



MASYARAKAT KEBUDAYAAN DAN POLITIK

DAMPAK KENAIKAN BBM

**BBM dalam Pergulatan Skenario Neoliberalisme
dan Neokolonialisme**
S. Aminah

**Dampak Industrialisasi Migas terhadap Eksistensi
dan Pergeseran Peran Perempuan**
Bagong Suyanto

**Ancaman Meluasnya Kemiskinan
akibat Kenaikan BBM**
Karnaji

**Kebijakan Kesehatan di Indonesia :
Antara Market Approach dan Social Equity Model
(Perspektif Ekonomi Politik Kebijakan Publik)**
Adri Patton

**Personal Influence and Power Distance:
Acknowledging Local Culture Influence in Conceptualising
Public Relations Practices in Asian Countries**
Ratih Puspa

**Analisis Daya Dukung Gua
untuk Pengembangan Ekowisata
(Studi Kasus: Gua Gong dan Gua Tabuhan, Kabupaten Pacitan)**
Chafid Fandeli, Tjahyo Nugroho Adji

Pembangunan Ekowisata di Indonesia
Nur Emma Suriani, Nurdin Razak

**Resensi Buku
Penghakiman Massa: Kajian atas Kasus dan Pelaku**
Doddy S. Singgih

MASYARAKAT KEBUDAYAAN DAN POLITIK

Diterbitkan oleh Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Airlangga, sebagai terbitan berkala tiga bulan sekali yang menyajikan tulisan-tulisan untuk lebih mempopulerkan ilmu kemasyarakatan ke tengah khalayak peminat dan untuk membuka forum belajar-mengajar yang lebih efektif

Pemimpin Umum

Hotman M. Siahaan

Wakil Pemimpin Umum

I. Basis Susilo

Penanggungjawab

Kris Nugroho

Dewan Redaksi

Soetandyo Wignjosoebroto (Unair)

Ramlan Surbakti (Unair)

Daniel Theodore Sparringa (Unair)

Mohtar Mas'ood (UGM)

Ashadi Siregar (UGM)

Herudjati Purwoko (Undip)

Edy Suhardono (Ubaya)

Pemimpin Redaksi

Doddy S. Singgih

Sekretaris Redaksi

Harijono

Redaksi Pelaksana

Bagong Suyanto

Yuyun Wahyu Izzati

Helmy Prasetyo

Produksi dan Pemasaran

Herwanto

STT No. 841/SK/Ditjen PPG/STT/1981

ISSN 0216-2407

Alamat Redaksi : FISIP Unair Jl. Airlangga 4-6 Surabaya 60286, Indonesia

Telepon: 03 1-5034015, Fax: 031-5022492

e-mail: mkp@sby.centrin.net.id

PENGANTAR REDAKSI

Apabila membicarakan kenaikan BBM, banyak pakar diberbagai forum diskusi telah menjelaskan dan menegaskan bahwa efek yang ditimbulkan sangat multidimensional bahkan kehadiran kenaikan BBM dapat berpengaruh di kehidupan baik ekonomi, sosial, politik, keamanan, hukum, sosial. Bahkan jauh sebelum kebijakan kenaikan BBM diberlakukan para analis ekonomi meramalkan ambruknya perekonomian masyarakat hanya tinggal menunggu waktu saja.

Efek domino yang ditimbulkan akibat kenaikan harga BBM di pasaran bagaimana pun membuat masyarakat miskin makin terhimpit tanpa bisa melakukan reserve untuk mencukupi kehidupan sehari-hari. Ketika harga sejumlah barang kebutuhan pokok mulai merambat naik, sementara perkembangan sektor riil justru tengah lesu, maka yang terjadi kemudian adalah beban baru yang memberatkan keluarga-keluarga miskin di desa-desa miskin yang sehari-harinya sudah terbiasa hidup pas-pasan. Alih-alih kebijakan pencabutan subsidi BBM bakal membuat jumlah penduduk miskin berkurang seperti diinginkan pemerintah, yang terjadi di lapangan pasca kenaikan harga BBM adalah beban baru yang mesti ditanggung penduduk miskin menjadi makin berat. Dalam kenyataan tidak jarang terjadi penduduk yang semula miskin menjadi makin miskin dan berkekurangan karena mereka makin tidak sanggup memenuhi kebutuhan hidup yang makin berat.

Seperti biasanya, dengan dalih untuk mengurangi beban APBN yang semakin berat –karena harga minyak dunia mulai melambung di atas ambang psikologis– di satu sisi dan membantu masyarakat miskin di sisi lain, pemerintah mulai mengeluarkan jurusnya untuk meredam kemarahan masyarakat miskin dengan program BLT (bantuan langsung tunai) hasil dari dana kompensasi kenaikan BBM. Meskipun hanya Rp 300.000 per tiga bulan, untuk mengentas masyarakat miskin tentu saja dana sebesar itu belum cukup membantu meringankan beban masyarakat, karena bahan pokok sudah mulai naik lebih dahulu bahkan sebelum pengumuman kenaikan BBM disosialisasikan oleh pemerintah. Sekali lagi program-program yang digulirkan pemerintah acapkali bersifat karitatif dan tambal sulam sehingga tidak sampai menyentuh ke akar permasalahan sesungguhnya.

Berbagai artikel, serta hasil penelitian yang diolah redaksi tidak lain adalah berbagai efek yang terjadi semenjak digulirkannya kebijakan kenaikan BBM, selain terdapat berbagai tulisan di luar topik utama, antara lain: pada lingkup politik S. Aminah membahas BBM dalam Pergulatan Skenario Neoliberalisme dan Neokolonialisme; kemudian Bagong Suyanto mengulas tentang Dampak Industrialisasi Migas terhadap Eksistensi dan Pergeseran Peran Perempuan; Ancaman Meluasnya Kemiskinan Akibat Kenaikan BBM oleh Karnaji; Kebijakan Kesehatan di Indonesia: Antara Market Approach dan Social Equity Model dipaparkan Adri Patton; Ratih Puspa menyajikan Personal Influence and Power Distance: Acknowledging Local Culture Influence In Conceptualising Public Relations Practices In Asian Countries; Analisis Daya Dukung Gua untuk

Pengembangan Ekowisata oleh Chafid Fandeli dan Tjahyo Nugroho Adji; Nur Emma Suriani dan Nurdin Razak membahas tentang Pembangunan Ekowisata di Indonesia serta resensi buku Penghakiman Massa: Kajian atas Kasus dan Pelaku oleh Doddy Sumbodo Singgih.

Harapan redaksi semoga keberadaan *Masyarakat, Kebudayaan dan Politik* ini dapat memberikan alternatif pemecahan masalah sekaligus menjadi media interaksi yang dapat menjembatani para ahli, ilmuwan sosial, pemerhati masalah sosial-politik dan berbagai pihak terkait dalam mengkomunikasikan gagasan serta ide demi perbaikan proses pembangunan serta perkembangan masyarakat yang senantiasa berubah.

Redaksi

Topik Utama Edisi No. 1 (Januari) 2006:
Agenda Permasalahan Tahun 2006

BBM DALAM PERGULATAN SKENARIO NEOLIBERALISME DAN NEOKOLONIALISME

DAFTAR ISI

Pengantar Redaksi

iii

Daftar Isi

v

BBM dalam Pergulatan Skenario Neoliberalisme dan Neokolonialisme

S. Aminah

1

Dampak Industrialisasi Migas terhadap Eksistensi dan Pergeseran Peran Perempuan

Bagong Suyanto

15

Ancaman Meluasnya Kemiskinan Akibat Kenaikan BBM

Karnaji

27

Kebijakan Kesehatan di Indonesia :

Antara Market Approach dan Social Equity Model

(Perspektif Ekonomi Politik Kebijakan Publik)

Adri Patton

41

Personal Influence and Power Distance:

Acknowledging Local Culture Influence in Conceptualising Public Relations

Practices in Asian Countries

Ratih Puspa

57

Analisis Daya Dukung Gua untuk Pengembangan Ekowisata

(Studi Kasus: Gua Gong dan Gua Tabuhan, Kabupaten Pacitan)

Chafid Fandeli & Tjahyo Nugroho Adji

67

Pembangunan Ekowisata di Indonesia

Nur Emma Suriani & Nurdin Razak

81

Resensi Buku

Penghakiman Massa: Kajian atas Kasus dan Pelaku

Doddy S. Singgih

95

Kebijakan Kesehatan di Indonesia : Antara Market Approach dan Social Equity Model (Perspektif Ekonomi Politik Kebijakan Publik)

Adri Patton

Dosen FISIP Universitas Mulawarman

Abstract

The health service provision is the state's obligation which must be passed to entire/all its citizen by holding the social values and justice. Ideally state guarantees the health and its citizen prosperity. This State responsibility in the health area decanted in every macro policy made by the government as guidance in conducting the health service to the entire society. But because of financial ability degradation of state in defraying the development programs including in the area of health services, the new order Government (orde baru), clearly have positioned the health area reside in for market tract and make the health sector development as an economic growth agent .

From the Economic viewpoint the analysis rely on the market mechanism (market strength), while political viewpoint is by leaning at political mechanism. There is acknowledged that the macro policy formulation in the health area, have been colored no more with social responsibility, but likely more based on economic growth motivation and interest. By using market mechanism approach, the link between supply and demand has stayed in the profiting condition (proportionally). While from political mechanism, policy of liberalism and decentralism of health services is getting a lot of critics and objections, especially from pressure groups such as NGOs and professional organizations. The most concerning problem among the negative impacts of capitalism based development is uneven distribution of health service especially for the poor society.

Keywords: Health Policy, Market approach, social-equity model.

Dalam Kovenan Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya, hasil kesepakatan di Wina tahun 1966 dalam bagian III pasal 12 dijelaskan bahwa Negara wajib menjamin hak bagi warga Negara atas standar kesehatan fisik dan mental yang memadai. Di bagian lain dalam Kovenan tersebut dijelaskan

pula bahwa langkah-langkah yang harus dilakukan oleh Negara paling tidak mencakup kebutuhan untuk pencegahan kematian bayi, adanya peningkatan semua aspek kesehatan lingkungan dan industri, upaya pencegahan dan pengendalian epidemi, endemic, serta wabah lainnya, dan terakhir adanya penciptaan kondisi

yang akan menjamin keseluruhan pelayanan medis dan persiapan media dalam menanggulangi kesakitan (Baswir, Revrisond dkk, 2003).

Dari kutipan Kovenan tersebut jelas-jelas menunjukkan bahwa masalah kesehatan dalam arti luas, termasuk lingkungan dan industri, adalah merupakan tanggung jawab Negara dalam pemenuhannya. Dengan demikian Negara mempunyai kewajiban untuk melakukan berbagai upaya peningkatan kesehatan yang diwujudkan dalam kebijakan makro (garis besar kebijakan) pembangunan kesehatan. Sebagaimana pendapat Roemer, "*ideally health care should be a public service, like schools and roads, paid from general tax revenues*" (dalam Alford, Robert, 1971).

Di sisi lain, warga Negara atau masyarakat mempunyai hak mendapatkan pelayanan dan perlindungan kesehatan yang memadai sesuai standar kesehatan fisik dan mental yang telah disepakati. Pemahaman terhadap hak ini dapat bervariasi tergantung pada siapa dan apa yang dibutuhkan. Hal ini mengingat masing-masing individu adalah kesatuan yang "unik" dan memiliki tingkat variabilitas kepentingan yang sangat tinggi. Dalam hak tersebut sebenarnya juga terkandung adanya hak akan kebebasan untuk memilih dan menentukan kualitas hidup mereka sesuai dengan yang diharapkan. Dengan demikian, Negara atau pemerintah juga berkewajiban menyediakan pilihan bagi masyarakat untuk mendapatkan pelayanan dan jaminan kesehatan sesuai kebutuhan masyarakat tersebut. Singkat kata, Negara dalam hal ini pemerintah wajib memberikan pelayanan kesehatan secara merata menjangkau seluruh lapisan

masyarakat sesuai standard yang telah ditentukan, dan lebih dari itu diharapkan dapat menyediakan alternative kepada masyarakat sesuai dengan keinginan mereka.

Namun kondisi riil yang terjadi di beberapa Negara khususnya di Negara-Negara yang sedang berkembang, masalah yang dihadapi bukanlah menyangkut tidak adanya pilihan, tetapi lebih pada masalah tidak atau kurang meratanya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Padahal, menyimak isi Kovenan di atas, pelayanan kesehatan (termasuk kemudahan atau akses) mutlak menjadi hak masyarakat.

Permasalahan tidak meratanya akses tersebut antara lain dikarenakan ketidak mampuan masyarakat yang mayoritas miskin dan tinggal di daerah-daerah terpencil. Selain itu juga dikarenakan adanya keterbatasan pemerintah, khususnya berkaitan dengan sumber daya financial pembangunan, yang tidak mencukupi (hal ini merupakan masalah klise yang selalu menjadi kendala utama pembangunan Negara-negara miskin dan sedang berkembang).

Berdasarkan kondisi obyektif seperti dipaparkan di atas, maka di Negara-negara sedang berkembang lazim menempuh kebijakan kemitraan atau ko-produksi antara pemerintah dengan swasta dalam penyediaan pelayanan public (*public services*) dan barang-barang public (*public goods*) termasuk pelayanan kesehatan, pendidikan dll. Kebijakan yang membuka diri terhadap kontribusi pihak swasta untuk turut melaksanakan pelayanan di bidang kesehatan inilah yang akhirnya sering disebut sebagai privatisasi atau bahkan liberalisasi kesehatan. Sebutan ini jelas sangat kental dengan

nuansa ekonomis ketimbang nuansa social. Hal inilah yang kemudian banyak mengundang kontroversi dan dilema tersendiri bagi pemerintah.

Tulisan ini, oleh karenanya, secara khusus ingin menelaah kebijakan di bidang pelayanan kesehatan tersebut dengan menggunakan perspektif teori ekonomi politik, yakni menganalisis sebuah fenomena kebijakan dengan dua sudut pandang ekonomi dan politik. Sudut pandang ekonomi yakni mendasarkan pada *market mechanism* (kekuatan pasar), sedangkan sudut pandang politik adalah dengan menyandarkan pada *political mechanism* (mekanisme Negara) (Abdul Wahab, Solichin, 1999:9).

Kebijakan Pembangunan Kesehatan (Policy Background)

Masa Orde Baru

Kebijakan pembangunan kesehatan di masa orde baru dapat dipilah dalam 3 fase yakni fase rehabilitasi ekonomi, fase booming minyak, dan fase liberalisasi kesehatan (Baswir, Revrisond, 2003). Secara umum kebijakan kesehatan pada pemerintahan orde baru berjalan beriringan dengan sektor-sektor yang lain. Pembabagan kebijakannyapun tidak jauh berbeda, dibagi dalam tiga periodisasi kebijakan. *Pertama*, periode 1966-1974 merupakan periode yang mengutamakan perbaikan ekonomi dan penguatan stabilitas politik. Pada periode ini, hampir semua sumberdaya difokuskan pada perbaikan ekonomi, sehingga pembangunan sektor kesehatan dapat dikatakan tertinggal. *Kedua*, periode 1974-1982 merupakan era boom minyak yang membawa anggaran negara berlebih. Kebijakan pada periode ini bertitik tekan

pada pertumbuhan ekonomi yang tinggi diimbangi dengan kebijakan pemerataan melalui berbagai INPRES, termasuk di dalamnya pembangunan sektor kesehatan. *Ketiga*, periode 1983-1995 merupakan periode deregulasi sektor kesehatan. Berbagai kebijakan yang dikeluarkan mengarah pada liberalisasi kesehatan, sejalan dengan restrukturisasi perekonomian Indonesia.

Secara umum, periode pertama tidak terdapat perubahan kebijakan yang berarti, baru pada periode kedua dan ketiga kebijakan kesehatan mulai terlihat. Pada periode kedua terjadi perubahan yang berarti dalam sektor ini sebagai hasil dari boom minyak, sehingga pada periode ini porsi pemerataan mendapatkan bagian cukup banyak, meskipun perubahan tersebut hanya sebatas pada pembangunan prasarana dan sarana fisik tanpa melakukan perubahan kebijakan dan kelembagaan. Ini berarti keberhasilan yang dicapai pada periode inipun lebih merupakan keberhasilan artifisial. Baru pada periode ketiga terjadi perubahan kebijakan yang relatif mendasar, karena pada periode ini kebijakan yang dikeluarkan cenderung membawa deregulasi yang dilakukan mengarah pada liberalisasi sektor kesehatan (Baswir, dkk., 2003).

Pada periode ketiga masa orde baru tersebut, pemerintah mengalami penurunan kemampuan dalam membiayai pembangunan sebagai akibat jatuhnya harga minyak dunia. Sehingga pemerintah harus megubah strategi pembangunannya, yang salah satunya adalah dengan membuka kesempatan bagi pihak swasta, baik lokal maupun asing, untuk menanamkan modalnya pada berbagai sektor pembangunan (termasuk

kesehatan). Dalam hal ini pemerintah memfasilitasi penanaman modal di sektor kesehatan dengan terlebih dahulu melakukan deregulasi. Kebijakan deregulasi yang dikeluarkan pemerintah antara lain: Permenkes no. 159b/1988 yang memberikan legitimasi pemerintah untuk mengundang investor asing maupun nasional dalam mendirikan sebuah rumah sakit. Implikasi dari kebijakan tersebut adalah terjadinya *pergeseran dari pembangunan kesehatan yang berorientasi sosial menjadi lebih bersifat komersial*.

Selain itu kebijakan selanjutnya adalah Paket Mei 28 tahun 1990 yang memberikan kemudahan perijinan (debirokratisasi) bagi investor yang ingin mendirikan apotik dan pabrik obat. Langkah ini semakin menunjukkan bahwa pemerintahan orde baru memposisikan sektor kesehatan berada pada rel pasar dan menjadikan pembangunan sektor kesehatan sebagai agen pertumbuhan ekonomi.

Masa Reformasi

Di masa reformasi yang ditandai dengan perubahan sistem penyelenggaraan pemerintahan daerah, membawa perubahan yang cukup signifikan dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. Desentralisasi kesehatan di Indonesia secara lebih jelas dilaksanakan setelah dikeluarkannya UU no. 22 tahun 1999, PP 25 tahun 2000 serta SE Menkes No.1107/Menkes/E/VII/2000. UU 22 tahun 1999 pasal 1 ayat h menyebutkan “*otonomi daerah adalah kewenangan daerah otonom untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat (termasuk bidang kesehatan), menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat sesuai dengan*

peraturan perundang-undangan yang berlaku”.

Menurut aturan perundang-undangan dan dalam prakteknya, desentralisasi bidang kesehatan di Indonesia menganut semua jenis desentralisasi (dekonsentrasi, devolusi, delegasi, dan privatisasi). Hal ini terlihat dari masih adanya *kewenangan pemerintah pusat yang didekonsentrasikan di daerah propinsi melalui dinas kesehatan propinsi*. Selain itu, berdasarkan SE Menkes / E/VII/2000 disebutkan beberapa tugas yang mungkin tidak dapat dilaksanakan oleh pemerintah kabupaten / kota dapat diserahkan ke tingkat yang lebih tinggi. Upaya privatisasi pelayanan kesehatan dan perusahaan pendukung pelayanan kesehatan juga giat dilakukan.

Selanjutnya pada tahun 2003 dikeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan No.004/MENKES/SK/I/2003 tentang Kebijakan dan strategi desentralisasi bidang kesehatan, disana dijelaskan bahwa dengan desentralisasi kesehatan yang diletakkan pada daerah kabupaten dan kota diharapkan dapat memberdayakan dan meningkatkan peran masyarakat dalam pembangunan kesehatan, termasuk perannya dalam pengawasan sosial serta menyediakan pelayanan kesehatan yang berkeadilan dan merata, tanpa membedakan antara golongan masyarakat yang satu dengan lainnya, termasuk menjamin tersedianya pelayanan kesehatan bagi kelompok rentan dan miskin. Adapun implikasi desentralisasi pembangunan kesehatan, antara lain, adalah sebagai berikut:

1. terwujudnya pembangunan kesehatan yang demokratis yang berdasarkan atas aspirasi masyarakat
2. pemerataan pembangunan dan

3. optimalisasi potensi pembangunan kesehatan di daerah yang selama ini belum tergarap
4. memacu sikap inisiatif dan kreatif aparat pemerintah daerah yang selama ini hanya mengacu pada petunjuk atasan
5. menumbuhkembangkan pola kemandirian pelayanan kesehatan (termasuk pembiayaan kesehatan) tanpa mengabaikan peranserta sektor lain.
- Kesemuanya ini bermuara pada upaya peningkatan kesejahteraan masyarakat di daerah sesuai dengan tujuan desentralisasi dan otonomi daerah. Kandungan makna substansial dari desentralisasi adalah bagaimana mensejahterakan dan menciptakan keadilan bagi kehidupan masyarakat di daerah (Tagela, 2001). Selanjutnya, Simangungsong (2001) mengatakan bahwa inti dari pelaksanaan otonomi daerah adalah terdapatnya keluwesan pemerintah daerah untuk melaksanakan pemerintahan sendiri atas prakarsa, kreativitas, dan peran serta masyarakat dalam mengembangkan dan memajukan daerahnya.

Permasalahan

Dengan mengkaji secara seksama kebijakan yang telah ditempuh oleh pemerintah di bidang pembangunan kesehatan, masalah yang masih belum dapat dicarikan solusinya adalah masih tingginya tingkat kesenjangan atau ketimpangan kondisi kesehatan antara masyarakat miskin dengan masyarakat berada. Padahal tanggung jawab negara

dalam hal kesehatan ini merupakan sesuatu yang wajib hukumnya diberikan kepada masyarakat khususnya masyarakat miskin dengan standar kesehatan fisik dan mental yang memadai sebagaimana yang sudah ditentukan. Kondisi yang memprihatinkan ini khususnya untuk tingkat kematian Ibu hamil dimana Indonesia menduduki peringkat tertinggi di Asia, hal ini antara lain disebabkan banyaknya ibu-ibu hamil yang tidak sempat mendapatkan pelayanan memadai dan tidak mendapatkan pendampingan dokter atau bidan ketika bersalin. Sebesar 89,2 % wanita kaya didampingi dokter atau tenaga terlatih selama hamil dan melahirkan, dan hanya 21,3% wanita miskin yang didampingi tenaga terlatih selama hamil dan melahirkan (Depkes, RI, 2003). Kondisi ini menunjukkan ketimpangan pelayanan kesehatan khususnya pada masyarakat lapisan bawah.

Tingginya tingkat kesenjangan atau ketimpangan tersebut, dapat juga diakibatkan karena faktor akses yang tidak merata yang hanya dapat dimanfaatkan oleh golongan atau masyarakat kelas tertentu. Ketimpangan yang selama ini kelihatan adalah antara wilayah geografis, misalnya kondisi kesehatan masyarakat di perkotaan jauh lebih baik dibanding dengan masyarakat di pedesaan. Keadaan tersebut dikuatkan dengan laporan World Bank yang menunjukkan terjadinya ketimpangan akses pelayanan kesehatan antara kota dan desa, masyarakat miskin dan yang tidak miskin.

Ketimpangan atau perbedaan dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang meliputi kualitasnya, aksesnya, kecepatannya, dan lain sebagainya, nampaknya akan semakin tajam dengan adanya kebijakan desentralisasi dan

liberalisasi kesehatan ini. Dengan kebijakan desentralisasi jelas kemampuan masing-masing daerah kabupaten dan Kota tidak sama, sehingga kemampuan menyediakan layanan kesehatan kepada warganya juga tidak sama. Akibatnya pada daerah satu kondisinya akan lebih baik dibanding dengan daerah lainnya yang memang sudah memiliki sumberdaya dan infrastruktur di bidang kesehatan yang lebih baik pula dibanding dengan daerah dari lainnya.

Kondisi ketidak merataan atau ketimpangan dalam pembangunan kesehatan tersebut semakin diperparah dengan belum jelasnya ukuran atau indikator keberhasilan pembangunan dan pelayanan kesehatan yang sangat diperlukan guna mengevaluasi capaian tingkat kesehatan masyarakat secara umum dan pada gilirannya dapat mengetahui sejauhmana efektivitas kebijakan di bidang kesehatan yang sudah dilaksanakan. Perumusan indikator keberhasilan tersebut hendaknya mengacu kepada peran dan tanggung jawab negara kepada masyarakatnya di bidang kesehatan, misalnya terpenuhinya kebutuhan fisik minimum, kesehatan lingkungan, dan lain sebagainya.

Kebijakan Publik di bidang kesehatan: Market approach dan Social –Equity Model

Untuk menjelaskan pengertian kebijakan publik terdapat beberapa versi dan definisi, tetapi inti dari definisi-definisi yang bervariasi tersebut sebenarnya mengandung makna yang sama yakni, suatu rangkaian tindakan (*course of actions*) pengambilan keputusan oleh para elit atau aktor politik, yang direncanakan

berkaitan dengan permasalahan atau tujuan publik tertentu yang ingin dicapai atau dicarikan pemecahannya dalam konteks dan situasi masyarakat tertentu dan waktu tertentu pula. Untuk lebih jelasnya berikut dikutip dari *The Oxford English Dictionary* yang menyatakan Policy sebagai “*a course of action adopted and pursued by a government, party, ruler, statesman, etc; any course of action adopted as advantageous or expedient*” (Hill, Michael, 1997:6). Kebijakan publik tersebut terdiri dari keputusan – keputusan politik yang diambil guna mengimplementasikan program-program untuk mencapai tujuan masyarakat dalam suatu negara tertentu (Cochran dan Malone, 1995:5).

Jadi siapa yang berwenang dalam perumusan kebijakan publik, sebagaimana dijelaskan di atas, dalam hal ini adalah pemerintah itu sendiri, partai politik, ruler dan atau statesman, yang semuanya itu dianggap memiliki power untuk membuat kebijakan yang diambil tersebut dapat benar-benar mempunyai kekuatan untuk dijalankan atau dipatuhi oleh seluruh masyarakat.

Bagaimana dengan peran masyarakat, dalam proses perumusan kebijakan publik, tentunya secara otomatis aspirasi rakyat telah terwadahi dalam partai-partai politik yang merupakan perwakilan mereka. Dengan demikian dalam proses perumusan kebijakan publik, suara atau aspirasi rakyat idealnya menjadi salah satu landasan/ pertimbangan utama yang mewarnai substansi kebijakan publik tersebut.

Di sisi lain, proses pembuatan kebijakan publik tidak dapat terhindar dari proses politik. Dimana masing-masing pihak atau kelompok memperjuangkan

kepentingannya masing-masing dan barang siapa memiliki kekuatan atau *power domination* maka kepentingan tersebut yang akan diutamakan. Dalam hal ini jelas nilai-nilai obyektivitas dan kepentingan publik seringkali terabaikan, mengingat adanya praktek-praktek bargaining individu maupun kelompok diantara pihak-pihak yang terlibat langsung dalam pengambilan keputusan final.

Pada negara dengan dominasi kekuasaan di tangan pemerintah, seperti di Indonesia pada masa orde baru, pada umumnya kebijakan publik dimanfaatkan oleh pemerintah sebagai sarana untuk mencapai tujuan politik yang paling dasar, yaitu mempertahankan kekuasaan dengan cara memobilisasi pendukung dan melemahkan penentang politiknya (Mas'ood, Mohtar, 2003:123). Sedangkan di era reformasi ini, kebijakan publik kurang memiliki corak yang menonjol. Artinya terdapat banyak kepentingan yang cenderung terdistorsi dan masing-masing kelompok kurang memiliki power yang dominan, sehingga kebijakan publik yang dihasilkan seringkali kurang memiliki kekuatan untuk dijalankan secara taat azas melainkan dengan "setengah hati".

Kebijakan publik di bidang kesehatan, yang merupakan tanggungjawab atau kewajiban negara untuk memberikan jaminan dan pelayanan sesuai standar yang ditentukan, juga tidak terlepas dari adanya tarik menarik kepentingan (yang walaupun tidak secara eksplisit). Kepentingan pemerintah dalam kebijakan kesehatan (dan kebijakan penanggulangan kemiskinan dalam arti luas) sebenarnya sangat menonjol jika dikaitkan dengan adanya keinginan untuk mempertahankan kekuasaannya. Namun dibalik kepentingan-kepentingan politis dari

pemerintah, seharusnya nilai-nilai sosial (*social values*) tetap harus yang menjadi "panglima" dalam merumuskan arah dan tujuan kebijakan kesehatan, seperti halnya kebijakan di bidang pendidikan.

Sesuai dengan perkembangannya, pada dasarnya ada dua pendekatan yang perlu diperhatikan dalam perumusan kebijakan di bidang pelayanan kesehatan, yakni "*market approach*" dimana mekanisme pasar menjadi pertimbangan utama dalam mengalokasikan sumber-sumber pelayanan kesehatan, dan "*social equity model*" dimana prinsip utamanya adalah dalam pengalokasian sumber-sumber daya hendaknya didasarkan pada keinginan populasi atau masyarakat secara keseluruhan (Rutten, Fran F.H., 1983).

Pendekatan pasar (*market approach*) tersebut mendasarkan pada prinsip-prinsip libertarian, dimana menekankan pada hak individu untuk menjalin kontrak secara sukarela dengan pihak-pihak lain sesuai dengan preferensinya. Implementasinya dalam bidang pelayanan kesehatan, dapat dilihat dari ketersediaan pilihan (*choices*) bagi masyarakat pengguna jasa kesehatan untuk memilih penyedia layanan yang sesuai dengan keinginan dan kemampuannya. Hakekat pendekatan pasar adalah desentralisasi pengambilan keputusan dalam pengalokasian sumber-sumber daya sesuai kebutuhan masyarakat.

Sedangkan model *social equity*, pengambilan keputusan berkenaan dengan pengalokasian sumberdaya pelayanan kesehatan lebih dilakukan secara tersentral (ditentukan oleh pemerintah pusat), yang mana hal ini masih menunjukkan adanya pola hubungan dan

pengambilan keputusan secara paternalistik guna menjamin pemerataan dalam pendistribusian sumber-sumber daya pelayanan kesehatan.

Social value dalam kebijakan kesehatan

Social value telah meresap dalam kehidupan masyarakat dan seluruh lembaga-lembaga negara yang ada, tak terkecuali dalam pemberian pelayanan kesehatan oleh pemerintah. Karakteristik dari *social value* ini pada umumnya lebih bersifat implisit (tidak tersurat) namun berpengaruh terhadap perilaku seseorang atau masyarakat pada umumnya. Selain itu *social value* ini terbentuk melalui suatu proses sosialisasi yang panjang dan mendalam.

Social value di bidang pelayanan kesehatan ini bahkan lebih banyak dan lebih relevan daripada di sektor-sektor lainnya. Hal ini mengingat pelayanan kesehatan dianggap sebagai hal yang paling penting dalam kehidupan manusia yang melibatkan hubungan personal yang sangat dekat dan intens dan dikelilingi oleh nilai-nilai etika dan moral (Donabedian, Avedis, 1970).

Pemerintah atau negara, sebagaimana telah dipaparkan terdahulu, bertanggungjawab sepenuhnya terhadap pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakatnya, khususnya masyarakat yang kurang mampu (Donabedian, Avedis, 1970). Hal ini merupakan konsekuensi dari tanggungjawab pemerintah dalam pelayanan publik yang harus dapat diakses dan digunakan secara merata oleh seluruh lapisan masyarakat.

Namun dengan kondisi perekonomian negara yang tergolong

dalam kategori rendah atau sedang, kewajiban untuk sepenuhnya menjamin pelayanan kesehatan kepada seluruh warga negaranya sesuai standar kesehatan fisik dan mental pada umumnya, tentu merupakan beban tersendiri. Untuk memenuhi tuntutan dalam bidang pelayanan kesehatan, akhirnya banyak ditempuh strategi kemitraan antara pemerintah dengan pihak swasta. Kebijakan yang membuka hubungan kerjasama seluas-luasnya antara publik (negara) dengan privat (swasta) atau yang disebut dengan *Public-Private Linkages* dalam penyediaan pelayanan publik ini telah menjadi karakteristik tersendiri bagi negara-negara sedang berkembang (Kumaranayake dan Lake, 2000).

Khususnya di bidang pembangunan dan pelayanan kesehatan, di negara-negara dengan tingkat pendapatan rata-rata rendah sampai sedang, telah melibatkan pihak swasta secara luas di beberapa tahun belakangan ini. Keterlibatan swasta dalam bidang pelayanan kesehatan ini cenderung meningkat dan ditunjang dengan meningkatnya kerjasama public-privat. Namun pengalaman justru menunjukkan bahwa semakin tinggi keterlibatan atau aktivitas sektor privat di bidang kesehatan, semakin banyak permasalahan yang ditimbulkan berhubungan dengan kualitas, harga, dan pemerataan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh swasta tersebut (Bhat, 1999).

Pada tataran operasional, pelayanan kesehatan yang diberikan oleh lembaga pemerintah semu (*quasi government institutions*)—dalam hal ini swasta bekerjasama dengan pemerintah—, seperti rumah sakit yang murni otonom, dewan pengurus otonomi daerah, dan lain-lain,

telah mengakibatkan terjadinya implementasi kebijakan kesehatan yang terkesan terfragmentasi. Oleh karenanya peran penting yang harus dijalankan oleh pemerintah / negara adalah **mengatur dan memfasilitasi** seluruh pengelolaan pelayanan kesehatan dalam sektor kesehatan yang bervariasi tersebut, dan ini hendaknya menjadi fokus perhatian pemerintah saat ini (World bank, 1997).

Secara tradisional, fokus dari regulasi di bidang kesehatan adalah merumuskan standar, seperti menjamin tingkat minimal kualitas dan keamanan. Hal ini berbeda atau bertolak belakang dengan pendekatan yang lebih ekonomis yang memandang pada peran regulasi dalam konteks pasar semata (Ogus, 1994).

Regulasi (pengaturan)

Dalam konteks desentralisasi dan liberalisasi pelayanan kesehatan, peran negara lebih merupakan regulator dan fasilitator. Regulasi ini terjadi ketika pemerintah mengontrol atau secara hati-hati sengaja mempengaruhi aktivitas individu melalui manipulasi variabel sasaran seperti harga, kuantitas dan kualitas (Kumaranayake, 1998). Meningkatnya aktivitas sektor privat dan pengaruhnya dalam pembuatan kebijakan, telah mengakibatkan marketization di bidang kesehatan dan berseiring dengan peran pengaturan (regulasi) yang makin kuat (Bennet et al.1997). Dalam istilah ekonomi yang sederhana, pasar terbentuk ketika terjadi pertukaran antara pembeli dan penjual.

Ketika konsep pasar di bidang pelayanan kesehatan itu tidak seperti pasar pada umumnya, dan pasar dalam hal ini digolongkan sebagai pasar yang tidak

sempurna (*imperfections*), pemakaian kerangka analisis pasar dari teori ekonomi dapat memberikan wawasan terhadap terjadinya perubahan peran dan sifat-sifat dari pelayanan di bidang kesehatan. Kerangka analisis pasar menggunakan serangkaian variabel yang luas dari peran regulasi di bidang kesehatan. Sebagai contoh, selain merumuskan standar pelayanan yang jelas dan peran sosial dari peraturan, sekarang ditambah dengan perlunya mempertimbangkan isu-isu seperti tuntutan anti kompetisi yang terjadi di lingkungan pasar kesehatan (Kumaranayake dan lake, 2000).

Mengingat konsep pasar dalam bidang pelayanan kesehatan berbeda dengan konsep pasar di bidang-bidang yang lain maka diperlukan pula regulasi khusus untuk mencegah agar desentralisasi dan mekanisme pasar yang diterapkan tersebut dapat benar-benar membawa hasil seperti apa yang diharapkan, bukan sebaliknya. Ketidaktepatan dalam merumuskan regulasi di bidang ini memang sangat berbahaya, mengingat bidang pelayanan kesehatan—seperti halnya pendidikan—harus tetap mengedepankan nilai-nilai sosial sebagaimana yang tertuang dalam etika kedokteran.

Peran ekonomis yang sekarang harus dimainkan oleh peraturan yang dibuat oleh pemerintah sesuai dengan aktivitas sektor swasta di bidang kesehatan tentunya berbeda dengan bidang-bidang lain. Hal ini mengingat adanya realitas bahwa kegiatan sektor swasta di bidang kesehatan tidaklah sama, melainkan sangat bervariasi sesuai dengan struktur dan peran organisasinya, dan perbedaan itu membentuk suatu continuum. Dengan demikian peraturan atau regulasi yang

dibuat pun hendaknya mempertimbangkan seluruh nilai-nilai termasuk sosial politis dan ekonomis dari bidang kesehatan.

Pendekatan Ekonomi Politik Kebijakan Kesehatan

Perumusan kebijakan di bidang pelayanan kesehatan ini tidak berbeda jauh dengan kebijakan-kebijakan publik lainnya. Disana juga melalui proses politik, tarik-menarik kepentingan dan akhirnya kepentingan dari kelompok yang dominan (apakah itu positif atau negatif) akan dilegitimasi. Walaupun tidak separah atau setajam di bidang lainnya seperti kebijakan di bidang perdagangan, industri, atau yang lainnya, bagaimanapun juga setiap kebijakan publik tidak akan terbebas dari perbedaan kepentingan (*conflict of interests*).

Dengan menggunakan pendekatan ekonomi politik dalam menganalisis kebijakan publik tertentu akan dapat diketahui apakah suatu kebijakan memang dibuat untuk tercapainya kesejahteraan rakyat, kemakmuran, pemerataan (distribusi pendapatan) atau hanya sekedar untuk meningkatkan pertumbuhan ekonomi (Abdul Wahab, Solichin, 1999:4). Fokus dari kajian ekonomi politik menurut Gamble (1995) sebagaimana, dikutip oleh Abdul Wahab (1999: 4-5) sebagai berikut:

central to political economy has always been the appraisal of politico-economic systems and analysis of their relative advantages and disadvantages, and recommendations of the most appropriate institutions and structures for the achievement of policy goals

(dari sejak dulu hingga sekarang persoalan yang selalu menjadi pusat perhatian ekonomi politik adalah penilaian terhadap sistem-sistem politik dan ekonomi

serta analisis yang cermat mengenai keuntungan-keuntungan dan kerugian-kerugiannya, dan dari situ kemudian direkomendasikan lembaga-lembaga dan struktur yang dirasa paling tepat untuk mencapai tujuan kebijakan)"

Dalam kaitannya dengan kebijakan publik di bidang kesehatan, yang esensinya adalah membuka peluang seluas-luasnya kepada pihak swasta untuk ikut ambil bagian dalam pelayanan dan industri kesehatan sejak pasca periode boom minyak di era orde baru, semakin menunjukkan kuatnya paham ekonomi kapitalisme dan prioritas pembangunan yang hanya menekankan pada pertumbuhan ekonomi semata.

Dalam faham ekonomi kapitalisme yang dilandasi oleh pemikiran filsafat liberal, mereka percaya kepada adanya kebebasan individu (*personal liberty*), kepemilikan pribadi (*private property*), dan inisiatif individu serta usaha swasta (*private enterprises*). Dalam bukunya yang sangat terkenal "*the wealth of nation*" Adam Smith banyak membahas unsur-unsur penting yang ada dalam mekanisme pasar yang dapat menggerakkan arus perputaran modal, capital dan tenaga kerja—yang dikenal dengan konsep *the invisible hand*. Asumsi dasarnya adalah bahwa manusia adalah bersifat merdeka yang legal secara politis dan ekonomis. Setiap individu bekerja untuk mencari keuntungan (*profit-seeking*) secara maksimal karena factor kelangkaan sumber daya dan untuk itu mereka dibebaskan untuk membentuk badan-badan usaha baik yang dilakukan secara partnership atau korporasi dengan insentif berupa keuntungan itu sendiri. Dalam mekanisme pasar juga ditandai dengan persaingan sebagai sarana untuk

mencapai efisiensi. Dengan demikian peran Negara dalam perekonomian sangat kecil karena hampir semuanya dikendalikan oleh mekanisme pasar

Analisis Kebijakan Liberalisasi dan Desentralisasi Kesehatan

Kebijakan deregulasi yang dikeluarkan pemerintah orde baru antara lain: Permenkes No.159B/1988 yang memudahkan swastanisasi di sektor kesehatan, didasari dengan pertimbangan menurunnya kemampuan pemerintah / negara dalam memenuhi dan menjamin hak atas kesehatan warga masyarakatnya. Dengan kebijakan tersebut, telah membuka peluang swasta memasuki sektor kesehatan sebagai dunia bisnis baru bagi mereka (yang semula kesehatan tidak dipandang sebagai peluang bisnis). Akibat dari adanya kebijakan tersebut, maka sebagai konsekwensinya telah membawa perubahan pada arah pembangunan kesehatan dari yang semula berorientasi sosial menjadi lebih berorientasi komersial.

Selain itu pada tahun 1990 pemerintah kembali mengeluarkan kebijakan yang dikenal dengan Paket Mei 28 yang esensinya sama yakni memberikan kebebasan dan kemudahan pengurusan perijinan (debirokratisasi) bagi investor yang ingin mendirikan apotik dan pabrik obat. Investor asing juga diberi peluang untuk menanam saham dan melakukan intervensi langsung terhadap pabrik farmasi.

Kondisi kemampuan finansial negara yang mulai menurun sebagai dampak anjloknya harga minyak di pasar internasional, telah mempercepat lahirnya kebijakan deregulasi dan debirokratisasi yang pada intinya adalah memberi

kemudahan bagi investor yang ingin mendirikan apotik dan pabrik obat serta memberikan keringanan tarif impor bahan baku obat. Tujuan dari dikeluarkannya kebijakan tersebut adalah untuk membuka peluang kerjasama dengan pihak swasta. Kedua belah pihak dalam hal ini pemerintah dan kalangan pengusaha sama-sama memiliki kepentingan dengan kebijakan deregulasi ini termasuk untuk bidang pelayanan kesehatan.

Selain itu, untuk mengejar pertumbuhan ekonomi nasional, pemerintah mengeluarkan kebijakan yang bertujuan untuk menghemat anggaran, yakni Keppres No.37 /1991 dan No.38/ 1991 tentang pengangkatan dokter sebagai Pegawai tidak tetap (PTT) dan tentang swadana rumah sakit milik pemerintah. Selanjutnya di era reformasi pemerintah mengeluarkan PP N0.25 tahun 2000 yang mempertegas fungsi penting pemerintah kabupaten / kota dan pihak swasta dalam memberikan pelayanan kesehatan serta mengurangi fungsi pemerintah Provinsi dan Pusat.

Kebijakan – kebijakan yang memiliki konsekwensi yang sama itu sangat menarik untuk disimak, terutama jika dikaitkan dengan tujuan apa yang hendak diperjuangkan apakah itu berkaitan dengan kepentingan rakyat, khususnya yang tidak mampu, atau untuk kepentingan pertumbuhan ekonomi semata. Nampaknya dugaan alternatif yang kedua tersebut lebih sesuai dengan kondisi yang sebenarnya. Pemerintah orde baru saat itu jelas-jelas telah memposisikan bidang kesehatan berada di atas rel pasar dan menjadikan pembangunan kesehatan sebagai agen pertumbuhan ekonomi (Baswir, revrison, 2003:88) yang seolah sama sekali tidak harus memikul tanggung

jawab sosial kepada publiknya. Dengan tanggung jawab pelayanan kesehatan bertumpu pada Kabupaten/Kota dimana Dinas kesehatan akhirnya menjelma menjadi *holding company* yang di dalamnya terdapat rumah sakit dan puskesmas-puskesmas yang menterjemahkan spirit *entrepreneurship* menjadi *provit center* nya Pemda. Pemerintah mendorong rumah sakit untuk mengembangkan sumber-sumber pendanaannya sendiri dan menggunakannya (swadana), sehingga pelayanan kesehatan semakin dilepas ke arah *privat goods*. Akibatnya orientasi sosial lembaga pelayanan kesehatan semakin mengecil porsi nya dan digantikan dengan orientasi provit.

Dengan alasan apapun, pemerintah semakin mempertegas arah kebijakan kesehatan yang semakin meninggalkan misi sosial dan tanggungjawab negara kepada warga negaranya di bidang kesehatan. Kebijakan ini telah banyak mengundang perdebatan, yang pada akhirnya tetap dijalankan. Kebijakan swadana bagi rumahsakit pemerintah jelas menjadi beban tersendiri bagi pihak manajemen rumah sakit, sehingga terpaksa membebankannya kembali kepada masyarakat pengguna jasa layanan rumah sakit tersebut dalam bentuk antara lain kenaikan tarif berobat.

Pemerintah akan mendapat keuntungan paling tidak dari pajak yang diterima jelas mengalami peningkatan cukup signifikan, sehingga akan memperkuat sisi penerimaan dalam negeri. Dengan demikian pertumbuhan ekonomi negara akan meningkat pula. Sedangkan bagi pengusaha di bidang kesehatan juga memperoleh keuntungan dan peluang bisnis dengan diberikannya

keringanan tarif impor bahan-bahan baku parik obat dan kemudahan pengurusan perijinan mendirikan apotik dan pabrik obat.

Dengan semakin banyaknya pebisnis di bidang pelayanan kesehatan ini, jika ditinjau dari mekanisme pasar yang dalam hal ini pemerintah / negara sebagai provider dan pengusaha kesehatan sebagai buyers, nampaknya telah terjadi keseimbangan dan hubungan yang saling menguntungkan (*win-win solution*). Di satu sisi pemerintah mengharapkan peningkatan pendapatan dari sektor pajak dunia usaha, sementara pihak swasta memperoleh keleluasaan untuk mengintervensi pasar obat dan pelayanan kesehatan lainnya. Akibat yang ditimbulkan kemudian adalah bidang pelayanan kesehatan ini menjadi benar-benar masuk ke dalam wilayah mekanisme pasar yang mana kekutan pasar itulah yang menjadi panglimanya. Artinya peran dan intervensi pemerintah menjadi berkurang. Sudah merupakan logika umum bahwa dalam mekanisme pasar setiap individu bekerja untuk *profit oriented* atau mencari keuntungan setinggi-tingginya melalui pengaturan harga dan unsur-unsur pasar lainnya yang diatur oleh *the invisible hand* (Rachbini, Didiek, 2002:17).

Dalam mekanisme pasar, jelas harga terbentuk sebagai respon terhadap kondisi demand dan supply, semakin tinggi permintaan yang dalam hal ini adalah masyarakat pengguna jasa layanan kesehatan terhadap layanan kesehatan yang dikelola oleh swasta (supply) maka akan semakin tinggi harga yang harus dibayar oleh masyarakat untuk memperoleh layanan kesehatan yang memadai. Walaupun masyarakat mempunyai alternatif pilihan apakah akan

menggunakan jasa pemerintah atau swasta disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuannya, namun akibat yang kurang menguntungkan bagi sebuah proses pembangunan adalah terjadinya kesenjangan atau ketidak merataan antara masyarakat yang mampu dan yang kurang mampu.

Demikian pula bila ditinjau dari sudut political mekanism, dimana dalam perumusan kebijakan publik selalu diwarnai oleh dua hal yakni *conflic of interest* dan *negotiation* atau bargaining politik. Sebagaimana diketahui bahwa kebijakan kesehatan sarat akan tuntutan adanya keadilan sosial (*social equity*) atau nilai-nilai sosial (*social values*). Kelompok-kelompok penekan dari kalangan LSM, atau organisasi-organisasi profesi yang masih menjunjung nilai-nilai idealisme dalam pelayanan kesehatan, tentunya tidak begitu saja dapat menerima alasan-alasan ekonomis yang dikemukakan oleh negara atau pihak swasta tersebut. Misalnya saja, dengan kebijakan dentralisasi kesehatan, sebagai konsekwensi dari diberlakukannya Undang-undang otonomi daerah, telah banyak mengundang pro dan kontra yang dilandasi oleh pertanyaan seputar bagaimana melindungi hak-hak masyarakat kelas bawah untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai jika untuk itu rumah-rumah sakit didorong untuk berswadana?

Dari kebijakan tentang swadana rumah sakit milik pemerintah, sekali lagi yang mendapat keuntungan dalam hal ini adalah pemerintah atau negara, karena untuk bisa swadana ini berarti pembiayaan dibebankan kepada masyarakat pengguna jasa pelayanan kesehatan di rumah-rumah sakit pemerintah. Kalau dicermati,

siapakah yang paling banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit pemerintah tersebut? Jawabannya jelas masyarakat yang rata-rata menengah ke bawah. Sementara masyarakat yang memiliki sumber-sumber daya lebih besar kebanyakan akan memilih pelayanan kesehatan swasta yang relatif lebih baik.

Di sisi lain, dengan masuknya pihak swasta akan semakin menciptakan kesenjangan dalam hal standar pelayanan, semakin mahal biayanya semakin bagus pelayanan rumah sakit yang diberikan. Akibatnya bagi masyarakat miskin atau golongan menengah ke bawah tidak akan pernah mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai.

Perbedaan dalam standar pelayanan kesehatan, misalnya antara rumah sakit pemerintah dengan rumah sakit swasta, sebenarnya dapat ditanggulangi dengan tetap dipegangnya prinsip *social equity* sebagai ciri khas *public services*. Selain itu, rumah sakit pemerintahpun seharusnya mempelajari sistem pengelolaan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh pihak swasta yang relatif terkesan lebih profesional.

Kesimpulan dan saran

Kebijakan kesehatan memang memiliki sistem nilai tertentu yang tidak dapat disamakan begitu saja dengan bidang-bidang yang lain. Dalam penyediaan pelayanan kesehatan tidak dibenarkan ada pengecualian, melainkan semua masyarakat berhak untuk memperoleh pelayanan dan jaminan kesehatan yang sama atau adil dan merata. Pelayanan kesehatan menyentuh aspek paling utama dari setiap individu masyarakat, yang

didalamnya terkandung sebuah *relationship* yang sangat personal dan intensif dan dibalut dengan nilai-nilai moral dan etika.

Penyediaan pelayanan kesehatan ini merupakan kewajiban negara yang harus diberikan kepada seluruh warga negaranya dengan menjunjung nilai-nilai sosial dan keadilan. Idealnya negara menjamin kesehatan dan kesejahteraan warganya, seperti yang dikonsepsikan dengan *welfare state*, sesuai dengan standar yang berlaku.

Tanggung jawab negara di bidang kesehatan tersebut tertuang dalam setiap kebijakan makro yang dibuat sebagai landasan badi operasionalisasi pelayanan kesehatan kepada masyarakat secara menyeluruh. Dari hasil analisis ekonomi politik, perumusan kebijakan makro di bidang kesehatan tersebut, telah diwarnai tidak saja tanggungjawab sosial tetapi nampaknya lebih dilandasi oleh motivasi mengejar pertumbuhan ekonomi.

Kedua kepentingan tersebut jelas saling melemahkan satu sama lain, artinya kalau misi sosial yang ingin dibangun terlebih dahulu harus mengesampingkan motif ekonomis. Sebaliknya kalau tujuan mengejar pertumbuhan ekonomi, berarti dasar falsafah berfikir yang digunakan adalah ekonomi kapitalistik, maka misi untuk keadilan sosial harus dikesampingkan terlebih dahulu.

Fenomena ini nampaknya sudah mulai terasa untuk pemerataan dan akses

di bidang layanan kesehatan. Dengan banyaknya rumah sakit swasta dan industri obat yang dikendalikan langsung oleh swasta, akibatnya layanan kesehatan sudah menjadi suatu komoditas ekonomi yang untuk mendapatkannya tidak lepas dari mekanisme pasar.

Akibatnya ketidakmarataan pelayanan dan rendahnya akses terhadap pelayanan kesehatan masih tetap menjadi isu pokok yang perlu mendapat perhatian pemerintah. Untuk itu kebijakan yang diperlukan adalah agar terjadi pemerataan pelayanan kesehatan melalui redistribusi dan pengelolaan sumber-sumber ekonomi yang lebih adil (Baswir, revrison, 2003:3). Dalam redistribusi ini tidak saja ditujukan kepada masyarakat yang tidak mampu, tetapi juga kepada lembaga-lembaga terkait dengan pelayanan kesehatan. Dengan kata lain terjadi upaya revitalisasi lembaga pelayanan kesehatan yang berada di lingkungan kelompok miskin agar dapat memberikan pelayanan secara memadai.

Kebijakan tersebut masih perlu ditinjau kembali mengingat masih banyak penduduk Indonesia yang belum mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar, baik dari segi kuantitatif maupun kualitatif. Di suatu desa, misalnya, masih banyak Puskesmas atau rumah sakit yang masih kekurangan tenaga medis dan peralatan medis sehingga pelayanan kesehatan masih belum sesuai standar yang ditetapkan dan kebutuhan setempat.

Daftar Pustaka

- Abdul Wahab, Solichin,. *Ekonomi Politik Pembangunan: Bisnis Indonesia Era Orde Baru dan di Tengah Krisis Moneter*, PT. Danar Wijaya (Malang: Brawijaya University Press, 1999).
- Alford, Robert R,. *The Political Economy of Health Care: Dynamics Without Change, The Social Welfare Forum* (New York: Columbia University Press, 1971).
- Baswir, Revrison, dkk,. *Pembangunan Tanpa Perasaan: Valuasi Pemenuhan Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya* (Jakarta: ELSAM, 2003).
- Bhat R,. Characteristics of private medical practice in India: a providers perspective, *Heath Policy and planning* Vol.14 no.1, 1999
- Bennett S,. *Private Health Providers in Developing Countries: Serving The Public Interest?* (London: Zed Press, 1997).
- Cochran, C.L and Malone, E.F,. *Public Policy Perspective and Choice* (Boston: McGraw-Hill College, 1999).
- Donabedian, Avedis,. Social Responsibility of Personal Health Service: An Examination of Basic Values, *Inquiry*, Vol. VIII No. 2, 1970.
- Hettne, Bjorn,. *Teori Pembangunan dan Tiga Dunia* (Jakarta: Gramedia, 2001).
- Hill, Michael,. *The Policy Process in The Modern State* (3th edition) (London: Prentice Hall, 1997).
- Kumarayanake L,. *Economics Aspects of Health Sector Regulation*, PHP Departmental Publication:29 (London: London school of hygiene and Tropical Medicine, 1998).
- Kumaranayake and Lake,. How do countries regulate the health sector? Evidence from Tanzania and Zimbabwe, *Health Policy and Planning*, Vol 15 No. 4, Oxford University Press, 2000.
- Mas'ood, Mohtar,. *Politik Birokrasi dan Pembangunan* (Jogjakarta: Pustaka Pelajar, 2003).
- Ogus A,. *Regulation-Legal Form and Economic Theory* (Oxford: Clarendon Press, 1994).
- Rachbini, Didik J,. *Ekonomi Politik: Paradigma dan Teori Pilihan Publik* (Jakarta: Ghalia Indonesia, 2002).
- Rutten, Frans F.H, Health Care-Policy Today: Making Way for The Libertarians?, *Effective Health Care*, Vo.1 No. 1, 1983.
- Simangungsong, T,. *Otonomi Daerah antara Harapan dan Kenyataan*, makalah disampaikan pada pertemuan senior members and friends dan Diesnatalies ke 51 GMKI, 9-11 Februari 2001, Bogor.
- Tagela, U,. *Seputar Otonomi Daerah*, makalah disampaikan dalam seminar dan pertemuan kedua Penerima Beasiswa UBCHEA, 13-15 Oktober 2001 di Salatiga.

