

BAB 9

STRATEGI PENGALIAN SUMBER DANA RUMAH SAKIT UNTUK FUNGSI SOSIAL

Bab 8 membahas strategi rumah sakit dalam konteks sebagai lembaga usaha pelayanan kesehatan yang mendapat pemasukan keuangan dari penyediaan jasa (pendekatan pasar). Walaupun secara praktis rumah sakit berfungsi sebagai lembaga jasa pelayanan kesehatan, tetapi rumah sakit tetap mempunyai misi sosial dalam bentuk pemberian pelayanan kepada keluarga miskin. Aspek sosial ini perlu dibiayai oleh sumber dana yang dapat diandalkan. Untuk memenuhi fungsi sosial ini subsidi keuangan dari luar rumah sakit dibutuhkan. Konsep *cross subsidy* pasien kelas atas

kepada pasien kelas bawah sulit dilakukan untuk membiayai masyarakat miskin secara bermakna. Sebagian negara-negara Eropa dengan sistem tradisi negara kesejahteraan seperti Inggris, Swedia, dan Norwegia mempunyai ciri dimana rumah sakit mendapat sumber biaya dari anggaran pemerintah sehingga dapat melayani seluruh masyarakat secara gratis (Hatcher, 1997). Hal serupa ditemukan di Amerika Serikat yang berbasis pada pasar bahwa masyarakat yang mampu akan membeli asuransi kesehatan, sedangkan yang tidak mampu dibiayai oleh Medicaid dari pemerintah. Selain subsidi pemerintah, rumah sakit tetap mendapat bantuan berupa dana-dana kemanusiaan dari masyarakat. Bagaimana keadaan di Indonesia? Bab ini membahas strategi rumah sakit untuk mencari sumber biaya untuk pelayanan keluarga miskin. Secara garis besar terdapat dua sumber biaya untuk aspek sosial ini yaitu (1) berasal dari pemerintah dan (2) berasal dari masyarakat.

1. Memahami peran Pemerintah Pusat dan Daerah dalam Konteks Desentralisasi

Saat ini di Indonesia sedang berlangsung sebuah reformasi yang dipicu oleh keluarnya UU Nomor 22 dan Nomor 25 tahun 1999 (yang di amandemen oleh UU Nomor 34 tahun 2004), serta PP 25 tahun 2000 dan berbagai PP yang mengatur desentralisasi serta perimbangan keuangan pusat dan daerah. Aspek keuangan dalam desentralisasi memainkan peranan penting dalam sejarah pelayanan kesehatan di Indonesia. Kebijakan desentralisasi dalam pelayanan kesehatan sudah diperkenalkan sejak zaman kolonial Belanda (Staatblad Nomor 229 tahun 1917; Nomor 566 tahun 1935; dan Nomor 582 tahun 1936) kemudian setelah kemerdekaan, tepatnya tahun 1987. Kebijakan desentralisasi tahun 1987 dalam pelayanan kesehatan tidak berpengaruh dalam sistem manajemen pelayanan kesehatan di Indonesia. Salah satu alasannya

karena kebijakan tahun 1987 tersebut tidak mengubah sistem keuangan. Namun demikian, kebijakan desentralisasi yang terbaru memfokuskan aspek keuangan yang diatur dalam UU Nomor 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Fiskal dan UU Nomor 22 Tahun 1999 tentang Desentralisasi.

Data perkembangan nota anggaran pada penyusunan anggaran tahun 2001 dapat dilihat. Data ini menunjukkan bahwa anggaran sektor pusat relatif berkurang dibandingkan dengan persentase PDB, sementara itu anggaran dana perimbangan yang ditransfer ke daerah meningkat (Rp 33,5 triliun untuk 9 bulan anggaran pada tahun 2000 menjadi Rp 74, 9 triliun untuk 12 bulan anggaran tahun 2001). Dengan demikian, tahun 2001 masih merupakan masa transisi. Akan tetapi, tahun 2002 apabila pola penganggaran masih besar berada di pusat maka dapat dikatakan bahwa proses desentralisasi tidak berjalan lancar. Kondisi ini seperti yang pernah dijumpai pada tahun 1987. Pada tahun tersebut kebijakan desentralisasi tidak disertai oleh penyerahan aspek keuangan.

Perubahan mencolok terdapat di rumah sakit jiwa. Sebelum desentralisasi diberlakukan terdapat tiga puluh rumah sakit jiwa yang dimiliki oleh pemerintah pusat dan tiga oleh pemerintah daerah. Setelah kebijakan desentralisasi, 25 rumah sakit jiwa pusat diserahkan ke daerah. Transfer kepemilikan ini disertai dengan perpindahan mekanisme keuangan. Tabel 3.3 memperlihatkan bahwa terdapat penurunan anggaran pemerintah pusat untuk rumah sakit jiwa dari sebelumnya berjumlah Rp 146,8 miliar untuk tahun 1999 menjadi sebesar Rp 63,5 miliar rupiah pada tahun 2001. Hal ini mencerminkan hilangnya kontrol pemerintah pusat untuk membiayai pelayanan rumah sakit jiwa, khususnya untuk anggaran pembangunan dan operasional. Anggaran rutin di daerah dapat dipastikan diperoleh dari Dana Alokasi Umum (DAU). Hal ini berarti direktur rumah sakit jiwa harus melakukan berbagai kegiatan agar memperoleh dana pembangunan dan operasional dari pemerintah daerah. Dalam memberikan subsidi untuk rumah sakit jiwa, rumah sakit

pemerintah daerah dan mungkin rumah sakit swasta, kemampuan keuangan pemerintah daerah merupakan hal penting yang harus diperhitungkan. Hal ini berlaku pula pada rumah sakit umum.

Tabel 3.1. Anggaran Pemerintah Pusat

Tabel 3.3 Anggaran Pemerintah Pusat untuk Rumah Sakit Umum Jiwa pada Tahun 1999 and 2001

	1999 (Sebelum desentralisasi)			2001 (sesudah desentralisasi)		
	Rutin	Pembangunan	Subsidi dari Departemen Dalam Negeri (SBO)	Rutin	Pembangunan	Subsidi dari Departemen Dalam Negeri (SBO)
			Subsidi Operasional dari Depkes (OPRS)			Subsidi Operasional dari Depkes (OPRS)
by Jakarta	5,776,221	571,675	104,692	4,791,451	-	-
by Bogor	10,487,178	797,127	200,000	15,541,340	1,421,597	-
by Magelang	8,619,480	758,027	250,000	13,620,863	-	-
by Lawang	11,387,212	1,873,654	349,997	16,235,679	1,874,892	-
by IKO (Rumah Sakit tergantungan Obat)	3,017,088	381,788	99,540	1,548,684	-	-
rumah sakit lain (RSJ)	83,538,283	13,518,772	4,774,226	-	4,655,437	-
rumah sakit lain (RSJ pemerintah daerah)	-	921,390	-	-	-	(untuk 5 rumah sakit)
a- Total	122,825,462	17,519,255	845,504	51,738,017	6,077,034	-
b- Total	146,869,136			63,519,0047		

ruang rupiah
Data: Depkes RI

Pemerintah daerah pasca desentralisasi mempunyai sumber-sumber pembiayaan antara lain, (1) Pendapatan Asli Daerah (PAD) yang mencakup pajak setempat, retribusi lokal, perusahaan pemerintah daerah dan aset manajemen lainnya, giral dan aset penjualan, (2) Dana perimbangan yang merupakan dana desentralisasi terdiri dari dana bagi hasil beberapa sektor seperti, Pajak Bumi dan Bangunan, minyak dan gas, hutan, tambang dan perikanan, Dana Alokasi Umum dan Dana Alokasi Khusus, (3) Pinjaman, dan (4) Penerimaan lain (sumbangan dana darurat). Memperhatikan hal ini terdapat kemungkinan pemerintah daerah menjadi kaya seperti di Kabupaten Kutai di Kalimantan Timur, Kabupaten Aceh Utara, dan Kabupaten Bengkalis di Riau. Akan tetapi, sebagian besar kabupaten tidak mendapat manfaat berarti dari desentralisasi.

Perencanaan dan penganggaran sektor kesehatan pada pemerintah lokal berisiko tidak akan mendapat biaya karena kesehatan bukan prioritas pemerintah lokal. Secara historis, urusan kesehatan dengan kegiatan mempunyai hasil tidak nyata (nonfisik) merupakan program yang dibiayai oleh pemerintah pusat. APBD biasa membiayai pembangunan fisik dan keperluan dinas pemerintah. Dengan demikian, muncul risiko rumah sakit daerah mendapat sedikit anggaran dari pemerintah daerah. Risiko ini harus dihadapi dengan berbagai kegiatan antara lain, menggunakan konsep *lobbying*. Dalam hal ini kemampuan advokasi, *lobbying*, dan negosiasi kepada pemerintah lokal dan legislatif diperlukan untuk mencapai perencanaan dan penganggaran kesehatan yang tepat.

2. Prospek Subsidi dari Pemerintah

Pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit menurut konsep negara kesejahteraan merupakan *public goods* yang harus dibiayai oleh pemerintah. Konsep ini membutuhkan masyarakat yang taat dan kuat membayar pajak atau pemerintah yang mempunyai sumber daya ekonomi yang kuat seperti negara Brunei dan Kuwait. Di negara kaya ada model

lain dimana bantuan pelayanan rumah sakit melalui mekanisme pajak hanya diberikan untuk keluarga miskin, sedangkan bagi yang mampu diharapkan membayar sendiri melalui mekanisme asuransi kesehatan ataupun membayar langsung. Dengan model ini dikenal konsep *Social Safety Net* (Jaring Pengaman Sosial). Konsep ini menekankan pada mereka yang miskin akan tetap mendapat pelayanan dari rumah sakit pemerintah ataupun rumah sakit swasta yang mau. Konsep jaring pengaman sosial ini membutuhkan perhitungan biaya rumah sakit yang baik. Pembiayaan ini termasuk pembiayaan yang cukup untuk tenaga dokter. Tanpa subsidi yang cukup, maka rumah sakit dan para dokter akan cenderung kurang berminat dalam memberikan pelayanan.

Konsep *safety net* di Amerika Serikat diberikan dalam bentuk *Medicaid* yang berbasis *unit cost* dan mampu menggerakkan rumah sakit dan sumber daya manusianya untuk bekerja dengan baik melayani keluarga miskin (Lewin dan Altman, 1998). Wawancara dengan seorang dokter spesialis di Rumah Sakit Cambridge yang merupakan rumah sakit *safety net* wilayah Massachusetts Amerika Serikat menyatakan bahwa pendapatan sebagai seorang dokter lebih rendah sekitar 10-15% dibandingkan sesama rekan yang bekerja di rumah sakit swasta yang bukan rumah sakit *safety net*. Walaupun lebih rendah ia menyatakan tidak ada masalah dengan hal itu karena pendapatan yang diperoleh lebih dari cukup untuk hidup serta kepuasan tersendiri yang diperolehnya bekerja pada rumah sakit *safety net*.

Namun, sebagian rumah sakit swasta menyatakan bahwa melayani pasien Medicaid adalah tindakan merugikan. Saat ini di Amerika Serikat ditemukan rumah sakit swasta yang enggan melayani pasien Medicaid karena subsidi dalam bentuk *reimbursement* dinilai kurang sehingga rumah sakit merugi. Secara keseluruhan program *safety net* di Amerika Serikat masih dapat diandalkan untuk memberi pembiayaan yang cukup bermakna bagi masyarakat miskin.

Di Indonesia, kebijakan *social safety net* dilakukan akibat krisis moneter pada tahun 1997. Program JPS ini merupakan

kebijakan nasional pertama setelah kemerdekaan untuk memberikan subsidi langsung kepada masyarakat miskin untuk mendapat pelayanan rumah sakit. Sampai dengan tahun 1997 perkembangan subsidi pemerintah banyak bertumpu pada subsidi untuk rumah sakit bukan kepada keluarga miskin. Contoh subsidi untuk rumah sakit pemerintah yaitu subsidi biaya rutin untuk gaji pegawai, subsidi biaya operasional, subsidi biaya operasional rumah sakit, subsidi obat, subsidi untuk pembangunan rumah sakit atau pembelian alat yang berasal dari hutang luar negeri oleh pemerintah pusat, dan lain sebagainya.

Berbeda dengan *safety net* di Amerika Serikat yang mendapat dana cukup, program *safety net* di Indonesia tidak cukup mendapat dana. Akibatnya, jumlah dana subsidi tidak cukup untuk memenuhi harapan berbagai pihak, termasuk tenaga medik yang menangani pasien Jaring Pengaman Sosial. Situasi baru muncul ketika di awal tahun 2005 pemerintah berusaha mengurangi subsidi BBM dan menambahkan subsidi ke sektor kesehatan. Oleh karena itu di sektor rumah sakit, saat ini penting untuk memahami berbagai dana yang berasal dari pemerintah pusat. Dana-dana ini sebagian besar memang dipergunakan oleh rumah sakit pemerintah. Akan tetapi ada kecenderungan rumah sakit swasta dapat memperolehnya terutama untuk subsidi bagi keluarga miskin.

Dana Pembiayaan Kesehatan Pemerintah Pusat

Dana ini terbagi dua yaitu: (1) dana yang langsung dari pemerintah pusat dan dipergunakan di provinsi atau kabupaten/kota; dan (2) dana yang diberikan ke pemerintah daerah dan masuk sebagai APBD. Berbagai dana tersebut antara lain:

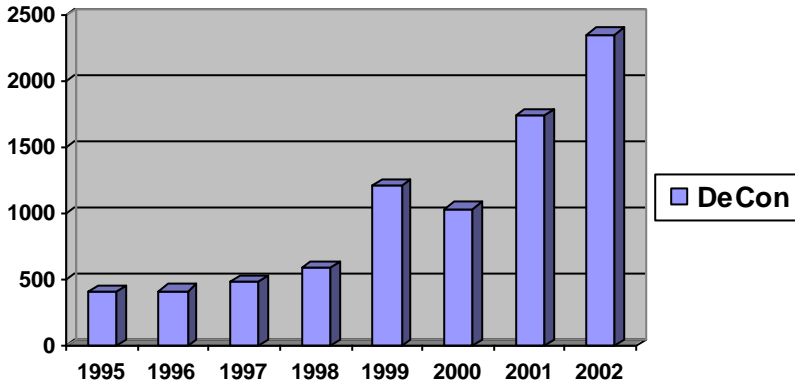
Dana Sektoral Departemen Kesehatan (Dana Dekonsentrasi Kesehatan).

Definisi Umum dari Dana Dekonsentrasi adalah dana pemerintah pusat yang digunakan untuk membiayai tugas-tugas perbantuan atas asas dekonsentrasi. Sedangkan Definisi operasionalnya adalah: dana yang digunakan untuk membiayai pelaksanaan urusan dan kewenangan Pemerintah Pusat di Daerah, dan diserahkan secara hierarkhis kepemerintahan. Pemerintah Daerah (dalam hal ini pemerintah provinsi) wajib melaporkan dan membuat laporan pertanggung-jawaban Pemerintah Provinsi ke Pemerintah Pusat.

Dekonsentrasi dalam perspektif ilmu pemerintahan, dipahami sebagai bagian dari manajemen pemerintahan, yang dilakukan oleh Pemerintahan Pusat kepada Provinsi, untuk melaksanakan berbagai urusan dan kewenangan pusat di daerah otonom, dengan kewajiban melaporkan segala hasil pelaksanaannya. Sedangkan Tugas Pembantuan, ditinjau dari perspektif ilmu pemerintahan merupakan bagian dari manajemen pemerintahan untuk melaksanakan urusan atau tugas Pemerintahan Pusat, yang diserahkan kepada Pemerintah Daerah atau Pemerintah Provinsi kepada Kabupaten/Kota, untuk melaksanakan dengan kewajiban melaporkan hasil pelaksanaannya.

Alokasi pemerintah pusat untuk dana Dekonsentrasi ini meningkat dari tahun ke tahun (lihat grafik 3.1). Adanya euphoria Desentralisasi dan pemendekan masa anggaran (9 bulan), pada masa peralihan, sempat menyebabkan anggaran dekonsentrasi untuk sektor kesehatan pada tahun 2000, mengalami penurunan yang cukup drastis, tetapi kemudian meningkat tajam. Peningkatan tajam dana dekonsentrasi disebabkan pula peningkatan alokasi anggaran yang bersumber dari luar negeri (donor) misalnya dana untuk kuratif kesehatan dan preventive kesehatan (pemberantasan penyakit menular) pada tahun 2002 dan 2003. Disisi lain anggaran yang bersifat administrasi pusat menurun tajam di tahun 2003, dari sekitar 1,7 triliun rupiah di tahun 2001, menjadi sekitar 1,4 triliun rupiah pada tahun 2002.

GRAFIK 3.1.
DANA SEKTORAL ATAU DANA DEKONSENTRASI
PEMBANGUNAN DEPKES, DALAM MILIAR RUPIAH



Grafik diatas menunjukkan kenaikan anggaran dari tahun 1995 (dan juga tahun-tahun sebelumnya), terlihat kenaikan yang mulus (*smooth-growth*). Tahun 1999 terlihat lonjakan drastis akibat adanya bantuan untuk penanggulangan pasca krisis, seperti program JPS. Tahun 2000 terlihat turun, diakibatkan adanya shifting beban pembiayaan kesehatan dari pusat ke daerah dengan skema desentralisasi, dan anggaran tahun 2000, yang hanya 9 bulan. Dana Dekonsentrasi yang digunakan dalam pengamatan disini hanya meliputi dana pembangunan.

Dana Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) Bidang Kesehatan

Dana PKPS-BBM disediakan pemerintah pusat ketika pemerintah mengeluarkan kebijakan menaikkan harga BBM. Kebijakan tersebut berdampak pada kenaikan berbagai jenis kebutuhan masyarakat. Kondisi ini dikhawatirkan meningkatkan jumlah penduduk miskin. Karena itu, khusus untuk bidang kesehatan, bantuan PKPS-BBM lebih ditujukan untuk membantu masyarakat miskin yang menderita penyakit yang dapat disembuhkan, seperti ibu bersalin melalui Bedah

Caesar dan TBC. Dasar alokasi untuk penyaluran PKPS-BBM lebih banyak ditujukan untuk masyarakat miskin yang membutuhkan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan (kelas III).

Dari total dana PKPS BBM sebesar Rp 4,4 triliun, Depkes mendapat alokasi dana sebesar Rp 945,9 miliar (2003) untuk menyediakan pelayanan kesehatan gratis bagi keluarga miskin. Perinciannya adalah sebanyak Rp 143 miliar untuk pemberian pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas untuk 47,9 juta keluarga miskin, Rp 214 miliar untuk pelayanan kebidanan dasar oleh bidan di desa untuk 1.437.860 ibu hamil dan Rp 326 miliar untuk pelayanan rujukan di rumah sakit untuk 4,4 juta hari rawap inap. Juga dialokasikan sebesar Rp 69 miliar untuk revitalisasi 244.832 Posyandu dan Rp 35 miliar untuk menyediakan vaksin Hepatitis B untuk 1.437.000 bayi dari keluarga miskin. Selain untuk pelayanan kesehatan dasar, dana tersebut juga akan digunakan untuk menyediakan pelayanan rujukan sebesar Rp 326 miliar, pembelian obat senilai Rp 130 miliar, vaksin Hepatitis B Rp 35 miliar dan sisanya sebanyak Rp 9 miliar sebagai biaya penunjang Pusat dan Provinsi. Dalam rangka pelaksanaan otonomi daerah, maka pemerintah daerah diharapkan dapat menyediakan anggaran melalui APBD untuk pelayanan kesehatan keluarga miskin pada tahun anggaran yang akan datang sesuai dengan kemampuan masing-masing daerah. Pada tahun 2005 diperkirakan dana kompensasi BBM untuk sektor kesehatan menjadi 2.1 triliun. Dana kompensasi BBM ini disalurkan melalui PT. ASKES Indonesia.

Anggaran Biaya Tambahan (ABT)

Anggaran Biaya Tambahan (ABT) Kesehatan tahun 2003 adalah sebesar 345 milyar rupiah untuk seluruh Indonesia. Dana sebesar itu masing-masing dialokasikan untuk Kawasan Timur Indonesia (KTI) sebesar 201 milyar rupiah, pengadaan 3 unit Mobile Hospital (Rumah Sakit yang mudah dipindahkan) sebesar 66 milyar rupiah dan untuk Kawasan Barat Indonesia (KBI) terutama daerah-daerah yang

dimekarkan sebesar Rp 78 milyar. Pembagian atau pengalokasian dana tersebut tidak ditentukan oleh Departemen Kesehatan sendiri tetapi atas diskusi dan negosiasi, argumentasi dan persetujuan Dewan Perwakilan Rakyat (DPR).

Pengadaan dan penempatan peralatan kesehatan dilakukan di rumah sakit yang sudah siap dalam arti sudah ada gedungnya dan sudah ada tenaga yang mengoperasikan. Tetapi di tempat-tempat yang rumah sakitnya belum siap, dan tenaga yang mengoperasikan belum ada akan ditempatkan Mobile Hospital. Mobile Hospital adalah rumah sakit yang dilengkapi kamar operasi (OK), Unit Gawat Darurat (UGD) dan peralatan-peralatan yang mendukungnya disertai tenaga yang mengoperasikan alat-alat tersebut dalam suatu kontainer. Bagi kabupaten yang belum ada rumah sakitnya karena baru dimekarkan akan ditempatkan Mobile Hospital. Dalam pengalokasian dana ABT tahun 2003 dilakukan Departemen Kesehatan bersama-sama DPR. Untuk seluruh rumah sakit KTI, Departemen Kesehatan mengusulkan dana sebesar 3 triliun rupiah. Adapun pengadaan 3 unit *Mobile Hospital* rencananya akan ditempatkan di KTI 2 unit dan KBI 1 unit. Sedangkan keseluruhan pengadaan alat kesehatan tersebut diharapkan selesai tahun anggaran 2003.

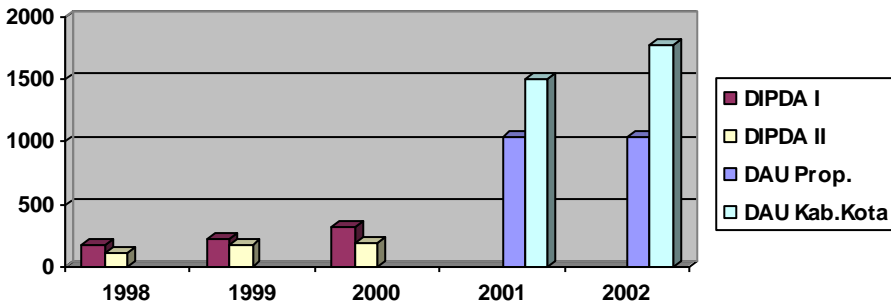
Dana Alokasi Umum.

Dana Alokasi Umum adalah Pembiayaan Kesehatan Pemerintah Daerah (masuk APBD) yang bersumber dari pemerintah pusat. Konsekuensi Otonomi Daerah adalah perubahan sistem administratif yang berlaku. Daerah dituntut lebih otonom baik dalam menjalankan pemerintahannya maupun dalam mendanai keuangan daerahnya. Sedangkan kemampuan satu daerah dengan daerah lain tidak lah sama. Untuk menunjang pelaksanaan Otonomi Daerah tersebut, maka Pemerintah Pusat memberikan kebijakan transfer kepada daerah dalam bentuk Dana Alokasi Umum (DAU).

Pembiayaan kesehatan daerah yang berasal dari Dana Daerah (Provinsi dan Kabupaten/Kota), mengalami

peningkatan yang cukup berarti dari tahun ke tahun setelah desentralisasi. Penyebab utama adalah meningkatnya jumlah total DAU yang diterima oleh pemerintah Daerah. Berikut ini perbandingan antara DAU kesehatan Provinsi dan Kabupaten rentang waktu 2001 dan 2002, dengan menggunakan perbandingan Dana Dekonsentrasi yang di terima oleh daerah berbasis Provinsi (DIPDA-Pusat) sebelum desentralisasi. Sebagai perbandingan sebelum dan sesudah (*Before and After*) desentralisasi, digunakan alokasi DIPDA I dan DIPDA II (Provinsi dan Kabupaten Kota).

GRAFIK 3.2 .
DANA DAERAH DAN DANA ALOKASI UMUM SEKTOR
KESEHATAN TAHUN 2001 DAN 2002
 (Dalam Miliar Rupiah)



Catatan: Istilah DAU digunakan setelah adanya desentralisasi, sebelum adanya desentralisasi digunakan DIPDA I dan DIPDAII

Bobot DAU secara umum ditentukan oleh potensi daerah yang berbanding terbalik dengan bobot DAU. Artinya, makin besar sumber daya alam, penerimaan dan pendapatan suatu daerah, bobot DAU-nya akan semakin kecil. Jika dikaitkan dengan alokasi anggaran teknis, misalnya untuk kesehatan, seharusnya alokasi DAU harus memperhatikan posisi kemampuan fiskal daerah dalam penyediaan dana kesehatan. Akan tetapi patut dicatat bahwa sektor kesehatan tidak masuk secara eksplisit dalam perhitungan DAU. Di berbagai

kabupaten terdapat keluhan mengenai kurangnya DAU untuk kegiatan operasional sektor kesehatan. DAU lebih banyak dipergunakan untuk gaji.

Dana Alokasi Khusus Non Reboisasi Bidang Kesehatan:

Dana desentralisasi lainnya untuk bidang kesehatan adalah Dana Alokasi Khusus (DAK) non Reboisasi. Dana ini dipakai untuk membiayai peningkatan daya jangkauan dan kualitas kesehatan masyarakat di kabupaten/kota. Misalnya rehabilitasi gedung Puskesmas, pengadaan Puskesmas keliling, perairan, atau roda empat, dan peningkatan fisik Puskesmas. Pada prinsipnya, pengalokasian Dana Alokasi Khusus diprioritaskan untuk daerah-daerah yang memiliki kemampuan fiskal rendah atau di bawah rata-rata (KepMenKeu No 544/2002). Daerah tersebut antara lain Provinsi Papua, Provinsi NAD, kawasan timur Indonesia, wilayah perbatasan, daerah pesisir dan kepulauan, daerah pascakonflik, daerah hilir aliran sungai rawan banjir, dan daerah terpencil.

Menurut Keputusan Menteri Keuangan No 544/tahun 2002, untuk setiap daerah yang menerima kucuran dana alokasi khusus pemerintah mewajibkan setiap daerah menyediakan dana pendamping minimal 10 persen dari jumlah DAK yang diterimanya. Dana pendamping tersebut wajib dicantumkan dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah 2004 dan dicantumkan dalam rencana definisi dan daftar isian proyek daerah atau dokumen anggaran satuan kerja.

Untuk efektivitas pelaksanaan DAK, sikap pemerintah daerah membentuk tim koordinasi yang bersifat fungsional yang bertugas mengkoordinasikan perencanaan, pelaksanaan, pelaporan, dan pemantauan DAK. Tim koordinasi itu bisa mengkoordinasikan kegiatan DAK agar tidak tumpang tindih dengan proyek lainnya. Tim koordinasi juga bertugas menjabarkan setiap proyek agar transparan. Anggaran dana alokasi khusus tidak dipakai untuk pengeluaran biaya administrasi proyek, persiapan proyek fisik, penelitian, pelatihan, perjalanan pegawai daerah, dan biaya umum sejenis

lainnya. Anggaran DAK ini tercantum dalam APBN 2004 yang disetujui DPR pada November lalu.

TABEL 3.4.
JUMLAH DANA ALOKASI KHUSUS NON REBOISASI BIDANG KESEHATAN TAHUN 2003 DAN 2004

Tahun 2003	Tahun 2004
Rp. 375.000.000.000,-	Rp. 456.180.000.000,-

Penerapan kebijakan desentralisasi mengakibatkan alur mekanisme pemerintah pusat dan daerah ke rumah sakit ataupun ke masyarakat miskin berubah. Bagi pemerintah daerah yang kaya, ada kemungkinan subsidi untuk keluarga miskin akan diberikan dengan kombinasi dana dari pemerintah pusat. Artinya, pemerintah daerah akan memberikan subsidi untuk keluarga miskin yang sakit.

Potensi sumber pembiayaan dari pemerintah daerah

Desentralisasi memicu perkembangan daerah menjadi beberapa lingkungan ekonomi yang mempengaruhi potensi pembiayaan daerah untuk sektor kesehatan. Ada dua faktor penting yang mempengaruhi sektor kesehatan yaitu kekuatan ekonomi pemerintah daerah dan kekuatan ekonomi masyarakat. Dengan menggunakan dua variabel ini, ada 4 tipe daerah yang mungkin terjadi: (1) Daerah mempunyai kekuatan ekonomi pemerintah daerah yang besar, dan kekuatan ekonomi masyarakat yang besar pula; (2) Daerah mempunyai kekuatan ekonomi pemerintah kecil namun kekuatan ekonomi masyarakat besar; (3) Daerah mempunyai kekuatan ekonomi pemerintah daerah yang kuat namun kekuatan ekonomi masyarakat kecil; dan (4) Daerah mempunyai kekuatan ekonomi pemerintah daerah yang kecil dan kekuatan ekonomi masyarakat yang kecil pula.

Prospek sumber pembiayaannya adalah sebagai berikut:

Di daerah 1: Daerah ini merupakan daerah dimana sebagian pembiayaan kesehatan bisa diserahkan ke mekanisme pasar.

Sumber pembiayaan dari masyarakat perlu ditingkatkan. Peran pemerintah daerah yang kuat dapat difokuskan kepada penyediaan pelayanan kesehatan dan pembiayaan kesehatan keluarga miskin serta pelayanan yang bersifat *public goods* (khususnya promotif dan preventif kesehatan). Bagi masyarakat yang berada dalam garis kemiskinan, pemerintah daerah dapat memberikan jaminan pelayanan kesehatan melalui asuransi kesehatan (misal kontrak ke PT Askes Indonesia).

Di Daerah 2: Daerah yang mempunyai kekuatan ekonomi pemerintah daerah kecil namun kekuatan ekonomi masyarakat besar ada kemungkinan peran pemerintah daerah lebih banyak pada regulator. Dalam hal pembiayaan, peran pemerintah daerah tidak begitu kuat. Peran pemerintah (diharapkan pemerintah pusat) pada pembiayaan diharapkan untuk menjamin akses pelayanan kesehatan, khususnya bagi masyarakat tidak mampu. Bagi masyarakat miskin, peran pemerintah pusat untuk membiayai pelayanan kesehatan menjadi penting.

Daerah 3: Daerah mempunyai kekuatan ekonomi pemerintah daerah yang kuat namun kekuatan ekonomi masyarakat lemah ada kemungkinan sebagai berikut; Peran pemerintah daerah sangat kuat dalam pembiayaan kesehatan, mengingat kemampuan masyarakat di wilayah tersebut relative rendah. Dalam kondisi seperti ini peran pemerintah pusat dalam hal pembiayaan kesehatan tetap diperlukan, walaupun dari sisi “jumlah dana” yang dialokasikan dapat diminimalkan. Sebaliknya pemerintah daerah dituntut lebih kuat peranannya. Pemerintah daerah dapat mengkontrak lembaga penyelenggara pelayanan kesehatan swasta dan asuransi kesehatan untuk menjamin pelayanan bagi masyarakat miskin, atau seluruh masyarakat di wilayahnya.

Daerah 4: Suatu daerah yang tidak mempunyai kemampuan dalam pembiayaan kesehatan karena keterbatasan PAD yang dimiliki dan kemampuan masyarakat di daerah tersebut juga lemah. Daerah tipe ini sangat membutuhkan dukungan dana

dan subsidi dari pemerintah pusat. Daerah ini membutuhkan perhatian besar dari pemerintah pusat dan bantuan asing (block grant, hibah dll) dan dana kemanusiaan lain untuk pembiayaan kesehatan di daerah tersebut.

Teknik alokasi Subsidi dari Pemerintah Pusat

Dalam konsep desentralisasi, pemerintah pusat masih mempunyai peran sebagai pemberi anggaran melalui anggaran dekonsentrasi yang akan diterima provinsi. Akan tetapi, dana dekonsentrasi ini akan semakin menurun seiring semakin meningkatnya dana desentralisasi. Secara praktis hal ini diwujudkan dalam fenomena *merger*-nya kantor-kantor wilayah departemen teknis dalam pemerintah daerah. Setelah desentralisasi kesehatan dilakukan dengan pembagian dana perimbangan (termasuk dana bagian daerah yang sangat berbeda-beda, tergantung pada sumber daya alam). Pemerintah daerah dan masyarakat yang miskin akan membutuhkan alokasi dana dari pemerintah pusat (Trisnantoro, 2001).

Berkaitan dengan anggaran kesehatan pemerintah pusat yang masih tinggi timbul pertanyaan penting yang muncul, bagaimanakah teknik alokasi anggarannya? Apakah aspek keadilan perlu diperhatikan untuk daerah-daerah yang relatif miskin? Teknik alokasi anggaran menjadi hal penting karena pengaliran dana dari pusat ke daerah untuk masyarakat atau daerah yang tidak berhak mendapatkannya jangan sampai terjadi kesalahan. Sebagai catatan, sektor kesehatan, konsep alokasi dana perimbangan melalui DAU merupakan cara baru untuk membiayai pelayanan kesehatan di daerah. Karena merupakan hal baru, dikhawatirkan kriteria transfer keuangan dari pusat ke daerah belum baik. Dalam hal ini terdapat berbagai kriteria dalam transfer dari pemerintah pusat ke daerah (Shah A., 1994; Davey, 1988). Kriteria-kriteria ini dapat bertentangan atau tidak sejalan.

Kriteria penting pertama berdasarkan prinsip otonomi. Artinya, pemerintah daerah dapat fleksible dan otonom menetapkan prioritas kegiatan yang diberi dana. Kriteria ini

menunjukkan bahwa dana di transfer ke daerah dalam bentuk *block grant* yang dan tidak dibatasi dengan kategori-kategori serta ketidakpastian dari pemerintah pusat. Agar pemerintah daerah mempunyai sumber biaya cukup sehingga mampu mengerjakan tugas yang diberikan, pemerintah daerah perlu diberi kriteria yang disebut *Revenue Adequacy*. Dengan demikian, semakin banyak jumlah penduduk maka akan semakin besar transfer yang diberikan. Kriteria lainnya, *Equity* atau pemerataan. Dana yang dialokasikan pemerintah pusat harus adil bagi mereka yang membutuhkan dan berhubungan terbalik dengan kemampuan ekonomi provinsi. Dengan demikian, semakin besar pendapatan asli daerah, kemungkinan transfer dari pusat akan lebih kecil. Di samping itu, terdapat beberapa kriteria lainnya yaitu *Predictability*. Kriteria ini diharapkan agar bantuan yang diterima oleh daerah dapat dijamin kelanggengannya, misal dalam masa lima tahun; *Efficiency* merupakan kriteria yang berusaha menjamin agar alokasi bersifat netral terhadap pilihan berbagai sektor; *Simplicity*, berarti perlu kesederhanaan untuk menyusun formula; *Kriteria insentif* yang mendorong mengurangi praktik-praktik inefisiensi dalam penganggaran daerah. Terakhir adalah kriteria *safeguarding grantor objectives* yang dapat mempunyai konflik dengan kriteria otonomi. Kriteria ini mengacu pada masalah terjaminnya tujuan pemberi *grant* (dalam hal ini pemerintah pusat) yang harus dipenuhi oleh penerima.

Penggunaan Kriteria-Kriteria dalam Alokasi Anggaran

Menyusun formula transfer keuangan dari pemerintah pusat untuk daerah memang rumit. Beberapa kriteria tersebut memang cukup rumit untuk diterapkan. Pengalaman rumah sakit di Indonesia, pemberian subsidi oleh pusat tidak mempunyai formula yang jelas. Tahun 1997 kriteria alokasi Subsidi Biaya Operasional (SBO) di evaluasi oleh Trisnantoro (1997). Hasilnya menunjukkan bahwa alokasi SBO tidak berdasarkan pada jumlah penduduk miskin disuatu wilayah. Jumlah tempat tidur pasien berpengaruh terhadap besarnya

SBO. Semakin besar jumlah tempat tidur pasien maka akan semakin besar nilai SBO. Keadaan ini menunjukkan bahwa pemberian SBO untuk RS Daerah nonpendidikan belum menunjukkan kriteria pemerataan. Dengan alokasi saat ini justru rumah sakit besar yang akan memperoleh subsidi relatif lebih tinggi. Namun, peningkatan subsidi di rumah sakit besar tersebut tidak memenuhi kriteria *adekuasi* karena jumlahnya relatif kecil dibanding pemasukan fungsionalnya. Dengan demikian, muncul masalah keadilan.

Dalam penelitian tersebut disarankan untuk melakukan alokasi formula dengan acuan pada kriteria pemerataan. Dalam hal ini diusulkan agar jumlah tempat tidur yang dipergunakan sebagai dasar perhitungan harus didasarkan pada jumlah tempat tidur kelas III yang terpakai (BOR kelas III). Penetapan berdasarkan angka BOR tempat tidur kelas III ini sebagai suatu keadaan yang menunjukkan bahwa SBO merupakan bantuan subsidi operasional bagi RSD yang menanggung beban untuk melayani masyarakat tidak mampu. Bagi pasien mampu, seharusnya ia berada di kelas-kelas atas sehingga subsidi operasional dari pemerintah tidak diperlukan. Teknik alokasi ini menunjukkan pemakaian kriteria keadilan sosial dalam subsidi. Untuk alokasi khusus, kriteria alokasi adalah pemerataan dan keadilan sosial. Teknik alokasi ini berbasis jumlah penduduk dan Penerimaan Asli Daerah (PAD). Semakin besar jumlah penduduk dan semakin kecil PAD, maka semakin besar pula alokasi SBO-RSD.

Analisis dana kompensasi BBM dari pusat memperlihatkan bahwa yang digunakan bukan kriteria *equity*, akan tetapi lebih menggunakan kriteria untuk memenuhi biaya operasional bagi keluarga miskin (*adequacy*). Dalam alokasi, masalah keadilan tidak diperhatikan karena daerah kaya dan daerah miskin mendapat dana serupa. Apakah layak program kesehatan di berbagai daerah kaya di Provinsi Kalimantan Timur masih didanai oleh pemerintah pusat melalui dana sektoral? Dapat disimpulkan pengalaman masa lalu menunjukkan bahwa alokasi pemerintah pusat ke daerah dalam alokasi anggaran rumah sakit masih belum jelas

kriterianya. Terlebih apabila terkait dengan proyek bantuan asing dan pinjaman asing maka kriteria alokasi menjadi lebih sulit dianalisis.

Menjadi isu menarik apakah masalah subsidi pemerintah pusat maupun daerah merupakan hal relevan dengan rumah sakit swasta. Pertanyaan lebih tegasnya apakah masih ada prospek bagi rumah sakit swasta untuk mendapatkan dana subsidi pemerintah? Dalam hal ini ditemukan berita menarik di harian *Kompas* (Wahyuni, 2002). Tahun 2001 sebesar Rp 326 milyar dana kompensasi BBM dibagikan kepada 446 rumah sakit di seluruh Indonesia. Menurut Kepala Biro Perencanaan Departemen Kesehatan pada saat itu, dr. Setiawan Soeparan MPH, semula pihaknya hendak menyalurkan dana kompensasi BBM kepada rumah sakit pemerintah saja. Apabila tidak ada rumah sakit pemerintah dana tersebut baru disalurkan ke rumah sakit swasta di daerah bersangkutan. Akan tetapi, daerah memberi masukan agar penduduk tidak mampu tidak diharuskan pergi ke rumah sakit pemerintah. Seringkali persoalan jarak yang membuat penduduk memilih berobat ke rumah sakit terdekat meskipun rumah sakit swasta. Oleh karena itu, tahun 2002 jumlah rumah sakit swasta yang mendapat dana kompensasi BBM bertambah. Disamping itu dana kompensasi BBM tidak hanya diperoleh Rumah Sakit Umum, tetapi juga Rumah Sakit Khusus untuk paru, jiwa serta Balai Kesehatan Mata.

Memahami Pandangan Politik terhadap Kesehatan

Prospek sumber biaya rumah sakit dari pemerintah terpengaruh pandangan politik mengenai fungsi negara. Penganjur pandangan negara kesejahteraan mengharapkan pemerintah membiayai pelayanan rumah sakit karena hal itu merupakan tanggung jawab negara. Pandangan seperti ini biasanya dipunyai oleh para pelaku politik yang sosialis. Namun, akhir-akhir ini pandangan tersebut mengalami kesulitan praktis karena berbagai faktor, termasuk semakin meningkatnya jumlah penduduk dan masalah kesehatan, semakin meningkatnya biaya pelaksanaan pelayanan kesehatan, dan semakin meningkatnya pengaruh pasar.

Pandangan sosialis memang mengacu pada pemerataan pelayanan kesehatan yang sama. Akan tetapi, perkembangan politik dan ekonomi merubah kenyataan. Masyarakat mengalami segmentasi pasar. Beberapa kelompok penduduk menginginkan pelayanan sesuai dengan keinginan mereka walaupun harus membayar mahal. Berdasarkan keadaan ini timbul paham baru yang mereformasi model sosialis menjadi model lain yang mengakui adanya pasar tetapi berusaha mengurangi akibat negatifnya (Burger PL. Neuhaus, 1996; Giddens, 1998). Satu hal penting bahwa semakin maju sebuah negara, perhatian akan kesehatan menjadi semakin besar. Di Eropa reformasi pelayanan kesehatan, termasuk rumah sakit menjadi isu penting partai politik dan pimpinan politik. Di Amerika Serikat dengan semakin meningkatnya beban anggaran pemerintah dan masyarakat, isu pelayanan kesehatan menjadi semakin penting dan merupakan isu politik dalam pemilihan presiden. Bagaimana keadaan di Indonesia?

Sektor kesehatan masih kecil dalam persentase APBN dan APBD. Masyarakat juga belum memberikan perhatian dan pembiayaan cukup untuk kesehatan. Data Susenas menunjukkan bahwa pengeluaran masyarakat untuk merokok lebih besar dibandingkan dengan kesehatan. Dalam situasi ini DPR dan DPRD merupakan lembaga penting yang harus diperhitungkan dalam mencari subsidi pemerintah untuk rumah sakit. Oleh karena itu, perlu diperhatikan bagaimana perhatian anggota DPR dan DPRD terhadap sektor kesehatan, khususnya rumah sakit. Saat ini berbagai daerah terdapat berbagai laporan yang menunjukkan ketidaktahuan para anggota DPRD terhadap rumah sakit. Kebijakan swadana sering disalahartikan sebagai keadaan rumah sakit pemerintah sudah mandiri sehingga tidak memerlukan subsidi lagi. Di samping itu, anggota DPRD sebagian menyatakan bahwa pelayanan rumah sakit harus murah dengan mutu yang baik tanpa melihat proses pelayanan kesehatan yang membutuhkan biaya relatif besar. Dalam keadaan ini perlu dilihat bagaimana perhatian para anggota DPR atau DPRD dan partai politiknya untuk kesehatan.

Untuk menilai perhatian partai politik, sebuah penelitian dilakukan oleh Nurcholid Umam Kurniawan dkk. dari Senat Mahasiswa FK-UGM bekerja sama dengan Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan, Fakultas Kedokteran UGM. Perhatian ini dipresentasikan dalam bentuk isi kampanye Pemilu tahun 1999 yang dibandingkan dengan Pemilu 2004 di Daerah Istimewa Yogyakarta. Penelitian disajikan dalam bentuk deskriptif dengan metode *cross sectional* menggunakan pendekatan analisis isi (*content analysis*).

Hasil penelitian sebagai berikut. Pada kampanye Pemilu 1999, jumlah kampanye dengan menggunakan pendekatan berbicara langsung dalam rapat umum yang dapat terpantau sebanyak 19 kali dengan uraian 16 kali kampanye monologis dan 3 kali kampanye dialogis. Dari 19 kali kampanye ini hanya satu (1) kampanye yang mengangkat isu kesehatan (5,26%). Waktu yang digunakan juru kampanye (jurkam) untuk berbicara juga dicatat. Total waktu yang digunakan dalam rapat umum monologis maupun dialogis berkisar 14 jam 15 menit dengan rata-rata waktu bicara juru kampanye untuk tiap kampanye 30 s.d. 60 menit. Waktu yang digunakan jurkam untuk menjelaskan isu kesehatan hanya sebesar 5 menit (0,55%).

Pada Pemilu 2004, jumlah kampanye dengan menggunakan pendekatan berbicara langsung dalam rapat umum yang dapat terpantau sebanyak 44 kali. Dibandingkan dengan Pemilu 1999 ada kenaikan kampanye rapat umum yang membahas kesehatan. Tercatat ada 9 kali (20,45%) dari seluruh kampanye. Total waktu yang digunakan untuk sektor kesehatan dalam rapat umum adalah 2,86%. Persentase ini lebih baik dibandingkan dengan Pemilu 1999.

Pada Pemilu 1999, hasil kedua pemantauan lewat media elektronik mendapatkan hasil yang tidak menggem-birakan untuk sektor kesehatan. Stasiun televisi yang dipantau adalah TVRI, Indosiar, RCTI, dan SCTV. Stasiun radio yang dipantau adalah RRI. Kampanye lewat media elektronik ini terbagi menjadi dua jenis yaitu monologis dan dialogis. Total kampanye monologis sebanyak 129 kali dengan total waktu

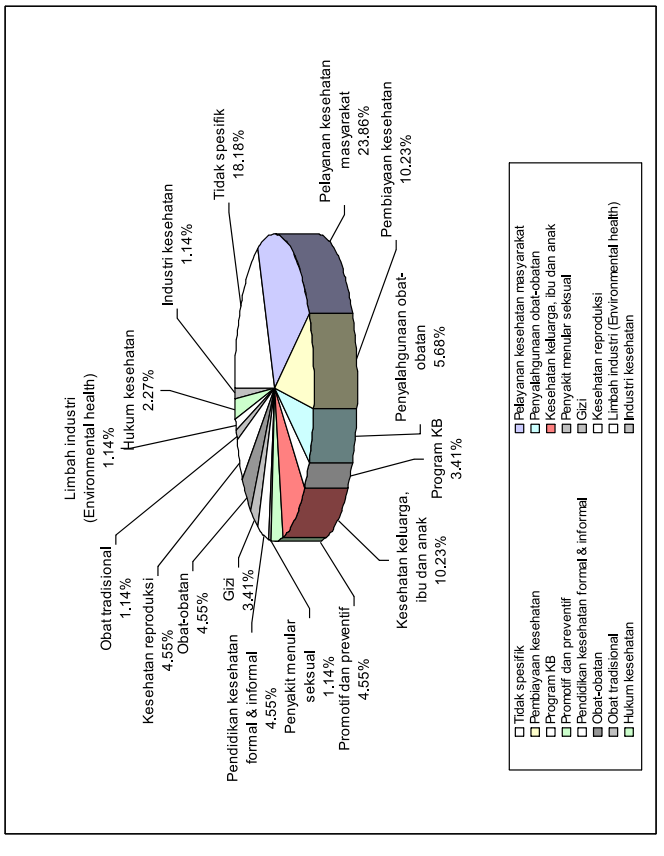
penayangan 17 jam 8 menit 2 detik (tabel 3 dan 4). Kampanye monologis yang mengangkat isu kesehatan sebanyak 15 kali (11,62%) dengan waktu pembicaraan tema kesehatan sebesar 2 menit 48 detik (0,27%). Total kampanye dialogis sebanyak 56 kali dengan *durasi* sebesar 10 jam 42 menit 18 detik. Kampanye dialogis yang mengangkat isu kesehatan sebanyak 6 kali (10,71%) dengan durasi pembicaraan tema kesehatan selama 1 menit 23 detik (0,22%).

Pada Pemilu 2004 di media elektronik partai politik mempunyai perhatian yang lebih baik terhadap kesehatan dibanding 1999. Ada 31,09% dari 162 kali kampanye melalui media televisi dan radio yang mengangkat isu kesehatan. Terdapat kenaikan cukup signifikan dari angka 10,67% di Pemilu tahun 1999 (kampanye dialog dan monolog). Persentase lama isu kesehatan dibanding dengan total lama waktu kampanye juga membaik dibandingkan dengan Pemilu 2004. Persentasenya adalah 1,75% dibanding 0,22% pada Pemilu tahun 1999.

Pada Pemilu 1999 dicermati 615 berita dan artikel partai politik yang diambil dari 11 surat kabar harian (Media Indonesia, Kompas, Republika, Suara Pembaruan, The Jakarta Post, Jawa Pos, Yogya Pos, Kedaulatan Rakyat, Bernas, Suara Merdeka, dan Solo Pos) serta 9 tabloid umum (Vokal, Realitas, Opini, Berita Keadilan, Gugat, Tekad, Detak, Oposisi, Format), 4 tabloid milik partai politik (Demokrat, Amanat, Aliansi, Abadi) dan 7 majalah (Panji Masyarakat, Forum, Gatra, Tempo, D&R, Gamma, Sabili). Berdasarkan artikel sejumlah 615 artikel itu mengangkat tema kesehatan hanya sebanyak 18 artikel (2,92%).

Pada Pemilu 2004, ada 1986 berita dan artikel politik dari partai politik yang dicermati di berbagai media cetak. Persentase artikel yang mengangkat tema kesehatan adalah 11,32% (225 artikel). Keadaan ini menunjukkan bahwa artikel yang terkait dengan kegiatan partai-partai politik semakin memuat mengenai aspek kesehatan di media massa cetak pada Pemilu 2004 dibanding dengan 1999.

Pada Pemilu 1999 berdasarkan *content analysis* tema kesehatan yang diangkat adalah seperti yang terlihat pada Gambar 3.12.



GAMBAR 3.12.
PERSENTASE JENIS ISU KESEHATAN YANG
DIANGKAT OLEH PARTAI POLITIK DALAM
KAMPANYE PEMILU 1999

Berdasarkan analisis isi ini terlihat bahwa topik kampanye mengenai rumah sakit sangat kurang. Secara keseluruhan dipandang dari pelaku kampanye kesehatan, ternyata partai-partai besar pemenang Pemilu 1999 (PDI Perjuangan, Golkar, PPP) hanya sedikit melakukan kegiatan kampanye di berbagai cara (Lihat Tabel 3.5 dan Tabel 3.6). Keadaan ini cukup memprihatinkan karena dapat ditafsirkan masyarakat pemilih tidak peduli isu kesehatan saat memilih tanda gambar pada Pemilu tahun 1999.

Akan tetapi pada Pemilu 2004, fenomena Partai Keadilan Sejahtera yang banyak mengangkat isu kesehatan dan berhasil mempunyai kenaikan pesat merupakan pertanda awal bahwa masyarakat pemilih kelihatan semakin tertarik pada isu kesehatan. Disamping itu secara keseluruhan terjadi peningkatan jumlah kampanye yang melontarkan isu kesehatan.

TABEL 3.5.
URUTAN PARTAI YANG MENGANGKAT ISU KESEHATAN
(Frekuensi di Berbagai Cara Kampanye)
PEMILU TAHUN 1999

No.	Nama Partai	Frekuensi
1	Partai Keadilan	6
2	Partai Amanat Nasional	4
3	Partai Aliansi Demokrat Indonesia	3
4	Partai Masyumi,	2
5	Partai Serikat Pekerja,	2
6	Partai Nasional Demokrat,	2
7	Partai Umat Muslimin Indonesia,	2
8	Partai Persatuan Pembangunan,	2
9	Partai Demokrasi Indonesia Perjuangan,	2
10	Partai Keadilan dan Persatuan,	2
11	Partai Uni Demokrasi Indonesia,	2
12	Partai Demokrasi Indonesia,	2
13	Partai Ikatan Pendukung Kemerdekaan Indonesia,	1
14	Partai Syarikat Islam Indonesia 1905,	1
15	Partai Nahdatul Umat,	1
16	Partai Buruh Nasional,	1
17	Partai Bhinneka Tunggal Ika,	1
18	Partai Kebangsaan Merdeka,	1
No.	Nama Partai	Frekuensi
19	Partai Nasional Indonesia-Massa Marhaen,	1
20	Partai Umat Islam,	1
21	Partai Golongan Karya,	1
22	Partai Bulan Bintang,	1
23	Partai Kebangkitan Bangsa	1
Total		42

TABEL 3.6.
URUTAN PARTAI YANG MENGANGKAT ISU KESEHATAN

(Frekuensi di Berbagai Cara Kampanye)

PEMILU TAHUN 2004

No.	Nama Partai	Frekuensi
1	Partai Keadilan Sejahtera	33
2	Partai Amanat Nasional	28
3	Partai Kebangkitan Bangsa	20
4	Partai Golongan Karya	17
5	Partai Patriot Pancasila	16
6	Partai Persatuan Daerah	15
7	Partai Karya Peduli Bangsa	13
8	Partai Demokrasi Indonesia Perjuangan	13
9	Partai Persatuan Pembangunan	13
10	Partai Perhimpunan Indonesia Baru	12
11	Partai Demokrat	12
12	Partai Bintang Reformasi	11
13	Partai Keadilan dan Persatuan Indonesia	10
14	Partai Bulan Bintang	8
15	Partai Sarikat Indonesia	8
16	Partai Damai Sejahtera	8
17	Partai Marhaenisme	7
18	Partai Buruh Sosial Demokrat	7
19	Partai Penegak Demokrasi Kebangsaan ,	7
20	Partai Nasionalis Banteng Kebangsaan,	6
21	Partai Penegak Demokrasi Kebangsaan,	6
22	Partai Persatuan Nadlatul Ulama Indonesia,	6
23	Partai Merdeka,	4
24	Partai Pelopor,	4
Total		284

Walaupun ada perbaikan di dalam Pemilu 2004, hasil penelitian ini menunjukkan perhatian yang masih kurang dari politikus terhadap sektor kesehatan. Pada keadaan ini ketrampilan *lobbying* dan komunikasi diperlukan oleh pemimpin rumah sakit untuk mempengaruhi berbagai pihak yang terlibat dalam penyusunan anggaran kesehatan pemerintah pusat dan daerah. Kenyataan ini menunjukkan bahwa direktur rumah sakit seperti para pemimpin sektor kesehatan lainnya mau tidak mau harus mempelajari aspek politik dalam mencari dana-dana subsidi.

Reich (1996) menyatakan bahwa diperlukan keterampilan untuk menilai keadaan politik di suatu tempat dalam usaha merumuskan kebijakan. Untuk memahami aspek politik terdapat lima langkah yang diusulkan: (1) memahami kebijakan saat ini dan merumuskan kebijakan yang diinginkan termasuk tujuan dan mekanisme pencapaiannya; (2) mengidentifikasi pihak-pihak yang menentukan secara politis dan menganalisis posisi masing-masing; (3) menilai peluang dan hambatan dalam mengusahakan kebijakan yang dimaksud; (4) menyusun strategi; dan (5) menilai hasil strategi yang dilakukan. Dalam konteks mengusahakan anggaran rumah sakit, direktur rumah sakit dapat menggunakan pendekatan ini khususnya dalam menganalisis pihak-pihak pemerintah yang mendukung ataupun menentang pemberian anggaran untuk rumah sakit atau keluarga miskin di rumah sakit.

Hasil analisis politik ini memerlukan ketrampilan untuk membujuk atau mempengaruhi orang lain. Keterampilan ini merupakan salah satu seni berkomunikasi dengan berbagai pihak. Setelah melakukan analisis politik, maka ketrampilan mempengaruhi orang lain perlu diterapkan. Watkins (2001) memberikan berbagai hal penting untuk diperhatikan. Sebagaimana yang dikemukakan Reich, disarankan untuk memetakan berbagai lembaga, pihak dan pribadi yang mempengaruhi keputusan. Selanjutnya, diperlukan semacam analisis mengenai sikap berbagai pihak yang mempengaruhi keputusan tersebut. Hasil analisis dapat menunjukkan pihak yang menentang maupun mendukung. Langkah berikutnya, membentuk persepsi berbagai pihak yang berbeda-beda. Pendekatan yang dilakukan dalam langkah ini bermacam-macam, misalnya melakukan negosiasi, memberikan insentif hingga menggunakan pengaruh dari orang-orang penting. Teknik-teknik yang diperlukan untuk membentuk persepsi berbagai pihak ini tergantung pada situasi dan budaya setempat. Akan tetapi, pada dasarnya yaitu mempengaruhi berbagai pihak agar mendukung pembiayaan pemerintah untuk rumah sakit.

3. Prospek Subsidi dari Dana Kemanusiaan

Untuk mendukung misi sosialnya di samping dana subsidi pemerintah, rumah sakit mempunyai peluang untuk menerima sumbangan dari masyarakat. Namun, muncul pertanyaan apakah rumah sakit sebagai suatu lembaga masih membutuhkan sumbangan? Pertanyaan ini menarik untuk dijawab karena perkembangan saat ini telah menjadikan rumah sakit sebagai lembaga yang secara relatif mempunyai uang. Berbagai rumah sakit keagamaan dan pemerintah terlihat megah dan mengesankan mempunyai dana besar. Akibatnya, rumah sakit sekarang justru dimintai sumbangan bukannya disumbang sebagaimana dilaporkan oleh beberapa direktur rumah sakit. Pertanyaan kritisnya: apakah memang rumah sakit sudah kehilangan kesempatan untuk menggali dana kemanusiaan? Di Amerika Serikat dana kemanusiaan untuk rumah sakit menurun tetapi masih terus diusahakan peningkatannya. Hal ini penting untuk menjaga citra rumah sakit sebagai tempat yang sebaiknya disumbang, bukan pihak penyumbang.

Bagian ini membahas prospek penggalan dana kemanusiaan untuk rumah sakit. Pembahasan diawali dari riwayat “sumbangan kemanusiaan” rumah sakit dari masa lalu hingga masa sekarang yang dikaitkan dengan usaha penggalan dana sosial untuk rumah sakit. Pembahasan sejarah ini dilihat dari perkembangan rumah sakit *zending* yang dimulai abad XIX saat mulai memberikan pelayanan kesehatan kepada penduduk pribumi. Usaha tersebut dimulai oleh para utusan *zending* yang datang lebih awal dan dikenal dengan sebutan *Zendeling Leerar* (utusan pekabar injil), serta *zendeling onderwijser* (utusan guru). Kemudian, diikuti oleh *Zendeling Diacon* (utusan mantri perawat), dan *Zendeling Arts* (utusan dokter). Daerah-daerah yang dijadikan tempat usaha pelayanan kesehatan dan rumah sakit oleh *Zending* meliputi Yogyakarta (Petronella), Rantepao (Elim), Bandung (Imanuel), dan Tayu-Jawa Tengah (rumah sakit kusta).

Pemberian layanan kesehatan tidak hanya dimaksudkan sebagai sarana pengobatan tetapi secara khusus diarahkan bagi terciptanya kondisi pendukung kesuksesan misi keagamaan. Para utusan *zending* yang datang ke Indonesia merupakan tenaga yang sebelumnya dipersiapkan untuk melaksanakan misi keagamaan. Dari beberapa catatan menunjukkan bahwa para *zendeling* dalam memberikan pelayanan kesehatan dan mengelola rumah sakit menempatkan pelayanan sebagai tujuan utama daripada mengejar keuntungan. Pembiayaan diperoleh dari subsidi Pemerintah Hindia Belanda melalui *Dients der Volksgezondheid* (DVG, Dinas Kesehatan Rakyat Pemerintah) dan bantuan berupa kolekte, iuran dan berbagai usaha pengumpulan dana yang diusahakan oleh lembaga pengutus. Dalam peraturan pemerintah tahun 1928 dan peraturan subsidi Dinas Kesehatan tahun 1935 disebutkan bahwa sekitar 60% sampai dengan 70% seluruh biaya operasional ditanggung oleh pemerintah. Campur tangan pemerintah juga tampak pada bantuan tenaga ketika *zending* belum mampu mendatangkan mantri perawat dan dokter sendiri (Zebua dan Trisnantoro, 2000).

Dalam perkembangan selanjutnya, khususnya setelah Pemerintah Hindia Belanda dan *zendeling* meninggalkan Indonesia, maka pengelolaan pelayanan kesehatan dan rumah sakit diambil alih oleh Pemerintah Indonesia dan lembaga-lembaga keagamaan (pihak swasta). Para pemilik (lembaga gereja) membentuk yayasan-yayasan sebagai pengelola sekalipun sumber keuangan masih tergantung dari sebagian pemberian pendiri. Dalam mengelola pelayanan kesehatan dan rumah sakit cenderung mempertahankan fungsi sosial keagamaan sebagai misi yang diwarisi dari pendiri. Walaupun lingkungan rumah sakit yang didirikan oleh *Zending* telah mengalami perubahan.

Hal itu disebabkan oleh meningkatnya status sosial ekonomi masyarakat dan pendidikan sehingga memunculkan kelompok-kelompok tertentu dalam masyarakat yang menuntut penyediaan layanan sesuai selera mereka.

Sementara itu, rumah sakit yang didirikan oleh *zending* dihadapkan pada terbatasnya bantuan donor. Pembayaran yang lebih kecil dari sebagian pasien tidak dapat diandalkan untuk membiayai program-program baru.

Berbagai RS keagamaan yang berasal dari *zending* dan juga dari RS Katholik berubah menjadi RS swasta terbesar dan tertua di kota masing-masing, seperti RS Bethesda di Yogyakarta, RS RKZ di Surabaya, RS Borromeus di Bandung, dan lain-lain. Dengan lingkungan yang cepat bergerak, sistem manajemen RS keagamaan cenderung mengadopsi perubahan lingkungan, termasuk membuka berbagai kelas perawatan. Sebagai contoh, RS Bethesda terdapat sekitar sepuluh kelas perawatan inap. Sementara itu, RS yang berada di lingkungan yang kurang dinamis cenderung tetap melakukan sistem manajemen yang lama, misalnya RS Elim di Rantepao, Sulawesi Selatan. Sampai penghujung tahun 1990-an pihak gereja menolak adanya kelas VIP pada RS Elim. Perubahan lingkungan yang berlangsung secara cepat ternyata menimbulkan perpindahan sumber pembiayaan. Hal ini disebabkan oleh hilangnya komponen subsidi pada RS keagamaan, termasuk RS *zending*. Agar RS keagamaan dapat bertahan, praktis sumber pembiayaan khususnya pembiayaan operasional berubah menyerupai rumah sakit swasta nonkeagamaan dengan sumber biaya sebagian besar berasal dari pembayaran pasien.

Rumah sakit keagamaan Islam mengalami perkembangan berbeda. Berdasarkan aspek sejarah, rumah sakit-rumah sakit Islam dibangun belakangan dari rumah sakit-rumah sakit keagamaan non-Islam. Hal ini terlihat dari lokasi bangunan rumah sakit keagamaan Kristiani pada umumnya berada di jalan-jalan utama kota-kota besar, misalnya di Palembang (RS Charitas), Yogyakarta (RS Bethesda dan RS Panti Rapih), RS RKZ Surabaya, RS Elisabeth Semarang. RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta yang tertua, memiliki letak strategis tetapi sangat sempit lahannya. Rumah sakit-rumah sakit Islam banyak berkembang setelah tahun 1970-an. Masalah sumber biaya RS Islam untuk

investasi dapat diperoleh dari berbagai sumber berupa wakaf, sumbangan, hingga hibah dari luar negeri. Bagi RS Islam yang masih muda, masalah biaya operasional dan pemeliharaan merupakan hal yang tidak semudah biaya investasi untuk memperolehnya. Akibatnya, kemungkinan RS dibangun secara fisik dan peralatan tetapi tidak mempunyai subsidi untuk operasional dan pemeliharaan sehingga berakibat tarif rumah sakit Islam relatif tinggi dibanding dengan rumah sakit pemerintah.

Untuk memahami keadaan subsidi bagi keluarga miskin dan bagi rumah sakit, Aji dan Trisnantoro (2000) melakukan penelitian mengenai pembiayaan bagi keluarga miskin pada rumah sakit keagamaan dan rumah sakit kemanusiaan di sebuah kota besar. Dalam penelitian ini ditemukan beberapa mekanisme sumber biaya yang dapat diidentifikasi yaitu, (1) menggunakan model subsidi silang; (2) menggunakan manajemen kas; (3) bersumber dari sumbangan dokter; (4) bersumber dari pemberi dana kemanusiaan perorangan.

Sumber biaya menggunakan model subsidi silang

Rumah sakit Katolik X menggunakan kerangka konsep subsidi silang dalam penanganan pasien tidak mampu. Akan tetapi, arti dari subsidi silang ini tidak berdasarkan informasi dari data akuntansi yang benar-benar memiliki sisa hasil usaha dari kelas atas untuk kelas-kelas di bawah atau untuk keluarga miskin. Prinsip subsidi silang yaitu biaya diambilkan dari pendapatan unit pelayanan, unit rawat jalan, obat-obatan, pemeriksaan penunjang. Sebagaimana diterangkan direktur RS Katolik X:

“... Ya namanya kita punya sistem, namanya *cross subsidy*, orang kaya membantu keluarga miskin,.....*from patient for patient...*”.

Tahun 1998 RS Katolik X telah mengeluarkan biaya subsidi perawatan kamar sebesar Rp 565.885.816,00 dan subsidi penghapusan piutang pasien umum sebesar Rp 121.019.725,00. Jadi, total subsidi tahun 1998 sebesar

Rp 686.905.339,00. Tahun 1999 sampai dengan September RS Katolik X telah mengeluarkan biaya subsidi perawatan kamar sebesar Rp 319.739.106,00 dan subsidi penghapusan piutang pasien umum sebesar Rp 216.550.830,00. Jadi, total subsidi yang telah dikeluarkan tahun 1999 sebesar Rp 536.289.936,00. Jumlah tersebut diperkirakan mencapai 5 % dari total biaya operasional tahunan Rumah Sakit Katolik X.

Rumah sakit Islam Y dalam perencanaan anggaran tahun 1999 mengalokasikan dana subsidi sekitar 1 % dari perkiraan total pendapatan. Besar dana tersebut diperkirakan mencapai lebih kurang 150 juta rupiah. Angka 1 % ini dalam pelaksanaannya bersifat fleksibel, artinya dapat meningkat asalkan tidak mengganggu sisa hasil usaha yang diharapkan sebesar 8,5 %. Gagasan pengalokasian 1 % ini bertolak dari upaya untuk mewujudkan keharusan rumah sakit sosial menyediakan 25 % bangsal kelas III untuk pasien tidak mampu. Hal ini ditegaskan oleh direktur RS Islam Y;

“...Nah pengertian 25 % itu yang tidak cocok. Pengertian itu harus diterjemahkan dalam proporsi anggaran untuk charity, harusnya itu”.

Penggunaan alokasi sebesar 1 % ini tidak hanya untuk peringan pasien tidak mampu saja melainkan juga untuk potongan kehormatan tokoh-tokoh perkumpulan Islam, kolega atau teman sejawat, dan pihak ketiga (dana sehat dan JPKM).

Alokasi dari pendapatan bunga

Di samping dana dari pasien kaya, RS Katolik X juga memanfaatkan hasil dari suku bunga deposito pada tenggang waktu antara penerimaan uang kontan terutama dari rawat jalan sampai dengan pembayaran obat-obatan, alat-alat kesehatan, dan bahan lain yang biasanya dapat dibayar belakangan. Hal ini dijelaskan oleh Wakil Direktur Keuangan RS Katolik X:

“... Kalau memang rawat jalannya itu banyak memang uang itu istilahnya kan uang banyak, lha

lalu kan dalam hal ini kan saya harus bayar obat, bayar apa, kan masih ada tenggang sedikitlah, dua minggulah, tapi kan lumayanlah bunga-bunga deposito, bunga-bunga bank masih bisa kami gunakan”.

Rumah Sakit Mengusahakan Dana dari Aspek Sosial para Dokter dan Pengkajian

Di samping anggaran 1 %, Rumah Sakit Islam Y memperoleh sumber biaya bagi pasien tak mampu dari potongan penghasilan dokter sebesar 2,5 % dan hasil pengumpulan dana dari komunitas pengajian rutin *Rebo Paingan*. Pengelolaan dana 2,5 % ini dilakukan oleh Bazis (Badan Zakat Infaq Sodaqoh) yang berada dibawah kendali Wakil Direktur BRI (Bina Rohani Islam). Penggunaan dana ini pada umumnya untuk menyantuni keluarga karyawan kurang mampu, membantu masyarakat sekitar rumah sakit yang membutuhkan, serta membantu pasien tak mampu.

Sedangkan dana hasil pengajian rutin *Rebo Paingan* setiap pelaksanaan rata-rata sebesar Rp 600.000,00 dikelola oleh Yayasan RS Islam Y dan diperuntukkan khusus pasien tak mampu. Pelaksanaan pengajian ini di halaman parkir rumah sakit pada jam 06.00 WIB sampai dengan jam 07.00 WIB. Pengajian diawali dengan ceramah agama oleh ulama kemudian diakhiri dengan pengumpulan dana yang hasilnya diumumkan pengelola sebelum penutupan. Tahun 1998 RS Islam Y telah mengeluarkan biaya keringanan pasien tak mampu sebesar Rp 78.279.484,00 yang berasal dari subsidi rumah sakit sebesar Rp 67.732.234,00 dan Bazis sebesar Rp 10.547.250,00. Tahun 1999 sampai dengan bulan Juni telah dikeluarkan biaya keringanan pasien sebesar Rp 33.618.095,00 yang berasal dari subsidi rumah sakit Rp 28.518.445,00 dan Bazis sebesar Rp 5.009.650,00.

Sumber dari Donatur Kemanusiaan

Seluruh rumah sakit swasta yang diteliti menunjukkan bahwa peranan donatur untuk membantu pasien tak mampu sangat minimal. Rumah Sakit Katolik X sejak enam tahun terakhir sudah tidak memperoleh bantuan dari donatur untuk menunjang biaya operasional perawatan pasien tak mampu. Bantuan hanya diperoleh pada kejadian tertentu misalnya, ketika bencana Merapi. Sebagaimana keterangan Direktur RS Katolik X berikut:

“.....Kalau saat sekarang rumah sakit sudah ndak ada donor dalam arti untuk operasional,...jadi semua itu ya namanya ya self sufficient saja, berdiri sendiri. Kecuali hal-hal tertentu yang seperti waktu bencana Merapi, ada orang-orang yang katakanlah secara insidental gitu ya, tapi itu membantu direct pada pasien gitu lho, ngasih mie atau apa....”

Rumah Sakit Kristen Z sejak lima tahun terakhir juga tidak memperoleh donatur untuk perawatan pasien tak mampu. Saat-saat tertentu sumbangan diperoleh dari para pembaca surat kabar setelah membaca berita tentang pasien yang dirawat. Salah satu contoh seperti yang diceritakan Wakil Direktur Keuangan:

“ Ya kadang-kadang ada yang kayak musiman atau apa yang kadang-kadang terekspose wartawan. Cuma itu kan insidental kan, cuma ada orang yang tidak mau disebutkan namanya memberi dua juta umpamanya,. ...pernah ada, tapi jarang...”

Rumah Sakit Islam Y selama tahun 1998 dan 1999 berturut-turut memperoleh sumbangan dari perorangan sebesar 50 juta rupiah untuk membantu biaya perawatan pasien tak mampu. Donatur ini keberatan identitasnya diketahui umum. Menurut donatur, sumbangan tersebut merupakan urusan pribadi dengan rumah sakit PKU

berdasarkan moralitas keikhlasan. Donatur menolak diwawancarai melalui telepon:

“Sumbangan itu masalah pribadi saya dengan PKU, saya tidak mau diwawancarai lebih dalam lagi”.

Mengapa Sumbangan Kemanusiaan Semakin Menurun?

Semakin surutnya peran donatur kemanusiaan guna membantu perawatan pasien tak mampu ini menurut hasil diskusi dengan Direktur RS Katolik X, Direktur RS Islam Y, dan Wakil Direktur (Wadir) Keuangan RS Kristen Z disebabkan oleh faktor eksternal dan internal. Ketiga responden sependapat bahwa faktor eksternal yang berpengaruh terutama pandangan masyarakat awam bahwa rumah sakit swasta sekarang telah mempunyai banyak dana dengan melihat penampilan fisik bangunan rumah sakit yang cukup megah dan transaksi uang harian yang besar. Bahkan kecenderungan dewasa ini rumah sakit menjadi sasaran permintaan sumbangan untuk kegiatan sosial kemasyarakatan dan sosial keagamaan.

Pengaruh pandangan masyarakat awam disampaikan oleh Wadir Keuangan RS Kristen Z:

“Masyarakat mengira di rumah sakit banyak uang melimpah dan bahkan yang minta banyak sekali, selain dari perguruan tinggi, atau dari organisasi ,... gereja-gereja pun malah terbalik gitu lho mestinya dia berpikir juga bagaimana mestinya gereja ikut memikirkan kita,.....umpamanya gereja minta bantuan nyumbang untuk iniMemang sekarang itu ...ya itu tadi dari luar mengira dengan bangunan gini itu sudah wajib dimintai bantuan...”

Pendapat senada disampaikan Direktur RS Katolik X:

“Sekarang ini rumah sakit,.....malah dilihat sebagai sumber untuk cari dana. Itu yang menjadi kita lebih repot.”

Direktur RS Katolik X menyatakan beberapa faktor yang mengakibatkan mundurnya dana kemanusiaan diantaranya peraturan pemerintah yang mengharuskan semua bantuan donatur luar negeri melalui pemerintah, pergeseran orientasi donatur dari Eropa Barat ke Eropa Timur yang telah terlepas dari kekuasaan komunis, adanya pergeseran minat para donatur yang sekarang lebih tertarik pada bidang-bidang sosial, pendidikan, agama dan makanan; tidak adanya kebijakan pemerintah memberikan keringanan pajak bagi para wajib pajak yang menjadi donatur kemanusiaan.

Hasil diskusi dengan para pengelola rumah sakit swasta yang diteliti menunjukkan kecenderungan semakin surutnya peran donatur kemanusiaan dalam membantu perawatan pasien tak mampu yang *mondok*. Bahkan pada tiga rumah sakit yakni RS Kristen Z, RS Katolik X dan RS Mata A dapat dikatakan sudah tidak ada sama sekali dana kemanusiaan untuk pasien tak mampu. Pendapat para pengelola menyiratkan kesan pesimisme terhadap peluang dan keberhasilan upaya penggalangan donatur kemanusiaan baik dari dalam maupun luar negeri. Hal ini mungkin bertolak dari pengalaman kegagalan mereka. Direktur beserta Yayasan Katolik Z pernah berusaha mencari donatur baik ke Jakarta maupun ke Jerman tetapi tidak membuahkan hasil. Direksi Rumah Sakit Kristen Z pernah mengusulkan masalah donatur kemanusiaan pada rapat koordinasi dengan pihak yayasan tetapi belum mendapat tanggapan positif. Hanya di RS Islam Y donatur kemanusiaan sedikit berperan baik lewat mekanisme pengajian *Rebo Paingan*, potongan 2,5 % para dokter, maupun sumbangan langsung ke rumah sakit.

Penelitian ini menunjukkan bahwa pihak rumah sakit mengalami kesulitan mencari donor kemanusiaan. Namun, di luar sistem manajemen rumah sakit terdapat berbagai

kegiatan yang dapat dilakukan untuk menggalang dana kemanusiaan bagi keluarga miskin termasuk untuk membiayai rumah sakit. Kegiatan-kegiatan ini biasanya melibatkan tokoh-tokoh masyarakat yang dapat dipercaya untuk melakukannya, seperti yang dilakukan oleh GKR Hemas, permaisuri Sri Sultan Hamengkubuwono, Gubernur DIY. Pesimisme mengenai keberadaan dan penggalangan donatur kemanusiaan ini dibantah oleh GKR Hemas. Pengalaman mengupayakan dana untuk biaya intervensi peningkatan gizi terhadap 200 balita di DIY yang mengalami malnutrisi selama krisis ekonomi menunjukkan bahwa dalam waktu sehari di Jakarta dapat diperoleh dana ratusan juta rupiah. Lewat Yayasan Kanker misalnya, juga berhasil dihimpun dana untuk membangun fasilitas penginapan sederhana di belakang Rumah Sakit dr. Sardjito diatas tanah milik Kraton Yogyakarta. Fasilitas ini diperuntukkan bagi pasien kanker yang harus menjalani radioterapi rutin pada RS dr. Sardjito. Dengan adanya penginapan murah ini para penderita kanker yang rumahnya jauh dari Yogyakarta tidak perlu pulang balik untuk berobat. Untuk membiayai pengobatan rutin penderita penyakit jantung yang sedang hamil, GKR Hemas berhasil mengumpulkan dana lebih kurang 30 juta rupiah dengan menyelenggarakan turnamen golf. Pengalaman lain adalah pencarian dana bagi bayi-bayi terlantar yang dikelola Yayasan Sayap Ibu. Penggalangan dana dilakukan dengan mengirim berita lewat *e-Mail* di internet. Pesan *e-Mail* ini diterima oleh salah seorang pengelola surat kabar di Belanda kemudian memuat kabar tersebut pada surat kabarnya. Tanggapan positif muncul dari para pembaca surat kabar dengan mengirimkan sumbangan.

Peran media massa saat ini cenderung meningkat dalam penggalan dana kemanusiaan untuk rumah sakit. Program Tembang Kenangan di Indosiar yang dipimpin oleh penyanyi Bob Tutupoly memberikan sumbangan rutin yang signifikan untuk pelayanan di berbagai rumah sakit di Jakarta. Dana Kemanusiaan Kompas, dan Pundi Amal SCTV terlibat dalam membiayai pasien-pasien keluarga miskin di rumah sakit.

Sementara itu dalam bencana alam tsunami di Aceh model penggalangan dana dari Metro TV menunjukkan hasil yang besar, walaupun tidak semua untuk pelayanan kesehatan.

Potensi penggalian dana-dana kemanusiaan di masa mendatang

Kunci keberhasilan penggalangan dana dengan model yang dikerjakan GKR Hemas adalah integritas (kesungguhan dan ketulusan pengabdian) figur-figur yang bertugas untuk meyakinkan para donatur. Figur yang memenuhi kriteria tersebut menurut masih mudah di peroleh di kalangan para dokter pada rumah sakit swasta di Yogyakarta. Selanjutnya, tergantung keseriusan rumah sakit dalam merancang segmen donatur berikut strategi dan metode penggalangannya.

Hal ini sejalan dengan pendapat Kotler (1987) yakni penggalangan donatur harus berorientasi pada pemasaran secara strategis. Mengapa menggunakan kata “pemasaran”? Organisasi yang sedang mengumpulkan dana kemanusiaan umumnya melalui tiga tahap pemikiran agar efektif yaitu tahap produk, tahap penjualan, dan tahap pemasaran.

Rumah sakit yang masih berada pada tahap produk, sikap yang ditunjukkan dalam pemikiran ini adalah "rumah sakit memberikan pelayanan sosial kepada masyarakat miskin sehingga orang-orang akan memberi sumbangan ke rumah sakit". Dalam kegiatannya rumah sakit ini cenderung bersifat pasif. Tahap pemikiran berikutnya adalah tahap penjualan. Sikap yang ditunjukkan pada tahap pemikiran ini adalah "Ada banyak orang yang mungkin mau memberi sumbangan sehingga rumah sakit harus mendapatkannya". Tahap pemikiran ini bersikap lebih aktif tetapi belum menggunakan kaidah-kaidah pemasaran. Tahap pemikiran yang ketiga adalah tahap pemasaran. Dalam pemikiran ini para calon pemberi sumbangan disebut sebagai pasar donor. Pemikiran ini mengasumsikan bahwa para calon penyumbang mengambil manfaat dalam tindakan memberi sumbangan. Manfaat tersebut bermacam-macam, dapat bersifat surgawi artinya sesuai keyakinan agama, atau manfaat duniawi.

Dengan demikian, hubungan antara pemberi sumbangan dan rumah sakit bersifat timbal-balik. Sikap yang ditunjukkan adalah "Sebuah rumah sakit harus menganalisa posisinya dalam pasar donor. Hasil analisis akan memberikan pemahaman mengenai minat calon donatur yang akan menyumbang. Dengan mempunyai data mengenai calon donor rumah sakit dapat merancang program penggalan dana kemanusiaan untuk memenuhi kebutuhan tiap kelompok donor". Pendekatan ini memerlukan segmentasi pasar donor yang cermat, mengukur potensi tiap donor untuk memberi dana, merancang tugas untuk mengembangkan tiap pasar donor melalui pendekatan penelitian, dan komunikasi serta mengembangkan rencana dan anggaran untuk tiap pasar.

Dengan menggunakan pendekatan pemasaran, menurut Kotler terdapat lima langkah untuk mengelola donor. Langkah pertama, meneliti ciri-ciri calon donor. Pada intinya terdapat empat kelompok donor utama yaitu perseorangan, yayasan, perusahaan, dan pemerintah. Tiap pasar donor dana ini mempunyai motif memberi dan kriteria untuk memberi. Langkah kedua, mengorganisir pelaksanaan pencarian dana dengan cara tertentu yang dapat mencakup pasar donor yang berbeda-beda, mencakup pelayanan-pelayanan atau unit-unit organisasi, alat-alat pemasaran, dan wilayah geografis. Langkah ketiga, membentuk atau menetapkan tujuan-tujuan dan strategi untuk mengarahkan usaha pencarian dana. Langkah keempat, adalah membentuk berbagai taktik pencarian dana bagi berbagai kelompok donor. Beberapa taktik dapat dipilih untuk kelompok donor yang sifatnya massal dan dominan, kelompok donor yang terdiri anggota-anggota suatu klub atau asosiasi, kelompok donor yang terdiri dari orang-orang kaya dan berpengaruh dan kelompok donor yang kaya-raya. Langkah kelima, melakukan evaluasi atas usaha pencarian dana yang dilakukan. Evaluasi umum meliputi analisa persentase tujuan yang telah dicapai, komposisi sumbangan, rata-rata jumlah sumbangan, pasar saham, dan rasio pengeluaran dengan pendapatan dalam kegiatan menggali dana-dana kemanusiaan untuk rumah sakit.

Contoh penggalan dana kemanusiaan dilakukan oleh Massachusetts General Hospital (MGH), sebuah rumah sakit terkemuka di Boston. Setelah melihat pengalaman dan data, MGH memberikan kesempatan kepada masyarakat untuk menyumbang rumah sakit sesuai keinginan masing-masing. Bagi masyarakat yang berminat dengan pengetahuan kesehatan MGH mempunyai masyarakat ilmiah Bulfinch. Anggota masyarakat yang membayar US\$ 100 akan diundang dalam Seri Perkuliahan Masyarakat Ilmiah Bulfinch dalam berbagai materi kesehatan. Di samping itu, namanya akan dicatat dalam laporan donor tahunan. Jika memberikan dalam jumlah besar (lebih dari 25.000 US\$) dapat memberikan namanya untuk dikenang di rumah sakit. Cara lain dengan memberikan kesempatan kepada karyawan, direksi, dan pensiunan perusahaan untuk memberikan sumbangan. Bagi calon donor yang berminat memberikan sumbangan untuk membangun fasilitas fisik, MGH menyediakan kesempatan menyumbang. Untuk mendukung penelitian dan pengembangan fasilitas pendidikan, MGH mengharapkan sumbangan langsung untuk pelayanan pasien dan riset pendidikan pada berbagai penyakit sesuai dengan pilihan. Diharapkan para calon penyumbang dapat menemukan penyakit-penyakit yang sesuai dengan keinginannya untuk menyumbang. Cara menyumbang lain yaitu mewariskan harta untuk rumah sakit.

Jaringan rumah sakit dan pelayanan kesehatan keagamaan Sisters of Mercy, juga melakukan program serupa. Pesan yang diberikan kepada para calon penyumbang menggunakan nada keagamaan dan menyentuh sejarah pendirian rumah sakit. Para calon penyumbang diberi kesempatan untuk memberikan sumbangan ke pengembangan fisik dan mutu pelayanan rumah sakit. Contoh kegiatan yang diharapkan disumbang antara lain, pembangunan gedung baru untuk pelayanan kesehatan wanita, pembangunan tambahan tempat parkir, pembelian peralatan baru untuk radiologi, penyinaran kanker, dan laboratorium. Cara menyumbang ke rumah sakit bervariasi, antara lain pemberian tunai,

pemberian warisan, pemberian melalui perusahaan hingga pemberian untuk mengenai seseorang yang dicintai. Dalam promosi pemberian sumbangan disebutkan bahwa pemberian tunai dapat mengurangi pajak penghasilan pemberi. Di samping pemberian sumbangan, Sisters of Mercy menyelenggarakan berbagai acara untuk menggali dana kemanusiaan. Acara yang dilakukan antara lain, malam dana dengan menampilkan pertunjukan musik dan acara *gala dinner* dengan berbagai pertunjukan.

Berdasarkan hal tersebut terlihat bahwa kedua lembaga pelayanan kesehatan mempraktikkan konsep pemasaran dalam penggalan dana kemanusiaan. Dengan memberikan berbagai pilihan menyumbang pengelola rumah sakit berusaha mencocokkan motivasi para calon donor untuk menyumbang dengan kebutuhan rumah sakit. Dalam hal ini perlu dicatat bahwa motivasi menyumbang perorangan adalah bervariasi.

Apakah strategi ini mungkin dilakukan dalam konteks rumah sakit di Indonesia? Dalam hal ini perlu diperhatikan bahwa terdapat perbedaan kultural antara Amerika Serikat dengan Indonesia. Kultur Amerika Serikat sebagai bangsa adalah sebagai berikut: Mempunyai budaya kompetisi yang sangat kuat dan individualistik; *Money oriented* dan sangat kaya; Mudah tergerak untuk menyumbang karena memang sudah kaya dan menjadi tradisi. Kasus 11 September 2001 menunjukkan bahwa menyumbang merupakan salah satu cara rakyat Amerika mengurangi penderitaan mental; Mempunyai berbagai kebijakan pajak yang memberi insentif untuk penyumbang.

Model penggalan dana kemanusiaan yang dilakukan MGH atau di Sisters of Mercy Health Care memang sesuai dengan budaya Amerika Serikat. Akan tetapi, kondisi di Indonesia mungkin berbeda karena budaya menyumbangnya lain. Apabila dilihat banyak mobil mewah, rumah mewah, dan berbagai tindakan yang membutuhkan biaya banyak merupakan indikasi adanya orang-orang kaya yang potensial untuk menyumbang dana kemanusiaan. Disamping itu, sebagian besar banyak masjid yang indah dan gereja megah.

Pada hari-hari kebaktian, gereja penuh dan pada hari Jum'at masjid-masjid penuh. Akan tetapi, menarik untuk dicermati tidak dijumpai kotak sumbangan untuk mereka yang miskin dan sakit.

Bagi para direktur rumah sakit yang menyukai eksperimen mungkin dapat melakukan berbagai langkah dalam strategi penggalan dana kemanusiaan seperti berikut:

1. Membentuk tim kecil untuk menggali dana kemanusiaan
2. Mengidentifikasi calon donor.
3. Memasukkan program kegiatan penggalan dana kemanusiaan dalam rencana strategis yang disusun oleh rumah sakit
4. Memberi anggaran untuk program penggalan dana kemanusiaan dengan pedoman dana maksimal 10 % s.d. 15% dari pendapatan yang akan diproyeksikan akan diterima.
5. Melaksanakan berbagai kegiatan penggalan dana kemanusiaan dalam jangka pendek atau jangka panjang.

Walaupun kecil kemungkinan untuk mendapatkan hasil penggalan dan kemanusiaan yang besar, tindakan ini perlu dilakukan untuk menambah sumber dana. Disamping itu tindakan ini dapat dipergunakan untuk menyatakan bahwa rumah sakit masih mempunyai beban membantu masyarakat miskin. Pernyataan tegas harus muncul bahwa rumah sakit masih membutuhkan sumbangan bagi keluarga miskin dan bukan tempat untuk dimintai sumbangan.