

Pelatihan Tatap Muka Riset Kebijakan

Sabtu, 8 September 2012

“Penggunaan Data Sensus dan Survey sebagai Dasar/Bukti bagi Pengambilan Kebijakan Kesehatan yang Berbasis Equity”

Pelatihan tatap hari ini membahas mengenai penggunaan metode riset kuantitatif, dan berfokus juga pada konsep equity.

Dua tujuan dari pertemuan tatap muka ini adalah:

1. Membahas penggunaan data dari hasil survey dan sensus untuk membuat penelitian yang menjadi dasar analisis bagi pengambilan kebijakan pelayanan kesehatan.
2. Menyiapkan pelatihan jangka panjang yang membahas topik equity di sektor kesehatan

Sebagai contoh adalah analisa kesenjangan pelayanan kesehatan antar disparitas gender atau status sosioekonomik. Seperti dataset IFLS (Indonesian Family Life Survey), sampai mendata status antropometri populasi, sehingga dapat melihat status nutrisi dan melihat apakah adanya kesenjangan di populasi tersebut.

Penelitian yang menggunakan data dari hasil survey atau sensus membutuhkan kemampuan analisa dan statistik yang kuat, dan dapat menghasilkan *evidence* yang berguna pula untuk para pembuat kebijakan. Sebagai contoh adalah IFLS yang merupakan survei panel yang telah dilakukan sebanyak empat kali. Untuk menganalisa suatu data panel membutuhkan kemampuan statistik khusus. Kemungkinan diterimanya hasil analisa dari data hasil survei yang baik di jurnal-jurnal internasional juga sangat besar.

Peserta dari pelatihan ini dapat bersaing untuk mengikuti konferensi di Sydney dengan topik Health Economics. Peserta yang abstraknya berhasil diterima di konferensi tersebut akan mendapat reward dalam bentuk pembiayaan tiket transportasi dan akomodasi selama konferensi berlangsung.

Untuk detail lebih lanjut mengenai konferensi tersebut, dapat dilihat di:

9th World Congress on Health Economics: Celebrating Health Economics

<https://www.healtheconomics.org/congress/2013/>

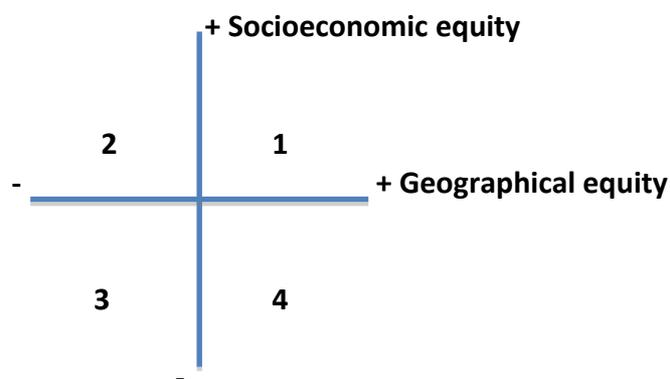
Health Financing in Indonesia

Dana kesehatan dari pemerintah Indonesia sangat kecil dibandingkan dengan negara-negara lain, hanya sekitar 11% di tahun 2007. Padahal 49% rakyat Indonesia hidup di bawah level \$2/hari, sementara pengeluaran kesehatan *out-of-pocket* hampir mencapai 70%.

Peningkatan jaminan kesehatan (seperti rencana BPJS) untuk masyarakat miskin yang tidak diiringi dengan perbaikan infrastruktur dan cakupan pelayanan kesehatan akan meningkatkan kesenjangan / *inequity* geografis. Hal ini disebabkan oleh:

- Akan tersedotnya alokasi pembiayaan untuk jaminan kesehatan ke daerah yang dapat melayani kesehatan tingkat lebih tinggi, yaitu di daerah Jawa dan Indonesia bagian barat. Hal ini disebabkan oleh beberapa hal:
 - Sebagian besar populasi berada di daerah Jawa dan Indonesia bagian barat (sekitar 75%)
 - Biaya kesehatan yang menyedot dana terbesar adalah pelayanan kesehatan tingkat lebih tinggi, seperti operasi jantung terbuka, hemodialisis, dll. Sementara fasilitas untuk pelayanan ini justru tidak banyak tersedia di daerah Indonesia timur, sehingga alokasi pembiayaan kesehatan justru akan terkonsentrasi di daerah Indonesia barat yang status kesehatan yang sudah baik secara umum
 - Sumber daya manusia untuk kesehatan tidak tersebar dengan merata; 24% tenaga kesehatan ada di Jakarta yang hanya memiliki 4% populasi; 49% tenaga kesehatan ada di daerah Jawa untuk melayani 53% populasi, sementara daerah lain di Indonesia – terutama bagian timur – hanya ada 4% tenaga kesehatan yang harus melayani 24% populasi di Indonesia

Model kesenjangan yang harus diantisipasi dan target pemerataan:



Beberapa skenario dari segi kesenjangan (1) sosioekonomik, dan (2) geografis:

1. Tidak ada kesenjangan, baik di segi sosioekonomik maupun geografis
2. Membaiknya kesenjangan sosioekonomik, namun kesenjangan dari segi geografis semakin nyata

→ Skenario ini dapat terjadi apabila alokasi pembiayaan jaminan kesehatan menjadi lebih besar untuk rakyat miskin. Namun, karena tidak adanya perbaikan fasilitas, maka hanya rakyat miskin (yang memang jumlah absolutnya lebih besar di Jawa dan Sumatra) di daerah dengan fasilitas kesehatan yang telah baik yang mendapat bantuan kesehatan ini. Daerah lain seperti NTT dan Papua, di mana misalnya hanya ada satu pusat hemodialisa di NTT, tidak akan mendapat banyak manfaat dari jaminan kesehatan tersebut, karena hanya pelayanan kesehatan dasar (yang relatif jauh lebih murah biayanya) yang dapat diakses oleh masyarakat di daerah-daerah ini.

3. Kesenjangan memburuk, baik dari segi sosioekonomik maupun geografis. Hal ini dapat terjadi bila tidak adanya pembiayaan kesehatan yang *pro-poor* dan tidak adanya alokasi pembangunan kesehatan khusus untuk daerah tertinggal atau bermasalah kesehatan.
4. Kesenjangan geografis membaik, namun kesenjangan sosioekonomik memburuk

Untuk itu, segala *evidence* yang dapat digunakan untuk membentuk kebijakan perlu memprediksi arah kebijakan tersebut juga. Jangan sampai arah kebijakan menyebabkan kesenjangan yang lebih tinggi.