

PRIVATISASI SISTEM PELAYANAN KESEHATAN DAN IMPLIKASINYA BAGI PERUMUSAN AGENDA PENELITIAN DAN KEBIJAKAN PUBLIK

Nasikun

Abstract

In the face of the increasing potential of negative first generation impacts of medical industrialization and the privatization of health services in an era of globalization (i.e., increased incidence of infectious diseases and malnutrition among the poorest poor of Indonesian population), the author of this article proposes the imperative of finding a middle-way policy solution to integrate the public and private systems of health services to guarantee the provision of high quality services and the availability of accessible health services for the poor. After presenting a short discussion of the weaknesses of the public health system, he discusses the issue of medical industrialization and the privatization of health service institutions, and ends up with the presentation of five possible alternative of health service systems at the PUSKESMAS level.

“The medical establishment not only generates new health needs, it also determines how these needs are to be met. Its growth has taken place at such a fast pace that the dependence elements of the health care system have far outstripped the suffering-alleviation elements. Worse still, this monstrous growth of dependence elements has actually started to cause suffering among its own consumers by actively creating diseases—the iatrogenic diseases” (Ivan Illich, 1978: 41-46).

Pendahuluan

Kematian sekitar 130.000 penduduk Amerika Serikat tiap tahun akibat pemakaian obat justru sesudah Undang-Undang Obat dikeluarkan pada tahun 1962, jelas hanya mengungkapkan nukilan kecil dari sisi kelabu yang dimaksud Illich (Banerji, 1984: 260-61) dari banyak implikasi sosial industrialisasi medis dan privatisasi sistem pelayanan kesehatan. Tragedi tersebut, seperti tersirat di dalam ungkapan Illich pada kutipan di atas, bersumber pada ketergantungan masyarakat Amerika Serikat yang sangat

kuat pada industrialisasi dan privatisasi sistem pelayanan kesehatan di negeri itu. Pada tingkat struktural, seluruh struktur “hubungan sosial produksi” dan “mediasi pasar” industri kesehatan di negeri itu, meminjam terminologi Marxist, nyaris tidak memberikan peluang kepada setiap orang untuk memperoleh pelayanan kesehatan, kecuali dari sistem pelayanan kesehatan industrial yang ada. Pada tingkat kultural, “kompleks industri kesehatan” (*medical industrial complex*) di Amerika Serikat telah demikian jauh menciptakan suatu “ideologi” kesehatan yang, meminjam ungkapan Herbert Marcuse (Roszak, 1969: 14), memiliki kemampuan melakukan “desublimasi represif” (*repressive desublimation*). Kemampuan itu adalah kemampuan untuk memberikan kepuasan dengan cara menimbulkan penundukan tanpa daya kritis dan melemahkan rasionalitas yang diperlukan untuk melakukan penolakan terhadap logika sistem kesehatan yang ada.

Tentu saja tidaklah adil untuk melihat industrialisasi medis dan privatisasi sistem pelayanan kesehatan hanya dari sisi kelabu yang ditimbulkannya, tanpa pada saat yang bersamaan melihat keseluruhan sumbangan yang diberikannya bagi kemanusiaan. Hampir semua sisi kelabu dari implikasi sosial industrialisasi medis dan privatisasi sistem pelayanan kesehatan yang memenuhi halaman analisis kritis banyak laporan penelitian kesehatan sesungguhnya lebih banyak berkaitan dengan masalah-masalah kesehatan “generasi ketiga” (baca: dampak dehumanisasi dari dan ketergantungan terhadap sistem kesehatan dan masalah-masalah sosial yang lain).

Sisi kelabu ini kurang menaruh perhatian pada kemampuannya di dalam mengatasi masalah-masalah kesehatan “generasi pertama” (kekurangan nutrisi dan penyakit-penyakit infeksi) dan masalah-masalah kesehatan “generasi kedua” (obesitas, kolesterol, tekanan darah tinggi, kanker, dan penyakit-penyakit degeneratif yang lain). Lagi pula, masalah lebih mendesak yang dihadapi oleh masyarakat di negara-negara Dunia Ketiga saat ini dan untuk waktu yang cukup panjang di masa depan bukanlah masalah besarnya jumlah kematian karena pemakaian obat, melainkan kematian jutaan manusia karena kekurangan obat dan rendahnya mutu pelayanan kesehatan.

Tulisan ini menyajikan analisis ekonomi politik industrialisasi medis dan privatisasi lembaga pelayanan kesehatan di Indonesia. Selain itu juga menyertakan implikasi bagi perumusan kebijakan perlindungan hak-hak asasi penduduk miskin di masa mendatang yang lebih rasional untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang lebih adil. Tulisan ini didukung dengan bahan dan data sekunder dari masyarakat lain yang sudah memiliki pengalaman panjang dalam menyelenggarakan industrialisasi medis dan privatisasi sistem pelayanan kesehatan. Pembahasan dimulai dari ulasan singkat tentang kegagalan sektor publik dan isu privatisasi lembaga pelayanan kesehatan. Kemudian berturut-turut akan disajikan pembahasan tentang pro dan kontra terhadap kebijakan privatisasi lembaga pelayanan kesehatan dan konteks global privatisasi lembaga pelayanan kesehatan, terutama di dalam kasus privatisasi industri farmasi. Seluruh penyajian ini akan ditutup dengan pembahasan sangat singkat tentang implikasi kebijakan privatisasi sistem pelayanan kesehatan bagi perlindungan hak-hak asasi penduduk miskin untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang adil. Penulis akan mengawalinya dengan menyajikan tentang isu kegagalan sektor publik dalam pelayanan kesehatan dan munculnya kebijakan privatisasi sistem pelayanan kesehatan.

Kegagalan Sektor Publik dan Isu Privatisasi

Privatisasi berupa transfer suatu fungsi, kegiatan, atau organisasi dari sektor publik ke sektor swasta lahir di banyak negara Dunia Ketiga dalam perkawinan antara tiga hal berikut. (1) Pergeseran ideologi yang terjadi sejak kemerdekaan negara-negara tersebut dari kekuasaan kolonial, (2) tekanan-tekanan eksternal untuk melakukan reformasi ekonomi yang dilakukan oleh lembaga-lembaga donor bilateral di tingkat internasional, dan (3) menurunnya kemampuan negara dalam membiayai program-program pembangunan mereka yang semakin besar melalui sektor publik (Cowan, 1990). Kendati situasi unik yang dihadapi oleh tiap negara tidak sama, umumnya faktor ketiga merupakan alasan paling kuat yang telah melatarbelakangi keputusan banyak negara sedang berkembang di Dunia Ketiga untuk melakukan kebijakan privatisasi lembaga-lembaga pelayanan publik.

Sebagaimana diketahui, selama tidak kurang dari tiga dasawarsa sejak tahun 1960-an, pertumbuhan perusahaan-perusahaan milik negara memegang peranan sangat besar di banyak negara sedang berkembang (Cowan, 1990: 2-3). Pada awal kehadirannya, peranan perusahaan-perusahaan milik negara di negara-negara tersebut umumnya memiliki keabsahan dalam kombinasi antara alasan kecurigaan yang mendalam terhadap motif-motif perusahaan-perusahaan asing yang hanya melakukan operasi mereka bagi tujuan maksimalisasi keuntungan negara lain dan keyakinan politik bahwa hanya melalui penguasaan ekonomi oleh negara, maka kemerdekaan politik dan ekonomi yang baru mereka peroleh dapat dipertahankan. Sementara itu, di beberapa negara kehadiran perusahaan-perusahaan milik negara mempunyai alasan sangat pragmatis berupa penilaian pemerintah bahwa sektor swasta domestik yang mereka hadapi tidak memiliki modal maupun kemampuan teknis dan manajerial untuk menggerakkan ekonomi negara.

Apa pun alasan kehadiran mereka, selama lebih dari 40 tahun sejak tahun 1960-an, kita menemukan pertumbuhan sangat pesat pada perusahaan-perusahaan milik negara di banyak negara sedang berkembang. Selama kurun waktu tidak kurang dari 20 tahun pertama sesudah tahun 1960-an, pertumbuhan perusahaan-perusahaan milik negara di Brasil dan Meksiko telah mencapai angka empat kali lipat. Di kawasan Sub-Sahara Afrika saja, seperti dilaporkan oleh Bank Dunia, pada awal tahun 1990-an diperkirakan terdapat lebih dari 3.000 perusahaan milik negara. Selama pemasaran produk-produk mereka tidak problematik dan pembangunan di negara-negara itu terus memperoleh dukungan dana luar negeri, perusahaan-perusahaan milik negara terus berkembang di atas subsidi pemerintah. Akan tetapi, dari situlah awal persoalan yang saat ini mereka hadapi.

Selama tiga dasawarsa terakhir sejak tahun 1960-an, pertumbuhan perusahaan-perusahaan milik negara di banyak negara sedang berkembang ternyata telah memberikan beban biaya pemerintah dan hutang luar negeri yang tidak mungkin terus dipikul oleh negara. Laporan Bank Dunia tahun 1983 (Cowan, 1990: 3), misalnya, menemukan bahwa pengeluaran bersih

untuk biaya nonfinansial perusahaan-perusahaan milik negara di beberapa negara sedang berkembang mencapai 3 persen dari seluruh penerimaan kotor pemerintah (GDP). Di Zimbabwe dan Sri Lanka, jumlah itu bahkan mencapai 10 persen dan 11 persen. Perkiraan Bank Dunia bahwa kenaikan 5 persen dari penerimaan perusahaan-perusahaan milik negara dan penurunan 5 persen biaya operasi mereka dapat mengakomodasi seluruh anggaran pembangunan kesehatan dan pendidikan di Tanzania dan dua per tiga anggaran program pendidikan, serta dua kali lipat anggaran program pembangunan kesehatan di Mali merupakan cara lain yang lebih substantif untuk menunjukkan besarnya beban subsidi pemerintah di negara-negara sedang berkembang bagi pertumbuhan perusahaan-perusahaan milik negara.

Karena ada kesulitan untuk meningkatkan efisiensi operasi pengelolaan perusahaan-perusahaan itu, banyak di antara negara-negara tersebut mengambil putusan untuk memilih privatisasi sebagai alternatif pembangunan ekonomi melalui penguasaan langsung perusahaan-perusahaan milik negara. Kesulitan yang dimaksud, antara lain, berupa kecenderungan pemerintah negara-negara sedang berkembang menggunakan perusahaan milik negara untuk tujuan lain dari yang ditetapkan, kurangnya pengalaman dan kemampuan manajerial mereka untuk mengelola perusahaan, dan ketidakmampuan pemerintah melakukan monitoring jumlah dan *performance* perusahaan.

Beberapa bentuk proses privatisasi mulai dari transfer penuh perusahaan-perusahaan milik negara menjadi perusahaan milik swasta melalui penjualan, transfer parsial melalui penjualan sebagian modal kepada perusahaan-perusahaan swasta, sampai dengan pemilikan dan pengelolaan penuh oleh perusahaan-perusahaan swasta melalui penjualan. Apa pun bentuknya, tujuan jangka panjang yang ingin dicapai oleh kebijakan privatisasi tersebut adalah meningkatkan secara lebih efektif energi sektor ekonomi swasta untuk memenuhi tuntutan meningkatnya permintaan masyarakat akan pelayanan dan barang-barang kebutuhan hidup yang memiliki kualitas yang tinggi di samping tujuannya untuk memperoleh pendapatan negara melalui penjualan aset-aset publik (Cowan, 1990: 3-7).

Pro dan Kontra Tentang Privatisasi Sistem Pelayanan Kesehatan

Meskipun alasan terpenting dari kebijakan privatisasi pelayanan publik di negara-negara sedang berkembang sangat bersifat ekonomis, keputusan untuk melakukan kebijakan privatisasi pada akhirnya harus diambil pada tingkat politik, yang keberhasilannya hanya mungkin dicapai atas dukungan faktor politik. Tidak mengherankan, jikalau dalam situasi ketika sektor publik harus memikul biaya subsidi pemerintah yang sangat besar, kontroversi mengenai kebijakan privatisasi sering kali terjadi. Penolakan terhadap kebijakan privatisasi dapat berasal dari suatu faksi di dalam kekuatan atau partai politik yang berkuasa, yang ingin mempermalukan pimpinan partai yang berkuasa dan menaikkan popularitas faksinya untuk alasan yang boleh jadi sama sekali tidak ada hubungannya dengan isu privatisasi. Peluang paling besar timbulnya oposisi terhadap kebijakan privatisasi tentu saja akan lebih mungkin datang dari kekuatan politik di luar partai politik yang berkuasa, terutama di negara-negara yang memiliki tradisi oposisi yang sudah melembaga.

Di antara berbagai sumber oposisi terhadap kebijakan privatisasi adalah tuduhan terhadap terjadinya penjualan aset negara pada tingkat harga yang dianggap terlalu rendah di bawah tingkat harga yang layak. Keraguan terhadap kredibilitas penanganan penjualan, penjualan aset-aset negara secara tidak sah atau tidak layak kepada klien politik atau *private regarding* para pejabat (baca: keluarga, kelompok suku, kelompok agama, atau rekanan) yang karena jabatannya memiliki otoritas untuk melakukan penjualan, atau tuduhan bahwa privatisasi dilakukan di bawah dorongan kepentingan atau ideologi asing, terutama di negara-negara yang memiliki ideologi sosialis yang kuat merupakan alasan-alasan yang lain. Sumber oposisi juga dapat berada di dalam birokrasi, terutama apabila para rekanan terperangkap di antara kepentingan para birokrat dan kelompok-kelompok atau partai-partai politik oposisi.

Oposisi dari berbagai kelompok kepentingan di dalam birokrasi pada gilirannya dapat bersumber dari penolakan yang murni bersifat ideologis, atau lebih sering karena kebijakan privatisasi dianggap merupakan ancaman terhadap posisi dan kekuasaan mereka. Para pejabat di dalam suatu departemen yang memiliki kontrol atas anggaran dan operasi atau

duduk di dalam dewan-dewan perusahaan milik negara sangat mungkin menolak kebijakan privatisasi bukan hanya karena takut kehilangan posisi dan kekuasaan mereka tetapi juga karena ancaman akan hilangnya salah satu sumber penghasilan mereka. Di dalam hubungan ini, Cowan (1990: 14) menilai sangat wajar dan dapat memahami mengapa para administrator muda yang mewakili departemen keuangan di dalam dewan perusahaan milik negara di negara-negara sedang berkembang, tidak terkecuali di Indonesia, umumnya ternyata bukan merupakan proponen-proponen dari kebijakan privatisasi.

Oposisi tidak dengan sendirinya berhenti ketika kebijakan privatisasi telah dilaksanakan, bahkan terhadap suatu kebijakan privatisasi yang lahir melalui dukungan yang kuat dari seluruh lapisan masyarakat sekalipun. Di negara-negara yang memiliki ideologi populis, misalnya, kebijakan privatisasi umumnya dituntut segera dapat membuktikan *claim-claim* yang menjadi dasar perumusan dan pelaksanaannya dibandingkan dengan yang terjadi di negara-negara yang memiliki ideologi yang sentralistik. Tuntutan itu harus dilakukan jikalau ia tidak ingin segera kehilangan popularitasnya dan menghadapi oposisi yang luas.

Kebijakan privatisasi umumnya diselenggarakan di bawah *claim* keberhasilannya mendorong pembangunan ekonomi negara-negara sedang berkembang. Bukti-bukti kebenarannya, sebagaimana yang ditunjukkan oleh para proponennya, dapat ditemukan pada semakin banyak jumlah negara yang berhasil melakukannya. Negara-negara di kawasan Amerika Tengah dan Karibia, Meksiko, Ghana, dan Malaysia adalah contoh dari beberapa negara yang disebut Cowan berhasil melakukan kebijakan privatisasi untuk mendorong pembangunan ekonomi. Peningkatan kemampuan produktif industri adalah hasil yang pertama harus dicatat. Pada gilirannya, ini menciptakan akibat berantai pada aspek-aspek perkembangan ekonomi nasional yang lain seperti perbankan dan sistem keuangan, perkembangan pasar modal bagi investasi industri lebih jauh, dan terbentuknya suatu kelompok wiraswasta yang kuat.

Di hadapan *claim* keberhasilan kebijakan privatisasi yang demikian, sebaliknya kita juga menemukan kritik yang tidak sedikit. Salah satu di

antara butir-butir kritik paling penting yang dimaksud adalah privatisasi merupakan pencerminan dari perubahan struktur nilai sistem demokrasi barat yang belum tentu dapat ditransfer ke dalam pengalaman negara-negara sedang berkembang. Keinginan negara-negara maju untuk meningkatkan efisiensi penggunaan sumber daya mereka melalui transfer sektor ekonomi yang produktif dari kekuasaan negara ke tangan swasta merupakan kebutuhan akan efek distributif dari setiap kebijakan negara bagi seluruh masyarakat.

Di bawah sistem politik yang bersifat sentralistik, yang kita temukan di banyak negara sedang berkembang, privatisasi yang berlebihan dapat mengancam kesatuan bangsa yang sampai saat ini pada umumnya masih menjadi masalah sangat penting di negara-negara itu. Untuk memahami dengan lebih jelas tentang bagaimana mekanisme industrialisasi dan privatisasi pelayanan kesehatan mempengaruhi kesejahteraan masyarakat, terutama kesejahteraan masyarakat miskin, konteks mondial yang melatarbelakangi munculnya kebijakan industrialisasi dan privatisasi pelayanan kesehatan di negara-negara sedang berkembang perlu dipahami.

Konteks Global Privatisasi: Kasus Industri Farmasi

Pada tingkat mondial, privatisasi memiliki konteks ekonomi politik di dalam perubahan-perubahan ekonomi pada tingkat global berupa munculnya sistem pembagian kerja internasional baru. Sebagaimana yang sudah sering kali penulis sampaikan di berbagai kesempatan, perubahan-perubahan yang terutama terjadi dalam hubungan-hubungan produksi dan pertukaran internasional itu mengalami puncaknya sepanjang dasawarsa 1970-an sebagai akibat dari terus menurunnya pertumbuhan ekonomi dan stagnasi industrial dan perubahan-perubahan pola akumulasi, transfer, dan investasi kapital di negara-negara maju (Wolf, 1986: 11).

Fenomena yang juga dikenal sebagai *industrial redeployment* itu terutama terjadi melalui pengalihan proses produksi di dalam industri manufaktur dari negara-negara maju ke negara-negara sedang berkembang. Perubahan struktural di dalam organisasi produksi ini bekerja sangat efektif di dalam logika kapitalis, yakni logika maksimalisasi keuntungan. Kendati

relokasi proses produksi ke negara-negara sedang berkembang merugikan kelas pekerja di negara-negara maju itu terus-menerus memperoleh perlawanan dari organisasi-organisasi buruh di negara-negara tersebut, ia menawarkan faktor-faktor produksi yang sangat murah dan keuntungan yang sangat besar. Mereka yang menguasai kapital dengan mudah mengalihkan kapital mereka ke negara-negara sedang berkembang yang upah tenaga kerja dan beban pajaknya sangat murah. Dimulai dengan pengalihan proses produksi industri-industri mereka ke empat negara macam Asia (Singapura, Hongkong, Thailand dan Korea), logika efisiensi kapitalis terus bergulir mendorong ekspansi pengalihan proses produksi ke negara-negara pinggiran yang lebih miskin, tetapi kaya dengan jumlah tenaga kerja yang melimpah (Indonesia, Bangladesh, dan Haiti) (baca juga: Nasikun 2000).

Pengalihan proses produksi yang meliputi transfer kapital, teknologi, mesin-mesin, dan lingkungan kerja industrial barat ke negara-negara sedang berkembang tersebut tidak hanya terjadi di dalam industri-industri tekstil, pakaian, dan elektronik --yang memang merupakan industri-industri yang paling banyak mengalami pengalihan--, tetapi juga industri kesehatan (terutama industri farmasi) yang menjadi perhatian khusus penyajian tulisan ini. Karena komoditi industri-industri tersebut telah mencapai tingkat perkembangan sangat lanjut di dalam siklus produksi, maka hanya industri-industri perakitan sajalah yang umumnya dialihkan dari negara-negara maju ke negara-negara sedang berkembang.

Industri farmasi merupakan sebuah contoh yang sangat menarik. Meskipun kegiatan *research and development* dan produksi massal obat-obatan oleh industri farmasi sebagian besar terkonsentrasi di negara-negara maju, produksi perakitan pil dan kapsul obat-obatan tersebar di negara-negara sedang berkembang yang memiliki keunggulan komparatif tenaga kerja dan pajak yang murah. Tidaklah mengherankan, jikalau kita menemukan sepertiga dari seluruh aset industri farmasi yang memiliki *homebase* di Amerika Serikat berada di negara-negara sedang berkembang. Pada tahun 1968, perusahaan-perusahaan farmasi Amerika Serikat sudah menempatkan 110 dari 332 cabang-cabang perusahaan perakitannya di Amerika Latin, 106 di Eropa, 31 di Afrika dan Timur Jauh, dan 60 di Asia

dan kawasan negara berkembang lain. Sebagian besar perusahaan tersebut hanya melakukan operasi perakitan, mengimpor bubuk obat-obatan dari perusahaan manufaktur di Amerika Serikat, merakitnya ke dalam kapsul, dan kemudian mengekspor produk final mereka kembali ke Amerika Serikat.

Salah satu keuntungan dari penempatan cabang perusahaan di negara-negara sedang berkembang adalah upah buruh yang sangat murah. Di dalam industri farmasi di Puerto Rico pada tahun 1980, misalnya, upahnya hanya dua per tiga dari upah per jam yang harus dibayarkan di Amerika Serikat. Di negara-negara lain seperti Guatemala, El Salvador, dan Korea (barangkali terlebih di Indonesia), kita menemukan upah yang lebih rendah. Keuntungan lain dari relokasi organisasi industri tersebut ke negara-negara sedang berkembang adalah pajak yang murah. Penempatan cabang-cabang perusahaan perakitan obat-obatan di Puerto Rico, misalnya. Penempatan ini memperoleh keuntungan sangat besar dari pembebasan pembayaran pajak sampai 90 persen, masih ditambah dengan pembebasan repatriasi keuntungan perusahaan ke Amerika Serikat dari pajak federal sehingga pada tahun 1979, 16 korporasi farmasi di Amerika Serikat dapat menghemat 441 juta dolar hanya dari pembebasan pajak perusahaan mereka di Puerto Rico.

Bagaimana dengan perkembangan industri farmasi di Indonesia? Perkembangan industri medis dan privatisasi sistem pelayanan kesehatan di Indonesia, seperti yang terjadi di negara-negara lain, terutama terjadi untuk merespons tuntutan masyarakat yang terus meningkat. Meningkatkan bukan hanya akan ketersediaan pelayanan kesehatan yang makin mencukupi, tetapi juga terhadap mutu atau kualitas pelayanan kesehatan yang semakin baik. Perkembangan yang cukup pesat terjadi sejak tahun 1968, beberapa tahun sebelum masuknya sejumlah besar investasi modal asing di dalam industri farmasi pada tahun 1970-an. Jikalau pada akhir era Sukarno kita baru memiliki sekitar 30 sampai 40 perusahaan farmasi, pada awal tahun 1990-an jumlah perusahaan farmasi di Indonesia telah mencapai sekitar 300 perusahaan, termasuk 40 perusahaan patungan (*joint ventures*) dengan perusahaan asing.

Di antara perusahaan-perusahaan domestik, 40 di antaranya merupakan perusahaan-perusahaan besar yang beroperasi di bawah peraturan undang-undang penanaman modal tahun 1968 dan karenanya telah memenuhi kualifikasi manajemen dan teknik produksi modern. Sisanya, termasuk beberapa perusahaan jamu, merupakan perusahaan-perusahaan lama yang berskala kecil dan umumnya beroperasi sebagai perusahaan keluarga di bawah penggunaan teknologi yang rendah. Di luar semua itu, masih ada 3 buah perusahaan farmasi milik negara yang produksinya terutama disalurkan kepada proyek-proyek publik (MacIntyre, 1991: 143).

Sejauh ini, perkembangan industri farmasi di Indonesia masih dapat dikendalikan oleh negara (baca: pemerintah) sehingga pengaruh industri manufaktur dalam bidang farmasi masih belum merambah terlalu jauh ke dalam sistem pelayanan kesehatan. Contohnya adalah kenyataan yang terjadi di negara-negara industri maju yang ditunjukkan dengan skala produksi mereka yang masih seimbang dengan produksi perusahaan-perusahaan swasta domestik. Beberapa perkembangan baru sejak tahun 1980-an mengindikasikan pengaruh kekuatan bisnis industri farmasi di Indonesia yang semakin besar di hadapan kekuasaan negara.

Tentang hal tersebut, MacIntyre mengidentifikasi paling sedikit ada tiga kecenderungan perubahan berikut. Perubahan yang pertama secara umum berupa terjadinya pergeseran struktur ekonomi Indonesia menuju peran yang semakin besar dari sektor ekonomi swasta, tidak terkecuali juga di dalam subsektor industri farmasi. Perubahan yang kedua menyangkut hubungan antara masyarakat bisnis dan negara, baik pada tingkat kebijakan korporatis maupun pada tingkat gagasan, yang dinyatakan dengan meningkatnya independensi kedudukan masyarakat bisnis di hadapan kekuasaan negara. Perubahan yang terakhir terjadi dalam bentuk semakin menguatnya perusahaan-perusahaan yang dikuasai oleh kelompok etnis pengusaha-pengusaha Cina dan pengusaha-pengusaha asing.

Perubahan-perubahan itu, kendati belum jelas benar momentum dan arah perkembangannya di masa depan, telah mengisyaratkan peluang terjadinya perilaku bisnis di hadapan masyarakat konsumen. Di dalam

konteks industri farmasi, perubahan ini akan semakin menentukan implikasi sosial yang kurang menguntungkan di dalam hubungan antara berbagai aktor dari sistem pelayanan kesehatan di Indonesia di masa mendatang. Semua itu memiliki implikasi yang sangat penting di dalam perumusan kebijakan-publik dalam bidang kesehatan di masa depan, yang secara sangat singkat akan disajikan dalam uraian penutup berikut.

Penutup

Pernyataan Oliver Wendel Holmes bahwa jikalau semua *materia medica* yang saat ini ada di seluruh dunia ditenggelamkan ke dasar samudra maka umat manusia akan terselamatkan, jelas sangat berlebihan bahkan mungkin tidak masuk akal. Alih-alih akan menghasilkan keselamatan umat manusia, tindakan itu sebaliknya hanya akan menyebabkan terjadinya bencana bagi kehidupan semua makhluk dan tumbuh-tumbuhan laut, yang sebaliknya akan melakukan “serangan balik” dengan meracuni tubuh dan mengancam kesehatan manusia. Sebagai seorang intelektual, ia jelas tidak sedang bersungguh-sungguh menyampaikan sebuah pernyataan tentang kebenaran ilmiah.

Dengan cara yang sarkastik, ia justru sedang menyampaikan sebuah peringatan tentang besarnya ancaman implikasi “toksik” atau negatif dari industrialisasi medis dan privatisasi sistem pelayanan kesehatan yang semakin memasuki tataran global. Peringatan Oliver Wendel Holmes ini mewakili keprihatinan banyak ahli dan praktisi pembangunan di bidang kesehatan. Mereka sangat memahami besarnya dampak “tonik” atau positif dari globalisasi industrialisasi medis dan privatisasi sistem pelayanan kesehatan bagi kesejahteraan umat manusia, termasuk mereka yang lemah dan terpinggirkan dan pada saat yang sama juga sangat bersikap kritis terhadap beragam dampak “toksik” yang ditimbulkannya.

Keprihatinan akan dampak “toksik” privatisasi sistem pelayanan kesehatan sama sekali tidak dimaksudkan untuk menyatakan bahwa sistem pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh lembaga-lembaga publik tidak memiliki kelemahan. Sebaliknya, yang ingin mereka komunikasikan adalah gagasan tentang pentingnya imperatif untuk menemukan suatu *middle-way* atau *third-way approach* menuju kebijakan pengembangan sistem

pelayanan kesehatan yang secara serasi dan seimbang memadukan sistem pelayanan kesehatan publik dan sistem pelayanan kesehatan swasta. Perpaduan antara kebijakan (*policy mix*) dan sistem pelayanan kesehatan ini di satu sisi memenuhi tuntutan pelayanan kesehatan yang efisien dan berkualitas, dan pada sisi yang lain juga memenuhi tuntutan untuk memberikan perlindungan pada hak-hak asasi penduduk miskin untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang lebih adil.

Tuntutan terhadap sintesis kedua sistem pelayanan kesehatan yang demikian mengimplikasikan perlunya pelaksanaan perumusan agenda penelitian dan kebijakan-kebijakan publik dalam bidang kesehatan sebagai berikut. *Pertama*, agenda penelitian yang dimaksud paling sedikit meliputi empat tema berikut. Tema penelitian yang pertama menyangkut kebijakan dan program-program penelitian tentang dampak distributif kedua sistem pelayanan kesehatan: pelayanan kesehatan publik dan swasta. Termasuk di dalam kategori tema penelitian ini adalah penelitian-penelitian tentang beragam bentuk kesenjangan atau *mismatch* antara “beban sakit” (*burden of illness*) dengan anggaran dan praktik pelayanan kesehatan. Misalnya, ketika beban sakit lebih banyak dipikul oleh masyarakat desa, sementara anggaran dan praktik pelayanan kesehatan lebih banyak diberikan kepada penduduk di daerah-daerah perkotaan atau ketika sebagian besar penduduk menyandang penyakit-penyakit infeksi, sementara lebih banyak anggaran dan praktik pelayanan kesehatan dilakukan bagi para penyandang penyakit degeneratif.

Tema penelitian yang kedua menyangkut tema-tema penelitian tentang dilema hubungan sosial antara individu dan lembaga-lembaga pelayanan kesehatan. Salah satu topik penelitian yang sangat penting di dalam kategori tema penelitian ini adalah penelitian yang mengidentifikasi beragam dampak kesehatan generasi pertama, kedua, dan ketiga dari kebijakan industrialisasi dan privatisasi pelayanan kesehatan. Tema penelitian yang ketiga berkaitan dengan penelitian-penelitian tentang konflik antara sistem kesehatan modern dan sistem kesehatan tradisional. Termasuk di dalamnya adalah penelitian-penelitian tentang peluang bagi sinergi dan integrasi kedua sistem kesehatan tersebut.

Sementara itu, tema penelitian yang keempat, menyangkut penelitian-penelitian tentang keseimbangan antara peran negara, masyarakat bisnis medis, dan masyarakat konsumen pelayanan kesehatan. Yang terpenting di antara topik-topik penelitian dalam kategori tema penelitian ini adalah topik-topik yang berkaitan dengan isu pembagian kerja antara negara, masyarakat bisnis medis, dan masyarakat konsumen dalam pelayanan kesehatan, serta bagaimana jaringan kerja sama antara ketiganya dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang idealnya dikembangkan bagi optimalisasi kuantitas dan kualitas pelayanan kesehatan.

Implikasi kebijakan yang *kedua* menyangkut isu pilihan kebijakan publik dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan *vis-à-vis* sistem pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh swasta dan oleh masyarakat. Dilihat dari perspektif kebijakan publik, pilihan kebijakan yang demikian menuntut pemahaman yang seksama tentang ketegangan, yang di dalam konteks dinamika perkembangan suatu masyarakat tengah dan/atau akan terjadi, antara peran dan fungsi negara (*state*), sektor swasta (*private sector*), dan masyarakat sipil (*civil society*) dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Di dalam konteks dinamika perkembangan masyarakat Indonesia saat ini, ketegangan itu terjadi dalam kaitannya dengan semakin maraknya proses globalisasi industrialisasi dan privatisasi kesehatan yang menuntut tingginya efisiensi di satu sisi dan proses reformasi menyusul jatuhnya pemerintahan Orde Baru yang menuntut kebijakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang lebih merata dan adil pada sisi yang lain.

Dengan adanya ketegangan antara ketiga tuntutan itu, tiga pilihan kebijakan dasar dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang diturunkan dari landasan konseptual dan teoretis yang berbeda tentang “kesejahteraan” (*welfare*) dan “negara kesejahteraan” (*welfare state*) dapat diidentifikasi. Pilihan kebijakan yang pertama dan kedua merupakan kebijakan-kebijakan pelayanan kesehatan yang secara tipikal sepenuhnya dilaksanakan oleh negara dan oleh lembaga swasta yang masing-masing memiliki landasan teoretisnya dalam teori Keynsian dan teori Friedrich Hayek (baca: O'Brien, et al., 1998). Sementara itu, pilihan kebijakan yang ketiga berupa kebijakan pelayanan kesehatan yang terutama diserahkan

pelaksanaannya kepada lembaga-lembaga “jalan ketiga” (*middle-way*) dari Anthony Giddens (1998) atau lembaga-lembaga “sektor ketiga” dari Peter Drucker (1998). Oleh karena keterbatasan ruang, pembahasan lebih mendalam tentang landasan teoretis ketiga pilihan kebijakan tersebut tidak dapat disajikan. Uraian berikut akan membicarakan pengungkapan aktual masing-masing dan kombinasi-kombinasi antara ketiganya di dalam konteks Indonesia saat ini.

Salah satu isu pengungkapan aktualnya di Indonesia saat ini adalah menyangkut peran dan fungsi Pusat Pelayanan Kesehatan Masyarakat (puskesmas) di dalam kebijakan pelayanan kesehatan pada aras birokrasi publik yang paling rendah di tingkat kecamatan. Dilihat dari segi perspektif, puskesmas mengemban peran dan fungsi pelayanan kesehatan yang sangat penting. Keberhasilan atau kegagalan puskesmas akan sangat menentukan tingkat kesejahteraan masyarakat paling miskin yang harus menjadi perhatian setiap kebijakan publik di Indonesia, sebagaimana diukur berdasarkan salah satu parameter pemenuhan “kebutuhan dasar” (Midgley, 1997: 5).

Di tengah maraknya tuntutan globalisasi dan reformasi birokrasi publik, adalah sungguh menarik bahwa semua pemerintah kabupaten/kota di seluruh Indonesia menempatkan puskesmas sebagai Lembaga Teknis Kedinasan yang hanya berfungsi sebagai penunjang penyelenggaraan pemerintah daerah. Penempatan ini berdasarkan tafsiran rumusan pasal 10 ayat 5 Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2003 tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah. Dengan menempatkan puskesmas sebagai Lembaga Teknis Kedinasan, kebijakan pelayanan kesehatan di Indonesia sepenuhnya mengikuti konsep dan teori Keynesian tentang kesejahteraan dan negara kesejahteraan.

Di bawah limitasi sistem politik dan keterbatasan anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota saat ini, kebijakan pelayanan kesehatan yang berlaku saat ini harus menghadapi berbagai kelemahan. Kelemahan itu menunjuk pada kelemahan Birokrasi Pelayanan Kesehatan pemerintah Kabupaten/Kota dalam memanfaatkan berbagai potensi yang tersedia dalam dunia bisnis kesehatan dan masyarakat konsumen dalam proses perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi kebijakan pelayanan kesehatan.

Kebijakan pelayanan kesehatan, sebagaimana yang berlaku saat ini, sesungguhnya sama sekali bukan merupakan satu-satunya pilihan kebijakan yang dapat dilakukan oleh pemerintah kabupaten/kota berdasarkan ketentuan PP Nomor 8 tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah. Yang diperlukan adalah tidak lebih dari keberanian dan kreativitas para penyelenggara birokrasi pelayanan kesehatan di dalam mengaktualisasikan prinsip-prinsip *reinventing government* (Osborne, et al., 2000), yang pada tingkat wacana sesungguhnya sudah menjadi kesadaran para penyelenggara pemerintah kabupaten/kota di seluruh Indonesia.

Dengan keberanian dan kreativitas itu, sejumlah pilihan kebijakan pelayanan kesehatan yang lain dapat diidentifikasi. Dewi Marhaeni Diah Herawati (2003) di dalam tesisnya, mendemonstrasikan kemungkinan untuk merumuskan langkah awal menuju pilihan-pilihan kebijakan tersebut. Melalui studi kasus atas sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan di beberapa puskesmas di Kabupaten Bantul, ia menawarkan enam (6) pilihan kebijakan pembiayaan puskesmas yang menurutnya dapat dijadikan basis bagi perumusan pilihan kebijakan pelayanan kesehatan yang lain di luar kebijakan pelayanan kesehatan yang berlaku saat ini.

Berikut adalah pilihan-pilihan kebijakan yang dimaksud. (1) Kebijakan Swakelola, yaitu puskesmas 100 persen mengelola dana yang diperoleh dari retribusi pasien; (2) kebijakan Swadana, yaitu puskesmas berkewenangan untuk melakukan mobilisasi sendiri dan juga mengelola dana fungsional yang diterima dari Dinas Kesehatan; (3) kebijakan *Public Enterprise*, yang sama seperti kebijakan swakelola, puskesmas berwenang untuk bertindak layaknya suatu “perusahaan negara” dengan kewenangan untuk melakukan mobilisasi dana; (4) kebijakan pengelolaan puskesmas yang sepenuhnya dilakukan oleh masyarakat; (5) kebijakan pelayanan kesehatan yang pengelolaannya dikontrakkan kepada perusahaan swasta; dan (6) kebijakan pelayanan kesehatan yang sepenuhnya dikelola oleh perusahaan swasta.

Kemudian, Dewi menggunakan Metode May's (Effendi, 2000) untuk menganalisis pilihan-pilihan kebijakan di atas berdasarkan tuntutan sejumlah parameter (tuntutan anggaran, mutu pelayanan, partisipasi masyarakat, peluang keberhasilan, dan tingkat kesulitan pelaksanaan masing-masing). Dari situ, ia menemukan urutan kelayakan keenam pilihan tersebut sebagai berikut. Tiga kebijakan (puskesmas sebagai *Public Enterprise*, puskesmas sepenuhnya dikelola oleh masyarakat, dan kebijakan puskesmas Swadana) berada pada posisi pertama sampai ketiga. Sementara itu, tiga pilihan kebijakan yang lain (pengelolaannya dikontrakkan kepada swasta, puskesmas Swakelola, dan kebijakan privatisasi) pada urutan ke empat sampai ke enam.

Karena limitasi di dalam kelengkapan data dan metode yang dipergunakan, pilihan-pilihan kebijakan di atas jelas masih perlu diteliti dan dianalisis ulang. Namun sebagai upaya awal, hasil penelitian Dewi jelas merupakan sebuah upaya perintisan yang layak dijadikan referensi bagi upaya perumusan kebijakan pelayanan kesehatan yang paling memenuhi keseimbangan antara tuntutan prinsip-prinsip efisiensi dan keadilan sosial.

Referensi

- Banerji, Debabar. 1984. "The political economy of western medicine in third world countries", in John McKinlay, (ed.), *Issues in the Political Economy of Health Care*. New York: Tavistock Publications.
- Cowan, I. Grant. 1990. *Privatization in the Developing World*. New York: Praeger.
- Drucker, Peter. 1998. "Introduction: civilizing the city", in Frances Hesselbein, Marshal Goldsmith, Richard Beckhard, and Richard F. Schubert, (eds.), *The Community of the Future*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Effendi, Sofian. 2000. "Analisis kebijakan publik", Modul Kuliah Magister Administrasi Publik (MAP), Universitas Gadjah Mada.
- Giddens, Anthony. 1998. *The Third Way: the Renewal of Social Democracy*. Malden: Blackwell Publisher.

- Herawati, Dewi Marhaeni Diah. 2003. *Analisis Alternatif Kebijakan Pembiayaan Kesehatan: Studi Kasus di Puskesmas Kabupaten Bantul*. Tesis S2, Program Pasca Sarjana Administrasi Publik, Universitas Gadjah Mada. Tidak diterbitkan.
- Illich, Ivan. 1978. *Medical Nemesis: the Expropriation of Health*. New York: Pantheon Books.
- MacIntyre, Andrew. 1991. *Business and Politics in Indonesia*. ASAA Southeast Asia Series, North Sidney: Allen and Unwin
- Midgley, James. 1997. *Social Welfare in Global Context*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Nasikun. 2000. "Reformasi politik, demokrasi, dan integrasi nasional", *Journal Ilmu Sosial dan Ilmu Politik (JSP)*, 3(3): 231-252.
- O'Brien, Martin and Sue Penna. 1998. *Theorising Welfare: Enlightenment and Modern Society*. London: Sage Publications.
- Osborne, David and Ted Gaebler. 2000. *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*. New York: Pinguin Books USA.
- Roszak, Theodore. 1969. *The Making of A Counter Culture: Reflections on the Technocratic Society and Its Youthful Opposition*. New York: Anchor Books.
- Wolf, Diane Lauren. 1986. *Factory Daughters, Their Families and Rural Industrialization in Central Java*. Michigan: University Microfilms International.