

PRIVATISASI, KAPITALISME DAN NEGARA DALAM PELAYANAN KESEHATAN (SUATU STUDI PERUBAHAN SOSIAL DALAM INDUSTRI KESEHATAN)

Iwan Gardono Sujatmiko*

Abstract

This article analyzes the health service conducted by the state along with private sectors and it illustrates the positive roles of public health agencies. A more active role of state supported by tax and priority in state budget will result in social inclusion and access for the majority in the lower strata. On the other hand, privatization of state hospitals will weaken state's capacity in providing health services. The increased role of domestic and foreign private sectors within health industry must be controlled in order to protect patients and to create a fair competition in the health service market. This complex change calls for a strong accountability of state institutions as well as health service providers and practitioners, especially doctors as it requires a more critical mass media and active society. It needs a paradigm that perceives patients as citizens with their constitutional rights supported by their members of legislature in their constituencies, not merely as consumers in uncontrolled market.

Keywords: Public Health, Privatization, Capitalism, Social Inclusion, Social Change

Pengantar

Pembangunan berbagai sektor ekonomi khususnya perbankan dan industri di Indonesia sering dikaitkan dengan privatisasi atau swastanisasi perusahaan negara yang dianggap dapat membuat

*Sosiolog, Departemen Sosiologi, FISIP-UI. Penulis berterima kasih kepada Satiti Shakuntala, M.Si dan Adi Jebatu, M.Si yang telah membantu data dan memberi masukan, namun segala kesalahan tetap merupakan tanggung jawab penulis. Penulis juga berterima kasih pada mereka yang karyanya telah dikutip dan tercantum dalam daftar pustaka. Email: iwan.gardono09@ui.ac.id.

perusahaan menjadi lebih kompetitif. Demikian juga privatisasi ini—khususnya swastanisasi rumah sakit--sempat menjadi topik dalam bidang kesehatan. Selain privatisasi perusahaan negara terdapat pula kapitalisme yang diartikan sebagai penanaman dan peningkatan modal swasta baik nasional maupun internasional dalam industri kesehatan seperti rumah sakit dan apotik. Dinamika industri kesehatan milik negara dengan swasta dalam pasar kesehatan merupakan hal yang sangat penting karena pelayanan kesehatan merupakan hak dasar dan sangat kompleks. Pembahasan dalam artikel ini bertujuan menganalisis bagaimana dinamika pelayanan kesehatan, seperti peran pemerintah dan swasta, dan dampaknya pada Perubahan sosial. Pembahasan berikutnya akan dimulai dengan masalah privatisasi kesehatan.

Privatisasi Industri Kesehatan

Privatisasi atau swastanisasi dikatakan merupakan suatu revolusi global yang dimulai pada dekade 70 dan 80an (*The Economist*; 21 Agustus, 1993:9) dan konsep tersebut baru menjadi entri di Kamus sejak 1983 (Cowan, 1990:6). Penyebab swastanisasi yang beragam di berbagai negara telah dibahas oleh Jones et al. (1991: 199–226). Dalam studinya mengenai privatisasi di Chile, Stepan beranggapan bahwa privatisasi tersebut mempunyai implikasi yang sangat luas (1985: 323-324). Privatisasi di Chile dianggap sebagai eksperimen pencapaian masyarakat kapitalis pada tingkat lanjut. Dalam keadaan tersebut negara telah menghindari konfrontasi dengan konsumen atau masyarakat sipil karena jaringan nasional pelayanan masyarakat (kesejahteraan atau kesehatan) beralih pada swasta. Pendapat tersebut ada benarnya, dalam arti bahwa negara hanya menjadi pihak ketiga ("pendamai") dalam konfrontasi antara pengusaha dan masyarakat sipil. Keadaan ini berbeda dengan keadaan di mana negara menguasai (melalui perusahaan negara/BUMN) bidang-bidang pelayanan tersebut dan berhadapan langsung dengan masyarakat.

Namun hal tersebut tidak berarti bahwa negara dapat sama sekali terlepas dari akibat konfrontasi atau konflik antara pengusaha dan masyarakat. Asumsi bahwa *lokalisasi konflik* (lihat Stepan, 1985: 323) bisa saja gagal. Terdapat kemungkinan bahwa konflik tersebut pada akhirnya mengharuskan negara untuk mengambil sikap: apakah membela pengusaha-swasta atau masyarakat. Usaha negara untuk menjadikan pengusaha (kapitalis) sebagai "bemper" merupakan masalah yang rumit. Seringkali konflik antara masyarakat dengan perusahaan

swasta, lebih tajam dan eksplosif dibandingkan jika perusahaan tersebut milik negara. Apalagi jika unsur primordial/SARA mewarnai konflik tersebut. Dalam keadaan seperti ini negara akhirnya terpaksa ikut campur lagi dan menjadi "bemper" lagi dalam keadaan yang jauh lebih buruk. Singkatnya, privatisasi ini dapat saja dilakukan untuk melakukan fragmentasi pada masyarakat menjadi individu-individu yang tidak dapat menantang dan mengkritik negara maupun perusahaan. Masyarakat seolah-olah berhadapan dengan pasar yang diasumsikan mempunyai tangan tak terlihat (*invisible hands*) dan akan menghasilkan keadaan yang menguntungkan bagi semua pihak. Dengan kata lain, privatisasi yang bertujuan untuk efisiensi dapat berdampak negatif pada warga bahkan menghasilkan perubahan sosial negatif yakni terfragmentasinya masyarakat oleh pasar sehingga membuat mereka semakin tidak berdaya. Dalam hal ini para individu hanya berstatus sebagai konsumen yang lemah bukan warga negara yang mempunyai hak dasar atas kesehatan.

Berkaitan dengan privatisasi kesehatan, terdapat suatu studi di Canada yang menunjukkan dampak negatif pada mereka yang bekerja dalam bidang tersebut (Stinson, et al, 2002). Selain itu suatu studi perbandingan terhadap Thailand, Malaysia, Filipina dan Indonesia yang dilakukan oleh Ramesh dan Wu (2008: 171-187). Studi mereka menunjukkan bahwa penyediaan pelayanan (*provision*) dan pendanaan (*financing*) kesehatan yang didominasi oleh negara akan menghasilkan keadaan yang lebih baik dibandingkan oleh pihak swasta. Mereka juga menyatakan bahwa;

"The privatization of healthcare provision that is going on will only further undermine the capacity and make future reforms even more difficult for these countries." (Ramesh and Wu, 2008: 183).

Terlihatlah bahwa privatisasi bukanlah satu satunya upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dan perlu diperhatikan berbagai hal yang terkait dengan dampak privatisasi. Dalam beberapa kasus privatisasi dapat saja dicurigai sebagai praktik terselubung KKN di mana terjadi komisi karena penjualan (sebagian atau seluruh) saham BUMN tersebut. Untuk kasus Indonesia terdapat pendapat bahwa privatisasi akan meningkatkan efisiensi dan subsidi pemerintah dapat difokuskan pada kelompok miskin (lihat "*Privatisasi*" *Rumah sakit Pemerintah*. Manajemen/Management. Volume III/01/2005: 12-13). Namun usaha privatisasi rumah sakit di Indonesia telah menghasilkan

protes seperti yang terjadi dalam kasus RSUD Pasar Rebo di Jakarta (lihat www.tempointeraktif.com. 2005/05/18). Warga menganggap bahwa privatisasi ini akan memberatkan mereka dan melanggar undang-undang. Jika privatisasi kesehatan dilakukan maka dampaknya terasa pada mereka yang bekerja di sektor tersebut—terutama rumah sakit—baik dokter maupun non-dokter seperti perawat dan staf non medis.

Privatisasi seringkali diartikan sebagai rasionalisasi karena adanya efisiensi termasuk diadakannya *outsourcing* yang seringkali untuk menghilangkan konflik antara pegawai dengan manajemen. Dengan adanya *outsourcing* posisi pegawai baru menjadi lebih lemah dan dapat diganti atau diberhentikan dengan lebih mudah dibandingkan dengan pegawai negeri atau pegawai tetap. Pola rasionalisasi ini dapat dilakukan pula dengan memberi kompensasi bagi pegawai yang bersedia (atau diminta) pensiun dini. Keadaan ini dapat berjalan lancar jika kompensasi cukup besar dan biasanya lebih diterima oleh pegawai yang mendekati masa pensiun. Sementara itu pegawai yang masih baru atau muda akan menuntut kompensasi yang lebih tinggi. Seandainya privatisasi dilaksanakan dan para pegawai (non-dokter) diberi saham oleh pemilik baru maka ada kemungkinan bahwa mereka akan segera menjualnya karena pendapatan mereka yang rendah. Kecuali jika dalam perjanjian terdapat prasyarat bahwa saham tersebut tidak boleh langsung dijual atau menunggu sampai waktu tertentu, misalnya satu tahun. Hasil penjualan saham ini akan dengan segera memperbaiki taraf kebutuhan mereka seperti untuk kontrak rumah atau sekolah anak-anak mereka. Sementara itu jika mereka harus membelinya, maka hanya akan membeli sebagian kecil saja atau menjadi perantara bagi pihak lain yang memiliki uang. Secara umum dapat dikatakan bahwa para pegawai bidang kesehatan (non-dokter) tidak mengalami perubahan status yang berbeda secara signifikan.

Dengan adanya privatisasi maka dampak terhadap konsumen tergantung dari masing-masing jenis pelayanan kesehatan. Pada rumah sakit akan terjadi gradasi atau stratifikasi baru di mana akan tumbuh rumah sakit untuk segmen golongan atas (elit atau mewah) yang selama ini tidak tertangani oleh rumah sakit pemerintah. Keadaan ini paralel dengan perumahan dan pemukiman yang dibuat oleh swasta atau *real estate*. Dengan kata lain, rumah sakit swasta terutama untuk golongan atas akan berkembang pesat dan mereka cenderung untuk menghindari pemukiman/konsumen dari golongan bawah di mana margin keuntungan adalah kecil. Sementara itu rumah sakit mewah tersebut juga cenderung

untuk memperbesar jumlah konsumen/pasien karena sangat memikirkan *return of investment*, terutama peralatan kedokteran yang canggih dan mahal. Dalam hal ini terjadi beberapa praktik tak terpuji seperti memaksa pasien menjalani tes yang tidak perlu (guna mencicil peralatan yang canggih dan mahal) atau "mempingpong" pasien.

Efek privatisasi bagi industri farmasi mempunyai dampak yang lebih terasa pada golongan bawah. Dalam rumah sakit diferensiasi pelayanan dapat dilakukan dengan pelayanan kelas VIP, 1, 2 dan 3. Namun untuk obat, diferensiasi seperti ini lebih sulit, sehingga golongan lapisan bawah terpaksa membeli obat yang kurang lebih sama (mahalnya) dengan obat bagi golongan atas. Tanpa intervensi pemerintah maka eksploitasi dalam pasar obat akan--bahkan telah terjadi--dengan aman, karena obat merupakan suatu kebutuhan dasar yang mendesak. Selama ini Kebijakan obat generik diharapkan dapat menghindarkan eksploitasi pasien oleh produsen obat (lihat Azwar, 1991:65). Biaya untuk obat ini mencapai 70% dari pengeluaran medis masyarakat dan pada April 2010 sekitar 68% dari 44 Rumah Sakit Propinsi dan Kabupaten telah menggunakan obat generik (*Tempo*, 31 Oktober, 2010: 119). Namun penggunaan obat generik di rumah sakit swasta dan apotik baru mencapai 49% (*Kompas*, 12 Juli 2010). Sementara itu terdapat pula gejala dokter yang memberikan polifarmasi atau satu resep dengan banyak obat dan beberapa survei menunjukkan 53% resep adalah polifarmasi dan 47% pemberian antibiotik sebenarnya tidak perlu (*Gatra*, 11 Agustus 2010: 43). Hal ini sangat tergantung pada dokter yang membuat resep bagi pasien karena dokter dapat saja dijanjikan insentif oleh pabrik atau distributor obat, misalnya seminar dan mobil baru. Dalam kasus ini para detailman (staf pemasaran perusahaan farmasi) berperan sebagai aktor perantaranya (*Gatra*, 20 Oktober, 2010: 18). Keadaan ini tidaklah berlaku bagi semua atau sebagian besar dokter namun kasus kasus ini dapat menurunkan citra dokter.

Jaminan Sosial Negara

Selain privatisasi terdapat pula alternatif lain yakni aktifnya negara dalam melaksanakan pelayanan kesehatan dengan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Dalam pelaksanaannya melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang telah diamanatkan (BPJS) dalam UU SJSN No. 40/2004 yang seharusnya sudah berlaku pada Oktober 2009. Pada BPJS ini peran warga negara menjadi dominan (Thabrany,

2009: 107) di mana mereka sebagai "stakeholders" secara "de facto" berubah menjadi "shareholders" walaupun secara "de jure" lembaga tersebut milik pemerintah. Lembaga ini melihat para pasien terutama lebih sebagai warga negara bukan sebagai konsumen seperti layaknya dalam pasar bebas. Saat ini sedang terdapat proses perubahan status BUMN Jamsostek dan Askes menjadi BPJS (*Suara Karya*, 9 September 2010).

Selain itu terdapat pula pola Badan Layanan Umum (BLU) yang memberi otonomi dan pengelolaan rumah sakit pemerintah seperti rumah sakit swasta namun sahamnya tetap dimiliki oleh pemerintah. Sejak tahun 2005 telah terdapat sekitar 100 rumah sakit yang berstatus BLU yang mayoritas berasal dari RSUD maupun RS universitas. Sistem ini telah memperlihatkan kemajuan di mana beberapa rumah sakit pemerintah telah meningkatkan kualitasnya dan dapat bersaing dengan rumah sakit swasta nasional maupun internasional (*Tempo*, 22 Agustus 2010: 217-226). Pola BLU ini dapat membantu mengatasi strategi privatisasi dalam konteks "Washington Consensus" yang dianggap dianggap dipaksakan oleh World Bank dan IMF (lihat Hadi et al., 2007).

Salah satu aspek penting dalam pola BLU ini adalah jaringan negara yang luas yang tidak dimiliki oleh perusahaan (besar). Selain itu keputusan-keputusan yang dilakukan oleh negara dapat lebih diarahkan pada keadilan kesehatan karena adanya peran politik dan hukum yang dapat dikontrol oleh banyak pihak (DPR/D, pemerintah). Dalam hal ini UU Kesehatan yang baru (2009) mencatat kemajuan dengan mencantumkan bahwa pembiayaan kesehatan berasal dari APBN sebesar 5% dan dari APBD sebesar 10% (www.ppjk.depkes.go.id). Namun penggunaan anggaran ini harus tepat sasaran dan diprioritaskan pada publik. Pendanaan SJSN ini hendaknya dilihat sebagai bagian dari kewajiban negara melalui usaha seperti peningkatan pajak, dan pencegahan kebocoran atau KKN.

Jadi dalam SJSN ini dibagian hulunya adalah kewajiban negara untuk mencari dan menyediakan sedangkan dibagian hilirnya adalah hak warga negara untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Dalam hal ini perlu diperhatikan ketersediaan dokter puskesmas di mana sekitar 30% dari 8.000an puskesmas--terutama di daerah terpencil--tidak ada dokternya. Keadaan ini disebabkan tidak adanya kewajiban dokter baru (dokter pegawai tidak tetap) untuk ditempatkan

pemerintah di daerah daerah. Namun mulai tahun 2010 hal ini akan diatasi dengan adanya pola magang (*internship*) dokter baru selama 1 tahun (4 bulan di puskesmas dan 8 bulan di RS) sebagai syarat registrasi untuk praktik dokter (*Media Indonesia*, 19 Februari, 2010).

Pola negara yang aktif ini lebih tepat dalam masyarakat negara berkembang dengan tingkat ekonomi yang rendah dengan struktur piramid di mana mayoritas (60% -70%) warga berada di lapisan bawah. Dalam keadaan ini posisi pasien (warga negara) sangat rentan dan dapat saja masalah kesehatan ini akan mengganggu keadaan ekonominya sehingga muncul istilah "Sadikin" (Sakit Sedikit Menjadi Miskin) (Thabrany, 2009: 100-103) atau "Orang Miskin Dilarang Sakit." Dengan SJSN dan dukungan negara pada warga negaranya maka mereka dapat lebih produktif sehingga masyarakatnyapun menjadi lebih sehat dan kompetitif (dengan asumsi sistem pendidikan dilaksanakan dengan baik pula).

Sebaliknya peran swasta seringkali mengandalkan pada mekanisme pasar yang diasumsikan mengarah pada keseimbangan yang saling menguntungkan antara penjual dan pembeli. Namun dalam praktiknya seringkali ditentukan oleh tangan-tangan dari perusahaan besar dalam bentuk monopoli dan kartel. Keadaan ini akan menjadi semakin merugikan masyarakat jika pasar nasional yang "ganas" tersebut terintegrasi pada pasar global di mana peran perusahaan global dapat menguasai negara berkembang. Gambaran mengenai proses ini dibahas dalam buku *The Silent Takeover* (Hertz, 2003). Sementara itu dalam bukunya yang berjudul *State Building* Fukuyama (2004) menyatakan pentingnya pembangunan negara agar tidak menjadi negara gagal atau lemah (*failed and weak state*). Selain itu terkait dengan negara terdapat juga tesis dalam buku *Nation Matters* yang menyatakan bahwa bangsa dan nasionalisme berperang penting dalam inklusi sosial dan keadilan distributif (Calhoun, 2007). Ketiga studi ini menunjukkan pentingnya peran negara dan bangsa serta rasa kebangsaan di era globalisasi.

Pada SJSN yang dilengkapi BLU ini tidak menutup perkembangan fasilitas pelayanan kesehatan (*provision*) seperti rumah sakit swasta baik yang mencari laba maupun nirlaba (Yayasan). Demikian juga peranan negara dalam pembiayaan (*financing*) tidaklah menolak keberadaan rumah sakit maupun apotik swasta. Data Askes tahun 2006 menunjukkan adanya kontrak dengan 446 rumah sakit

pemerintah, 130 rumah sakit swasta, dan 619 apotik (Thabrany, 2009: 118). Demikian juga program Jamkesmas telah bekerjasama dengan 30% dari 1.002 fasilitas kesehatan swasta (*Seputar Indonesia*, 15 Oktober, 2010: 2). Kerjasama antara negara dengan swasta telah terjadi tanpa harus melakukan privatisasi rumah sakit pemerintah.

Dalam realitanya terjadi pula pola campuran di mana rumah sakit pemerintah membuka "private wing" dengan harga pasar. Dalam hal ini pemerintah (Kemenkes) menyatakan bahwa hal ini dalam rangka peningkatan profesionalisme dan persaingan globalisasi serta untuk mengurangi pasien yang berobat ke luar negeri di mana 50% pasien di Singapura berasal dari Indonesia dan 12 000 pasien Indonesia setiap tahun yang ke Malaysia (www.depkes.go.id). "Private wing" ini dapat saja dikategorikan sebagai "privatisasi terselubung" karena sebagian dari rumah sakit tersebut telah berubah dari "public agency" (untuk semua warga negara) menjadi terbatas pada kelompok tertentu (warga negara dalam strata menengah dan atas yang mampu).¹ Namun dapat saja "private wing" ini dianggap sebagai strategi yang paling realistis dan temporer selama dana dan dukungan dari negara masih belum terpenuhi. Pada negara yang telah maju rumah sakit publik benar benar publik artinya mempunyai tarif yang sama (atau gratis) bagi pasien, kecuali untuk pasien yang bukan warga negara mereka. Sementara itu di Malaysia pemerintah federal dan negara bagian (melalui perusahaan negara) telah menguasai saham rumah sakit swasta di Malaysia dan luar negeri (Singapura, India, Bangladesh, Indonesia, Timur Tengah) (Khoo, 2010: 6). Disana yang terjadi bukanlah privatisasi tetapi negara yang membeli saham rumah sakit swasta sehingga memperkuat kapasitas mereka dalam melayani publik dalam negeri (warga negara) maupun warga asing dengan harga pasar.

Dengan pola SJSN ini telah terjadi pula perubahan sosial yakni para pasien yang merupakan warga negara telah mendapat hak hak mereka atau seperti anggota koperasi yang telah terjamin untuk memperoleh jasa atau produk tertentu. Dengan kata lain, mereka mengalami perbaikan kesejahteraan dari kelompok yang tidak terjamin

¹Pola serupa terjadi pada universitas dengan adanya jalur, kelas, dan program khusus dengan uang kuliah yang lebih mahal. Pada universitas negeri (publik) di negara yang telah maju tidak terdapat variasi biaya kuliah, kecuali bagi mahasiswa yang bukan warga negara atau berasal dari negara bagian lain (dalam hal ini definisi publik menyempit menjadi warga negara bagian).

menjadi kelompok yang terjamin dalam pelayanan kesehatan. Data Depkes tahun 2009 menunjukkan bahwa 116,8 juta atau 51% dari 230 juta penduduk telah memiliki asuransi kesehatan dari Askes, Jamsostek, Asabri, Jamkesmas atau asuransi lainnya ("Asuransi Kesehatan." www.wikipedia.org). Sementara itu sebanyak 132 juta (56%) warga telah dijamin oleh Jamkesmas dan Jamkesda (*Media Indonesia*, 20 Oktober, 2010: 30). Disini telah terjadi proses inklusi sosial (*social inclusion*) yang dapat meningkatkan kualitas hidup golongan mayoritas yang telah tereksklusi dalam berbagai bidang kehidupan lainnya (Sujatmiko, 2008: 8-9). Tanpa inklusi sosial maka terjadi eksklusi sosial seperti pendapat Gore et al. (1995: 19): "*social exclusion can be seen as incomplete citizenship.*" Selain itu inklusi sosial ini dapat mencegah konflik sehingga masyarakat dapat menjadi lebih produktif dan berdaya saing internasional.

Adanya inklusi karena pelayanan publik dalam bidang kesehatan—selain transportasi, perumahan dan pendidikan—seringkali dilihat sebagai upaya pemenuhan hak warganegara dalam negara kesejahteraan ("Welfare State"). Pelayanan publik tersebut lebih diperuntukkan bagi mayoritas atau lapisan bawah, namun pelayanan ini terbuka juga bagi lapisan menengah dan atas karena mereka juga berhak sebagai warganegara, kecuali perumahan publik yang seringkali dibatasi bagi lapisan bawah. Keadaan ini dapat menghasilkan integrasi dan kohesi berbagai kelompok vertikal (*strata*) maupun horizontal (suku, agama, gender). Dengan kata lain, seperti dikemukakan dalam teori Marshall, pelayanan publik ini dapat menjadi proses untuk menyetarakan (*equalizing*) warga negara yang memang berbeda secara vertikal maupun horizontal (lihat Weale, 1978: 119). Namun inklusi ini lebih diprioritaskan pada status, bukan pendapatan seperti dikemukakan oleh Marshall (1963: 107): "The extension of the social services is not primarily a means for equalising incomes...Equality of status is more important than equality of income." Berkaitan dengan hal ini Powell (dikutip dalam Blackmore and Griggs, 2007:105) menyatakan keterbatasan inklusi akses versi Marshall (1970) dan Tawney (1964): "they appeared to be talking about equality of status, entitlement, universality and citizenship rather than the more demanding forms of distributive justice."

Inklusi di sektor kesehatan ini ("Inklusi Akses") yang telah meningkatkan akses kesehatan tidak mengubah posisi warga negara dalam stratifikasi sosial. Dalam proses ini setiap warganegara dalam

stratifikasi sosial dapat akses pada pelayanan publik secara sektoral seperti kesehatan maupun transportasi, perumahan dan pendidikan. Mobilitas vertikal dapat juga terjadi jika terdapat akses pendidikan pada anak-anak dari strata bawah sehingga mereka jika telah bekerja dapat naik ke strata yang lebih tinggi (“inter-generational mobility”). Peningkatan posisi warga negara dalam stratifikasi dapat terjadi jika dilakukan inklusi yang mendasar (“Redistribusi Aset”) seperti landreform, saham untuk buruh (ESOP/*Employee Stock Ownership Program*), saham komunitas (sekitar tambang dan hutan), modal kerja yang besar bagi UKM dan kuota pendidikan. Kebijakan yang mendasar ini dipengaruhi oleh ideologi dan konstitusi suatu negara dalam visi dan aksi mereka mengenai transformasi sosial bagi golongan di lapisan bawah (Sujatmiko, 2007). Tanpa “Redistribusi Aset” dapat saja warganegara di strata bawah mempunyai akses pelayanan publik dalam berbagai sektor sosial tetapi mereka tetap tidak dapat atau sulit naik ke strata yang lebih tinggi. Keadaan ini dapat dianalogikan seperti didalam gedung bertingkat di mana warga yang berada di lantai bawah dan terjamin kebutuhannya (“sejahtera”) namun tidak dapat naik atau pindah ke lantai atas (“adil”). Disini seperti terjadi semacam “pengkastaan” di mana kesempatan mobilitas vertikal yang terkait dengan keadilan sosial sangat terbatas.

Kapitalisme dalam Pelayanan Kesehatan

Kapitalisme pelayanan kesehatan, terutama rumah sakit, diartikan pemberian izin dan mendorong swasta dalam maupun luar negeri untuk berperan serta dan memperoleh laba (“profit”). Namun karena 60%-70% warga (“Indonesia Bagian Bawah”) masih berada di lapisan bawah dengan kondisi ekonomi lemah, maka rumah sakit swasta tidak akan tertarik untuk menjangkau mereka. Dari segi ekonomi para penanam modal kurang berminat karena hal tersebut tersebut kurang menguntungkan. Namun perlu dipertimbangkan agar pemerintah dapat memaksa atau merangsang para swasta tersebut untuk melayani daerah miskin (keadaan ini sama seperti dalam bisnis penerbangan di mana pemerintah terpaksa melayani “jalur kurus,” sementara swasta hanya melayani “jalur gemuk”). Selain pelayanan kesehatan oleh swasta maka terdapat pula lembaga sosial (yayasan) yang dapat berfungsi sebagai lembaga sosial (non-profit/nirlaba) atau sebagai perusahaan pengejar laba. Pluralisme pasar industri kesehatan (terutama rumah sakit) dengan hadirnya yayasan ini akan merupakan pengaman

terjadinya kartel dan pendiktean konsumen oleh pemberi jasa kesehatan, terutama konglomerat swasta.

Kapitalisme ini dapat mengakibatkan semakin banyaknya swasta baik dalam maupun luar negeri, yang menanam modal, maka keadaan ini akan mengakibatkan kompetisi dan mobilitas yang lebih tinggi dari pegawai kesehatan baik yang bekerja di swasta maupun pemerintah. Keadaan yang serupa terjadi dalam kasus deregulasi perbankan dan munculnya TV swasta. Kapitalisme ini mendorong sebagian sektor kesehatan tersebut berevolusi dari ruang praktik dokter, apotik dan klinik menjadi suatu industri yang kompleks. Pada industri kesehatan ini peran penanam modal, terutama konglomerat, menjadi dominan. Pola serupa terjadi dengan evolusi dalam media massa (koran dan televisi) di mana kapitalisme telah mengubah pola pemilikan dari para profesional koran (wartawan pendiri dan pemilik media) ke konglomerat dengan berbagai jenis usaha. Secara spasial, konglomerasi – atau gurita industri kesehatan – ini akan menjadi lebih besar dan cabang-cabang rumah sakit bukan saja berada dalam kota yang sama, namun pada skala nasional bahkan jaringan internasional (global). Dalam pengembangan industri kesehatan secara internasional peran lembaga baru yang mendukung kesehatan mulai berkembang seperti travel, penerbangan, hotel, asuransi, serta kartu kredit. Di Indonesia, berbagai industri kesehatan dari Singapura dan Malaysia telah membuka cabang-cabang antara lain di Jakarta, Medan dan Surabaya. Selain itu dokter di luar negeri tersebut memperluas jaringan dengan dokter Indonesia (semacam ”dokter mitra atau korespondensi”) untuk membantu memantau para pasien mereka sehingga pasien tersebut tetap tertarik untuk berobat di luar negeri. Selain itu dengan adanya pasar bersama terdapat kemungkinan bagi dokter luar negeri untuk berpraktik di Indonesia seperti adanya rencana 3300 dokter India yang fasih berbahasa Indonesia (www.tenaga-kesehatan.or.id).

Implikasi sosial berkembangnya "medical-industrial complex" di Amerika Serikat telah ditelaah oleh Paul Starr (1982). Dalam kasus Indonesia terdapat kemungkinan pola konglomerasi dengan sektor diluar kesehatan misalnya dengan konglomerat bidang non-kesehatan. Jika dalam persaingan ketat, mereka dapat saja mendapat subsidi silang (atau ”dumping”) dari perusahaan non-kesehatan yang mendapat untung besar. Seperti juga industri pendidikan (universitas), maka industri kesehatan juga mempunyai dimensi kemanusiaan yang tinggi sehingga dapat dikatakan sebagai ”noble industry” (industri mulia atau

terhormat). Dalam hal ini para pemegang monopoli profesi seperti dokter (dan dosen dalam pendidikan) sebenarnya dapat mencegah turunnya kemuliaan profesi serta lembaga mereka (rumah sakit dan universitas).

Kapitalisme ini berpengaruh pada dokter dan seperti dikatakan oleh Starr (1982: 25) dengan adanya kapitalisme, dokter memperoleh monopoli dalam profesi kedokteran. Apalagi jika ketersediaan dokter – terutama dokter spesialis – sangat terbatas sehingga pasar kerja akan berpihak pada dokter. Profesi dokter dapat mengalami peningkatan dari penjual jasa menjadi kapitalis kecil di mana selain berpraktik mereka juga memiliki saham dalam klinik dan rumah sakit. Proses industrialisasi dalam bidang kesehatan membuat dokter akan lebih banyak berpraktik dalam grup seperti dalam klinik (*medical center* di gedung perkantoran atau mal) dibandingkan dengan praktik di rumah. Dalam "*medical industrial complex*," rumah sakit merupakan nukleusnya, sedangkan dalam rumah sakit, dokterlah yang menjadi nukleusnya. Kespesifikan, kecanggihan dan otoritas profesi dokter membuat mereka sulit tergantikan, dibandingkan dengan profesi profesi lainnya. Apalagi dokter spesialis (dan super spesialis) yang seringkali dibutuhkan dan terpaksa bekerja dibanyak tempat karena jumlahnya masih sangat langka.

Keadaan ini menunjukkan bahwa peran dokter yang strategis sebenarnya dapat mengurangi efek negatif dari industrialisasi pelayanan kesehatan (lihat juga Azwar, 1991:61-62). Para pemilik modal (rumah sakit dan klinik kesehatan) tergantung pada monopoli profesional para dokter. Para dokter dapat menolak keinginan ("memveto") para pemilik rumah sakit (dan pabrik obat) yang cenderung untuk (terlalu) mengambil untung yang tidak wajar dari konsumen (pasien). Apalagi jika asosiasi dokter kompak dalam bertindak menentang komersialisasi yang tidak wajar. Namun apakah dorongan pencapaian laba ("profit") lebih kuat dari sumpah Hippocrates pada para dokter? Berbagai ilustrasi di masyarakat menunjukkan adanya dokter yang komersial ("pedagang kesehatan") yang kurang teliti dalam melayani pasiennya. Bahkan berbagai kasus dugaan malpraktik yang muncul telah menguatkan sinyalemen ini. Dalam hal ini perlu diwaspadai gejala komersialisasi pada profesi terpandang seperti dokter yang menjadi "pedagang" atau "pengusaha" kesehatan. Hal ini dapat terjadi pada masyarakat yang mengalami industrialisasi, misalnya pengacara menjadi "pedagang hukum" dan wartawan menjadi "pedagang berita,"

birokrat atau anggota DPR/D menjadi "pedagang peraturan dan anggaran" (KKN) atau dosen yang menjadi "pedagang ilmu." Pedagang disini mengandung arti lebih negatif: bukan entrepreneur dengan semangat kemandiriannya melainkan "profiteer" tanpa melaksanakan etika bahkan masuk dalam ranah pidana.

Dalam masyarakat yang berkembang ini tingkat ekonomi, pendidikan dan kesadaran hukum para konsumen relatif rendah sehingga jika terbukti telah terjadi pelanggaran (malpraktik) seringkali disikapi dengan pasrah atau sudah nasib atau suratan takdir. Selain itu tidak tersedianya pengacara keluarga atau komunitas membuat mereka merasa sendirian dalam industri kesehatan yang semakin kental dengan aspek komersial. Hal ini seringkali diperburuk dengan upaya melindungi ("merapatkan barisan") sesama rekan seprofesi dokter sehingga kasus (dugaan) malpraktik seringkali tidak diselesaikan dengan adil terutama bagi para korban. Namun dengan adanya perkembangan teknologi maka pasien yang lemah dapat memperoleh dukungan seperti kasus Prita di mana ia mendapat dukungan dari "Facebookers." Hal ini akan memperkuat pasien apalagi jika masalah malpraktik ini sampai masuk media cetak atau elektronik sehingga mempengaruhi opini publik.

Kapitalisme dalam kesehatan ini dapat membuat peran negara semakin berkurang dan peran masyarakat sipil semakin meningkat. Kapitalisme dalam bidang apapun, dapat menghasilkan kesenjangan yang terjadi karena berbedanya kemampuan akselerasi antara perusahaan kuat dan lemah. Secara absolut keduanya dapat meningkat, namun secara relatif jarak keduanya semakin besar. Jika hanya mengandalkan pada kekuatan pasar saja maka akan terjadi dualisme dalam bidang kesehatan. Dalam pelayanan kesehatan publik ini perlu semakin ditingkatkan pola "koproduksi" dan "sinergisme" antara pemerintah dan komunitas yang memberi manfaat pada komunitas (Syahra, 2005: 74, 82-83). Dalam hubungan ini hendaknya dilihat bahwa peran pemerintah adalah tetap sebagai "pelayan publik" ("public servant") yang harus melayani warga negara. Secara khusus, pada pola hubungan status antara pasien dan dokter-perawat dalam rumah sakit pemerintah, posisi pasien bukan hanya sebagai konsumen namun sebagai warga negara yang dilayani oleh pegawai-pekerja dari negara (pegawai negeri). Pada pola hubungan status secara umum, dokter-perawat mempunyai otoritas profesional—termasuk akuntabilitas—yang perlu dipatuhi oleh pasien walaupun hak pasien tetap dilindungi oleh UU

Nomor 8/1999 Tentang Perlindungan Konsumen serta kode etik kedokteran.

Kapitalisme dalam pelayanan kesehatan – seperti dalam bidang lain, misalnya pendidikan dan perumahan – bukanlah sesuatu yang perlu ditolak, namun perlu diwaspadai. Kapitalisme diharapkan akan memperbanyak pilihan walaupun hal ini mempunyai dampak berbeda dan tergantung dari tingkat ekonomi konsumen. Apalagi dalam sektor kesehatan, peran swasta perlu diwaspadai karena dalam sektor tersebut para pengusaha menghadapi masyarakat yang merupakan "captive market/konsumen." Jelaslah bahwa negara dapat mengatur peran pasar sehingga dapat mencegah sisi negatif dari perusahaan swasta dalam dan luar negeri. Disini negara menjadi juri yang mempunyai otoritas sebagai "tangan terlihat" yang mengatur pasar (persaingan) sehingga tidak terjadi "Darwinisme Sosial." Dalam konteks internasional negara menjadi benteng dan berfungsi sebagai "filter" yang mencegah "effect Wimbledon" yang merujuk pada pertandingan tenis di Wimbledon, Inggris di mana pemenangnya mayoritas petenis luar Inggris (lihat Hadi et al., 2007: 70). Sementara itu dalam konteks nasional negara mengatur agar perusahaan besar tidak memangsa perusahaan sedang dan kecil. Dalam hal ini negara dalam era globalisasi hendaknya tidak dilihat sebagai penghambat pembangunan yang seringkali berbentuk persaingan bebas ("free") namun kurang adil ("fair") yang sering menguntungkan negara besar serta perusahaan-perusahaannya. Pola pola ini berlaku juga dalam industri kesehatan.

Untuk menghindarkan eksploitasi konsumen, terutama dari golongan ekonomi lemah serta pengembangan industri kesehatan dapat dilakukan hal-hal berikut:

Pertama, pemerintah (Kementerian Kesehatan) perlu mengatur dan meningkatkan peran swasta untuk lebih berpartisipasi dalam pelayanan kesehatan untuk daerah miskin. Misalnya dengan membuat peraturan agar para penanam modal untuk daerah "gemuk" dikompensasi dengan "daerah kurus" dengan disertai insentif, misalnya pengurangan pajak. Demikian juga untuk mengatasi persaingan yang tidak sehat (monopoli, kartel) telah tersedia lembaga KPPPU (Komisi Pengawas Persaingan Usaha).

Kedua, perlu upaya memberi kesempatan partisipasi pengusaha dan komunitas lokal, termasuk industri kecil penunjang, dalam kepemilikan dan pengelolaan dalam industri kesehatan. Adanya

integrasi ekonomi dalam industri kesehatan ini memberi peluang masyarakat luas untuk berpartisipasi dalam industri kesehatan yang strategis. Dalam hal ini sejarah pengembangan industri pertambangan dan kehutanan yang tidak atau kurang menunjang pengusaha dan komunitas lokal hendaknya tidak terulang lagi.

Ketiga, Lembaga Swadaya Masyarakat (Lembaga Konsumen), Lembaga Bantuan Hukum, Pers, asosiasi profesi (dokter, perawat, apoteker) lebih aktif mengontrol konglomerat kesehatan serta pekerja dalam sektor kesehatan. Dalam hal ini peran pers yang menerbitkan secara teratur dan sistematis perkembangan pelayanan kesehatan akan dapat membantu opini publik. Demikian pula upaya "class action" dapat merupakan hal yang efektif sebagai alat kontrol dan koreksi dari konsumen.

Keempat, pembelaan bagi pasien/konsumen/masyarakat dalam interaksinya dengan rumah sakit atau lembaga merupakan tugas wakil rakyat yang aktif. Para anggota DPR/D ("Wakil Rakyat yang bertugas juga untuk mendukung pelayanan kesehatan rakyat") dapat melakukan tekanan secara politik dan hukum untuk membela konsumen di "Daerah Pemilihan" ("Dapil") yang diwakilinya. Hendaknya "rapor" para wakil rakyat secara rutin (bulanan, tiga-bulanan) menunjukkan berapa persen kasus pengaduan masyarakat di "Dapil" nya yang telah dapat dibela dan diselesaikan dengan baik olehnya. Terdapat kemungkinan bahwa industri kesehatan (rumah sakit) akan semakin menggunakan jasa pengacara untuk memenangkan kasusnya melawan pasien yang seringkali lemah secara ekonomi dan hukum. Selain itu pasien dapat juga menggunakan hak warga negara mereka sesuai UU No 14/2008, Keterbukaan Informasi Publik dan UU No 8/1999-Perlindungan Konsumen sehingga mendapat pelayanan yang optimal dari setiap lembaga kesehatan.

Kesimpulan

Dinamika pelayanan kesehatan oleh pemerintah dan swasta perlu dilihat pada tingkat yang lebih tinggi yakni hubungan antara negara, perusahaan dan masyarakat. Bagi negara berkembang, termasuk Indonesia, peran pemerintah sebagai motor dalam pembangunan dan pelayanan masyarakat masih menonjol. Berkaitan dengan pelayanan kesehatan dan perubahan sosial dapat disimpulkan proposisi-proposisi berikut:

- *Pertama*, privatisasi industri kesehatan pemerintah (rumah sakit, apotik atau pabrik obat) dapat dihindari dengan meningkatkan peran negara. Adanya privatisasi dapat menghasilkan gejala "state capture" di mana negara dan masyarakat dikuasai oleh pihak swasta dalam dan luar negeri yang fokus utamanya adalah laba, bukan pelayanan publik.
- *Kedua*, dalam privatisasi dapat terjadi perubahan sosial negatif di mana seorang pasien yang sebenarnya merupakan warga negara dengan hak-hak dasarnya telah direduksi menjadi konsumen yang tak berdaya. Demikian juga komunitas dan masyarakat menjadi terfragmentasi sehingga dapat dengan mudah dikendalikan oleh pasar nasional dan global.
- *Ketiga*, kapitalisme dalam arti peran serta pihak swasta perlu mendapat kontrol yang ketat apalagi jika semakin terbukanya pasar regional (ASEAN) dan global. Dalam hal ini kesiapan dari industri kesehatan dalam negeri perlu ditingkatkan dan diawasi agar dapat memenuhi kebutuhan sebagian pihak serta memberi manfaat ekonomi seperti pajak dan penyediaan tenaga kerja.
- *Keempat*, dinamika kapitalisme dalam bidang kesehatan dapat menghasilkan perubahan sosial positif yakni meningkatnya status UKM di bidang industri kesehatan. Selain itu terdapat pula perubahan status profesional (khususnya dokter) dari kelompok profesional menjadi kelompok pengusaha (kapitalis) dalam bidang kesehatan. Mereka telah berubah dari "stakeholders" menjadi "shareholders" dalam berbagai usaha kesehatan seperti rumah sakit, klinik atau apotik.
- *Kelima*, diperlukan peran masyarakat seperti media, LSM, dan universitas yang lebih aktif dan kritis dalam melihat peran swasta maupun Kemenkes, BPJS dan BLU. Masyarakat yang aktif akan mendukung semakin adilnya pelayanan kesehatan, demikian pula sebaliknya. Sementara itu para pasien sebagai warga negara dapat meminta pelayanan yang benar dengan dukungan UU Perlindungan Konsumen dan UU Keterbukaan Informasi Publik. Selain itu perlu juga diaktifkan peran anggota DPR/D dalam mendukung pelayanan kesehatan bagi warga negara dalam masing-masing "Daerah Pemilihan" ("Dapil").

- *Keenam*, peran aktif negara dengan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) disertai BPJS dan BLU dapat menghasilkan perubahan sosial positif (inklusi sosial) di mana warga negara yang tidak terlayani menjadi terlayani. Untuk kedepan cakupan dan jenis pelayanan perlu semakin ditingkatkan bagi warga di lapisan bawah. Dalam hal ini peningkatan pendanaannya (termasuk APBN dan APBD) perlu dilakukan dengan dukungan pemerintah (pusat dan daerah) dengan peningkatan pajak, dan pencegahan kebocoran (KKN).
- *Ketujuh*, perubahan atau inklusi sosial dalam sektor kesehatan lebih merupakan "Inklusi Akses atau Bantuan" atau peningkatan dan pemenuhan status warganegara. Hal ini berbeda dengan perubahan yang lebih mendasar atau "Redistribusi Aset" yang mencakup redistribusi sumber (seperti landreform, saham dan kuota pendidikan) yang dapat meningkatkan posisi warganegara dalam stratifikasi sosial (misal, dari bawah ke menengah).
- *Kedelapan*, paradigma kesehatan publik hendaknya tidak direduksi hanya terdiri dari variabel pasien, dokter, obat dan rumah sakit namun merupakan masalah hak dasar warga negara dan kewajiban negara sesuai dengan konstitusi. Keadaan ini akan sangat mempengaruhi kesehatan warga negara dan kemampuan bangsa dalam persaingan global.

Daftar Pustaka

- Azwar, Asrul. 1991. *Seputar Masalah Kesehatan (Makalah Terpilih Ketua Umum PB IDI-1990)*. Jakarta: Yayasan Penerbit IDI.
- Blakemore, Ken and Edwin Griggs. 2007. *Social Policy: An Introduction*. Third Edition. Berkshire, England.
- Calhoun, Craig. 2007. *Nations Matter: Culture, History, and the Cosmopolitan Dream*. London, Routledge.
- Cowan, L. Gray. 1990. *Privatization in the Developing World*. New York: Praeger.
- "Dokter Baru Wajib Praktik Setahun di Puskesmas", *Media Indonesia*, 19 Februari, 2010.
- "Dokter Berkolusi, Harga Obat Meninggi", *Gatra*, 20 Oktober 2010.

- The Economist*: August 21st-27th, 1993.
- Fukuyama, Francis. 2004. *State-Building: Governance and World Order in the 21st Century* Ithaca, cornell Universtiy Press,
- Gore, Charles, with contributions of Jose B. Figueiredo and Gerry Rodgers. 1995. "Introduction: Market, citizenship and social exclusion" in Rodgers, Gerry, Charles Gore, Jose B. Figueiredo. *Social Exclusion: Rhetoric, Reality, Responses*. Geneve, ILO: 1-40.
- Hadi, Syamsul et al. 2007. *Post Washington Consensus dan Politik Privatisasi di Indonesia*. Serpong, Marjin Kiri.
- Hertz, Noreena. 2003. *The Silent Takeover: Global Capitalism and the Death of Democracy*. New York: Harper Business.
- "Jamkesmas Mempercepat Reformasi Bidang Kesehatan", *Seputar Indonesia*, 15 Oktober, 2010.
- "Jamsostek dan Askes Penuhi Syarat Jadi BPJS." *Suara Karya*, 9 September 2010.
- Jones, Leroy P., Ingo Vogelsang, and Pankaj Tandon. 1991. "Public Enterprise Divestiture" in Meier, Gerald M. (ed). *Politics and Policy Making in Developing Countries: Perspectives on the New Political Economy*. San Fransisco: ICS Press, 199-226.
- Khoon, Chan Chee "Re-thingking the State and Healthcare in Penang." CenPRIS, Universiti Sains Malaysia, Working Paper 120/2010. <<http://www.usm.my/cempris/>>.
- Marshall, Thomas H. 1963. *Sociology at the Crossroads*. London: Heinemann.
- Marshall, Thomas H. 1970. *Social Policy*. London: Hutchinson.
- "Mengakali Ketidaktahuan Pasien", *Gatra*, 11 Agustus, 2010.
- Meier, Gerald M. (ed). 1991. *Politics and Policy Making in Developing Countries: Perspectives on the New Political Economy*. San Fransisco: ICS Press, 199-226.
- "Mewujudkan Masyarakat Sehat untuk Modal Pembangunan", *Media Indonesia*, 20 Oktober, 2010.

- Minister Opened “Kencana Cipto Mangunkusumo Hospital” Wing Private <<http://www.depkes.go.id/en/index.php/news/press-release/671-minister-opened-kencana-cipto-mangunkusumo-hospital-wing-private.html>>.
- “Obat Generik, Hemat dan Sehat,” *Tempo*, 31 Oktober 2010: 119.
- ”Peraturan Resep Obat Generik Belum Bermakna,” *Kompas*, 12 Juni, 2010.
- Powell, M. “The Strategy of equality revisited. *Journal of Social Policy*, 1995, 24 (2),, 163-185.
- ”Privatisasi” *Rumah sakit Pemerintah*. Manajemen/Management. Volume III/01/I2005: 12-13.
- Pusgunakes Depkes RI. “#300 Dokter India akan Masuk Indonesia.” <www.tenagakesehatan.or.id/publikasi.php?do=detail&id=216>
- Ramesh, M. And Xun Wu. “Realigning public and private health care in southeast asia” *The Pacific Review*, Vol 21, No 2 May 2008: 171-187. <http://www.spp.nus.edu.sg/docs/gac/wu_xun/Published%20Papers/pacific_review_2008.pdf>
- ”Rumah Sakit pemerintah Potretnya tak lagi Buram” (*Tempo*, 22 Agustus 2010: 217-226).
- ”RUU Kesehatan Disahkan: Pembiayaan Kesehatan 5% Dari APBN dan 10%” Dari APBD <http://www.ppjk.depkes.go.id/index.php?option=com_content&task=view&id=182&Itemid=2>.
- Starr, Paul. *The Social Transformation of American Medicine: The Rise of A Sovereign Profession and the Making of A Vast Industry*. New York: Basic Books, 1982.
- Stepan, Alfred. 1985. "State Power and the Strength of Civil Society in the Sothern Cone of Latin America" in Evans, Peter B. et.al. *Bringing the State Back in*. Cambridge: Cambridge University Press, 192-226.
- Stinson, Jane, Nancy Bollak and Marcy Cohen. 2005. ”The Pains of Privatization: How Contracting Out Hurts Health Support, Workers, Their Families and Health Care.” British Columbia: Canadian Centre for Policy Alternatives, April 2005. < <http://>

www.policyalternatives.ca/publications/commentary/pains-health-care-privatization>.

Suara Karya, 9 September 2010.

Sujatmiko, Iwan Gardono. 2008. "Social Exclusion and State Policy: The Indonesian Experience." Makalah dipresentasikan pada The 38th World Congress of the International Institute of Sociology, Budapest, Hungary, June 26.

Sujatmiko, Iwan Gardono. 2007. "Constitution And Social Transformation: Constitutional Amendments In The Post-Suharto Indonesia." Makalah dipresentasikan pada The 23rd IVR World Congress of Legal and Social Philosophy, Krakow, Poland. August 4.

Syahra, Rusydi. 2005. "Koproduksi dan Sinergisme: Pergeseran Paradigma dalam Pelayanan Publik" *Jurnal Masyarakat dan Budaya*. Volume VII, No. 1, 67- 87.

Tawney, Richard H. 1964. *Equality*. 4th Edn., with an introduction by R.M. Titmuss. London: George Allen & Unwin.

Thabrany, Hasbullah. 2009. "Sudah Tiba Waktunya: Urgensi, Konseptualisasi, dan Operasionalisasi Jaminan Kesehatan Universal di Kota dan Kabupaten Seluruh Indonesia" dalam Darmawan Triwibowo & Nur Iman Subono. *Meretas Arah Kebijakan Sosial Baru di Indonesia: Lebih Sekedar dari Pengurangan Kemiskinan*. Jakarta: Pustaka LP3ES, 99-127.

"Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat Jamkesmas 2010" dalam "Asuransi Kesehatan." <[http://id.wikipedia.org/wiki/Asuransi kesehatan](http://id.wikipedia.org/wiki/Asuransi_kesehatan)>.

Weale, Albert. 1978. *Equality and Social Policy*. London, Routledge & Kegan Paul.