 tahun 2000. Namun pada kenyataannya ditemui permasalahan antara lain karena: (1) kriteria fasilitas kesehatan yang belum teregulasi dengan baik (2) sistem pengawasan, sistem informasi terpadu dan sistem akreditasi mutu yang belum tersusun, sehingga diperkirakan Indonesia baru siap membuka pasarnya untuk rumah sakit baru pada tahun 2005.

Salah satu produk hukum yang mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh swasta pada pelayanan laboratorium dapat dijumpai dalam Kepmenkes No. 04/MENKES/SK/II/2002 tanggal 2 Januari 2002 tentang Laboratorium Kesehatan Swasta. Isinya mengatur klasifikasi, persyaratan, perizinan, penyelenggaraan, pembinaan dan pengawasan serta sanksi.

## B. PERAN SWASTA DALAM PEMBIAYAAN KESEHATAN

Pembiayaan kesehatan di Indonesia masih rendah, yaitu hanya rata-rata 2,2 % dari produk domestik bruto (PDB) atau rata-rata antara US \$ 12–18 per kapita per tahun. Persentase ini masih jauh dari anjuran Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO) yakni paling sedikit 5 % dari PDB.

Dalam tahun 1998, sekitar 70 % dari pengeluaran kesehatan bersumber dari masyarakat termasuk swasta dan 30 % bersumber dari pemerintah. Pengeluaran kesehatan dari masyarakat dan swasta sebagian besar masih digunakan untuk pelayanan kuratif, masih kurang memperhatikan upaya promotif dan preventif. Sementara itu mobilisasi sumber pembiayaan dari masyarakat masih terbatas serta bersifat perorangan yang dikeluarkan dari kantong sendiri (*out of pocket*). Jumlah penduduk yang memiliki jaminan kesehatan masih terbatas, yakni masih sekitar 20%. Dari 20% penduduk yang memiliki jaminan kesehatan tersebut, lebih dari sepertiganya peserta Askes (pegawai negeri, anggota TNI-Polri dan pensiunan), dan sepertiga lainnya adalah penduduk miskin yang diberikan kartu sehat melalui program pemerintah. Sedangkan peserta jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JPKM) yang dewasa ini sedang dikembangkan, baru mencakup 1,2 % penduduk. Dana sehat sampai saat ini berjumlah lebih dari 23.000 dengan jumlah peserta sekitar 10.000.000 orang, namun masih menghadapi permasalahan dalam rendahnya iuran peserta dan pengelolaan yang kurang memadai.

Sementara itu pengeluaran untuk obat-obatan dan sediaan farmasi lainnya pada tahun 2000 mencapai Rp.9,2 triliun, dengan perincian yang bersumber dari pemerintah sebesar Rp.952 milyar (10,3%) dan sisanya sebesar Rp.8,3 triliun bersumber dari masyarakat dan swasta (89,7%).

Dalam era globalisasi yang mengarah pada terbentuknya dunia tanpa batas dan pasar bebas, terdapat kecenderungan masuknya modal asing dalam industri kesehatan di Indonesia. Situasi ini perlu diwaspadai agar tidak menambah beban masyarakat karena biaya kesehatan yang makin tinggi sebagai akibat penggunaan teknologi canggih yang tidak diperlukan (*supply induce demand*).

### C. PERBANDINGAN DENGAN BEBERAPA NEGARA

Dibandingkan dengan beberapa negara, jumlah sarana dan tenaga kesehatan di Indonesia masih sangat terbatas. Jumlah keseluruhan tempat tidur di rumah sakit baik milik pemerintah maupun swasta di Indonesia hanya sekitar 0,7 per 1000 penduduk. Padahal data Bank Dunia menunjukkan bahwa pada akhir 1990-an, rata-rata jumlah tempat tidur rumah sakit di negara-negara berpendapatan rendah adalah 1,3 per 1000 penduduk. Malaysia mempunyai tempat tidur rumah sakit sebanyak 2 per 1000 penduduk, Sri Lanka 2,7 per 1000 penduduk, Vietnam 1,2 per 1000 penduduk, sedangkan Singapura sebesar 3,6 per 1000 penduduk. Untuk mengejar ketertinggalan dari Vietnam, Indonesia memerlukan tambahan sekitar 120.000 tempat tidur rumah sakit atau sekitar 1000 rumah sakit kelas C dengan rata-rata 120 tempat tidur per rumah sakit.

Selain masalah sarana kesehatan, pengeluaran kesehatan (baik dari masyarakat maupun pemerintah) Indonesia juga sangat terbatas. Pengeluaran kesehatan Indonesia hanya sekitar 1,6 % GDP, padahal data Bank Dunia menunjukkan bahwa rata-rata pengeluaran kesehatan negara-negara berpendapatan rendah saja mencapai 4,5 % GDP, sedangkan Vietnam mengeluarkan 4,8 % GDP untuk kesehatan. Pada Sidang Tahunan MPR Tahun 2002, MPR telah menetapkan Ketetapan No. VI/2002 tentang Rekomendasi Atas Laporan Pelaksanaan Putusan MPR Oleh Presiden, DPA, DPR, BPK, MA yang salah satu butirnya adalah

merekomendasikan agar Pemerintah mengupayakan peningkatan anggaran kesehatan hingga mencapai 15 % APBN dan APBD. Namun hingga sekarang, Pemerintah Pusat dan hampir semua Pemerintah Daerah belum memenuhi anjuran MPR tersebut. Rendahnya pengeluaran di bidang kesehatan menyebabkan rendahnya permintaan (bukan kebutuhan) akan pelayanan kesehatan, yang tercermin antara lain dari rendahnya BOR rumah sakit dan rendahnya kunjungan ke sarana kesehatan lainnya. Rata-rata BOR rumah sakit di Indonesia hanya sekitar 50 %, dan kunjungan ke sarana kesehatan (*visit rate*) hanya sekitar satu kali per orang per tahun. *Visit rate* Vietnam mencapai 3 kali per orang per tahun.

Jumlah tenaga kesehatan di Indonesia masih terbatas dibandingkan dengan ketersediaan tenaga kesehatan di beberapa negara tetangga. Rasio dokter per penduduk di Indonesia hanya sekitar 1:5000 penduduk. Data yang sama dari Bank Dunia menunjukkan bahwa di Malaysia rasio dokter per penduduk 1:2000 dan Vietnam juga 1:2000. Artinya, Indonesia masih membutuhkan tambahan sekitar 100.000 dokter, dengan setidaknya sekitar 40.000 diantaranya adalah dokter spesialis. Produksi spesialis di Indonesia saat ini hanya sekitar 360 orang per tahun.

#### **D. ISU STRATEGIS**

1. Peran masyarakat dan swasta dalam pembangunan kesehatan baik dalam upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan dan pengembangan sumber daya manusia kesehatan masih belum optimal.
2. Dalam upaya kuratif, lebih dari separuh pelayanan rawat jalan di Indonesia dilayani oleh sektor swasta, namun kurang dinikmati oleh penduduk dalam strata berpenghasilan rendah.

3. Jumlah rumah sakit swasta tumbuh cukup pesat, namun penyebarannya masih terkonsentrasi di Pulau Jawa, khususnya di kota-kota besar.
4. Fasilitas kesehatan milik swasta diamati masih sangat berorientasi pada keuntungan finansial semata, dan kurang memperhatikan fungsi sosial serta mutu pelayanannya.
5. Peran masyarakat termasuk swasta dalam pembiayaan kesehatan sangat besar, namun pemanfaatannya belum berhasil-guna dan berdaya-guna.
6. Masuknya modal asing dalam industri kesehatan di Indonesia cenderung akan meningkatkan biaya kesehatan yang semakin tinggi.
7. Peran sektor swasta dalam pengadaan tenaga kesehatan cukup besar, namun memerlukan perhatian dan peningkatan mutu pendidikannya.
8. Peningkatan peran masyarakat dan dunia usaha kurang didukung oleh peraturan perundang-undangan yang memadai.

## ~~BAB III~~ KEBIJAKAN DAN STRATEGI

### A. TUJUAN

#### 1. Tujuan Umum

**M**endorong keterlibatan dan peranan sektor swasta dalam pembangunan kesehatan dalam rangka mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Meningkatnya pertumbuhan swasta dalam pembangunan dan pelayanan kesehatan.
- b. Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh sektor swasta.
- c. Meningkatnya jangkauan dan pemerataan pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh sektor swasta.

### B. KEBIJAKAN

Dalam mendorong pertumbuhan dan pemerataan serta peningkatan kualitas pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh sektor swasta ditempuh beberapa kebijakan pokok sebagai berikut:

1. Peningkatan pertumbuhan dan pemerataan pelayanan kesehatan oleh sektor swasta yang dilaksanakan dengan menciptakan iklim kondusif dan insentif yang memadai.
2. Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dilaksanakan dengan prinsip kemitraan antara Departemen Kesehatan,



sarana pelayanan kesehatan, organisasi profesi melalui sertifikasi, lisensi dan akreditasi bagi sarana pelayanan kesehatan serta sertifikasi dan registrasi bagi tenaga kesehatan.

3. Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dilaksanakan melalui kemitraan antara sektor swasta dengan pemberian informasi dan pengaduan terhadap keluhan.
4. Mengembangkan kerjasama antara pemerintah dan sektor swasta serta segenap potensi masyarakat dengan semangat kemitraan melalui *Public-Private Partnership* dalam upaya pelayanan kesehatan.
5. Kendali biaya terhadap sarana kesehatan sektor swasta dengan menerapkan ketentuan *certificate of need* yang mencegah biaya investasi terlalu besar dan jangka waktu pengembalian terlalu singkat; *development plan* yaitu membenarkan program pengembangan sesuai dengan yang telah direncanakan dan disetujui sebelumnya; kewajiban melakukan *feasibility study* yang bersifat sosial; menyelenggarakan pengaturan tarif pelayanan (*rate regulation*); penerapan etika dan standarisasi diikuti dengan *medical audit* secara berkala; menyelenggarakan program asuransi kesehatan (*prospective payment*).

### C. STRATEGI

Strategi yang ditempuh dalam upaya meningkatkan kualitas dan peran sektor swasta dalam upaya pelayanan kesehatan adalah:

1. **Mendorong Pertumbuhan dan Pemerataan Pelayanan Kesehatan Swasta**
  - a. Memperluas jangkauan dan pemerataan pelayanan kesehatan swasta di daerah terpencil, perbatasan, daerah

kumuh perkotaan dengan secara bertahap melibatkan sarana kesehatan swasta dalam Program Pelayanan Kesehatan bagi Penduduk Miskin.

- b. Memberikan kemudahan dalam perijinan pendirian dan pengembangan fasilitas pelayanan kesehatan swasta, utamanya di daerah yang secara ekonomi kurang menguntungkan.
- c. Memberikan penugasan khusus dengan pengawasan oleh dokter dan dokter gigi kepada perawat dan perawat gigi untuk memberikan pelayanan medis terbatas di daerah yang terpencil dan sangat terpencil yang tidak ada tenaga medisnya.
- d. Mengupayakan tersedianya kredit lunak bagi pendirian dan pengembangan sarana kesehatan oleh swasta dan masyarakat.
- e. Secara bertahap membuka penanaman modal asing dalam perumahan-sakitan, laboratorium klinik dan pelayanan kesehatan penunjang lainnya.

## **2. Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan**

- a. Peningkatan kualitas pelayanan dilaksanakan melalui penyusunan dan penerapan standar kompetensi dan standar pelayanan kesehatan yang disusun bersama antara Depkes, organisasi profesi, dan praktisi pemberi jasa pelayanan kesehatan.
- b. Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dilaksanakan dengan memberdayakan masyarakat sebagai konsumen kesehatan.

- c. Peningkatan kualitas pelayanan dilaksanakan melalui registrasi, sertifikasi, lisensi dan akreditasi yang ditetapkan melalui penetapan Undang-undang Praktik Kedokteran dan undang-undang yang mengatur pelayanan profesi lainnya.
- d. Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dilakukan dengan mengembangkan iklim kompetisi yang sehat melalui prinsip transparansi dan akuntabilitas

**3. Pemberian informasi dan menyelesaikan pengaduan masyarakat**

- a. Memberikan kesempatan pada masyarakat untuk memilih pelayanan kesehatan sesuai dengan keinginannya.
- b. Memberikan peluang pada masyarakat untuk ikut menyuarakan keinginannya dalam mendapatkan pelayanan kesehatan baik oleh sektor pemerintah, sektor swasta maupun kemitraan sektor pemerintah dan swasta.
- c. Memperhatikan pengawasan masyarakat dalam mengkritisi pelayanan kesehatan yang diterimanya.
- d. Membuka jalur akuntabilitas publik dalam bentuk unit pengaduan masyarakat

**4. Mengembangkan kerjasama antara pemerintah dan sektor swasta serta segenap potensi masyarakat dengan semangat kemitraan**

- a. Menjalinkan kerjasama dengan semangat kemitraan (*public-private partnership*) antara pemerintah dengan potensi masyarakat dan dunia usaha melalui berbagai bentuk

pelayanan kesehatan. (contoh: *wing-side* klinik spesialis di RSU, pelayanan *one day care*, pelayanan kedaruratan medik di rumah sakit swasta, imunisasi dan pelayanan keluarga berencana di rumah sakit swasta).

- b. Mendorong kerjasama yang kondusif melalui berbagai macam bentuk kerja sama operasional pelayanan kesehatan sektor pemerintah dan sektor swasta.

## 5. Kendali biaya terhadap sarana kesehatan sektor swasta

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dengan menerapkan program kendali biaya.

- a. Memperlakukan peraturan sertifikat kebutuhan (*certificate of need laws*). Penambahan sarana dan fasilitas kesehatan yang baru hanya dibenarkan apabila dapat dibuktikan adanya kebutuhan masyarakat terhadap sarana dan fasilitas kesehatan tersebut.
- b. Memperlakukan pengaturan pengembangan yang terencana (*development plan laws*). Pengembangan sarana fasilitas dan pelayanan kesehatan hanya dibenarkan apabila sesuai dengan rencana pengembangan yang sebelumnya telah disetujui oleh pemerintah.
- c. Memperlakukan peraturan studi kelayakan atau *long-term feasibility study* dalam memperhitungkan *return on investment* yang bersifat sosial. Penambahan sarana dan fasilitas kesehatan baru hanya dibenarkan apabila dapat dibuktikan akan tetap dapat terselenggara kegiatannya dengan tarif yang bersifat sosial.

- d. Menyelenggarakan pengaturan tarif pelayanan (*rate regulation*). Penyelenggara pelayanan kesehatan tidak dapat menaikkan tarif semaunya.
- e. Menetapkan standar baku pelayanan kesehatan (*profesional medical standar*). Prinsipnya adalah kepatuhan terhadap berbagai standar dan pedoman pelayanan, etika profesi, terjangkau oleh pemakai pelayanan. *Medical audit* dilaksanakan secara berkesinambungan, sistematis, obyektif, dan terpadu dalam menetapkan tata cara penyelenggaraan upaya pelayanan kesehatan termasuk pembiayaannya serta memantau pelaksanaannya sehingga terjangkau oleh masyarakat.
- f. Menyelenggarakan program asuransi kesehatan (*prospective payment*) yang telah dimodifikasi dengan melibatkan peran dan tanggung jawab penyedia pelayanan kesehatan serta pemakai jasa pelayanan kesehatan.

## BAB IV LANGKAH – LANGKAH

### 1. Mendorong Pertumbuhan dan Pemerataan Pelayanan Kesehatan Swasta:

**L**angkah-langkah yang perlu dilakukan untuk mendorong pertumbuhan dan pemerataan pelayanan kesehatan swasta antara lain sebagai berikut:

- a. Membentuk Tim Lintas Sektor Pelayanan Kesehatan Swasta. Tim bertugas untuk melakukan kajian teknis, pengembangan rancangan kebijakan dan program, monitoring dan evaluasi serta mengumpulkan berbagai kepustakaan yang relevan bagi pengembangan dan pemerataan pelayanan kesehatan swasta.
- b. Melakukan pengkajian, advokasi serta kerja sama dengan pemerintah daerah bagi perluasan cakupan pemberian pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin oleh sarana pelayanan kesehatan swasta.
- c. Membangun komunikasi secara timbal balik dengan semua pihak yang terkait, baik kalangan pengambil kebijakan, praktisi, investor, akademisi maupun masyarakat umum antara lain melalui *mailling lists* dan *web site*.
- d. Menyusun peraturan pemerintah dan pedoman serta memfasilitasi penyusunan peraturan daerah untuk memberikan kemudahan dalam perijinan pendirian dan pengembangan fasilitas pelayanan kesehatan swasta, utamanya di daerah yang secara ekonomi kurang menguntungkan.
- e. Menyusun kebijakan, program dan pedoman tentang penugasan khusus dengan pengawasan oleh dokter dan dokter gigi kepada

perawat dan perawat gigi dalam memberikan pelayanan medis terbatas di daerah yang terpencil dan sangat terpencil yang tidak ada tenaga medisnya.

- f. Melakukan pengkajian dan penulisan contoh-contoh kerjasama antara pemerintah dengan potensi masyarakat dan dunia usaha dengan semangat kemitraan (*public-private partnership*) melalui berbagai bentuk pelayanan kesehatan. (Contoh: *wing side* klinik spesialis di RSUD, pelayanan *one day care*, pelayanan kedaruratan medik di rumah sakit swasta, imunisasi dan pelayanan keluarga berencana di rumah sakit swasta).
  - g. Melakukan pembinaan manajemen, utamanya manajemen keuangan dan perencanaan bisnis, terhadap pelayanan kesehatan swasta kecil di daerah pedesaan dan terpencil
  - h. Melakukan kajian dan advokasi bagi tersedianya kredit lunak untuk pendirian dan pengembangan sarana kesehatan oleh swasta dan masyarakat.
  - i. Menyusun berbagai kajian bagi penyusunan kebijakan sehingga secara bertahap membuka penanaman modal asing dalam perumahan-sakitan, laboratorium klinik dan pelayanan kesehatan penunjang lainnya.
- 2. Peningkatan dan Pengawasan Kualitas Pelayanan Kesehatan Swasta**

Dalam meningkatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas karakteristik pelayanan kesehatan yang perlu dicapai adalah:

- a. Keamanan, menghindari kecelakaan pada pasien dari pelayanan yang diberikan

- b. Efektif, memberikan pelayanan sesuai dengan ilmu pengetahuan dan profesinya.
- c. Mengutamakan pasien, memberikan pelayanan secara responsif terhadap kebutuhan pasien
- d. Waktu, mengurangi waktu tunggu dalam memberikan pelayanan
- e. Efisiensi, menghindari pemborosan, termasuk peralatan, bahan, ide dan energi.
- f. Pemerataan, memberikan pelayanan yang merata tanpa membedakan suku, ras, gender, dan sebagainya.

Untuk mencapai hal tersebut, langkah-langkah yang perlu dilakukan antara lain adalah:

- a. Membentuk Tim Peningkatan dan Pengawasan Kualitas Pelayanan Kesehatan. Tim bertugas untuk melakukan kajian teknis, pengembangan rancangan kebijakan dan program, monitoring dan evaluasi serta mengumpulkan berbagai kepustakaan yang relevan bagi peningkatan dan kontrol kualitas pelayanan kesehatan swasta.
- b. Mengembangkan *website* dan *mailing lists* untuk membangun komunikasi secara timbal balik dengan semua pihak yang terkait, baik kalangan pengambil kebijakan, praktisi, investor, akademisi maupun masyarakat umum.
- c. Menyusun naskah akademik dan naskah rancangan undang-undang praktik pelayanan profesi (misal: RUU Keperawatan dan Kebidanan).
- d. Menyusun pedoman dan petunjuk serta melaksanakan pembinaan teknis pelaksanaan registrasi, sertifikasi, akreditasi, perijinan serta *credentialing*



- e. Menyusun pedoman, petunjuk, serta melaksanakan pembinaan teknis untuk memfasilitasi pengembangan program peningkatan dan pengawasan kualitas pelayanan kesehatan di setiap sarana kesehatan.
- f. Melakukan pengkajian dan penulisan contoh-contoh kasus manajemen dan pengawasan kualitas pelayanan kesehatan serta pengembangan berbagai sistem dan alat bagi peningkatan dan pengawasan kualitas pelayanan kesehatan.
- g. Melakukan pelatihan dan pembinaan manajemen kualitas, utamanya terhadap pelayanan kesehatan swasta kecil di daerah pedesaan dan terpencil

### **3. Pemberian informasi dan merespons pengaduan masyarakat**

- a. Memberikan kesempatan pada masyarakat untuk memilih pelayanan kesehatan sesuai dengan keinginannya.
- b. Memberikan peluang pada masyarakat untuk ikut menyuarakan keinginannya dalam mendapatkan pelayanan kesehatan baik oleh sektor pemerintah, sektor swasta maupun kemitraan sektor pemerintah dan swasta.
- c. Memperhatikan pengawasan masyarakat dalam mengkritisi pelayanan kesehatan yang diterimanya.
- d. Memberikan sosialisasi dan konsultasi tentang pelayanan kesehatan yang disediakan bagi masyarakat
- e. Menampung dan menyelesaikan keluhan masyarakat

**4. Mengembangkan kerjasama antara pemerintah dan sektor swasta serta segenap potensi masyarakat dengan semangat kemitraan**

- a. Mengembangkan berbagai bentuk pelayanan kesehatan seperti *wing side* klinik spesialis di RSUD, pelayanan *one day care*, pelayanan kedaruratan medik di rumah sakit swasta, imunisasi dan pelayanan keluarga berencana di rumah sakit swasta.
- b. Mendorong kerjasama yang kondusif melalui berbagai macam bentuk kerja sama operasional pelayanan kesehatan sektor pemerintah dan sektor swasta.

**5. Kendali biaya terhadap sarana kesehatan sektor swasta**

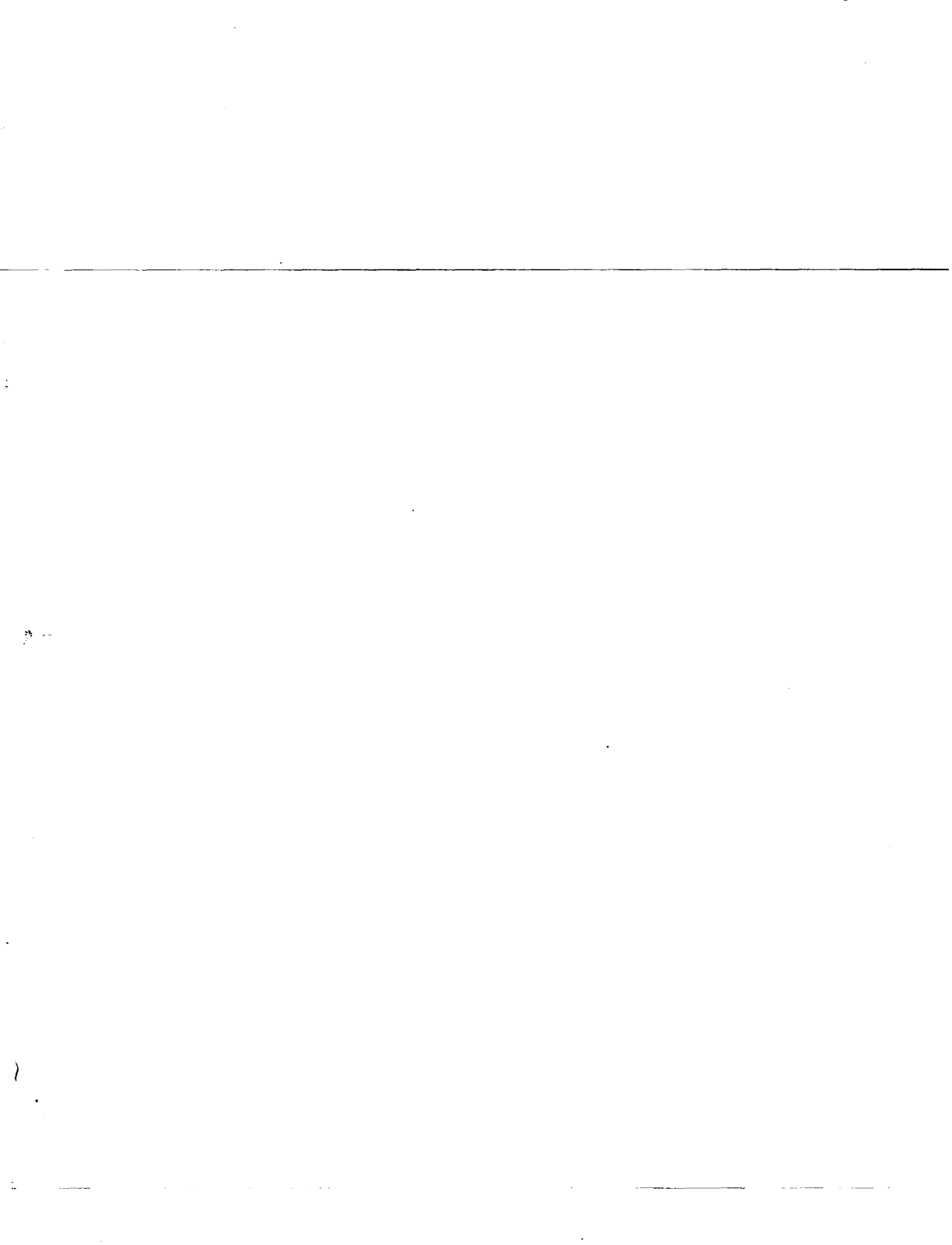
- a. Penyelenggaraan upaya kesehatan dengan memperhatikan kebutuhan masyarakat.
- b. Menetapkan rencana perluasan bangunan, penambahan peralatan, penambahan jumlah karyawan, peningkatan pengetahuan karyawan, peningkatan keterampilan karyawan, rencana penambahan jenis pelayanan.
- c. Menyusun peraturan perundangan yang mengatur besaran tarif pelayanan kesehatan sektor swasta yang diperkenankan.
- d. Menghitung biaya investasi rumah sakit yang rasional, penetapan rencana titik impas, jangka waktu pengendalian modal, perhitungan masa kedaluwarsa, agar tidak membuat tarif pelayanan yang cenderung mahal.
- e. Menyusun upaya kesehatan yang diselenggarakan rumah sakit beserta rincian pembiayaannya.

- f. Membuat rencana proporsi keuntungan yang diharapkan dari usaha perumah-sakitan tidak boleh sama dengan keuntungan seperti pada berbagai kegiatan usaha pada umumnya.
- g. Menyusun tata cara penyelenggaraan atau standar, pedoman, nilai etika yang mendukung. Melaksanakan upaya kesehatan yang sesuai dengan tata cara penyelenggaraan tersebut.
- h. Melakukan kontrol terhadap pengetahuan, sikap, perilaku penyelenggara pelayanan dan pemakai pelayanan untuk tidak berlebihan yang dapat mendorong pemakaian pelayanan yang berlebihan pula.
- i. Menghitung biaya kegiatan yang tidak berhubungan langsung dengan kebutuhan pelayanan kesehatan dan melakukan penyesuaiannya agar tercapai efisiensi.
- j. Mencegah penerapan asuransi bentuk konvensional (*third party system*) dengan mengendalikan sistem mengganti biaya (*reimbursement*) yang condong menaikkan biaya kesehatan.

## **BAB V PENUTUP**

**P**elayanan kesehatan tidak dapat diserahkan sepenuhnya kepada mekanisme pasar. Pemerintah perlu terjun untuk mengatur pelayanan kesehatan oleh swasta serta melindungi penduduk miskin agar tetap mempunyai akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Permasalahan yang dihadapi oleh pemerintah saat ini adalah makin terbatasnya kemampuan keuangan negara dan sebagian besar pembiayaan kesehatan di Indonesia bersumber dari masyarakat dan swasta. Oleh karena itu, peranan swasta dalam pelayanan kesehatan perlu ditata agar dapat secara optimal mendukung pencapaian tujuan pembangunan kesehatan sebagaimana tercantum dalam Visi Indonesia Sehat 2010.





**PERPUSTAKAAN  
DEPARTEMEN KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**



002000577