



**FAKULTAS EKONOMI  
UNIVERSITAS ANDALAS**

***SKRIPSI***

**ANALISIS POLA PEMBIAYAAN KESEHATAN DI INDONESIA**

**Oleh :**

**ZESMI ELBAS**

**BP. 06 151 006**

**Mahasiswi Program S1 Jurusan Ilmu Ekonomi**

***Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Guna Memperoleh  
Gelara Sarjana Ekonomi Jurusan Ilmu Ekonomi***

**PADANG**

**2011**

	No. Alumni Universitas	<b>ZESMI ELBAS</b>	No. Alumni Fakultas
	<b>BIODATA</b>		

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

**Analisis Pola Pembiayaan Kesehatan Di Indonesia**

Skripsi S1 oleh: Zesmi Elbas Pembimbing Skripsi: Edi Ariyanto, SE, M.Si.

**Abstrak**

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

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

Abstrak telah disetujui oleh :

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

Mengetahui,  
Ketua Jurusan

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

**NIP. 130 812 952**

Tanda Tangan

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

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

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## BAB VI

### PENUTUP

#### 6.1 Kesimpulan

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

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

## DAFTAR PUSTAKA

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