



Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

- Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
- Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar Unand.

2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin Unand.

ANALISIS POLA PEMBIYAAAN KESEHATAN DI INDONESIA

SKRIPSI



ZESMI ELBAS

06 151 006

JURUSAN ILMU EKONOMI FAKULTAS EKONOMI

UNIVERSITAS ANDALAS

PADANG

2011

FAKULTAS EKONOMI

UNIVERSITAS ANDALAS

TANDA PERSETUJUAN SKRIPSI

Dengan ini Dekan Fakultas Ekonomi, Ketua Jurusan Ilmu Ekonomi, dan Pembimbing Skripsi menyatakan bahwa :

Nama : **ZESMI ELBAS**

No.BP : **06 151 006**

Program Studi : **S - 1**

Jurusan : **Ilmu Ekonomi**

Judul Skripsi : **Analisis Pola Pembiayaan Kesehatan Di Indonesia**

Telah diseminarkan pada tanggal 31 Januari 2011 dan telah disetujui dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku.

Padang, Februari 2010

Pembimbing Skripsi

Edi Ariyanto, SE.M.Si

NIP. 197402241999031001

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ekonomi

Universitas Andalas

Ketua Jurusan Ilmu Ekonomi

Universitas Andalas

Dr.H.Syafuruddin Karimi, SE,MA

NIP. 195410091980121001

Prof.Dr.H.Firwan Tan, SE,M.Ec.DEA.Ing

NIP. 130.812.952

	No. Alumni Universitas	ZESMI ELBAS	No. Alumni Fakultas
	BIODATA Tempat/tanggal lahir : Anding / 06 Juli 1988 b) Nama Orang Tua : Yurnalis & Ramainas c) Fakultas : Ekonomi d) Jurusan : Ilmu Ekonomi e) No. BP : 06151006 f) Tanggal Lulus : 31 Januari 2011 g) Predikat Lulus :Sangat Memuaskan h) IPK : 3,06 i) Lama Studi : 4 tahun 5 bulan h) Alamat Orang Tua : Jln Pemuda No. 36 Anding Kec.Suliki, Kab. Lima Puluh Kota. Payakumbuh-Sumatera Barat.		

Analisis Pola Pembiayaan Kesehatan Di Indonesia
 Skripsi S1 oleh: Zesmi Elbas Pembimbing Skripsi: Edi Ariyanto, SE, M.Si.

Abstrak

Skripsi ini membahas tentang analisa pola pembiayaan kesehatan di Indonesia dengan menggunakan data APBN menurut fungsi dengan menggunakan data time series yaitu dari tahun 2005 – 2011 yang terdiri dari obat dan perbekalan kesehatan, pelayanan kesehatan perorangan, dan pelayanan kesehatan masyarakat. Sedangkan alat yang digunakan untuk mengevaluasi kinerja pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui sejauh mana pengaruh pola pembiayaan sektor kesehatan mampu meningkatkan derajat kesehatan, memberikan gambaran kepada masyarakat mengenai pengalokasian dana untuk sektor kesehatan, dan memberikan gambaran kebijakan yang seharusnya diambil oleh pemerintah untuk mrningkatkan derajat kesehatan. Metodologi yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan regresi kuadrat terkecil (OLS) untuk untuk melihat pengaruh pembiayaan kesehatan dalam APBN terhadap angka harapan hidup di Indonesia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa obat dan perbekalan kesehatan sinifikan mempengaruhi angka harapan hidup tetapi berhubungan negatif dan pembiayaan kesehatan perorangan signifikan mempengaruhi angka harapan hidup yang mempunyai hubungan yang positif serta pelayanan kesehatan masyarakat tidak signifikan mempengaruhi pembiayaan kesehatan terhadap angka harapan hidup dan hasilnya negatif.

Skripsi telah dipertahankan di depan sidang penguji dan dinyatakan lulus pada tanggal:31 Januari 2011

Abstrak telah disetujui oleh :

Tanda Tangan	1.	2.	3.
Nama Terang	Edi Ariyanto, SE, M.Si	Dra. Syukriati Syukur, SE, M.Si	Yulia Anas, SE, M.Si

Mengetahui,
Ketua Jurusan

Prof. Dr. H. Firwan Tan, SE, M.Ec. DEA. Ing

NIP. 130 812 952

Tanda Tangan

Alumnus telah mendaftar ke fakultas/universitas dan mendapat nomor alumnus :

Petugas Fakultas/Universitas	
No. Alumni Fakultas	Nama Tanda Tangan
No. Alumni Universitas	Nama Tanda Tangan

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis ucapkan ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga skripsi yang berjudul **Analisis Pola Pembiayaan Kesehatan di Indonesia** ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Shalawat dan salam tidak lupa penulis sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW.

Selama proses penulisan skripsi ini, penulis juga menghadapi berbagai kendala. Semua kendala tersebut dapat diatasi berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini, penulis mengucapkan terima kasih atas bantuan dan bimbingan tersebut, yaitu dari :

1. Bapak Dr. Syafruddin Karimi, SE, MA selaku Dekan Fakultas Ekonomi Universitas Andalas ;
2. Bapak Edi Ariyanto, SE.M.Si selaku dosen pembimbing yang telah bersedia meluangkan waktu dan memberi petunjuk, saran dan pengarahan dalam penulisan skripsi ini ;
3. Bapak Prof. DR. H. Firwan Tan, SE, M.Ec, DEA.Ing selaku Ketua Jurusan Ilmu Ekonomi pada Fakultas Ekonomi Universitas Andalas ;
4. Ibu Dra. Syukriati Sykur, SE, MSi dan Ibu Yulia Anas, SE, Msi selaku tim pembahas yang telah memberikan saran dan kritik yang membangun demi kesempurnaan skripsi ini ;
5. Seluruh dosen yang mengabdikan pada Jurusan Ilmu Ekonomi Fakultas Ekonomi Universitas Andalas yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu ;

6. Bapak dan Ibu karyawan biro Jurusan Ilmu Ekonomi dan pegawai Dekanat Fakultas Ekonomi yang telah membantu proses kelancaran administrasi selama penulis kuliah di Fakultas Ekonomi Universitas Andalas ;
7. Kedua orang tuaku tercinta yang begitu sabar membesarkan dan membimbing penulis serta memberikan semangat, dorongan dan doa kepada penulis serta kepada kakakku, ipar-iparku dan ponakan ponakanku.
8. Semua teman – temanku yang telah memberikan suasana kondusif, support, dan semangat sehingga penulis bisa nyaman dan lebih fokus dalam penulisan skripsi .
9. Seluruh Kakak-kakak Alumni Jurusan Ilmu Ekonomi Angkatan 2004,2005 serta adik-adik satu jurusan, terima kasih atas dukungan dan bantuannya selama ini, sukses juga buat kalian semua.

Meskipun demikian, penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, hal ini dikarenakan keterbatasan pengetahuan penulis. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritk dan saran dari pembaca sehingga skripsi ini dapat lebih bermanfaat.

Padang, Februari 2011

Penulis

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	i
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.5 Hipotesa	6
1.6 Ruang lingkup	7
1.7 Sistematika Penulisan	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA TEORI	
2.1 Tinjauan Pustaka	10
2.1.1 Konsep Pelayanan Publik	10
2.1.2 Pengukuran Kinerja, Out come dan indiaktor dalam bidang kesehatan	14
2.1.3 Perencanaan Finansial	16
2.1.4 Ruang Fiskal Untuk Kesehatan di Indionesia	19
2.1.5 Pengeluaran jangka panjang kesehatan di indonesia tahun 1979-2007	21
2.1.6 Pembangunan kesehatan di Indonesia	22

2.1.7 Konsep pelayanan kesehatan	24
2.1.8 Sifat pelayanan kesehatan	25
2.2 Kerangka teori	26
2.2.1 Teori mutu modal manusia	26
2.2.2 Teori ekonomi kesehatan	26
2.2.3 Teori Pendanaan Kesehatan	28
2.2.4 Indikator derajat kesehatan	29
2.2.5 Sistem pembiayaan kesehatan di negara lain	30
2.2.5.1 Singapura	30
2.2.5.2 Korea	31
2.2.5.3 India	32
2.2.5.4 Australia	32
2.2.5.5 Swedia	33

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Data dan sumber data	34
3.2 Pembentukan Model	34
3.3 Variabel dan definisi operasional	36
3.4 Pengelolaan data dan teknik analisa	37
3.5 Metode pengujian data	37
3.5.1 Uji statistik	37
3.5.2 Uji T-test	38

3.5.3 Uji F-test	39
3.5.4 Koefisien determinasi (R^2)	40
3.5.5 Uji asumsi klasik.....	40
3.5.5.1 Uji Multikolinearitas.....	40

BAB IV PROFIL KESEHATAN DI NEGARA INDONESIA

4.1 Situasi derajat kesehatan.....	41
4.1.1 Angka kematian bayi dan angka kematian balita	41
4.1.2 Angka kematian ibu (AKI)	42
4.1.3 Usia harapan hidup waktu lahir (UHH)	43
4.1.4 Angka kematian kasar.....	45
4.2 Anggaran belanja kesehatan	47
4.2.1 Anggaran Pemerintah Pusat Menurut Fungsi	47
4.2.2 Pengalokasian dana anggaran kesehatan di indonesia dan negara ASEAN lainnya.....	48
4.2.3 Pemakaian obat untuk asuransi	50
4.2.4 Regulasi pemerintah di pasar obat di Indonesia	52

BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Uji prasyarat.....	53
5.2 Temuan Empiris	54
5.3 Pengujian Model	55
5.3.1 Koefisien determinasi (R^2)	55

5.3.2 F-Test	56
5.3.3 T-Test	57
5.4 Implikasi Kebijakan	58
BAB VI PENUTUP	
6.1 Kesimpulan	61
6.2 Saran	62

Daftar Pustaka

lampiran



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sektor Kesehatan di Indonesia sedang memasuki masa transisi. Pada tahun 2015, populasi di Indonesia diperkirakan akan mencapai jumlah sekitar 250 juta jiwa. Selain perubahan besar pada bidang demografi tersebut, transisi juga terjadi dalam bidang epidemiologi dan gizi. Secara keseluruhan, semua perubahan tersebut akan memerlukan sistem kesehatan masyarakat Indonesia yang sangat berbeda dari sistem yang ada pada saat ini. Namun demikian, meskipun usia harapan hidup masyarakat Indonesia saat ini lebih panjang, begitu banyak anak yang meninggal dunia akibat penyakit yang dapat dicegah dan begitu banyak ibu yang meninggal dunia saat melahirkan. Meskipun Indonesia masih memiliki beban yang berat, sekalipun terus berkurang, untuk memberantas penyakit menular, jumlah penyakit tidak menular (diabetes, penyakit jantung dan sebagainya) meningkat tajam. Beban ganda dari besarnya jumlah penyakit menular dan peningkatan pada penyakit tidak menular menimbulkan tekanan tambahan pada sistem kesehatan (Yafuz, 2008).

Pada Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) Milenium Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) bulan September 2000, sebanyak 189 negara anggota PBB yang sebagian besar diwakili oleh kepala pemerintahan sepakat untuk mengadopsi Deklarasi Pembangunan Milenium. Deklarasi ini menghimpun komitmen untuk menangani isu perdamaian, keamanan, pembangunan, hak asasi dan kebebasan

fundamental dalam satu paket. Dalam konteks inilah, negara-negara anggota PBB kemudian mengadopsi Tujuan Pembangunan Milenium (*Millennium Development Goals* atau MDGs) sebagai kesepakatan bersama. MDGs mencakup delapan tujuan yaitu: (1) Menanggulangi kemiskinan dan kelaparan; (2) Mencapai pendidikan dasar untuk semua; (3) Mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan; (4) Menurunkan kematian anak; (5) Meningkatkan kesehatan ibu; (6) Memerangi HIV/AIDS, malaria dan penyakit menular lainnya; (7) Menjamin kelestarian lingkungan hidup; dan (8) Membangun kemitraan global untuk pembangunan. Kesehatan merupakan salah satu tiang utama dalam usaha peningkatan kualitas sumber daya manusia maupun dalam peningkatan kesejahteraan masyarakat. Terdapat tiga tujuan MDGs yang berhubungan langsung dengan sektor kesehatan dan dua tujuan yang dapat dikaitkan dengan sektor kesehatan. MDGs menargetkan pengurangan kematian anak, peningkatan kesehatan ibu dan pemberantasan penyakit menular (Bappenas, 2008).

Todaro (2000) mengemukakan bahwa kesehatan merupakan indikator yang lebih mencerminkan pembangunan yang langsung menyentuh atau dirasakan manfaatnya oleh manusia atau rakyat suatu negara yang sebelumnya hanya terbatas pada konsep penghasilan.

Menurut Sorkin, 1983 dalam (Bappenas, 2008) peningkatan kesehatan merupakan prasyarat untuk adanya kontribusi terhadap pertumbuhan ekonomi dan sosial. Konsep pembangunan MDGs meletakkan pentingnya kesehatan dalam model multidimensional pada pembangunan manusia yang berkesinambungan. Hal ini

dapat dilihat pada komitmen pembangunan dan pengentasan kemiskinan yang menempatkan kesehatan sebagai pendekatan pengentasan kemiskinan dimana tiga dari delapan tujuan, berhubungan dengan kesehatan. Tujuan di dalam MDGs saling tergantung satu dengan yang lain. Penurunan penduduk miskin sebesar 50 persen (tujuan 1) tidak mungkin tercapai jika tidak diambil langkah peningkatan derajat kesehatan penduduk. Demikian juga tujuan-tujuan pembangunan kesehatan tidak akan tercapai kalau tujuan 3 (persamaan gender) dan pendidikan dasar (tujuan 2) tidak tercapai. Kesehatan juga tidak dapat terjaga dengan baik jika sumber daya alam dan lingkungan tidak dikelola secara berkesinambungan (tujuan 7). Oleh karena itu, pembangunan bidang kesehatan yang dihubungkan dengan MDGs bukanlah sesuatu yang terisolasi melainkan suatu agenda yang harus dilakukan secara bersamaan dengan agenda lainnya.

Angka Harapan Hidup merupakan alat untuk mengevaluasi kinerja pemerintah dalam meningkatkan kesejahteraan penduduk pada umumnya, dan meningkatkan derajat kesehatan pada khususnya. Angka Harapan Hidup yang rendah di suatu daerah harus diikuti dengan program pembangunan kesehatan, dan program sosial lainnya termasuk kesehatan lingkungan, kecukupan gizi dan kalori termasuk program pemberantasan kemiskinan. Angka harapan hidup sekitar 273,65 juta jiwa penduduk Indonesia pada 2025 diperkirakan dapat mencapai 73,7 tahun, meningkat 4,7 tahun dari angka harapan hidup saat ini yang hanya 69,0 tahun.

Melalui MDGs kita mengupayakan peningkatan kemajuan pembangunan pada sejumlah prioritas strategis pembangunan dapat dianggap sebagai upaya

percepatan dalam pencapaian pembangunan yang berkesinambungan, yang harus diikuti oleh komitmen yang kuat dan upaya sistematis dan konsisten (Bappenas, 2008).

Dalam pembiayaan kesehatan juga terdapat asuransi kesehatan dimana asuransi kesehatan tersebut merupakan sebuah jenis produk asuransi yang secara khusus menjamin biaya kesehatan atau perawatan para anggota asuransi tersebut jika mereka jatuh sakit atau mengalami kecelakaan. Secara garis besar ada dua jenis perawatan yang di tawarkan perusahaan-perusahaan asuransi, yaitu rawat inap (in-patient treatment) dan rawat jalan (Out-patient treatment). Produk Asuransi kesehatan di selenggarakan baik oleh perusahaan asuransi social, perusahaan asuransi jiwa, maupun juga perusahaan asuransi umum. Di Indonesia, PT. Askes Indonesia merupakan salah satu perusahaan asuransi social yang menyelenggarakan asuransi kesehatan kepada para anggotanya yang utamanya merupakan para pegawai negeri sipil maupun non-sipil. Anak-anak mereka juga di jamin sampai usia 21 tahun. Para pensiunan beserta istri ataupun suami juga di jamin seumur hidup. Beberapa perusahaan asuransi jiwa telah memasarkan pula program-program asuransi kesehatan dengan berbagai macam varian yang berbeda. Pada umumnya perusahaan asuransi yang menyelenggarakan program asuransi kesehatan, bekerja sama dengan Provider Rumah Sakit, baik secara langsung maupun melalui institusi perantara sebagai asisten manajemen rumah sakit (Amelia, 2009).

Pemerintah Indonesia sudah menunjukkan komitmen-komitmen yang tinggi terhadap MDGs dalam berbagai bentuk. Namun, komitmen tersebut perlu diperkuat dengan memfokuskan pada intervensi - intervensi yang efektif.

Berbagai intervensi tersebut membutuhkan pembiayaan yang memadai. Pada sisi lain, informasi tentang jumlah pembiayaan yang diperlukan untuk mencapai tujuan MDGs tersebut belum diketahui dengan jelas. Informasi tentang kebutuhan biaya yang diperlukan akan membantu seluruh pihak, khususnya pemerintah, dalam memobilisasi sumber daya baik dari dalam negeri (pemerintah, sektor usaha, sektor swasta dan masyarakat)

Melihat kondisi kesehatan masyarakat di Indonesia dan berdasarkan uraian singkat diatas maka penulis tertarik membuat skripsi yang berjudul “ **ANALISA POLA PEMBIAYAAN SEKTOR KESEHATAN DI INDONESIA**”

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang dikemukakan diatas, maka permasalahan dapat dirumuskan sebagai berikut :

1. Bagaimana pola pembiayaan sektor kesehatan di Indonesia?
2. Bagaimana dampak pembiayaan sektor kesehatan terhadap peningkatan atau penurunan angka harapan hidup?
3. Bagaimana pengalokasian dana pada sektor kesehatan Indonesia sehingga mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di indonesia?
4. Bagaimana implikasi kebijakan yang dapat diambil pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Indonesia ke arah yang lebih baik?

1.3 Tujuan Penulisan

Berdasarkan latar belakang dan perumusan masalah diatas dan dengan keterbatasan informasi, maka penulisan ini bertujuan untuk :

1. Mengetahui sejauh mana pengaruh pola pembiayaan sektor kesehatan mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Indonesia.
2. Memberikan gambaran kepada masyarakat mengenai pengalokasian dana untuk sektor kesehatan di Indonesia.
3. Memberikan gambaran kebijakan yang seharusnya diambil oleh pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Indonesia.

1.4 Manfaat Penelitian

Berdasarkan permasalahan dan tujuan penulisan diatas maka manfaat dari penulisan ini adalah sebagai berikut :

1. Sumbangan ilmiah bagi mahasiswa terutama penulis tentang sejauh mana model pembiayaan sektor kesehatan mampu meningkatkan derajat kesehatan.
2. Sumbangan pemikiran dan masukan bagi pengambil kebijakan di bidang kependudukan dan pengembangan Sumber Daya Manusia (SDM) khususnya di bidang kesehatan.

1.5 Hipotesa

Hipotesa merupakan jawaban sementara terhadap suatu masalah yang kebenarannya masih harus diuji kembali. Sesuai dengan permasalahan yang dikemukakan sebelumnya, untuk lebih memfokuskan penulisan skripsi ini maka hipotesa yang digunakan adalah diduga pengaruh pembiayaan sektor kesehatan

terhadap angka harapan hidup berhubungan positif dimana semakin tinggi pembiayaan kesehatan maka angka harapan hidup akan semakin tinggi dan derajat kesehatan akan semakin naik.

1.6 Ruang Lingkup

Berdasarkan keterbatasan yang penulis temui maka ruang lingkup penelitian dibatasi pada pembiayaan di sektor kesehatan di Indonesia saja. Rencana keuangan tahunan pemerintahan negara Indonesia yang disetujui oleh Dewan Perwakilan Rakyat, berisi daftar sistematis dan terperinci yang memuat rencana penerimaan dan pengeluaran negara selama satu tahun anggaran (1 Januari - 31 Desember). APBN, Perubahan APBN, dan Pertanggung jawaban APBN setiap tahun ditetapkan dengan Undang-Undang. Data APBN yang digunakan adalah data dari tahun 2005 – 2011, hal ini dilakukan karena keterbatasan data.

Pembiayaan tersebut diintervensi pemerintah melalui APBN (Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara) yang terdiri dari :

1. Belanja Pemerintah pusat (APBN)

Belanja pemerintah pusat yang dibahas dalam skripsi ini adalah Belanja Anggaran Kementrian / Lembaga (BA K/L) yang disajikan dalam anggaran menurut fungsi kesehatan, yaitu sub fungsi

- Obat dan perbekalan kesehatan.
- Pelayanan kesehatan perorangan.
- Pelayanan kesehatan masyarakat.

2. Indikator derajat kesehatan

Dalam skripsi ini indikator derajat kesehatan adalah angka harapan hidup sejak tahun 2005 – 2011, dan data tahun 2011 di proyeksi dengan metode *Least Square*. Keberhasilan program kesehatan dan program pembangunan sosial ekonomi pada umumnya dapat dilihat dari peningkatan usia harapan hidup penduduk dari suatu negara. Meningkatnya perawatan kesehatan melalui Puskesmas, meningkatnya daya beli masyarakat akan meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan, mampu memenuhi kebutuhan gizi dan kalori, yang pada gilirannya akan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan memperpanjang usia harapan hidupnya.

1.7 Sistematika Penulisan

Untuk memberikan gambaran yang lebih jelas secara sistematis mengenai masalah yang akan dibahas maka sistematika penulisan ini adalah sebagai berikut :

BAB I : Pendahuluan

Berisikan latar belakang pemilihan judul, perumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, ruang lingkup pembahasan dan sistematika penulisan.

BAB II : Kerangka Teori Dan Tinjauan Pustaka

Berisikan pendekatan teori-teori yang menjadi landasan studi ini dan menyajikan penelitian terdahulu yang akan menjadi hipotesis dalam penelitian ini.

BAB III : Metodologi Penelitian

Berisikan data dan sumber data, metodu pengumpulan data, teknik analisa metode analisis data, serta pengujian model.

BAB IV : Profil Kesehatan di negara indonesia

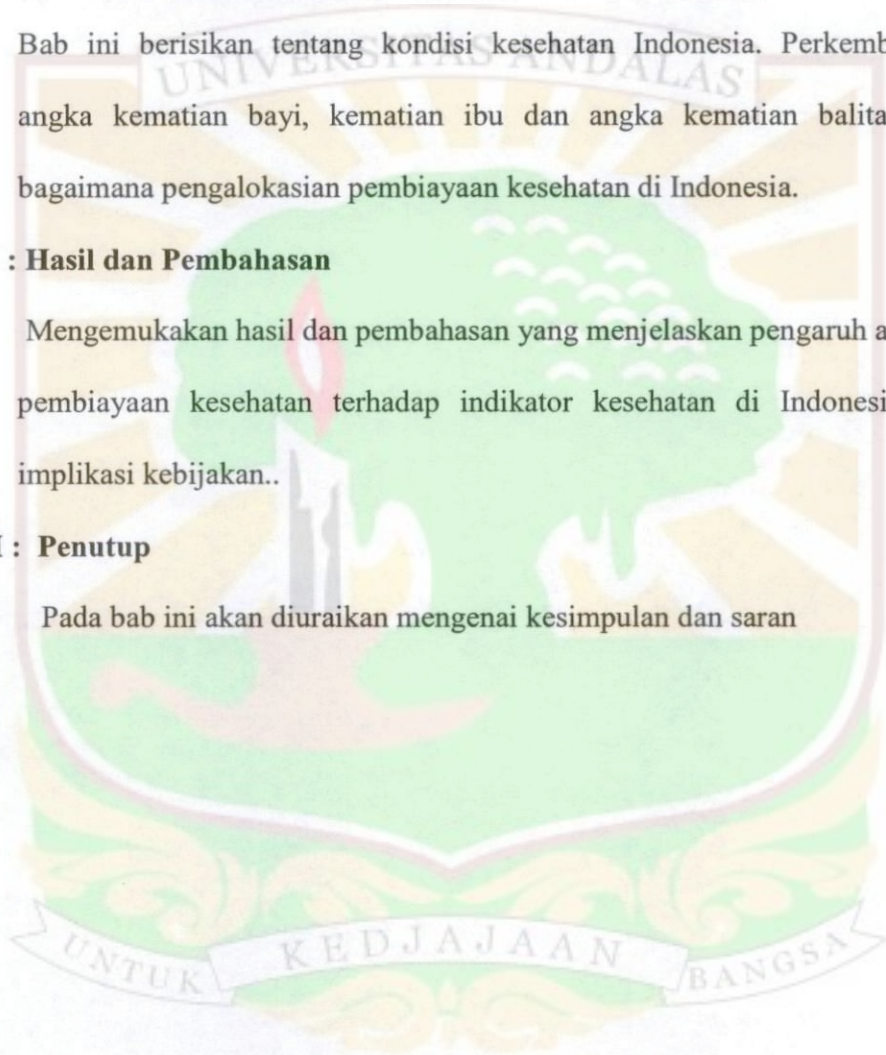
Bab ini berisikan tentang kondisi kesehatan Indonesia. Perkembangan angka kematian bayi, kematian ibu dan angka kematian balita serta bagaimana pengalokasian pembiayaan kesehatan di Indonesia.

BAB V : Hasil dan Pembahasan

Mengemukakan hasil dan pembahasan yang menjelaskan pengaruh antara pembiayaan kesehatan terhadap indikator kesehatan di Indonesia dan implikasi kebijakan..

BAB VI : Penutup

Pada bab ini akan diuraikan mengenai kesimpulan dan saran



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA TEORI

2.1 TINJAUAN PUSTAKA

2.1.1 Konsep Pelayanan Publik (*Public Service Concept*)

Menurut Yusuf (2009), Pelayanan publik pada dasarnya menyangkut aspek kehidupan yang sangat luas. Dalam kehidupan bernegara, maka pemerintah memiliki fungsi memberikan berbagai pelayanan publik yang diperlukan oleh masyarakat, mulai dari pelayanan dalam bentuk pengaturan atau pun pelayanan-pelayanan lain dalam rangka memenuhi kebutuhan masyarakat dalam bidang pendidikan, kesehatan, utilitas, dan lainnya. Paradigma pelayanan publik berkembang dari pelayanan yang sifatnya sentralistik ke pelayanan yang lebih memberikan fokus pada pengelolaan yang berorientasi kepuasan pelanggan (*customer-driven government*) dengan ciri-ciri:

- a. Lebih memfokuskan diri pada fungsi pengaturan melalui berbagai kebijakan yang memfasilitasi berkembangnya kondisi kondusif bagi kegiatan pelayanan kepada masyarakat.
- b. Lebih memfokuskan diri pada pemberdayaan masyarakat sehingga masyarakat mempunyai rasa memiliki yang tinggi terhadap fasilitas-fasilitas pelayanan yang telah dibangun bersama.
- c. Menerapkan sistem kompetisi dalam hal penyediaan pelayanan publik tertentu sehingga masyarakat memperoleh pelayanan yang berkualitas.

- d. Merfokus pada pencapaian visi, misi, tujuan dan sasaran yang berorientasi pada hasil (outcomes) sesuai dengan masukan yang digunakan
- e. Lebih mengutamakan apa yang diinginkan oleh masyarakat pada hal tertentu pemerintah juga berperan untuk memperoleh pendapat dari masyarakat dari pelayanan yang dilaksanakan
- f. Lebih mengutamakan antisipasi terhadap permasalahan pelayanan
- g. Lebih mengutamakan desentralisasi dalam pelaksanaan pelayanan, dan
- h. Menerapkan sistem pasar dalam memberikan pelayanan.

Namun dilain pihak, pelayanan publik juga memiliki beberapa sifat antara lain:

- Memiliki dasar hukum yang jelas dalam penyelenggaraannya.
- Memiliki tujuan sosial.
- Dituntut untuk akuntabel kepada publik.
- Memiliki complex and debated tuntutan masyarakat pada era desentralisasi terhadap pelayanan publik yang berkualitas akan semakin menguat.

Oleh karena itu, kredibilitas pemerintah sangat ditentukan oleh kemampuannya mengatasi berbagai permasalahan di atas sehingga mampu menyediakan pelayanan publik yang memuaskan masyarakat sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya. Dari sisi mikro, hal-hal yang dapat diajukan untuk mengatasi masalah-masalah tersebut antara lain adalah sebagai berikut:

1. Penetapan Standar Pelayanan.

Standar pelayanan memiliki arti yang sangat penting dalam pelayanan publik. Standar pelayanan merupakan suatu komitmen penyelenggara pelayanan untuk

menyediakan pelayanan dengan suatu kualitas tertentu yang ditentukan atas dasar perpaduan harapan-harapan masyarakat dan kemampuan penyelenggara pelayanan. Penetapan standar pelayanan yang dilakukan melalui proses identifikasi jenis pelayanan, identifikasi pelanggan, identifikasi harapan pelanggan, perumusan visi dan misi pelayanan, analisis proses dan prosedur, sarana dan prasarana, waktu dan biaya pelayanan. Proses ini tidak hanya akan memberikan informasi mengenai standar pelayanan yang harus ditetapkan, tetapi juga informasi mengenai kelembagaan yang mampu mendukung terselenggaranya proses manajemen yang menghasilkan pelayanan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Informasi lain yang juga dihasilkan adalah informasi mengenai kuantitas dan kompetensi-kompetensi sumber daya manusia yang dibutuhkan serta distribusinya beban tugas pelayanan yang akan ditanganinya.

2. Pengembangan Standard Operating Procedures (SOP).

Untuk memastikan bahwa proses pelayanan dapat berjalan secara konsisten diperlukan adanya Standard Operating Procedures. Dengan adanya SOP, maka proses pengolahan yang dilakukan secara internal dalam unit pelayanan dapat berjalan sesuai dengan acuan yang jelas, sehingga dapat berjalan secara konsisten. Disamping itu SOP juga bermanfaat dalam hal:

- Untuk memastikan bahwa proses dapat berjalan uninterrupted. Jika terjadi hal-hal tertentu, misalkan petugas yang diberi tugas menangani satu proses tertentu berhalangan hadir, maka petugas lain dapat menggantikannya.

- Untuk memastikan bahwa pelayanan perijinan dapat berjalan sesuai dengan peraturan yang berlaku.
- Memberikan informasi yang akurat ketika dilakukan penelusuran terhadap kesalahan prosedur jika terjadi penyimpangan dalam pelayanan.
- Memberikan informasi yang akurat ketika akan dilakukan perubahan-perubahan tertentu dalam prosedur pelayanan.
- Memberikan informasi yang akurat dalam rangka pengendalian pelayanan.
- Memberikan informasi yang jelas mengenai tugas dan kewenangan yang akan diserahkan kepada petugas tertentu yang akan menangani satu proses pelayanan tertentu. Atau dengan kata lain, bahwa semua petugas yang terlibat dalam proses pelayanan memiliki uraian tugas dan tanggungjawab yang jelas.

3. Pengembangan Survey Kepuasan Pelanggan.

Untuk menjaga kepuasan masyarakat, maka perlu dikembangkan suatu mekanisme penilaian kepuasan masyarakat atas pelayanan yang telah diberikan oleh penyelenggara pelayanan publik. Dalam konsep manajemen pelayanan, kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila produk pelayanan yang diberikan oleh penyedia pelayanan memenuhi kualitas yang diharapkan masyarakat. Oleh karena itu, survey kepuasan pelanggan memiliki arti penting dalam upaya peningkatan pelayanan publik.

4. Pengembangan Sistem Pengelolaan Pengaduan.

Pengaduan masyarakat merupakan satu sumber informasi bagi upaya-upaya pihak penyelenggara pelayanan untuk secara konsisten menjaga pelayanan yang

dihasilkannya sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Oleh karena itu perlu didisain suatu sistem pengelolaan pengaduan yang secara dapat efektif dan efisien mengolah berbagai pengaduan masyarakat menjadi bahan masukan bagi perbaikan kualitas pelayanan. Sedangkan dari sisi makro, peningkatan kualitas pelayanan publik dapat dilakukan melalui pengembangan model-model pelayanan publik. Dalam hal-hal tertentu, memang terdapat pelayanan publik yang pengelolaannya dapat dilakukan secara private untuk menghasilkan kualitas yang baik. Beberapa model yang sudah banyak diperkenalkan antara lain: contracting out, dalam hal ini pelayanan publik dilaksanakan oleh swasta melalui suatu proses lelang, pemerintah memegang peran sebagai pengatur; franchising, dalam hal ini pemerintah menunjuk pihak swasta untuk dapat menyediakan pelayanan publik tertentu yang diikuti dengan price regularity untuk mengatur harga maksimum.

Disamping itu, peningkatan kualitas pelayanan publik juga perlu didukung adanya restrukturisasi birokrasi, yang akan memangkas berbagai kompleksitas pelayanan publik menjadi lebih sederhana. Birokrasi yang kompleks menjadi ladang bagi tumbuhnya KKN dalam penyelenggaraan pelayanan.

2.1.2 Pengukuran Kinerja, Outcome dan Indikator dalam Bidang Kesehatan

Mardiasmo (2004) dalam (Rizal, 2010) menyatakan bahwa pengukuran kinerja sektor publik. dilakukan untuk memenuhi tiga tujuan. Pertama, pengukuran kinerja sektor publik dimaksudkan untuk membantu memperbaiki kinerja pemerintah. Ukuran kinerja dimaksudkan untuk dapat membantu pemerintah berfokus pada tujuan dan sasaran program unit kerja. Hal ini pada akhirnya akan meningkatkan efisiensi

dan efektifitas organisasi sektor publik. Kedua, ukuran kinerja sektor publik digunakan untuk mewujudkan pertanggung jawaban publik dan memperbaiki komunikasi kelembagaan.

Indra Bastian (2006) mendefinisikan indikator kinerja adalah ukuran kuantitatif dan kualitatif yang menggambarkan tingkat pencapaian sasaran atau tujuan yang telah ditetapkan, dengan memperhitungkan indikator masukan (*input*), keluaran (*output*), hasil (*outcome*), manfaat (*benefit*), dan dampak (*impact*).

Dalam rencana strategis Departemen Kesehatan 2005-2009 terkait dengan dengan visi Menuju Indonesia Sehat 2010 membagi tiga jenis klasifikasi indikator dalam menilai kinerja, yaitu:

1. Indikator proses dan masukan (*input*). Indikator ini terdiri atas indikator pembiayaan kesehatan, pelayanan kesehatan, indikator-indikator sumber daya kesehatan, indikator-indikator manajemen kesehatan, dan indikator-indikator kontribusi sektor terkait.
2. Indikator hasil antara (*Intermediate Output*). Indikator ini terdiri dari indikator-indikator ketiga pilar yang mempengaruhi hasil akhir, yaitu indikator-indikator keadaan lingkungan, indikator-indikator perilaku hidup masyarakat, serta indikator-indikator akses dan mutu pelayanan kesehatan.
3. Indikator hasil akhir (*outcomes*) yaitu derajat kesehatan. Indikator ini terdiri dari indikator-indikator mortalitas (kematian), yang dipengaruhi oleh indikator-indikator mordibitas (kesakitan) dan indikator status gizi.

2.1.3 Perencanaan Finansial

Dalam WHO perencanaan finansial yang ditangani oleh *The Managerial Process for National Health Development (MPNHD)*. MPHD mengusulkan suatu cara sistematis untuk memformulasikan dan mengimplentasikan strategi untuk mencapai kesehatan untuk semua orang di tahun 2000” (*Health For All by the year 2000 / HFA2000*) (WHO, 1981). Tahapan yang dijalankan MPNHD adalah sebagai berikut (Tjiptoherijanto, 1993):

- Merumuskan kebijakan kesehatan nasional, yang berisi tujuan, prioritas, dan arahan utama untuk mencapai tujuan, yang di lengkapi gambaran kebutuhan sosial dan kondisi ekonomi negara yang bersangkutan serta bagian dari kebijakan sosial dan ekonominya.
- *Broad Programming* (program makro), menghubungkan berbagai tingkatan perencanaan dan strategi yang ditempuh untuk mencapai tujuan negara dan jika memungkinkan bisa ditambah dengan target spesifik.
- Program anggaran, pemilihan alokasi sumber daya kesehatan dalam implementasi strategi tersebut.
- Rencana umum kegiatan, sebagai hasil dari program makro dan program anggaran dan mengidentifikasikan strategi yang akan dijalankan dan jalur utama yang akan ditempuh dalam kegiatan sektor kesehatan dan sektor lainnya dalam rangka mengimplementasikan strategi diatas.

- Program rinci, perubahan strategi dan rencana menjadi program aksi secara detail termasuk keterangan tentang tujuan dan target serta teknologi, tenaga kerja, infrastruktur, sumber dana dan waktu yang diperlukan untuk implementasi.
- Pelaksanaan- penerapan program rinci menjadi suatu kegiatan / aksi dalam suatu operasi yang merupakan bagian integral sistem kesehatan: pengelolaan harian dan pelayanan serta institusi pengirimannya dan kesinambungan dari kegiatan tersebut untuk meyakinkan bahwa semuanya terencana dengan baik dan tepat pada waktunya.
- Evaluasi strategi pengembangan kesehatan dan operasional program, dalam rangka menilai efektivitas dan dampaknya serta menambah efisiensinya.
- Pembuatan program kembali, membuat sesuatu yang baru seperti yang diperlukan, sebagai bagian dari kelanjutan proses manajerial pengembangan kesehatan nasional.
- Form pendukung, form ini berisi hal yang masih berhubungan dan informasi yang sensitif bagi komponen dalam tiap tingkatan.

Ada 4 langkah utama dalam membangun *Financial Master Plan* (FMP) (Tjiptoherijanto, 1993):

1. *The base line* : menetapkan apa yang dikeluarkan pada sektor kesehatan dan bagaimana pembiayaannya tahun terakhir atau 1 tahun.
2. *Perkiraan pengeluaran* : perkiraan biaya perencanaan (*Health For All by the year*) HFA2000 ditambah komitmen lainnya.
3. *Perkiraan pendapatan* : sumber dana proyek yang sedang berjalan.

4. *Menyamakan antara pendapatan dan pengeluaran* : identifikasi kesenjangan antara perkiraan pengeluaran dan pendapatan, serta melihat kemungkinan untuk mengisi kesenjangan tersebut dengan sumber dana yang baru, mengurangi sisa kesenjangan dengan menyesuaikan biaya perencanaan.

Langkah terakhir adalah yang amat penting, sering dibutuhkan tidak hanya mobilisasi sumber daya cadangan tetapi juga keputusan yang paling buruk tentang apa yang dihasilkan dan yang tidak. Ada 2 perhatian WHO yang mendasar tentang rencana umum finansial:

1. Merencanakan semua sektor sumber daya bagi kesehatan bukan sumber daya yang baru atau tambahan yang diharapkan akan dapat digunakan.
2. Pembuatan rencana untuk seluruh sektor kesehatan, tidak hanya bagian dari pemerintah.

Perencanaan finansial jangka panjang merupakan bagian dari *program makro*, sedangkan perencanaan finansial jangka pendek merupakan program terperinci, implementasi dan re-program.

Perencanaan finansial jangka pendek dilaksanakan untuk jangka waktu 1 – 3 tahun, yang digunakan untuk membuktikan bahwa rencana tersebut bisa diopersionalisasikan melalui perkiraan biaya, gambaran anggaran belanja dan memonitor pengeluaran. Perencanaan finansial jangka panjang umumnya digunakan ummnya digunakan 5 -15 tahun yang akan datang, untuk dapat meyakinkan bahwa kebijaksanaan yang sedang diterapkan untuk mengembangkan sektor kesehatan dapat memberikan suatu hasil dan tidak hanya tergantung pada suatu situasi (seperti

penambahan kapasitas rumah sakit atau tenaga kerja). Hasil akhir dari perencanaan finansial jangka panjang adalah rencana umum finansial yang merupakan bagian dari rencana umum kegiatan yang dihasilkan selama tahapan program makro pada *The Managerial Process for National Health Developmen / MPNHD* (Tjiptoherijanto, 1993).

2.1.4 Ruang Fiskal Untuk Kesehatan di Indonesia : Skenario Hipotesis untuk Indonesia

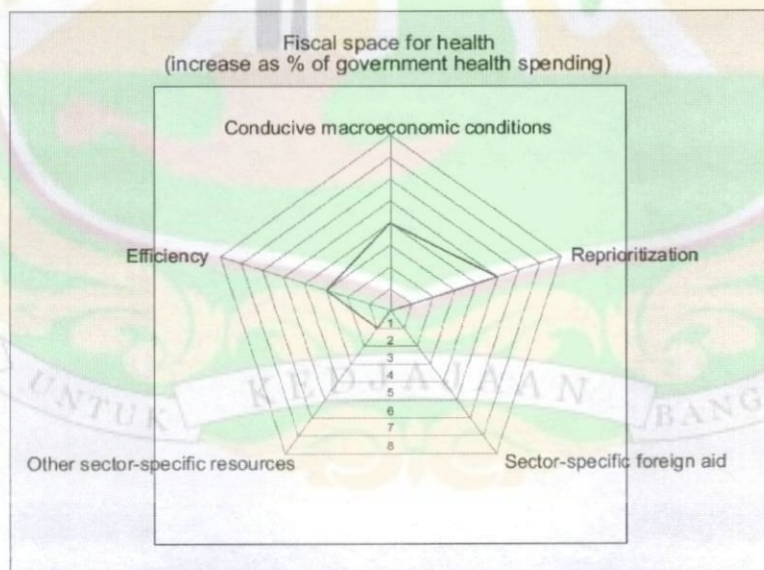
Salah satu cara untuk menilai ketersediaan ruang fiskal untuk kesehatan adalah dengan memeriksa berbagai opsi melalui mana sumber-sumber pembiayaan pemerintah untuk kesehatan dapat ditingkatkan secara de facto melalui efisiensi belanja kesehatan/ belanja publik lainnya yang ada sekarang (World Bank 2008) dalam (Claudia dkk, 2008). Hal ini meliputi:

- *Kondisi-kondisi ekonomi makro / Favorable macroeconomic conditions* seperti pertumbuhan ekonomi dan kenaikan pendapatan pemerintah secara umum yang pada gilirannya, mengarah pada peningkatan belanja pemerintah untuk kesehatan.
- *Penyusunan ulang prioritas / Reprioritization* kesehatan dalam anggaran pemerintah.
- Peningkatan dalam *bantuan dan hibah asing tertentu dalam kesehatan/health-specific foreign aid and grants*.
- Peningkatan sumber daya kesehatan tertentu/*health-specific resources*, misalnya, melalui pemungutan pajak atau pengenalan premi-premi asuransi kesehatan wajib/yang diperintahkan.
- Peningkatan *Efisiensi* pengeluaran dalam kesehatan pemerintah.

Salah satu alat visualisasi ruang fiskal yang sangat berguna untuk kesehatan adalah menggunakan “*spider plot*”. Dapat dilihat dalam gambar 2.1, ada lima aksis yang berbeda-beda, setiapnya mewakili sebuah alat yang berbeda tentang belanja pemerintah dalam kesehatan yang secara potensial dapat meningkat.

Gambar 2.1 menunjukkan sebuah skenario hipotesis untuk Indonesia, dimana belanja kesehatan pemerintah meningkat 4% dapat diharapkan dari kondisi makroekonomi yang tepat (contohnya, sebuah hasil dari pertumbuhan ekonomi). Dengan cara yang sama, peningkatan 5% dapat datang dari repriorisasi program pemerintah dan peningkatan 1% dari sumber sektor tertentu seperti dari pemungutan pajak untuk kesehatan.

Gambar 2.1
Visualisasi Fiskal Untuk Kesehatan di Indonesia



Sumber : World Bank 2000, dalam (Claudia dkk, 2008)

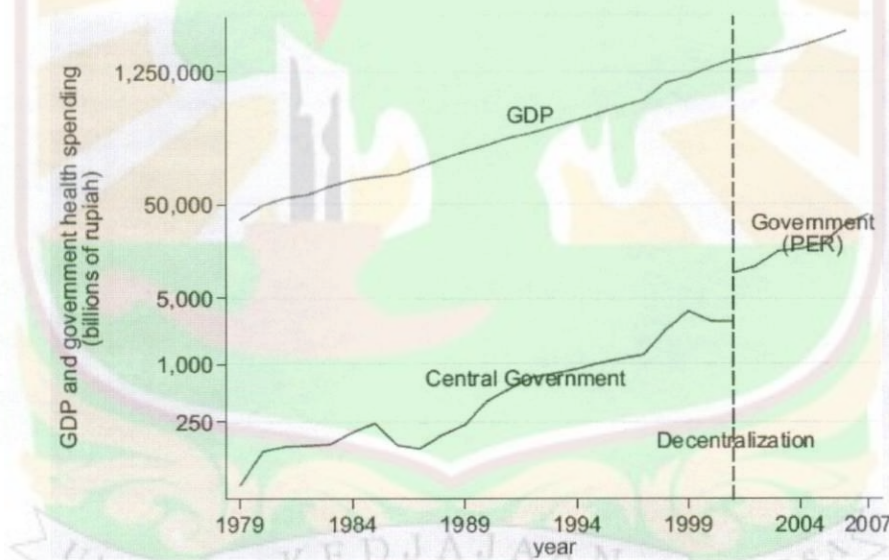
Dari opsi-opsi yang disebutkan diatas, dua yang pertama berada di luar jangkauan ranah sektor kesehatan. Tiga opsi sisanya berada langsung pada ranah

sektor kesehatan dan patut diberi perhatian khusus karena mengandung potensi untuk sumber-sumber daya yang spesifik sektor kesehatan (Claudia dkk, 2008).

2.1.5 Pengeluaran Jangka Panjang Kesehatan di Indonesia Tahun 1979-2007

Gambar 2.2 menunjukkan trend pada periode 1979-2007 dalam belanja kesehatan pemerintah pusat, desentralisasi yang menyertainya dan total belanja kesehatan pemerintah. Daya tanggap/respon belanja kesehatan nominal terhadap GDP nominal berubah-ubah dalam belanja kesehatan.

Gambar 2.2
Tren Jangka Panjang Dalam Belanja Kesehatan Pemerintah di Indonesia (1979-2007)



Sumber : World Development Index (WDI), dalam (Claudia dkk, 2008)

Mengikuti desentralisasi di tahun 2001, setengah dari jumlah belanja kesehatan terdapat di Indonesia terjadi pada tingkat kabupaten. Di tahun 2006, pemerintah pusat berkontribusi sekitar 39% dari semua belanja publik dalam kesehatan dan provinsi berkontribusi terhadap sisanya (World Bank 2008c).

Anggaran Belanja untuk kesehatan untuk kabupaten bagiannya lebih besar karena mencakup, belanja tetap atau rutin, gaji bagi angkatan kerja kesehatan yang bekerja untuk publik. Selain itu, ada beberapa kekhawatiran seputar akuntabilitas yang memerlukan tanggapan pemerintah terhadap akuntabilitas tersebut. Klarifikasi dari persoalan-persoalan ini dapat secara potensial membantu memperbaiki efisiensi dari sistem kesehatan di Indonesia.

Di tahun 2007, GDP Indonesia tumbuh dengan angka kesehatan 6,3% berikutnya kemunduran terjadi secara signifikan yang dihadapi selama periode krisis ekonomi 1997-2000, namun semenjak pergantian milenium negara telah pulih dengan baik, menempatkan angka pertumbuhan GDP dalam kisaran 4-6% per tahun (World Bank 2008) dalam Claudia (dkk).

Analisis IMF berpendapat bahwa Indonesia dengan rasionalisasi belanjanya dan mengurangi subsidi-subsidi energy dapat memperluas seluruh ruang fiskal hampir sebesar 1.5% dari GDP. Usaha Ini menghindari pembengkakan belanja jauh dari kategori-kategori personal, pembayaran bunga, subsidi, dan aparat pemerintah saat ini (yang memberikan ruang kecil untuk investasi infrastruktur, kesehatan, dan pendidikan; IMF 2008). Selain itu, laporan belanja publik/ Public Expenditure Review (World Bank 2007b) menunjukkan bahwa belanja kesehatan public didominasi oleh belanja untuk gaji.

2.1.6 Pembangunan Kesehatan di Indonesia

Menurut Thabrany (1986) dalam (Amelia, 2009), di beberapa negara maju semenjak tahun 70-an pembangunan kesehatan sudah mendapat perhatian sedangkan

di Indonesia baru mendapat perhatian pada akhir tahun 1980-an. Hal ini dalam rangka pelaksanaan “Health for all by the year 2000” dengan strategi sistem kesehatan menyeluruh (mencapai seluruh pelosok) dan intinya adalah pelayanan kesehatan primer (primary health care). Hubungan antara tingkat kesehatan penduduk atau kualitas hidup dengan produktifitas dan peningkatan ekonomi sangat erat karena pertumbuhan ekonomi suatu negara mempunyai korelasi yang kuat dengan mutu modal manusia, sementara kesehatan mempunyai korelasi yang kuat dengan mutu sumber daya manusia.

Pada tahun 1980-an pertumbuhan ekonomi dunia melambat dan pengeluaran untuk kesehatan menurun. Subsidi untuk pelayanan kesehatan semakin meningkat, khususnya pelayanan rumah sakit yang menggunakan peralatan canggih. Tidaklah mengherankan jika suatu pelayanan yang bersifat publik (dengan subsidi tinggi/gratis) menjadi suatu layanan yang bersifat individualitas. Akibatnya hubungan rumah sakit dengan rumah sakit dengan perusahaan asuransi kesehatan akan dipengaruhi oleh hukum ekonomi dengan dipacunya asuransi sebagai sumber pembiayaan rumah sakit. Ini menunjukkan suatu keadaan bahwa mekanisme pembiayaan tidak melalui mekanisme pajak/ alokasi anggaran departemen. Sehingga bantuan sosial/negara oleh pemerintah seyogyanya ditujukan bagi masyarakat golongan bawah.

Jenis- jenis asuransi kesehatan adalah :

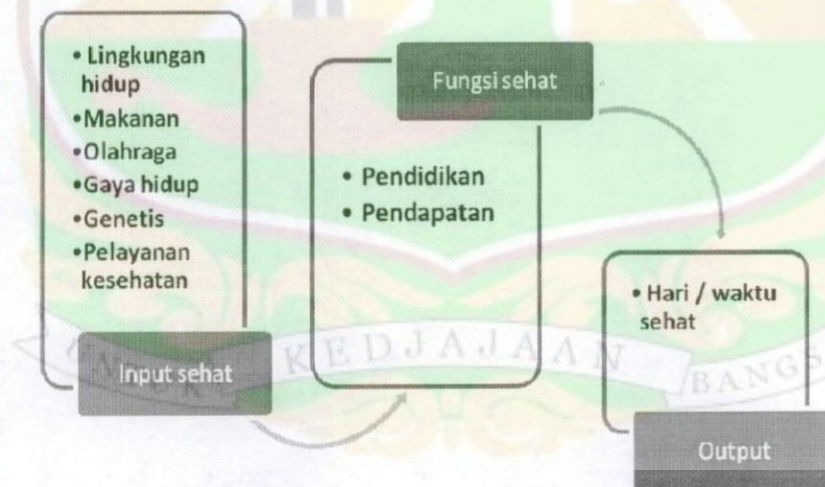
1. Asuransi kesehatan sosial (Social Health Insurance).
2. Asuransi kesehatan komersial (Private Voluntary Health Insurance)

3. Asuransi kesehatan yang diatur (Regulated Health Insurance)

Dalam menjalankan pembiayaan Askes pada awalnya berdirinya PT Askes menyelenggarakan asuransi kesehatan yang bersifat “fee for service” atau indemaity yaitu pembayaran berdasarkan klaim yang diajukan (Roesma, 1993). Tetapi sesuai dengan perkembangan dunia asuransi kesehatan, maka direkomendasikan suatu sistem “Managed Care “ atau jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JPKM) yaitu bentuk antara asuransi sosial dan komersial. PT Askes mulai menetapkan sistim ini pada tahun 1986.

2.1.7 Konsep Pelayanan Kesehatan

Gambar 2.3
Proses Produksi Sehat



Sumber: UU tentang Asuransi Kesehatan (1997) dalam (Amelia, 2009).

Dalam pemikiran yang rasional semua orang ingin menjadi sehat. Kesehatan merupakan modal untuk bekerja dan hidup untuk mengembangkan keturunan seseorang yang kebutuhan hidupnya sangat tergantung dari kesehatannya, yang tentunya akan mempunyai demand yang tinggi akibat adanya status kesehatan. Pendekatan ekonomi menekankan bahwa kesehatan merupakan suatu modal untuk bekerja. Pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit merupakan salah satu input dalam proses menghasilkan hari-hari sehat. Dengan mengacu pada konsep produktif, pelayanan kesehatan dapat dilukiskan pada gambar 2.3.

Dalam konsep ini pelayanan kesehatan hanyalah satu dari berbagai input untuk menjadi sehat. Pelayanan kesehatan ini digolongkan sebagian besar menjadi pelayanan yang kuratif mungkin tidak diperhitungkan sebagai input. Hanya ketika orang menjadi sakit pelayanan kuratif menjadi bagian dari proses untuk menghadapi hasil akhir dari resiko akibat dari kemunduran fisik dan kerugian ataupun kematian.

2.1.8 Sifat Pelayanan kesehatan

Menurut Sulastomo (1984) dalam (Amelia, 2009), beberapa sifat khusus pelayanan kesehatan adalah :

1. Baik provider maupun para penderita jarang mempertimbangkan aspek pembiayaan sepanjang itu menyangkut soal kesembuhan. Karena rasa tanggung jawab yang besar kepada penderita maka para provider ingin pelayanan
2. kesehatan yang terbaik kepada penderita dan sebaliknya para penderita ingin memperoleh yang terbaik pula.

3. Pelayanan kesehatan ingin memberi dan memperoleh pelayanan kesehatan dengan menggunakan teknologi yang serba mutakhir menyebabkan biaya pelayanan kesehatan mahal.
4. Pelayanan kesehatan banyak bersifat pribadi. Hubungan antara dokter dengan pasien sering menimbulkan sesuatu yang tidak rasional. Begitu mereka sakit karena dokter dianggapnya paling pintar, mampu memberikan pelayanan dengan kualitas yang terbaik.

2.2 KERANGKA TEORI

2.2.1 Teori Mutu Modal Manusia (Human Capital Theory)

Peningkatan kualitas sumber daya manusia melalui investasi modal manusia (Human Investment) merupakan gagasan yang diperkenalkan oleh Backer (1990) dalam bukunya "Human Capital ". Menurut Backer dalam pembangunan ekonomi, peran mutu modal manusia sangat penting dalam peningkatan kapasitas produksi khususnya yang berkaitan dengan adanya mutu modal manusia yang tinggi. Mutu modal manusia dikatakan meningkat bila dalam satuan waktu yang sama, seseorang penduduk dapat menghasilkan output yang lebih tinggi. Untuk meningkatkan mutu modal manusia perlu ditingkatkan pula tiga variabel utama investasi dalam modal manusia, salah satunya adalah kesehatan, kemudian pendidikan dan keamanan (Djajaneegara dan Ananta, 1986) dalam (Amelia, 2009).

2.2.2 Teori Ekonomi Kesehatan

Menurut Anne Mills dan Lucy Gilson (1996) dalam (Amelia, 2009) Ekonomi kesehatan adalah penerapan teori, konsep dan teknik ekonomi pada sektor kesehatan.

Di dalam ekonomi kesehatan ada namanya Hukum Permintaan Pelayanan Kesehatan, adalah sebagai berikut :

- Dalam keadaan darurat mungkin tidak berlaku.
- Dalam keadaan non darurat, pasien masih punya waktu untuk memilih, sehingga akan mempertimbangkan harga pelayanan kesehatan pada tempat yang lebih tinggi dari pada kepuasan atau jarak dengan tempat pelayanan.

Kebutuhan akan pelayanan kesehatan berlaku sebagai berikut :

- Semakin tinggi pendapatan seseorang biasanya lebih besar permintaan pelayanan kesehatan.
- Kenaikan harga pelayanan kesehatan akan lebih berpengaruh pada orang dengan berpendapatan rendah daripada orang dengan pendapatan yang tinggi.
- Pelayanan yang berkualitas dan efektif akan mempengaruhi permintaan pelayanan kesehatan.

Konsep kesehatan dan pelayanan kesehatan adalah :

- WHO : Keadaan sehat jasmani, rohani, sosial dan terhindar dari penyakit dan abnormal lainnya.
- Logika ekonomi : Menjaga kesehatan mempunyai tujuan konsumsi dan investasi.
- Konsumsi : Memanfaatkan segala upaya untuk meningkatkan kualitas hidup (konsumsi pelayanan, gizi dan sebagainya).
- Investasi: Berkaitan dengan penggunaan waktu (di waktu sehat untuk bekerja dan menikmati hidup).

Metode analisis Ekonomi :

1. *Cost Minimization Analysis (Analisis Biaya Manfaat)*

- Atas dasar bukti penelitian dua atau lebih intervensi / tindakan kesehatan menghasilkan keluaran yang sama.
- Kemudian dipilih tindakan yang memerlukan biaya yang paling kecil.

2. *Cost effectiveness analysis (analisis biaya efektif)*

- Metode ini menilai intervensi / tindakan yang paling menguntungkan untuk pencapaian tujuan yang sama.
- Dilakukan dengan menilai dan membandingkan kegiatan dengan biaya yang tersedia.
- Tujuan akhirnya adalah menerapkan salah satu dari beberapa alternatif yang dapat mencapai tujuan yang ditetapkan dengan biaya yang paling kecil.
- Intervensi yang paling menguntungkan dengan biaya paling rendah.

3. *Cost benefit analysis (analisis biaya manfaat)*

Metode untuk menilai manfaat dan biaya program/proyek, dan kegunaan atau keuntungan program/proyek. Misalnya, berapa uang/rupee yang harus dibayarkan untuk penyembuhan penyakit jantung.

4. *Cost utility analysis (analisis biaya kegunaan)*

Metode ini diukur dengan utilitas (kegunaan, kenyamanan bagi seseorang). Misalnya, berapa ukuran sehat pertahun, bebas kecacatan.

2.2.3 Teori Pendanaan Kesehatan

Status kesehatan penduduk Indonesia setelah pembangunan kesehatan selama tiga dekade mengalami kemajuan yang cukup pesat. Namun masih jauh tertinggal

dibanding status kesehatan penduduk negara tetangga Thabrany, (2005) dalam (Amelia, 2009). Berbagai studi, termasuk juga yang dilaporkan dalam World Health Report 2000, menunjukkan bahwa rendahnya kinerja sistem kesehatan di Indonesia, mempunyai korelasi yang kuat dengan pendanaan kesehatan.

Banyak laporan menyampaikan bahwa pemerintah berkontribusi sekitar 20% - 30% dari pendanaan kesehatan secara keseluruhan. Sementara pendanaan kesehatan oleh sektor swasta, yang pada umumnya merupakan pengeluaran dari kantong yang dibayarkan langsung kepada pemberi pelayanan kesehatan.

Sistem pendanaan yang agresif ini dikenal sebagai sistem pendanaan yang tidak adil karena justru memberatkan penduduk golongan bawah. Studi yang dilakukan Pujiyanto (2000) dalam (Amelia, 2009) menunjukkan bahwa penduduk 10% termiskin. Pendanaan kesehatan yang didominasi pengeluaran dari kantong yang dibayarkan langsung dari OOP (out of pocket) membuat akses terhadap pelayanan rumah sakit, misalnya jauh berbeda antara penduduk yang kaya dan penduduk yang miskin. Berbagai studi menunjukkan bahwa kesenjangan pelayanan yang dapat diperkecil dengan memperbesar porsi pendanaan publik atau asuransi kesehatan publik. Sayangnya, cakupan asuransi kesehatan publik di Indonesia masih rendah, yaitu sekitar 16% dari jumlah penduduk Thabrany, (1996) dalam (Amelia, 2009).

2.2.4 Indikator Derajat Kesehatan

Menurut sistem kesehatan nasional (Depkes, 2003). Indikator yang berhubungan dengan derajat kesehatan meliputi umur, harapan hidup waktu lahir,

angka kematian bayi, bayi yang dilahirkan dengan berat badan 2500 gr / kurang, tingkat kecerdasan penduduk, serta angka kesakitan.

Indikator kesehatan yang dikembangkan oleh Overseas Development Council (ODC) telah mengintrodusir konsep Physical Quality Life Index (PQLI) dengan menggunakan 3 komponen yaitu kematian bayi, harapan hidup bayi yang berusia 1 tahun dan tingkat melek aksara. PQLI disini bertujuan untuk mengukur ciri-ciri kemampuan kehidupan di kalangan masyarakat.

Dari kedua indikator diatas (indikator kesehatan dan indikator kesejahteraan) maka terlihat bahwa indikator harapan hidup dan kematian bayi merupakan indikator yang ada pada kesehatan yang merupakan indikator yang ada pada kesehatan maupun kesejahteraan sosial.

2.2.5 Sistem Pembiayaan Kesehatan di Negara Lain

2.2.5.1 Singapura

Pada tahun 1984, Singapura adalah negara pertama di dunia yang Medis memperkenalkan Tabungan Account (MSA) sebagai metode untuk perawatan pembiayaan kesehatan. Kemudian, Selatan Afrika, Cina dan Amerika Serikat disesuaikan bentuk serupa konsep untuk bagian-bagian tertentu dari populasi mereka. Sistem MSA sejauh ini dan telah terintegrasi ke dalam khususnya ekonomi berorientasi sistem perawatan kesehatan yang membuat biaya kesehatan pada tingkat yang sangat rendah sambil mempertahankan standar kualitas yang tinggi. Akibatnya tingkat pertumbuhan ekonomi di masa lalu beberapa dekade lebih tinggi pendapatan per kapita rata-rata Singapura sekarang dibandingkan dengan yang Negara-negara

Eropa atau Amerika Serikat (Schreyogg, 2004). Singapura mempunyai 3 pilar untuk membiayai kesehatannya:

1. *Medisave*, menutup biaya pengobatannya sendiri.
2. *Medishield*, diciptakan sebagai pelengkap Medisave. Sistem ini merupakan dana yang diberikan pemerintah secara sukarela berfungsi murni sesuai dengan prinsip-prinsip asuransi dan tidak melibatkan redistribusi pendapatan. Hal ini dimaksudkan untuk membiayai keduanya perawatan rumah sakit mahal juga sebagai pengobatan rawat jalan untuk penyakit kronis. Ini digunakan pada warga yang berpenghasilan rendah.
3. *Medifund*, ketentuan jaminan kesehatan minimal bagi warga yang tidak mampu menyisihkan yang cukup tabungan untuk perawatan kesehatan mereka. Ketentuan minimum dicapai dengan transfer langsung untuk membayar tagihan rumah sakit warga negara dengan pendapatan rendah, di bentuk dana abadi, yang disebut Medifund, yang didirikan oleh negara dan diperkenalkan pada tahun 1993.

2.2.5.2 Korea

Negeri Ginseng, Korea dianggap sebagai negara dengan program pembiayaan kesehatannya yang tumbuh maha cepat. Kurang dari 20 tahun seluruh penduduknya tercakup program asuransi kesehatan sosial. Tahun 1973, dengan pendapatan per kapita US\$1.000 per tahun, langkah Korea diawali pada diwajibkannya pelaksanaan asuransi pada dekrit presiden. Pendekatannya adalah pelaksanaan program asuransi kesehatan secara bertahap dimulai dari kelompok tempat kerja dengan jumlah tenaga kerja yang besar. Penyelenggaraan program

asuransi kesehatan ditangani Medical Insurance Society yang berjumlah lebih dari 200 buah namun sejak tahun 1976 mereka semuanya tergabung dalam National Federation of Medical Insurance (Sulastomo, 2007) dalam (Amelia, 2006).

2.2.5.3 India

Kualitas pembiayaan kesehatan memang menjadi satu hal penting bagi negara berkembang, tak terkecuali India. Negeri cantik pemilik istana taj Mahal ini menganggarkan Rs 103.000 atau sekitar 5,2 % dari GDP. Disana terdapat lima bentuk pembiayaan kesehatan yaitu private insurance, social insurance, employer-provider cover, community insurance scheme dan government healthcare spend. Namun pada kenyataannya, lebih dari 60% masyarakat India yang masih tergolong miskin menerapkan sistem Out of pocket spending, dimana pembiayaan kesehatan tidak dianggarkan sebelumnya dan menjadikannya tidak efisien (Sulastomo, 2007) dalam (Amelia, 2006).

2.2.5.4 Australia

Pada tahun 1975, Pemerintah Australia memperkenalkan Medibank yang merupakan asuransi yang menyediakan layanan rumah sakit umum gratis dan bersubsidi medis, farmasi dan dokter mata, pelayanan kepada semua warga Australia. Pada tahun 1976, Commonwealth dikenakan retribusi 2,5% pada pendapatan kena pajak bagi mereka yang bergabung dalam Medibank. Hal ini juga memperkenalkan dana asuransi kesehatan swasta yang disebut Medibank Swasta untuk bersaing secara langsung dengan dana asuransi swasta lainnya. Meskipun Medibank dan Medibank Swasta dibebankan pungutan medis yang berbeda dan berbeda pula dalam

memberikan perlindungan tapi karakteristik mereka serupa. Kemudian medibank dihapuskan. Namun, Pemerintah Australia masih menyediakan layanan rumah sakit umum gratis dan 40% biaya medis dijadwalkan untuk semua warga Australia.

Pada tahun 1984, Pemerintah Australia diperkenalkan kembali wajib asuransi kesehatan Medicare. Dalam Medicare, semua wajib pajak harus membayar tambahan 1% dari pendapatan kena pajak sebagai retribusi Medicare, dan tunjangan kesehatan dan farmasi akan disediakan langsung oleh Pemerintah. Berdasarkan Perjanjian Medicare, yaitu perjanjian antara Pemerintah Persemakmuran dan Negara Bagian dan Teritori Pemerintah, Pemerintah Australia akan memberikan bantuan keuangan kepada Negara dan Wilayah rumah sakit (Liu, 1998).

2.2.5.5 Swedia

Pajak pemerintah 58% dari pendapatan nasional, dimana 11% dibelanjakan pada layanan kesehatan publik. Terutama, 66% dari pengeluaran kesehatan dibiayai pemerintah dengan pendapatan pajak daerah. Bahkan, pemerintah daerah ini sangat terfokus menyediakan layanan kesehatan rata-rata 85% dari anggaran mereka.

Sistem layanan kesehatan Swedia berhasil oleh banyak tindakan. status kesehatan penduduk telah terus meningkat dan harapan hidup yang sebesar 80 % dalam 4 tahun (The Observatory Eropa tentang Sistem Kesehatan 2002). Persepsi publik terhadap sistem ini tetap menguntungkan dan komitmen terhadap prinsip-prinsip akses universal cukup kuat. Asuransi kesehatan sukarela relatif kecil, yang melibatkan kurang dari 1% dari populasi. Namun, penyediaan swasta, yang dapat diganti oleh sistem asuransi sosial, relatif umum di daerah perkotaan (WHO Geneva, 2004).

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Data dan Sumber Data

Data utama yang dipergunakan dalam studi ini adalah data sekunder. Data yang dikumpulkan yaitu data times series yaitu data yang dikumpulkan dari waktu ke waktu, yaitu data APBN (Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara) menurut fungsi tahun 2005 – 2011, data proyeksi APBN tahun 2011 dihitung dengan metode *Least Square*. Berdasarkan sifatnya data yang digunakan adalah data kuantitatif, karena data diperoleh dalam bentuk angka - angka. Disamping itu juga digunakan data Kualitatif yaitu data yang tidak berbentuk angka-angka yang diperoleh dari literatur mengenai pembiayaan sektor kesehatan. Berdasarkan cara memperolehnya, data yang digunakan adalah data sekunder yang diperoleh dari lembaga atau instansi pemerintah yaitu Departemen Keuangan RI, Badan Pusat Statistik (B P S), Departemen Kesehatan (Depkes), Bappenas, World Bank dan CIA (Central Intelligence Agency).

3.2 Pembentukan Model

Untuk menguji pengaruh pembiayaan kesehatan terhadap indikator kesehatan dengan menggunakan analisis regresi. Model dasar dari persamaan estimasi OLS (Ordinary Least Square) akan dikembangkan menjadi model dinamis dan memakai variabel dependent berdasarkan regresinya sehingga dalam penelitian ini dikembangkan model OLS.

Secara fungsional dapat digambarkan sebagai berikut :

$$Y = F(X_1, X_2, X_3) \dots \dots \dots (1)$$

Selanjutnya persamaan (1) diturunkan dalam bentuk persamaan sebagai berikut ;

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + e_i \dots \dots \dots (2)$$

Variabel-variabel X_1, X_2, X_3 , merupakan variabel bebas (independent) sedangkan variabel yang tidak bebas (dependent) variabel yang digunakan adalah Y , dimana:

- Y = Angka Harapan Hidup.
- X_1 = Obat dan perbekalan kesehatan.
- X_2 = Pelayanan kesehatan perorangan.
- X_3 = Pelayanan kesehatan masyarakat.
- $\beta_1, \beta_2, \beta_3$ = Elastisitas $X_1 - X_3$
- β_0 = Konstanta
- e_i = Variabel Pengganggu (error term)

Supaya tidak terjadi perhitungan yang bias kemudian untuk menganalisis data, persamaan diatas diubah dalam persamaan *Natural Log* sehingga menjadi :

$$\ln Y = \ln \beta_0 + \beta_1 \ln X_1 + \beta_2 \ln X_2 + \beta_3 \ln X_3 + e_i \dots \dots \dots (3)$$

Dimana:

- $\ln Y$ = Angka Harapan Hidup.
- $\ln X_1$ = Obat dan perbekalan kesehatan.
- $\ln X_2$ = Pelayanan kesehatan perorangan.
- $\ln X_3$ = Pelayanan kesehatan masyarakat.

β_1, β_3 = Elastisitas $X_1 - X_3$

$\ln X$ = Konstanta

e_i = Variabel Pengganggu (error term)

3.3 Variabel dan Definisi Operasional

Adapun variabel yang digunakan dalam analisis ini terdiri dari variabel pengaruh dan variabel terpengaruh. Variabel pengaruh (independen) terdiri dari dana anggaran fungsi kesehatan (Anggaran APBN) sedangkan variabel dependennya adalah indikator untuk mengukur derajat kesehatan yaitu angka harapan hidup.

Definisi operasional yang digunakan adalah sebagai berikut:

1. Angka harapan hidup adalah angka rata-rata tahun hidup yang masih akan dijalani oleh seseorang yang telah berhasil mencapai umur x , pada suatu tahun tertentu, dalam situasi mortalitas yang berlaku di lingkungan masyarakatnya. Angka harapan hidup saat lahir adalah rata – rata hidup yang akan dijalani oleh bayi yang baru lahir pada tahun tertentu (Bappenas, 2010)
2. Obat dan perbekalan kesehatan adalah upaya pemenuhan kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan sesuai dengan jenis, jumlah dan mutu yang telah direncanakan sesuai kebutuhan pembangunan kesehatan (Depkes RI, 2008), termasuk perbaikan peralatan terapi medis dan tidak termasuk sewa peralatan terapi medis.
3. Pelayanan kesehatan perorangan adalah usaha yang dilakukan pemerintah dan atau individu untuk menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan yang meliputi promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan

rawat jalan, rawat inap, pembatasan dan pemulihan kecacatan yang ditujukan terhadap perorangan (Munawar, 2007)

4. Pelayanan kesehatan masyarakat adalah usaha yang dilakukan pemerintah dan atau masyarakat meliputi pelayanan laboratorium kesehatan masyarakat dan pelayanan sediaan farmasi, alat kesehatan (Munawar, 2007).

3.4 Pengolahan Data dan Teknik Analisa

Model yang digunakan dalam analisis ini adalah model Analisis Ordinary Least Square (OLS). Pengolahan model dilakukan dengan menggunakan SPSS (Statistical Program For Science). Untuk teknik analisa data yang digunakan dalam analisis ini adalah analisa deskriptif dan kuantitatif. Data data dari buku teks, jurnal, dan hasil penelitian yang sudah ada dan berkaitan dengan skripsi ini dijadikan dasar bagi analisis deskriptif. Sedangkan analisis kuantitatif dilakukan dengan membuat persamaan ekonometrika untuk menggambarkan sejauh mana pengaruh hubungan variabel independen mempengaruhi variabel dependen

3.5 Metode Pengujian Data

3.5.1 Uji Statistik

Pengujian statistik bertujuan untuk melihat ada atau tidak adanya pengaruh antara variabel independen baik secara individu maupun secara keseluruhan terhadap variabel dependen. Juga digunakan untuk menguji tingkat keberartian pengaruh dari masing – masing variabel. Untuk melihat signifikansi masing – masing variabel yang diuji maka alat testnya yaitu : t-test, F-test, R^2 -test, dan uji multikolinearitas.

3.5.2 Uji t-test

Berguna untuk melihat tingkat keberartian pengaruh masing-masing koefisien regresi dan menentukan signifikan atau tidaknya pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen (Arief, 2006)

$$t_{bi} = \frac{b_i}{S_{b_i}}$$

Dimana: t_{bi} = nilai mutlak untuk pengujian

b_i = koefisien regresi

S_{b_i} = standar deviasi (standar error b_i)

$i = 1, 2, 3$

untuk mengetahui apakah b_i itu mempunyai pengaruh yang berarti atau tidak maka hipotesa yang digunakan adalah (Arief, 2006) :

$H_0 : b_i = 0$ berarti tidak ada pengaruh yang signifikan antara variabel independen dengan variabel dependen.

$H_a : b_i \neq 0$ berarti ada pengaruh yang signifikan antara variabel independen dengan variabel dependen.

Sebelum membandingkan nilai t , ditemukan tingkat kepercayaan $(1-\alpha)$ dan derajat kebebasan (Degree of Freedom : $n-k-1$) untuk menemukan nilai kritis. Untuk pengujian ini dengan membandingkan nilai t hitung dengan t tabel sehingga dapat ditentukan apakah hipotesis signifikan atau tidak signifikan. Jika nilai t hitung $> t$ tabel, disebut signifikan, artinya antara variabel independen dan variabel dependen terdapat pengaruh, sehingga analisis bisa dilanjutkan ke tahap berikutnya.

Kriteria pengujian uji t:

Jika $t_{hitung} \geq t_{tabel}$ atau $-t_{hitung} < -t_{tabel}$ maka H_0 ditolak dan H_a di-terima.

Jika $t_{hitung} \leq t_{tabel}$ atau $-t_{hitung} \geq -t_{tabel}$ maka H_0 ditolak dan H_a di-tolak.

3.5.3 Uji F-test

Digunakan untuk menguji seberapa besar pengaruh variabel independent terhadap variabel dependent secara keseluruhan (Arief, 2006)

$$F = \frac{R^2 / (k-1)}{(1-R^2) / (n-k)}$$

Dimana :

F = pengaruh antara variabel independent dengan variabel dependent secara keseluruhan.

R^2 = koefisien determinan berganda.

k = banyaknya variabel bebas

n = jumlah tahun pengamatan

Distribusi F dengan kebebasan pembilang k dan derajat kebebasan penyebut adalah (n-k-1). Hipotesa yang akan diujikan dengan F ratio, kriterianya adalah :

- Jika $F_{hit} \geq F_{tab}$ maka H_0 ditolak H_a diterima: secara bersama-sama variabel bebas mempengaruhi variabel terikat.
- Jika $F_{hit} < F_{tab}$ maka H_0 diterima dan H_a ditolak: secara bersama-sama variabel bebas tidak mempengaruhi variabel terikat.

Analisis uji F dilakukan dengan membandingkan nilai F tersebut, ditemukan tingkat kepercayaan $(1-\alpha)$ dan derajat kebebasan (Degree of Freedom : $K1 = K$, $K2 = n-k-1$) sehingga bisa ditetapkan nilai kritisnya. Hipotesis diatas menggunakan analisis

2 sisi (2 tails). Jika $F_{hitung} > F_{tabel}$ disebut signifikan, oleh karena itu H_0 ditolak dengan H_a diterima, artinya variabel-variabel independen (X_1, X_2, X_3) secara bersama-sama mempunyai pengaruh terhadap variabel terikat (Y).

3.5.4 Koefisien Determinasi (R^2)

Koefisien Determinasi (R^2) berguna untuk menunjukkan besarnya proporsi sumbangan seluruh variabel bebas terhadap variabel terikat dengan menggunakan rumus sebagai berikut : (Gujarati, 2006, Hal : 160).

$$R^2 = 1 - \frac{RSS}{TSS}$$

Keterangan :

R^2 = Koefisien determinasi

RSS = Residual sum of squares

TSS = Total sum of squares.

3.5.5 Uji Asumsi Klasik

3.5.5.1 Uji Multikolinearitas

Tujuan dari uji multikolinearitas adalah untuk melihat apakah dalam suatu model regresi, diantara sesama variabel bebas terdapat korelasi. Jika terdapat korelasi maka dikatakan telah terjadi kasus multikolinearitas.

Beberapa ciri munculnya kasus multikolinearitas diantaranya adalah:

1. Nilai R^2 dari model yang digunakan sangat tinggi sekali, biasanya diatas 0.9.
2. Nilai korelasi antar variabel bebas kuat atau berada diatas 0,6.
3. Nilai Variance Inflation Factor (VIF) dan angka tolerance. Nilai VIF yang dianggap bebas multikolinearitas apabila tidak melebihi 10 atau angka tolerance berada pada kisaran 1.

BAB IV

PROFIL KESEHATAN DI NEGARA INDONESIA

4.1 Situasi Derajat Kesehatan

4.1.1 Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Balita (AKABA)

Infant Mortality Rate /angka kematian bayi (AKB) adalah banyaknya bayi yang meninggal sebelum mencapai usia 1 tahun yang dinyatakan dalam 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama (Depkes, 2009).

Secara umum dari tahun ke tahun terjadi penurunan angka kematian bayi. Kecendrungan penurunan AKB dapat dipengaruhi oleh pemerataan pelayanan kesehatan berikut fasilitasnya. Pendapatan masyarakat yang meningkat juga berperan melalui perbaikan gizi yang pada gilirannya mempengaruhi daya tahan tubuh terhadap serangan penyakit (Depkes, 2009).

AKABA adalah jumlah anak yang dilahirkan pada tahun tertentu dan meninggal sebelum mencapai usia 5 tahun, dinyatakan sebagai angka per 1.000 kelahiran hidup. Menurut pedoman MDGs, Nilai normatif AKABA > 140 sangat tinggi, antara 71 – 140 tinggi, 20 – 70 sedang dan < 20 rendah menyajikan perkembangan AKABA, dimana dari tahun 1991- 2007 di Indonesia angka kematian balita cenderung menurun. Diperoleh hasil bahwa provinsi Sulawesi Barat memiliki AKABA paling tinggi sebesar 96 per 1.000 kelahiran hidup dan NTB sebesar 92 per seribu kelahiran hidup, sedangkan AKABA terendah dimiliki oleh Provinsi DI

Yogyakarta sebesar 22 per 1.000 kelahiran hidup, diikuti oleh Jawa Tengah sebesar 32 per 1.000 kelahiran hidup dan Kalimantan Tengah sebesar 34 per 1.000 kelahiran hidup (Depkes, 2009).

Sulawesi barat memiliki AKABA yang tinggi karena kematian balita didominasi oleh penyakit infeksi. Pada tahun 2001, kematian balita yang tertinggi adalah kematian akibat pneumonia yang angkanya adalah 4,6 per 1000 balita disusul dengan kematian penyebab diare sebesar 2,3 per 1000 balita (Surkesnas, 2001).

Tahun 2008 Dinas kesehatan D.I. Yogyakarta menyelenggarakan kegiatan Gerakan untuk kesejahteraan Balita (GARBA) yang menyebabkan AKABA di yogya semakin rendah, dimana tujuan gerakan ini adalah menurunkan angka kematian balita dan mempercepat penurunan gizi buruk di provinsi D.I Yogyakarta (Dinkes, 2008).

4.1.2 Angka Kematian Ibu (AKI)

Angka kematian ibu bersama dengan kematian bayi senantiasa menjadi indikator keberhasilan pembangunan pada sektor kesehatan. AKI mengacu pada jumlah kematian ibu yang terkait dengan masa kehamilan, persalinan, dan nifas (Depkes RI, 2008).

Angka Kematian Ibu (AKI) adalah banyaknya wanita yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan atau kasus insidental) selama kehamilan, melahirkan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup (Depkes RI, 2009). Hasil survey menunjukkan bahwa dari tahun (1991 - 2025). WHO memperkirakan bahwa 15 – 20% ibu hamil baik di

negara maju maupun berkembang akan mengalami risiko tinggi (risti) atau komplikasi. Salah satu cara yang paling efektif untuk menurunkan angka kematian ibu adalah dengan meningkatkan pertolongan persalinan oleh tenaga kerja terlatih (Bappenas, 2010).

Selama 25 tahun (1990 – 2015), diperkirakan AKI mengalami penurunan sebesar 52%. Laju penurunan AKI ini kemudian mengalami pelambatan pada periode 2000 – 2015, menjadi 36 % (Soemantri, 2007) dalam (Bahjuri dkk, 2008).

4.1.3 Usia Harapan Hidup Waktu Lahir

Usia harapan hidup (UHH) juga digunakan untuk menilai derajat kesehatan dan kualitas hidup masyarakat baik kabupaten/kota, provinsi, maupun negara. Adanya perbaikan pada pelayanan kesehatan melalui keberhasilan pembangunan pada sektor kesehatan dapat diindikasikan dengan adanya peningkatan usia harapan hidup (Depkes RI, 2009).

Menurut World Development Indicators dan CIA, usia harapan hidup di Indonesia mengalami peningkatan dari tahun 2005 – 2011, dapat dilihat pada gambar 4.1. Indonesia sebagai negara berkembang mempunyai rata - rata UHH pertahun sekitar 70,46 tahun sedangkan di negara Thailand yang juga dikenal juga sebagai negara berkembang mempunyai rata – rata UHH pertahun sekitar 73,36 tahun, lebih tinggi dari Indonesia, hal ini terjadi karena pengeluaran terhadap kesehatan di Thailand trendnya selalu meningkat selama 20 tahun terakhir terutama di sektor kesehatan swasta. Thailand juga mempunyai asuransi untuk masyarakat yang kurang mampu, mencakup 25 juta orang masyarakat miskin atau 41,4% dari populasi (CIA,

2010) kepesertaan penduduk Thailand terhadap kesehatan sekitar 56%. Hal inilah yang menyebabkan usia harapan hidup di Thailand semakin tinggi, karena pemerintah pusat dan swasta fokus dengan kesehatan masyarakat Thailand.

Negara Singapura merupakan negara maju, pembiayaan di Singapura yang dikenal dengan akronim 3M tersebut mengombinasikan sistem tabungan kesehatan universal (universal medical saving accounts) dengan program tambahan yang unik untuk melindungi warga yang miskin dan mencegah terjadinya market failure pada pembiayaan kesehatan. Dokter di Singapura mendapat gaji yang tinggi dan penduduk singapura relatif memiliki akses yang mudah terhadap teknologi canggih, seperti CAT scan, organ transplants sampai pembedahan bypass (Stefanus, 2004). Maka derajat kesehatan di singapura semakin tinggi karena di dukung oleh asuransi yang dikemas dalam bentuk tabungan yang mudah diterima kalangan masyarakat singapura dan teknologi yang dipakai sudah canggih.

Dengan semakin meningkatnya biaya pelayanan kesehatan, penduduk Indonesia perlu memiliki suatu jaminan pemeliharaan kesehatan, yang dapat mencakup seluruh penduduk Indonesia, meski pelaksanaannya harus bertahap. Hal ini berguna mengantisipasi era globalisasi, dimana komoditas kesehatan juga makin terbuka. Indonesia seharusnya juga mampu menciptakan teknologi untuk kesehatan agar pembiayaan kesehatan menjadi lebih terjangkau karena tidak perlu impor teknologi dari negara lain.

Tabel 4.1
Angka Harapan Hidup Tahun 2006 – 2011

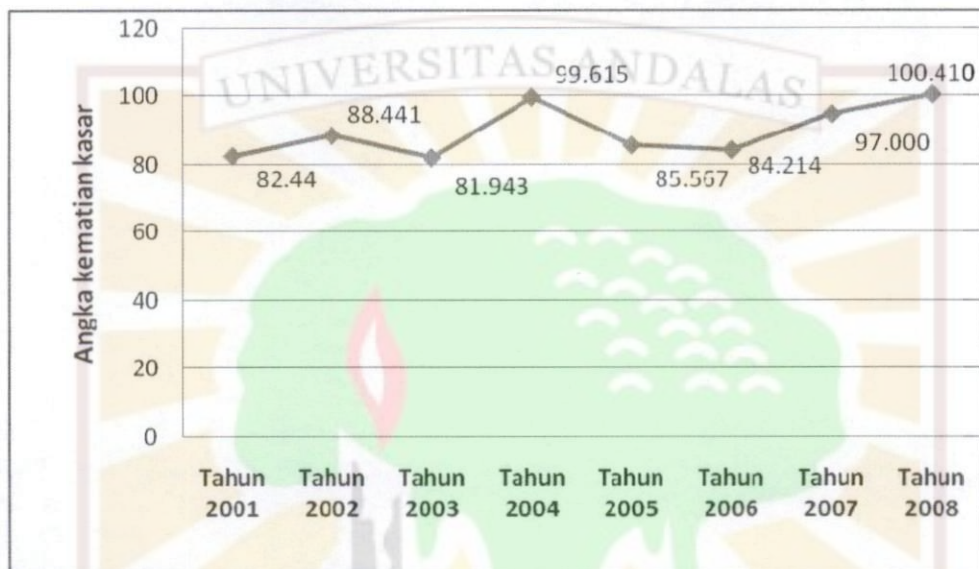
Tahun	Singapura	Thailand	Indonesia
2005	81.62	71.95	69.57
2006	81.71	72.25	69.87
2007	81.89	72.55	70.16
2008	81.89	72.83	70.46
2009	81.98	73.1	70.76
2010	82.06	75.02	71.05
2011	82.12	75.87	71.35
Umur rata-rata per tahun	81.89	73,36	70,46

Sumber : - Tahun 2005 – 2010, World Factbook dalam (CIA 2010)
- Tahun 2011, Proyeksi dengan metode *Least Square*

4.1.4 Angka Kematian Kasar (AKK)

Angka kematian kasar adalah jumlah kematian yang terjadi pada suatu waktu dan tempat tertentu per 1.000 penduduk pada pertengahan tahun. Dalam Riset kesehatan dasar 2007 didapatkan mortalitas satu tahun yang terkumpul dari 33 provinsi dalam kurun waktu tersebut sebanyak 4.552 kejadian kematian dari 258.488 rumah tangga responden. Dengan demikian angka kematian kasar adalah 4 per 1.000, yaitu 4.552 per 1.163.196.

Tabel 4.2
Angka Kematian Kasar Di Rumah Sakit Indonesia Tahun 2001 – 2008



Sumber : Ditjen Bina Yanmedik, Depkes RI, 2009

Besarnya potensi pengembangan rumah sakit di Indonesia dapat ditunjukkan dari masih tingginya tingkat kebutuhan akan jasa layanan yang diukur dengan derajat kesehatan masyarakat, salah satunya dengan mengukur angka kematian kasar. Pada tabel 4.2, jumlah kematian tahun 2002 bertambah dari tahun sebelumnya begitu juga tahun-tahun berikutnya mengalami turun naik hal ini terjadi karena kurangnya sumber daya kesehatan (SDM) yang berkualitas dan memadai, contohnya sekitar 80% dari dokter spesialis yang bekerja di rumah sakit swasta merangkap bekerja di rumah sakit milik pemerintah (Ernil, 2009). Hal ini terjadi karena akibat masih relatif langkanya keberadaan para dokter spesialis ini, padahal kebutuhan akan jasa mereka sangat tinggi. Disisi lain, ada sebagian dokter yang belum berpengalaman kemudian

terjun ke lapangan dengan skill yang belum memadai yang menyebabkan malpraktek yang mengakibatkan tingginya angka kematian.

4.2 Anggaran Belanja Kesehatan

4.2.1 Anggaran Pemerintah Pusat Menurut Fungsi

Tabel 4.3
Belanja Pemerintah Pusat Menurut Fungsi, 2005 – 2011 (milyar rupiah)

Tahun	Obat dan Perbekalan Kesehatan	Pelayanan Kesehatan Perorangan	Pelayanan Kesehatan Masyarakat
2005	359,2	2.093,1	5.053,7
2006	924,0	4.839,2	4.152,4
2007	884,6	8.070,3	3.348,1
2008	1.388,6	8.780,6	1.715,7
2009	1.274,5	9.765,2	2.712,1
2010	1.410,1	11.945,6	3.391,9
2011	1.422,8	6.571,5	1.420,3

Sumber: - Tahun 2006 – 2011 (Departemen Keuangan RI, 2009)

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa, pada tahun 2008 terjadi penurunan anggaran, hal ini terjadi karena anggaran pada saat itu di fokuskan pada untuk pembangunan infrastruktur, yaitu pada anggaran departemen perhubungan menjadi kedua terbesar setelah depdiknas, sebab menurut pemerintah salah satu cara menekan kemiskinan dan pengangguran adalah dengan menggalakkan infrastruktur (Paskah, 2010).

Dalam anggaran ini pemerintah memutuskan secara tidak adil, karena untuk membangun bangsa tersebut SDM yang harus diprioritaskan terlebih dahulu, salah satunya sektor kesehatan sebab jika manusia sehat maka manusia tersebut akan berpikir dengan jernih. Dilihat dari nilai nominal anggaran tahun 2009 – 2010, kenaikan anggaran cenderung mengecil dibandingkan tahun - tahun sebelumnya, namun untuk dikatakan memadai masih jauh dari yang dibutuhkan, sedangkan

pendapatan rumah sakit dan instansi kesehatan lainnya serta dari pendapatan jasa pelayanan rumah sakit dan penjualan obat pemerintah mendapatkan dana sebesar 3,7 milyar (80,7 %), (Ernil, 2009).

Menurut Farhan (2011), ada struktur anggaran APBN 2011 anggaran kesehatan hanya dia alokasikan sekitar 1% dari APBN. Jumlah ini jauh dari amanat pasal 171 Undang–Undang Kesehatan yang mewajibkan pemerintah mengalokasikan minimal 5% dari total APBN Untuk sektor Kesehatan.

Di sisi lain, juga memprihatinkan karena jasa yang seharusnya diberikan kepada publik secara gratis masih dijadikan sebagai sumber pendapatan. Hal ini juga terlihat jelas bahwa ambisi pemerintah untuk mendirikan rumah sakit berstandar internasional yang akan mendapatkan penghasilan yang tinggi dari rumah sakit umum. Apabila pemerintah memakai metode ini kemungkinan dalam jangka panjang derajat kesehatan akan meningkat secara bertahap dan Indonesia dapat memenuhi syarat dari WHO yaitu 5 – 6% dari APBN (Anfasa, 2003).

4.2.2 Pengalokasian Dana Anggaran Kesehatan Di Indonesia Dan Negara Asean Lainnya

Dapat dilihat dari tabel 4.4 bahwa Pengeluaran kesehatan total (*total health expenditure*) dan pengeluaran kesehatan oleh pemerintah (*public health expenditure*) relatif terhadap Produk Domestic Bruto (PDB) lebih rendah dibanding dengan Vietnam, Laos, dan Kamboja. Persentase pendapatan pemerintah terhadap PDB lebih besar dari Cina, Kamboja dan Filipina, tetapi persentase pengeluaran pemerintah untuk kesehatan justru lebih kecil (World Bank, 2008). Jika dilihat dari besaran

permasalahan kesehatan seperti kematian ibu, kematian bayi dan kekurangan gizi di Indonesia yang jauh lebih besar dibandingkan dengan negara-negara ASEAN tersebut. Hal ini terjadi karena pemerintah lebih fokus pada infrastruktur seperti perhubungan dan pertahanan sehingga bidang kesehatan terabaikan.

Tabel 4.4
Gambaran Belanja Kesehatan di Indonesia dan Negara Asean

Negara	Belanja Kesehatan Perkapita (USD)	Total Belanja Kesehatan Terhadap GDP (USD)	Persentase Belanja Kesehatan Pemerintah	Persentase Belanja Kesehatan Non Pemerintah
Brunai Darussalam	430	3,5	78,2	21,8
Kamboja	32	12	17,1	82,9
Indonesia	26	3,2	36	64
Malaysia	149	3,8	53,8	46,2
Myanmar	315	2,2	18,5	81,5
Filipina	28	2,9	39,1	60,9
Singapura	898	4,3	30,9	69,1
Thailand	90	4,4	69,7	30,3
Vietnam	23	5,2	29,3	70,8

Sumber : WHO Report 2005 dalam (Bahjuri dkk, 2008)

Pada tabel 4.4 menunjukkan bahwa, Indonesia masih tergantung pada penyediaan layanan kesehatan di non pemerintah / swasta yaitu sebesar 64% lebih besar dibandingkan penyediaan layanan kesehatan oleh pemerintah yaitu sebesar 36%. Setelah krisis ekonomi pemanfaatan pelayanan kesehatan sektor swasta walaupun layanan kesehatan publik tersedia luas. Sementara kecendrungan kini telah menunjukkan peningkatan dalam pemanfaatn publik, peningkatan ini masih rendah dibandingkan sebelum krisis. Bahkan penduduk termiskin sekalipun lebih suka

menggunakan jasa pelayanan sektor swasta dari pada layanan kesehatan yang di subsidi pemerintah (World Bank, 2006) dalam (World Bank, 2007).

Menurut (World Bank, 2007), Perbandingan wilayah negara untuk tingkat pengeluaran di sektor kesehatan menunjukkan bahwa tingkat pengeluaran Indonesia masih jauh di bawah tingkat pengeluaran negara-negara tetangga di Asia Timur, dengan tingkat kurang dari 1 persen dari PDB dan hanya 4,5 persen dari jumlah total pengeluaran untuk sektor kesehatan. Negara lain, bahkan negara dengan pendapatan per kapita yang lebih rendah seperti Filipina mengeluarkan sekitar 3 persen dari PDB mereka untuk kesehatan publik.

Menurut Anfasa (2003), APBN selama lebih dari 50 tahun Indonesia merdeka dana yang dialokasikan untuk pembangunan kesehatan masyarakat tidak pernah melebihi angka 4.0% (sekitar 3.0-3.5%, sedangkan WHO menganjurkan minimal 5.0-6.0% dari dana APBN). Terkait dengan pengeluaran untuk sektor ini sebagai bagian dari total pengeluaran, sekali lagi Indonesia tertinggal di belakang Filipina.

4.2.3 Pemakaian Obat Untuk Asuransi

Secara umum, penduduk yang mengikuti asuransi kesehatan sosial maupun komersial mempunyai akses dan dapat menjangkau obat-obatan esensial. Peserta Asuransi Kesehatan (ASKES) yaitu 14 juta pegawai negeri sipil, anggota keluarganya dan pensiunan mendapatkan pelayanan kesehatan dasar di puskesmas dan rumah sakit. Selain itu ASKES juga bekerja sama menangani asuransi kesehatan sosial di 16 Kabupaten/Kota dan sejak 2005-2007 menangani ASKESKIN. Asuransi kesehatan sosial lain yang lebih kecil adalah yang dikelola oleh TNI dan POLRI (dengan

cakupan 2 juta) dan Jamsostek (dengan cakupan 5 juta jiwa pekerja sektor formal). Akses membolehkan adanya pemberian resep kepada pasien, obat yang tidak termasuk dalam daftar asalkan disertai dengan justifikasi tertulis dari dokter, tanpa adanya persyaratan atau kontrol yang ketat. Hal berkontribusi cukup besar pada lonjakan pengeluaran obat program Askeskin dari 1 triyun rupiah tahun 2006 menjadi 1,8 trilyun pada tahun 2007 dan berkontribusi sebesar 40 persen dari seluruh pengeluaran Askeskin (Bahjuri dkk, 2008)

4.2.4 Regulasi Pemerintah Di Pasar Obat Di Indonesia

Indonesia dalam hal asuransi kesehatan telah menerapkan program Jamkesmas untuk masyarakat miskin. Pemerintah sejak tahun 2008 meningkatkan dana untuk program asuransi ini setiap tahunnya, dan selalu terserap habis, bahkan seakan terus bertambah kebutuhannya. Selain Jamkesmas pemerintah sedang menggalakkan yaitu mencapai Millennium Development Goals (MDG's), seperti menurunnya angka kematian bayi serta menurunkan penyakit menular dimana harus didukung oleh akses obat yang aman berkhasiat, bermutu dan jumlahnya sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan. Efisiensi pembiayaan obat melalui penerapan *Health/Medicine Account* dan prinsip ekonomi dengan demikian merupakan langkah yang sedang diambil pemerintah.

Obat sebagai komponen terbesar dari biaya kesehatan disebabkan karena masih relatif mahalnya harga obat. Produsen obat di Indonesia menetapkan harga yang tinggi. Belum lagi rata - rata margin distributor obat di Indonesia sekitar 11 - 12%, masih lebih tinggi dari pada margin di negara – negara ASEAN yang sekitar 3 - 4%.

Oleh karena itu, harga obat di Indonesia adalah yang termahal di ASEAN. Penyebab mahalnya harga obat di Indonesia karena :

1. Bahan baku untuk produksi obat hampir seluruhnya import (95%), dimana Indonesia belum bisa memproduksi sendiri karena proses sintesis yang cukup rumit, dengan demikian maka harga obat akan dipengaruhi oleh kurs nilai rupiah terhadap dollar.
2. Kurangnya berminatnya orang untuk masuk ke dalam usaha produksi obat yang menyebabkan pasar obat cenderung oligopoli.

Walaupun harga obat generik sudah ditetapkan dan murah namun penggunaannya masih kurang oleh masyarakat. Penggunaan obat generik oleh masyarakat hanya Rp 2,53 triliun (10%) dan dalam kurun waktu yang sama kemudian menurun menjadi Rp 2,37 triliun (7,2%. Sedangkan dana untuk pasar obat terus naik (Kuswenti, 2010), hal ini disebabkan karena masyarakat belum teredukasi akan kualitas obat generik yang sama dengan kualitas yang bermerk.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Uji Prasyarat

➤ Uji Multikolinearitas

Multikolinearitas adalah terdapatnya hubungan yang kuat antara variabel bebas dalam persamaan regresi. Adanya Multikolinearitas menyebabkan adanya ketidakpastian estimasi, sehingga mengarahkan kesimpulan yang menerima hipotesis 0, hal ini menyebabkan koefisien elastisitas menjadi tidak signifikan.

Untuk melihat terdapatnya atau tidaknya multikolinearitas dapat dilihat dari nilai VIF. Nilai VIF yang dianggap bebas multikolinearitas apabila $VIF < 10$, tetapi bila $VIF > 10$ maka terdapat multikolinearitas dan nilai tolerance $> 0,1$. Dengan bantuan SPSS, maka didapat hasil korelasi antara Variabel bebas sebagaimana dilihat pada tabel 5.1 sebagai berikut :

Tabel 5.1
Hasil Uji Multikolinearitas

MODEL	COLLINEARITY STATISTICS		KETERANGAN
	TOLERANCE	VIF	
CONSTANT			
Ln X1	0.914	1.094	Bebas multikolinearitas
Ln X2	0.401	2.495	Bebas multikolinearitas
Ln X3	0.380	2.634	Bebas multikolinearitas

Dari tabel 5.1 dilihat nilai $VIF < 10$ yaitu X1 sebesar 1.094, X2 sebesar 2.495 terdapat multikolinearitas dan X3 sebesar 2.634 bebas multikolinearitas, maka dapat

disimpulkan bahwa terdapat mulikolinearitas antara variabel bebas sebab $VIF < 10$ dan nilai tolerance $> 0,1$ yang menyebabkan semua variabel bebas yakni obat dan perbekalan, pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat dapat dimasukkan ke dalam model regresi yang bersangkutan dalam penelitian.

5.2 Temuan Empiris

Dalam bab ini dibahas mengenai pengaruh obat dan perbekalan kesehatan (X1), Pelayanan kesehatan perorangan (X2) serta Pelayanan kesehatan masyarakat (X3) terhadap angka harapan hidup (Y) di Indonesia dengan bantuan program SPSS (Statistic Program For Science). Akan dianalisis tentang variabel – variabel yang mempengaruhi pola pembiayaan kesehatan di Indonesia.

Variabel angka harapan hidup di Indonesia (Y) diperoleh dari data World Factbook dalam CIA, 2010 (Central Intelegensy Agency) dan tahun 2011 dihitung menggunakan metode *Least Square* sebagai variabel dependen, untuk variabel independennya digunakan data APBN mennurut fungsi kesehatan yang diperoleh dari Departemen Keuangan Negara tahun 2005 – 2011. Dalam pembahasan pengaruh pengaruh pembiayaan terhadap angka harapan hidup di Indonesia digunakan persamaan sebagai berikut :

$$\text{LnY} = \text{Ln } x + \beta_1 \text{Ln } X_1 + \beta_2 \text{Ln } X_2 + \beta_3 \text{Ln } X_3 + e_i \dots \dots \dots (3)$$

Dimana:

$\text{Ln } Y$ = Angka Harapan Hidup.

$\text{Ln } X_1$ = Obat dan perbekalan kesehatan.

$\text{Ln } X_2$ = Pelayanan kesehatan perorangan.

$\text{Ln } X_3$ = Pelayanan kesehatan masyarakat.

$\beta_1 \dots \beta_3$ = Elastisitas $X_1 - X_3$

$\text{Ln } X$ = Konstanta

e_i = Variabel Pengganggu (error term)

Dengan menggunakan data lampiran maka hasil regresi dari model atau persamaan (3) adalah :

$$\text{Ln } Y = 8.547 - 0,65 \text{ Ln } X_1 + 0,16 \text{ Ln } X_2 - 0.03 \text{ Ln } X_3$$

T-test	(3.625)	(4.375)	(1.226)
--------	---------	---------	---------

Sig	(0.036)	(0.022)	(0.308)
-----	---------	---------	---------

Adjusted $R^2 = 0,861$

F-test = 13,437

T-tabel = 3,182

F-tabel = 9,28

5.3 Pengujian Model

5.3.1 Koefisien Determinasi

Dalam hal ini yang dipakai adalah nilai adjusted R^2 karena model ini menggunakan data times series. Dari hasil analisis dapat diketahui bahwa nilai koefisien determinasi Adjusted R^2 adalah 0,861 (86,1%), berarti bahwa sumbangan yang diberikan variabel independent terhadap variabel dependent adalah sebesar 86,1%. Hal ini menunjukkan bahwa 86,1% variabel dependent dalam penelitian ini mempengaruhi angka harapan hidup di Indonesia dan 13,9% dipengaruhi oleh faktor-faktor di luar penelitian ini yang tidak masuk ke dalam model.

Tingkat signifikan yang diperoleh dari variabel X1 yaitu 0,036 ($0,036 < 0,05$) berarti pembiayaan obat dan perbekalan mempengaruhi angka harapan hidup secara signifikan artinya jika pembiayaan obat dan perbekalan meningkat maka angka harapan hidup juga meningkat

Tingkat signifikan yang diperoleh dari variabel X2 yaitu 0,022 ($0,022 < 0,05$) berarti pembiayaan pelayanan kesehatan perorangan mempengaruhi angka harapan hidup secara signifikan artinya jika pembiayaan pelayanan kesehatan perorangan meningkat maka angka harapan hidup juga meningkat.

Tingkat signifikan yang diperoleh dari variabel X3 yaitu 0,308 ($0,308 > 0,05$) berarti pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat tidak mempengaruhi angka harapan hidup secara tidak signifikan artinya jika pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat meningkat maka angka harapan hidup rendah.

5.3.2 F-Test

Uji F dilakukan untuk menentukan apakah secara bersama-sama variabel independen mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap variabel dependent. Pengujian ini dilakukan dengan membandingkan F-Test dengan F-Tabel pada derajat kepercayaan 99% dimana bila $F_{test} > F_{tabel}$ pada derajat kepercayaan 99% maka H_0 ditolak yang berarti bahwa ada pengaruh yang signifikan dari keseluruhan variabel independent terhadap variabel dependent . sedangkan bila $F_{test} < F_{tabel}$ maka H_0 diterima yang berarti bahwa tidak ada pengaruh yang signifikan terhadap variabel dependent

Dari hasil penelitian didapatkan nilai F-test sebesar 13,437 sedangkan F_{tabel} dihitung dengan cara $df_1 = k-1$, dan $df_2 = n-k$, dimana k adalah jumlah variabel dependent dan independent, sedangkan n adalah jumlah data, maka didapatkan nilai F_{tabel} (3,3) sebesar 9,28. Hal ini menunjukkan nilai $F_{\text{test}} > F_{\text{tabel}}$ dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pengaruh pembiayaan kesehatan dengan APBN terhadap angka harapan hidup berpengaruh secara signifikan.

5.3.3 T-test

Masing-masing variabel independent mempengaruhi variabel dependent jika $T\text{-test} > T\text{-tabel}$, dan begitu sebaliknya masing-masing variabel independent) tidak mempengaruhi variabel dependent jika $T\text{-test} < T\text{-tabel}$.

Dari hasil pengujian maka T-tabel dapat dihitung dengan cara $\alpha = \alpha/2$, $v = n-k$ sehingga didapatkan nilai T-tabel (0,025,3) sebesar 3,182. Pembiayaan obat dan perbekalan kesehatan diperoleh nilai T-test sebesar 3,625 sedangkan nilai T-tabel sebesar 3,182 ($T\text{-test} > T\text{-tabel}$), sehingga pembiayaan obat dan perbekalan kesehatan berpengaruh signifikan terhadap angka harapan hidup. Nilai T-test dari pembiayaan pelayanan kesehatan perorangan adalah sebesar 4,375 sedangkan nilai T-tabel sebesar 3,182 berarti nilai ($T\text{-test} > T\text{-tabel}$) sehingga pembiayaan pelayanan kesehatan perorangan berpengaruh signifikan terhadap angka harapan hidup.

Nilai T-test dari pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat adalah sebesar 1,226 sedangkan T-tabel 3,182 berarti ($T\text{-test} < T\text{-tabel}$) berarti pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat tidak berpengaruh signifikan terhadap angka harapan hidup.

5.4 Implikasi Kebijakan

Dari hasil penemuan empiris yang telah dijelaskan sebelumnya menunjukkan bahwa adanya pengaruh yang signifikan perbekalan kesehatan dan pelayanan kesehatan perorangan, serta adanya hubungan yang tidak signifikan antara pelayanan kesehatan masyarakat terhadap angka harapan hidup di Indonesia.

Implikasi kebijakan dari masing-masing faktor, akan dijelaskan sebagai berikut:

Implikasi Kebijakan Faktor Obat Dan Perbekalan Kesehatan

Ternyata obat dan perbekalan kesehatan berpengaruh signifikan dengan angka harapan hidup. Implikasi kebijakannya adalah agar pemerintah menggalakkan lagi pentingnya pemakaian obat generik kepada masyarakat karena penggunaan obat generik oleh masyarakat masih kurang, hal ini disebabkan oleh masih belum teredukasinya masyarakat akan kualitas obat generik yang sama kualitasnya dengan obat bermerk. Pemerintah hendaknya menetapkan harga obat generik sesuai dengan pendapatan masyarakat, khususnya masyarakat kalangan menengah ke bawah supaya tercipta masyarakat yang sehat dan sejahtera serta memberikan subsidi kepada produsen obat karena bahan baku obat diimpor dari luar negeri sehingga harga bahan baku obat mahal.

Implikasi Kebijakan Faktor Pelayanan Kesehatan Perorangan

Pengaruh antara faktor pelayanan kesehatan perorangan terhadap angka harapan hidup memiliki hubungan yang signifikan. Implikasi kebijakannya dengan memberikan keadilan kepada masyarakat menengah ke bawah dalam hal pembiayaan

kesehatan, yaitu dengan memberikan asuransi kepada masyarakat sesuai dengan keadaan ekonomi masyarakat tersebut atau menggratiskan pembiayaan kesehatan bagi masyarakat yang berpendapatan rendah. Kemudian memberikan kemudahan prosedur dalam pembiayaan kesehatan dengan asuransi agar masyarakat tidak kesulitan dalam memperoleh pelayanan kesehatan dengan asuransi.

Implikasi Kebijakan Faktor Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Terdapatnya pengaruh yang tidak signifikan antara faktor kesehatan masyarakat dengan angka harapan hidup. Pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat yang terdiri dari laboratorium kesehatan masyarakat dan pelayanan sediaan farmasi masih belum lengkap, ada sebagian peralatan rumah sakit yang tidak layak pakai untuk diagnosis penyakit, namun masih digunakan sehingga hasilnya tidak akurat ini terjadi pada rumah sakit pemerintah. Lain halnya dengan rumah sakit swasta yang peralatan sudah canggih namun pembiayaan mahal dan tidak terjangkau oleh masyarakat menengah ke bawah. Maka akhirnya masyarakat tetap memilih rumah sakit pemerintah karena pembiayaannya murah tapi kualitasnya kurang bagus. Untuk implikasi kebijakannya yaitu pemerintah dapat memberikan fasilitas yang terbaik untuk rumah sakit pemerintah, bila perlu juga dapat bekerja sama dengan rumah sakit swasta untuk memberikan teknologi kesehatan yang bagus dan akurat kepada masyarakat. Kemudian tenaga kesehatan rumah sakit pemerintah seperti dokter-dokter spesialis, penempatannya juga harus sesuai dengan yang dibutuhkan masyarakat karena banyak rumah sakit pemerintah yang kekurangan dokter – dokter spesialis.

BAB VI

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Dari hasil analisa yang dilakukan dengan menggunakan data *times series* dari tahun 2005 sampai tahun 2011 tentang pengaruh pembiayaan kesehatan terhadap angka harapan hidup. Maka dikemukakan bahwa variabel independent yaitu pembiayaan obat dan perbekalan kesehatan mempunyai pengaruh yang signifikan dengan angka harapan hidup dan pelayanan kesehatan perorangan memiliki pengaruh yang signifikan dengan angka harapan hidup, serta pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat yang memiliki pengaruh yang tidak signifikan terhadap angka harapan hidup. Pengaruh variabel tersebut dapat disimpulkan:

- Pembiayaan obat dan perbekalan kesehatan signifikan mempengaruhi angka harapan hidup.
- Pembiayaan pelayanan kesehatan perorangan signifikan mempengaruhi angka harapan hidup.
- Pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat tidak signifikan mempengaruhi angka harapan hidup.
- Koefisien adjusted R^2 yaitu sebesar 0,861 berarti sumbangan dari variabel – variabel bebas besar pengaruhnya terhadap angka harapan hidup di Indonesia yaitu sebesar 86,1% dan hanya 13,9 persen yang dijelaskan oleh faktor lain di luar penelitian.

6.2 Saran

- Untuk jangka panjang, pemerintah sebaiknya sudah mulai memikirkan untuk mengalokasikan sumber daya yang lebih besar kepada sektor kesehatan, karena saat ini Indonesia menyediakan kurang dari sepertiga dana kesehatan yang disediakan di negara lain di kawasan Asia Tenggara yang memiliki tingkat paling rendah dalam pengeluaran untuk sektor kesehatan. Namun demikian, fokus utama sebaiknya diarahkan pada efisiensi alokasi anggaran dan kualitas layanan kesehatan sebelum melakukan peningkatan keseluruhan pengeluaran untuk sektor kesehatan. Secara umum, pengeluaran untuk sektor kesehatan di Indonesia masih rendah dan masalah utamanya adalah alokasi sumber daya yang tidak efisien dan tidak merata.
- Kesenjangan sebaiknya dapat dikurangi dengan meningkatkan akses terhadap layanan dan memperbaiki kualitas layanan kesehatan untuk penduduk miskin karena masyarakat miskin lebih banyak yang belum menikmati fasilitas kesehatan yang layak.
- Perlu identifikasi/pengkajian ulang tentang pembiayaan kesehatan agar lebih terkoordinir dan pembiayaannya tepat pada sasaran.
- Penerapan peraturan, perizinan, dan akreditasi bagi penyedia layanan kesehatan sektor swasta perlu untuk menjamin kualitas layanan kesehatan swasta. Sektor swasta dalam sistem kesehatan di Indonesia telah tumbuh secara pesat. Terlepas dari pentingnya keberadaan mereka, tidak banyak yang bisa diketahui mengenai siapa mereka, di mana mereka, dan layanan apa yang mereka sediakan. Hampir

DAFTAR PUSTAKA

- Amelia, Rieka. 2009. Tesis: "*Analisis Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Pemanfaatan Kartu Askes*". Pasca Sarjana FE-UA.
- Anfasa, Farid. 2003. Makalah: "*Pembangunan Berkelanjutan Dalam Peningkatan Derajat Kesehatan Manusia (Pendekatan Pada Paradigma Sehat)*". Seminar Pembangunan Hukum Nasional VIII, Denpasar
- Arif, Sritua. 1993. "*Metodologi pendidikan Ekonomi*". UI, Jakarta.
- Badan Pusat Statistik. 2010. "*Hasil Sensus Penduduk 2010, Data Agregat Perprovinsi*". Jakarta
- Bahjuri dkk. 2008. "*Pembangunan Kesehatan Dan Gizi Di Indonesia: Overview Dan Arah Ke Depan*". Jakarta.
- Bappenas. 2008. "*Pembiayaan Pencapaian MDGs di Indonesia*". Jakarta.
- Bappenas. 2010. "*Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Millennium Indonesia*". Jakarta.
- Becker G & Robert Tamura. 1990, "*Human Capital and economic Growth*". Journal Of political Economic, Vol. 98 No 5 Universitas Of Chigago.
- Budget Info. 2010. "*Invektivitas Trend Belanja Pemerintah Dalam APBN 2005-2010*". Jakarta.
- CIA . 2010. "*World Factbook :Life expectancy at birth*". United Stated
- Claudia dkk, 2008. "*Health Financing in Indonesia: A Reform Road Map*". World Bank, Jakarta.
- Departemen Keuangan RI. 2010. "*Daftar pokok APBN 2005 – 2011*". Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI 2008. "*Profil Kesehatan Indonesia 2007*". Jakarta.
- _____. 2008, "*Profil Kesehatan Indonesia 2006*". Jakarta.

- _____. 2003. *"Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kab/kota sehat"*. Jakarta
- _____. 2008. *"Pedoman Pengelolaan Perbekalan Farmasi di Rumah Sakit"*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI
- _____. 2009. *"Profil Kesehatan Indonesia 2008"*. Jakarta
- Dinas Kesehatan. 2008. *"Profil kesehatan D.I Yogyakarta"*. Propinsi D.I Yogyakarta
- Ernil, Azhari. 2009. *"Potret Bisnis Rumah Sakit Indonesia"*. Jakarta.
- Farhan, Yuna. 2011. Sekjen Fitra : *"Ritual Nota Keuangan RAPBN 2011: 65 Tahun Indonesia Merdeka"*. Jakarta.
- Gujarati, Damador N. 2006. *"Dasar-Dasar Ekonometrika Jilid 1"*, Erlangga Jakarta.
- Ilyas, Yusrizal. 2009. *"Kebijakan Pengelolaan Dana Dekonsentrasi Dan Dana Tugas Pembantuan (Berdasarkan Pp 7 Tahun 2008 Dan Pmk 156/Pmk.07/2008)"*. Jakarta
- Indra, Bastian. 2006, *Sistem Perencanaan dan Penganggaran Pemerintahan Daerah di Indonesia*. Jakarta : Salemba Empat.
- Kuswenti, Winny. 2010. *"Regulasi Pemerintah Pada Pasar Obat Di Indonesia"*. Jakarta.
- Sulastomo, 1999. *"Mencari Model Sistem Pembiayaan Kesehatan"*. Siswono , 7 November, 2001. Kompas.
- Liu, Eva & Lee, Vicky. 1998. *"Health Care Expenditure and Financing in Australia"*. Research and Library Services Division & Provisional Legislative Council Secretariat, Page 1 – 10.
- Yusuf, Malle. 2009. Pemkab Majalengka: *"Pelayanan Publik"*. Diakses dari www.google.com.
- Munawar. 2007. *"Kebijakan Kesehatan"*. STIKES Marendeng
- Paskah, Suzetta. 2010. *"Mendisiplinkan Belanja Memang Berat"*. Trust 22 Desember.

Patria, Ernest. 2009. "*Kerangka Pengeluaran Jangka Menengah (Kpjm) Medium Term Expenditure Framework (Mtef)*". Ministry of Finance – Republic of Indonesia.

Rahadiana, Reika. "*Alokasi Dana Kesehatan Di Indonesia Rendah*", Tempointeraktif, 2009.

Rizal, Dimas. 2010. Skripsi : "*Analisis Efisiensi Belanja Kesehatan Pemerintah Daerah Di Provinsi Jawa Tengah*". Fakultas Ekonomi Universitas Diponegoro

Roesma, Sonja. 1993. "*The Role of health Insurance in Indonesia*", Seminar Hospital Management For Improving Pruductivity.

Schreyogg, jonas. 2004. "*Health-Care Reforms In Singapore – Twenty Years Of Medical Savings Accounts*". CESifo DICE Report 3/2004.

Sirait, Robby. 2006. "*Studi Mortalitas Bayi dan Anak di Indonesia*". Jakarta

Stefanus, Lawuyan. 2004. "*Tabungan Kesehatan nasional*". Surabaya

Surkesnas. 2001. "*Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Barat*". Propinsi Sulawesi

Todaro. 2000. "*Pembangunan Ekonomi di Dunia Ketiga*". Jakarta: Erlangga

Tjiptoherijanto, Priyono & Soesetyo. 1993. "*Ekonomi Kesehatan*". Jakarta: PT Rineka Cipta.

World Health Organization, 2004. "*Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experiences*", WHO Geneva, Paper Number 4, th 2004 .

World Bank. 2008. "*Berinvestasi Dalam Sektor Kesehatan Indonesia : Tantangan Dan Peluang Untuk Pengeluaran Publik Di Masa Depan*". Jakarta.

_____. 2007. "*Kajian pengeluaran publik: Indonesia memaksimalkan peluang baru*". Jakarta

_____. 2009. "*Prioritas Kebijakan Untuk Tahun 2010: Pelayanan Kesehatan Untuk Semua*" Jakarta

World Development Indicators. 2008. "*Life Expectancy At Birth*". New York.

Yafuz, Ali. 2008. "*Berinvestasi Dalam Sektor Kesehatan: Tantangan Dan Peluang Untuk Pengeluaran Publik Di Masa Depan*". World Bank, Jakarta.

LAMPIRAN DATA

Tahun	Angka Harapan Hidup	Obat dan Perbekalan Kesehatan	Pelayanan kesehatan perorangan	Pelayanan kesehatan masyarakat
2005	69.57	359.200.000	2.093.100.000	5.053.700.000
2006	69.87	924.000.000	4.839.200.000	4.152.400.000
2007	70.16	884.600.000	8.070.300.000	3.348.100.000
2008	70.46	1.388.600.000	8.780.600.000	1.715.700.000
2009	70.76	1.274.500.000	9.765.200.000	2.712.100.000
2010	71.05	1.410.100.000	11.945.600.000	3.391.900.000
2011	71.35	1.422.800.000	6.571.500.000	1.420.300.000

Sumber: - APBN Tahun 2006 – 2011 (Departemen Keuangan RI, 2010)
 - Angka Harapan Hidup 2006 -2010 (CIA, 2010)
 - Angka Harapan Hidup Tahun 2011 (Proyeksi Metode *Least Square*).

DATA NATURAL LOG (Ln)

Tahun	Ln Y	Ln X1	Ln X2	Ln X3
2005	8.847503626	2.677957684	35.27742	33.35254527
2006	8.851806559	2.705759043	36.11553	35.96246288
2007	8.855948534	2.70449368	36.62697	35.74716942
2008	8.860215359	2.717510456	36.71132	35.07859756
2009	8.864464055	2.715048313	36.8176	35.53649964
2010	8.868554041	2.71795102	37.01914	35.76016663
2011	8.87276753	2.49758789	36.42152	34.88964451

Proyeksi Data Dengan Metode Least Square

❖ Angka Harapan Hidup di Indonesia

Tahun	Y	X	XY	X ²
2006	69.87	-2	-139,7	4
2007	70.16	1	-70,16	1
2008	70.46	0	0	0
2009	70.76	1	70,76	1
2010	71.05	2	142,1	4
Σ	352,3	0	2,96	10

$$Y = a + b x$$

$$a = \frac{\sum Y}{n} = \frac{352,3}{5} = 70,46$$

$$b = \frac{\sum XY}{\sum X^2} = \frac{2,96}{10} = 0,296$$

Proyeksi Angka Harapan Hidup Tahun 2011

$$Y = 70,46 + 0,296 (3)$$

$$= 71,35$$

Regression

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
LnY	8.8602	.00909	7
LnX1	2.6766	.08014	7
LnX2	36.4271	.58347	7
LnX3	35.1896	.89732	7

Correlations

		LnY	LnX1	LnX2	LnX3
Pearson Correlation	LnY	1.000	-.485	.720	.346
	LnX1	-.485	1.000	.168	.282
	LnX2	.720	.168	1.000	.772
	LnX3	.346	.282	.772	1.000
Sig. (1-tailed)	LnY	.	.135	.034	.223
	LnX1	.135	.	.360	.270
	LnX2	.034	.360	.	.021
	LnX3	.223	.270	.021	.
N	LnY	7	7	7	7
	LnX1	7	7	7	7
	LnX2	7	7	7	7
	LnX3	7	7	7	7

Variables Entered/Removed^d

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	LnX3, LnX1 ^a , LnX2 ^a	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: LnY

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.965 ^a	.931	.861	.00338

a. Predictors: (Constant), LnX3, LnX1, LnX2

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	.000	3	.000	13.437	.030 ^a
	Residual	.000	3	.000		
	Total	.000	6			

a. Predictors: (Constant), LnX3, LnX1, LnX2

b. Dependent Variable: LnY

Coefficients

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1	(Constant)	8.547	.096		88.798	.000					
	LnX1	-.065	.018	-.576	-3.625	.036	-.485	-.902	-.551	.914	1.094
	LnX2	.016	.004	1.050	4.375	.022	.720	.930	.665	.401	2.495
	LnX3	-.003	.002	-.302	-1.226	.308	.346	-.578	-.186	.380	2.634

a. Dependent Variable: LnY

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions			
				(Constant)	LnX1	LnX2	LnX3
1	1	3.999	1.000	.00	.00	.00	.00
	2	.001	83.623	.00	.89	.02	.06
	3	.000	122.061	.35	.07	.00	.35
	4	.000	266.002	.65	.05	.98	.60

a. Dependent Variable: LnY