

Pengeluaran Publik Untuk Kesehatan dan Status Kesehatan di Negara – Negara Asia

Oleh :

Barokatuminalloh¹⁾

¹⁾ Staf Pengajar Fakultas Ekonomi Universitas Jenderal Soedirman

ABSTRACT

Health is one of prominent factors of human capital development. Beside its important rule to national wealth measure, health sector has an intrinsic value to extent individual ability and freedom. Also, health sector has instrumental value to income contribution and strengthen body ability. So, health programs, run by government, do not only give benefit individually, but the programs have well impact to surrounding environment also.

The purpose of this research is to indicate how government expenditure to health sector, measured by IMR and life expectancy rate at birth to thirteen Asian countries, will be affected by the countries economics conditions.

This analysis shows that government expenditure to health sector and health status of the countries people is related positively. It means that the increasing of government expenditure will impact to people health increasing of the country, indicated by decreasing of IMR value and increasing of live expectancy rate. This research shows also that economic conditions of a nation have positive impact to health condition, where the Gross Domestic Product per capita factor positively impacts to IMR decreasing and of life expectancy at birth increasing in the region. So, to extent people wealth, the government role will be the key factor that measured by the capacity of government expenditure to health sector.

Keywords: health sector, IMR, life expectancy at birth

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan faktor yang sangat penting bagi pembangunan *human capital*, salah satu syarat agar individu bisa bekerja dan memiliki produktivitas yang tinggi adalah kondisi individu tersebut adalah sehat, dengan memiliki tingkat kesehatan dan gizi yang cukup, diharapkan individu bisa produktif dan memiliki penghasilan yang cukup, walaupun dikemudian hari sakit tidak perlu kesulitan untuk mengobatinya karena tersedianya fasilitas kesehatan yang murah dan terjangkau bagi orang miskin (Sandefur et al., 1998).

Human capital memiliki peran yang sangat penting dalam kesejahteraan suatu negara (Manuelli, Shesadri, 2005). Memperbaiki *human capital* dan meningkatkan standar hidup akan mendorong pemerintah untuk fokus pada sektor sosial, terutama pendidikan dan kesehatan (Lewis, 2006). Program sosial seperti kesehatan dan pendidikan secara umum akan mempengaruhi pembangunan manusia, dan konsekuensinya, peningkatan pengeluaran pemerintah dalam program tersebut diharapkan akan menghasilkan indikator sosial yang lebih baik (Baldacci et al., 2002)

Sektor pendidikan dan kesehatan memiliki nilai intrinsik dalam meningkatkan kemampuan dan kebebasan individu. Sektor kesehatan juga memiliki

instrumental value dalam kontribusi untuk meningkatkan pendapatan dan memperkuat kemampuan individu. Investasi dalam kesehatan dan pendidikan merupakan elemen yang penting dari strategi mengurangi kemiskinan. Program pendidikan dan kesehatan tidak hanya bermanfaat bagi yang menerimanya, akan tetapi juga memiliki efek eksternal bagi orang-orang yang berada disekitarnya. Perbaikan tingkat pendidikan bagi ibu akan memberikan efek pada generasi kedua seperti anak yang lebih sehat dan berpendidikan. Perbaikan tingkat kesehatan akan mengurangi resiko terkena penyakit bagi orang yang berada disekitarnya. (Lanjouw et al., 2000)

Kondisi Kesehatan secara umum bisa terlihat dari tiga hal yaitu *mortality*, *morbidity* dan *nutritional status*, dimana ketiga hal tersebut merupakan indikator bagi keberhasilan pelayanan kesehatan dan program kesehatan lainnya. *Mortality* adalah tingkat kematian, dimana secara umum terbagi menjadi beberapa kelompok diantaranya yaitu *Infant Mortality Rate* (angka kematian bayi), *under 5 mortality rate* (angka kematian balita), *Maternal mortality rate* (angka kematian ibu melahirkan), *Life expectancy at birth* (tingkat harapan hidup pada saat lahir) dan *Human Development indeks* (indeks pembangunan manusia).

Tabel 12.1. Hasil Pelayanan Sektor Kesehatan, 2004

| | PDB per kapita (ASS) | Usia harapan hidup (tahun) | Angka kematian kasar | Angka Kematian Bayi | Angka Kematian Balita | Angka DPT | Campak | Angka Kematian Ibu Hamil | Persalinan dgn. Bantuan petugas kesehatan terlatih |
|-------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|---------------------|-----------------------|-------------|-------------|--------------------------|--|
| Indonesia | 906 | 67.4 | 7.3 | 34.7* | 45.7* | 70 | 72 | 307* | 72 |
| Kamboja | 350 | 56.6 | 11 | 95* | 124.4* | 85 | 80 | 437* | 31.8* |
| Malaysia | 4,290 | 73.5 | 4.7 | 10.2 | 12.4 | 99 | 95 | 20** | 97 |
| Vietnam | 502 | 70.3 | 6.1 | 23.6* | 66.7* | 96 | 97 | 95 | 90 |
| Thailand | 2,356 | 70.5 | 7.2 | 18.2 | 21.2 | 98 | 96 | 36 | Na |
| Filipina | 1,085 | 70.8 | 5 | 28.7* | 39.9* | 79 | 80 | 172** | 60 |
| India | 538 | 63.5 | 8.3 | 61.6 | 85.2 | 64 | 56 | 540 | Na |
| China | 1,323 | 71.4 | 6.4 | 26 | 31 | 91 | 84 | 50 | 96 |
| Asia Timur | 1,254 | 70.3 | 6.6 | 29.2 | 36.8 | 86.6 | 82.5 | Na | 86.1 |

Sumber: WDI, UNDP dan DHS.

Catatan: IMR: Angka Kematian Bayi; U5MR: Angka Kematian Balita; MMR: Angka Kematian Ibu Hamil. Untuk Perkiraan dengan * sumber untuk perkiraan dengan ** sumber data data adalah DHS adalah UNDP. Data mengenai Nagka Kematian Ibu yang terbaru yang tersedia adalah data untuk 2003 (World Bank 2006g). Data mengenai jumlah persalina yang dibatu tenaga kesehatan terlatih tersedia untuk tahun 2003-2004.

Morbidity adalah kondisi keseringan masyarakat dalam mengalami sakit. *Nutritional status* bisa diukur melalui beberapa indikator diantaranya yaitu : kelahiran bayi dengan berat badan di bawah normal, tingkat gizi balita, tingkat gizi wanita dengan kondisi kurang vitamin kronis dan kekurangan yodium (Depkes, 2007)

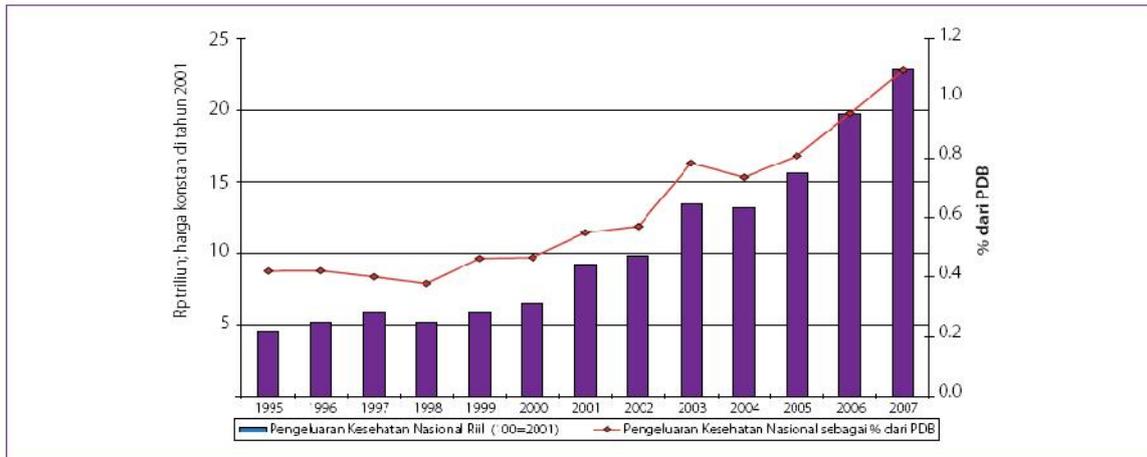
Salah satu faktor yang penting dalam memelihara kesehatan adalah uang, dimana bisa dilihat adanya kecenderungan bahwa orang kaya akan lebih sehat dibandingkan orang miskin. Di desa yang sederhana maupun kota yang modern, dengan asuransi kesehatan atau tidak, orang kaya cenderung memiliki kondisi yang lebih baik dalam hal *mortality* (tingkat kematian) dan *morbidity* (tingkat keseringan mengalami sakit). Kemungkinan ada beberapa orang kaya yang memiliki tingkat kesehatan lebih buruk dibandingkan orang miskin, akan tetapi secara umum, uang memiliki pengaruh yang sangat kuat pada kondisi fisik (Getzen, 2004:16).

Pengeluaran pemerintah untuk pelayanan sosial seperti pendidikan dan pemeliharaan kesehatan memiliki dua tujuan dasar kebijakan yaitu efisiensi dan pemerataan. Efisiensi bisa tercapai jika pengeluaran pemerintah menghasilkan keuntungan eksternal atau memperbaiki kegagalan pasar. Pemerataan juga merupakan tujuan penting dari pengeluaran pemerintah, dimana pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan adalah pelayanan dasar yang penting untuk memerangi kemiskinan (Castro-Leal et al., 2000)

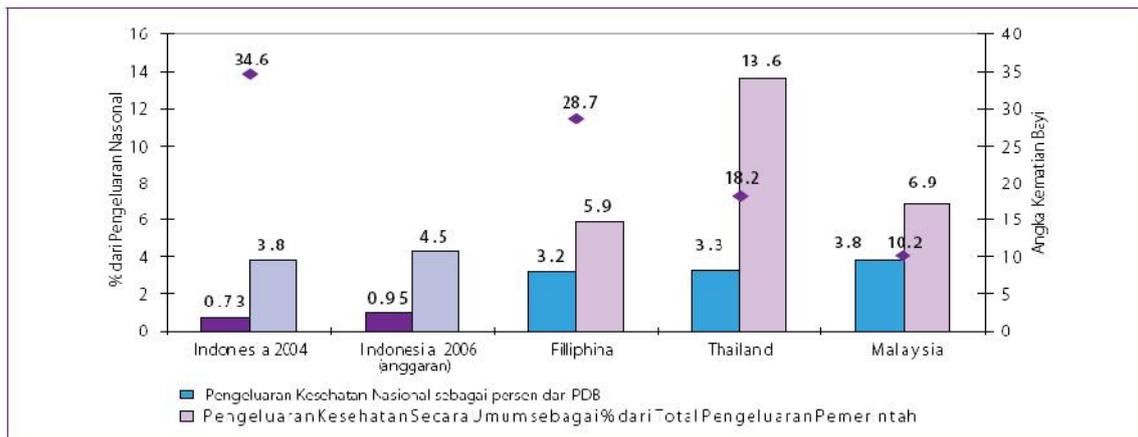
Status kesehatan negara-negara di Asia secara umum relatif lebih rendah dibandingkan negara-negara di Eropa dilihat dari usia harapan hidup, Perancis, mencapai 80 tahun, Finlandia 79 tahun, Denmark 77 tahun, sedangkan rata-rata usia harapan hidup di Asia Timur adalah 70,3 tahun. Apabila dilihat dari angka kematian bayi, Perancis hanya sebesar 4 per 1000 kelahiran, Denmark sebesar 4, sedangkan rata-rata angka kematian bayi per 1000 kelahiran di Asia sebesar 6,6. Hasil pelayanan sektor kesehatan di beberapa negara Asia dapat dilihat pada tabel 12.1 (world bank, 2007)

Pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan masing-masing negara berbedabeda, tergantung dari kebijakan negara yang bersangkutan, secara umum pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan di Indonesia tiap tahun meningkat (Diagram 12.1.). Apabila dibandingkan negara lain di Asia pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan relatif lebih rendah meskipun status kesehatan Indonesia lebih rendah (Diagram 12.2.) (World Bank, 2007).

Berdasarkan data terlihat adanya perbedaan pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan dan status kesehatan negara-negara di Asia, oleh karena itu penelitian ini ingin mengetahui bagaimana hubungan antara pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan dan status kesehatan masing-masing negara.

Diagram 12.1. Tren Pengeluaran Sektor kesehatan di Indonesia, 1997-2007

Sumber: Perhitungan staf Bank Dunia, berdasarkan data dari DepKeu.

Diagram 12.2. Perbandingan antar negara untuk pengeluaran kesehatan 2004 (anggaran 2006) dan IMR

Sumber: Indikator Pembangunan Dunia 2006 dan Perhitungan staf Bank Dunia.

METODE ANALISIS

1. Kerangka Pemikiran dan Hipotesis

Pemerintah memainkan peranan yang sangat penting dalam sektor kesehatan. Tugas pemerintah diantaranya adalah memberikan ijin bagi dokter atau tenaga kesehatan untuk dapat praktek, mengawasi kondisi lingkungan yang mengancam kesehatan, memiliki rumah sakit pemerintah, mendukung penelitian dalam usaha pencegahan suatu penyakit, dan menjalankan program imunisasi bagi anak-anak.

Sektor kesehatan berbeda dengan sektor sosial yang lain, sektor kesehatan memiliki karakteristik yang berbeda dan menyebabkan keunikan sektor tersebut dibandingkan sektor yang lain. Karakteristik sektor kesehatan yang membedakannya dengan sektor yang lain diantaranya adalah *asymetric information* atau

sedikitnya informasi yang dimiliki masyarakat. Secara normal apabila konsumen ingin mengkonsumsi suatu komoditas biasanya konsumen tersebut memiliki informasi yang cukup mengenai komoditas tersebut, akan tetapi apabila seseorang sakit maka individu tersebut tidak memiliki informasi yang cukup mengenai jenis perawatan dan obat yang diperlukan. Dan yang bisa dimintai informasi adalah ahli kesehatan apakah itu dokter atau apoteker, dimana orang tersebut adalah yang menjual komoditas yang diperlukan.

Akibat kurangnya informasi yang dimiliki individu atau konsumen, maka hal ini menimbulkan *adverse selection* dan *moral hazard*. Biaya untuk merawat dan menjaga kesehatan tidak bisa diprediksi dan sangat besar. Contohnya adalah apabila individu ingin menjamin status kesehatannya dengan cara membeli asuransi

kesehatan. Ketika perusahaan asuransi menentukan kebijakan harga, maka kebijakan akan cenderung menyebabkan asuransi yang ditawarkan dibeli oleh individu yang memiliki resiko kesehatan yang lebih tinggi. Dicontohkan pada kasus apabila ada dua individu yang memiliki resiko kesehatan lebih tinggi dan asuransi menawarkan harga yang sama untuk dua individu tersebut, maka individu yang memiliki resiko lebih tinggi cenderung lebih banyak membeli asuransi. Permasalahan *adverse selection* menyebabkan rata-rata pembeli asuransi adalah yang memiliki resiko lebih tinggi dibandingkan individu yang lain.

Asuransi kesehatan bisa menyebabkan adanya distorsi perilaku. Jika individu memiliki asuransi maka mereka akan kurang menjaga dirinya dari resiko terkena penyakit. Hal ini menyebabkan orang yang memiliki asuransi bergaya hidup yang tidak sehat, karena asuransi mengurangi konsekuensi negatif yang harus ditanggung dari gaya hidupnya tersebut. Sehingga individu akan cenderung over konsumsi terhadap sektor kesehatan, karena asuransilah yang akan menanggung biayanya. Permasalahan ini dikenal dengan adanya *moral hazard* dari konsumen (Rosen, 2002)

Pemerintah memiliki empat tugas pokok dalam perekonomian, yang pertama adalah menjaga berjalannya hukum yang ada, menyediakan barang publik, memperbaiki atau melengkapi kegagalan pasar, dan yang keempat adalah redistribusi pendapatan (Getzen, 2004).

Karena adanya karakteristik sektor kesehatan yang menyebabkan pasar dalam sektor tersebut adalah *imperfect* maka dibutuhkan peran pemerintah seperti dukungan penelitian, penyediaan informasi dan distribusi dari jasa kesehatan. Beberapa aspek penyediaan sektor kesehatan sering mengalami kesulitan untuk dijual. Penelitian mengenai kesehatan tanpa ada tujuan komersial maka akan sulit untuk mendapatkan pendanaan. Untuk beberapa alasan ini banyak argumen bahwa penelitian kesehatan sebagai barang publik, dibiayai oleh pemerintah dan bebas digunakan bagi siapa saja yang membutuhkan. Melalui pencegahan adanya kepemilikan hak dan harus membayar royalti untuk menggunakan pengetahuan dasar mengenai kesehatan, maka biaya untuk teknologi kesehatan yang baru menjadi lebih murah.

Peran pemerintah juga dibutuhkan dalam hal pencegahan penyebaran penyakit menular. Terdapat beberapa eksternalitas positif yang berhubungan dengan pengurangan penyebaran penyakit menular. Untuk menginternalisasi eksternalitas maka dibutuhkan subsidi penyediaan vaksinasi. Pemerintah harus mengawasi penyakit menular dan memiliki kekuasaan untuk menegakan peraturan dalam hal pencegahan penyakit menular dan mengkarantina individu yang terkena penyakit

tersebut. Pemerintah juga secara aktif memberikan informasi mengenai efek pada kesehatan akibat merokok dan minum minuman keras.

Secara umum diketahui bahwa individu cenderung mengalami *underconsume* sektor kesehatan karena mereka tidak memiliki pengetahuan yang cukup, hal ini juga mendorong pemerintah untuk memberikan subsidi melalui pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan. Pemerintah juga memainkan peranan penting dalam membantu pasien dari tenaga kesehatan yang tidak memiliki keahlian cukup. Tenaga kesehatan harus memiliki ijin praktek dan untuk mendapatkannya diperlukan tes dan prosedur yang menjamin kemampuan tenaga kesehatan (Hyman, 2005).

Melalui regulasi pemerintah memiliki andil dalam sektor kesehatan. Untuk lebih jelasnya peran pemerintah dalam sektor kesehatan yang pertama adalah produksi pemerintah, hal ini biasanya terbatas pada fungsi kesehatan publik yang paling inti, seperti menentukan dan mengawasi standar kesehatan, mengontrol penularan penyakit menular dan membiayai penelitian kesehatan. Kontrak yang secara langsung berhubungan dengan produksi pemerintah adalah asuransi kesehatan militer, pusat pelayanan kesehatan yang berkualitas ditiap daerah, program imunisasi, dan yang lainnya. Dengan subsidi pemerintah bisa mempengaruhi sektor kesehatan.

Regulasi kesehatan dari pemerintah bertujuan agar pasar lebih efisien dalam menyediakan definisi standar kesehatan, asuransi yang berkualitas, kontrak asuransi yang standar, dan ukuran yang lain yang akan mengurangi biaya transaksi. Regulasi yang lain bertujuan untuk merubah pasar atau untuk menggantikan pasar dan menentukan harga dan kuantitas barang.

Terdapat beberapa penelitian yang sudah dilakukan untuk meneliti bagaimana pengaruh pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan terhadap status kesehatan masyarakatnya, diantaranya yaitu Issa dan Ouattara pada tahun 2005. Mereka membahas bagaimana efek dari pengeluaran swasta dan pengeluaran publik terhadap tingkat IMR (*Infant Mortality Rates*). Dengan menggunakan OLS dan data dari 160 negara, menunjukkan adanya hubungan negatif yang kuat antara pengeluaran kesehatan dengan IMR. Mereka juga menemukan adanya hubungan negatif yang kuat antara pendapatan perkapita, tingkat pendidikan perempuan dan IMR. Secara statistik variabel mengenai lingkungan memiliki hubungan yang lemah.

Issa dan Ouattara menunjukkan hasil regresi pada negara-negara dengan pendapatan rendah memiliki pengeluaran publik untuk sektor kesehatan yang lebih signifikan pada IMR dibandingkan pengeluaran swasta. Pendapatan

perkapita juga memiliki hubungan negatif yang kuat, hal tersebut memiliki implikasi peningkatan pendapatan per kapita akan menurunkan IMR. Variable lingkungan yaitu emisi CO₂ hanya positif signifikan pada level 10%, hal ini mengindikasikan bahwa kenaikan tingkat emisi CO₂ akan meningkatkan IMR.

Hasil regresi pada negara maju memiliki perbedaan yaitu pengeluaran swasta untuk kesehatan lebih berpengaruh dibandingkan pengeluaran publik dalam IMR, pengeluaran publik untuk kesehatan tidak signifikan pada level kepercayaan berapapun. Variabel yang lain seperti pendapatan per kapita dan pendidikan perempuan memiliki hasil yang sama seperti pada negara dengan pendapatan rendah.

Penelitian yang lain dilakukan oleh Gupta, Verhoeven dan Tiongson pada tahun 2001. Penelitiannya mengestimasi akibat yang diterima akibat pengeluaran publik untuk sektor kesehatan pada status kesehatan orang miskin diantara tujuh puluh negara. Penelitian ini memberikan bukti bahwa orang miskin secara signifikan memiliki status kesehatan yang lebih rendah dibandingkan orang kaya, dan mereka lebih mendapatkan efek dari pengeluaran publik untuk sektor kesehatan. Hasil lain yang cukup penting adalah adanya hubungan signifikan yang lebih kuat antara pengeluaran publik untuk kesehatan dan status kesehatan pada negara yang berpendapatan rendah dibandingkan pada negara yang berpendapatan lebih tinggi. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa peningkatan pengeluaran publik tidak cukup kuat untuk memperbaiki status kesehatan, diperlukan juga faktor yang lain seperti variabel lingkungan dan variabel yang lainnya.

Pengeluaran publik untuk sektor kesehatan diperkirakan memiliki korelasi positif dengan status kesehatan suatu negara, semakin tinggi pengeluaran publik untuk sektor kesehatan diperkirakan status kesehatan negara tersebut semakin baik. Dengan analisis regresi korelasi sederhana dapat dibuat hubungan antara pengeluaran publik untuk sektor kesehatan suatu negara dengan status kesehatan negara tersebut.

Hipotesis dari penelitian ini adalah: Terdapat hubungan positif antara pengeluaran publik untuk sektor kesehatan suatu negara dengan status kesehatan negara tersebut

2. Data dan Analisis

Penelitian ini merujuk pada model yang digunakan pada penelitian Issa dan Ouattara pada tahun 2005 dan juga penelitian yang dilakukan Gupta, Verhoeven dan Tiongson pada tahun 2001. Variabel independen yang digunakan adalah pengeluaran publik untuk kesehatan (persentasenya dari total pengeluaran), dan pendapatan per kapita, sedangkan variabel dependennya adalah *infant Mortality rates* dan *Life expectancy at birth*. *Infant*

Mortality Rate adalah jumlah bayi yang meninggal sebelum mencapai umur 12 bulan dibagi dengan jumlah anak yang lahir dikalikan 1000. sedangkan *Life expectancy at birth* atau tingkat harapan hidup adalah Jumlah umur yang mungkin dicapai bagi bayi yang baru lahir apabila terdapat pola kematian yang sama pada saat kelahiran. Persamaan regresi yang digunakan untuk mengestimasi adalah :

$$Y_{i,t} = r + s_{BI} \text{public ex} + s_c \text{GDP cap} + e$$

Y menunjukkan variable dependen dalam hal ini adalah *infant Mortality rates* dan *Life expectancy at birth*, dengan subscript *i* menunjukkan Negara ($i = 1, 2, \dots, n$) dan *t* menunjukkan tahun ($t = 2000, \dots, 2004$) dan regresinya dilakukan terpisah. Variabel independennya adalah Public ex atau pengeluaran publik untuk sektor kesehatan, variable ini menggunakan selisih antara pengeluaran publik pada periode *t* dengan pengeluaran public pada periode *t-1*. Persamaan ini juga menggunakan variable control yaitu GDP cap, dimana apabila GDP cap meningkat maka IMR akan menurun dan juga apabila GDP cap meningkat maka *Life expectancy at birth* juga akan meningkat. Variable GDP cap yang di pakai adalah selisih GDP per kapita pada tahun *t* dengan GDP per kapita pada tahun *t-1*.

Persamaan tersebut diestimasi dengan menggunakan OLS. Data diperoleh dari World Development Indicators dan Human development report. Negara yang diobservasi ada 13 negara di Asia yaitu Indonesia, Malaysia, Singapura, Vietnam, Filipina, Thailand, China, Kamboja, Laos, Sri Langka, Korea, India dan Pakistan, dengan periode observasi adalah tahun 2001 – 2004.

HASIL ANALISIS

Kesehatan merupakan salah satu dari dimensi kesejahteraan, kesehatan yang buruk secara langsung dapat mempengaruhi kesempatan individu seperti kapasitasnya untuk menghasilkan pendapatan, proses belajarnya di sekolah, kemampuannya untuk merawat anak, partisipasinya dalam aktivitas komunitas dan hal semacamnya. Pentingnya fungsi instrumental kesehatan mengimplikasikan bahwa berbagai ketidaksetaraan dalam bidang kesehatan dapat terwujud dalam dimensi-dimensi lain kesejahteraan (World Bank, 2006).

Melihat pentingnya kesehatan dalam kesejahteraan maka dalam hal ini PBB selain bertujuan mengurangi adanya kemiskinan, kelaparan, pencapaian tingkat pendidikan primer terutama bagi anak-anak, mempromosikan adanya kesetaraan gender juga memasukan perbaikan

tingkat kesehatan dalam tujuan pembangunan internasional atau lebih dikenal dengan *The Millenium Development Goals* karena tingkat kesehatan individu akan mempengaruhi pencapaian tujuan pembangunan yang ditetapkan oleh PBB, hal ini disebabkan adanya nilai intrinsik sektor kesehatan seperti yang sudah disampaikan sebelumnya. Tiga tujuan perbaikan kesehatan yang merupakan *The Millenium Development Goals* adalah mengurangi tingkat kematian anak, memperbaiki kesehatan ibu hamil dan yang ketiga adalah memerangi HIV / AIDS, malaria dan jenis penyakit yang lain (WDI, 2007).

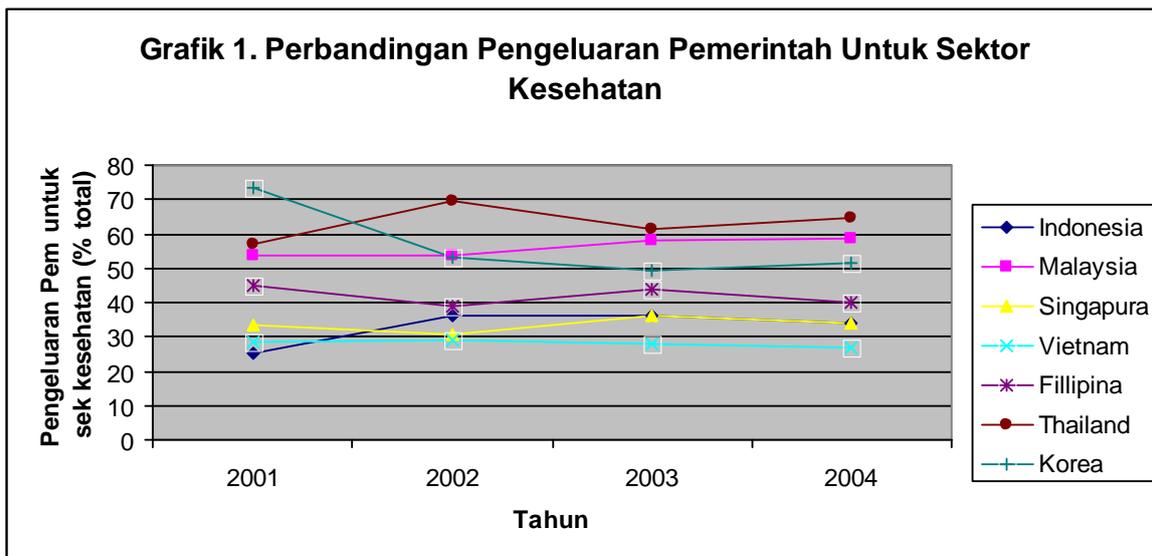
Beberapa tujuan pembangunan internasional menunjukkan komitmen dunia untuk lebih memberikan perhatian dan prioritas terhadap kesehatan manusia. Tujuan pembangunan ini tidak cukup apabila hanya tertuang pada komitmen akan tetapi diperlukan implementasi nyata dalam bentuk kebijakan masing-masing negara.

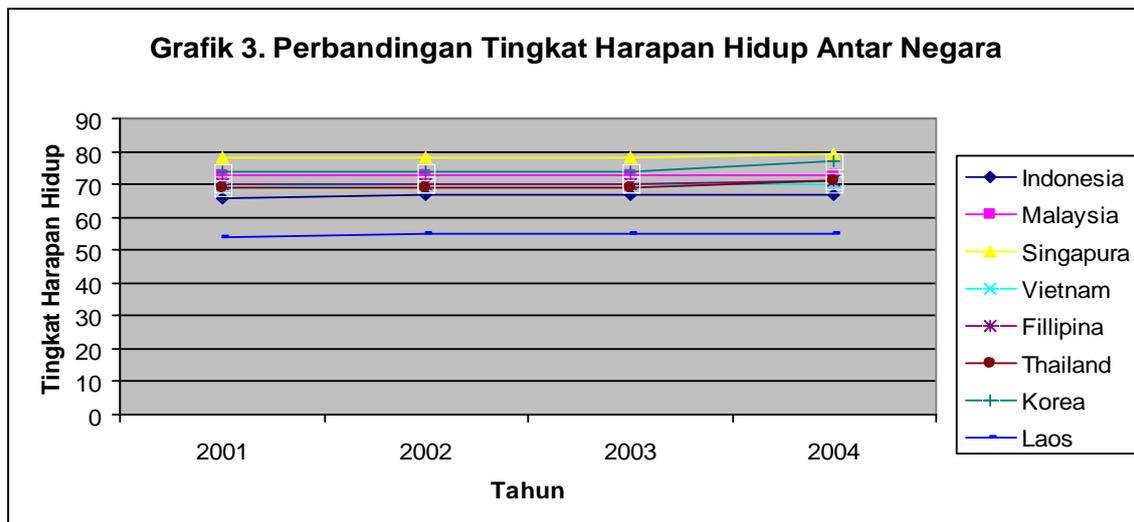
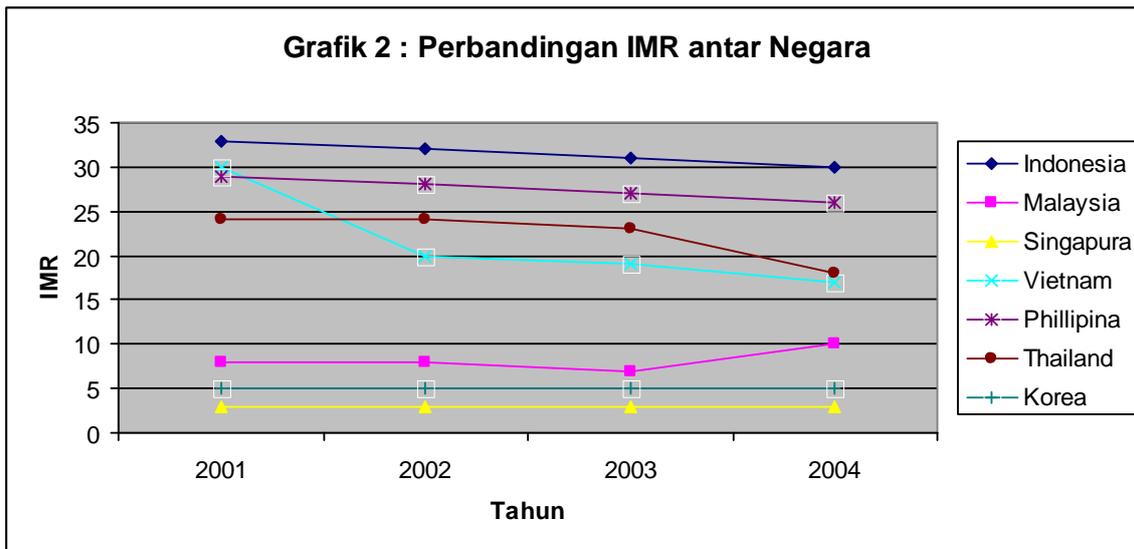
Negara – Negara di Asia memiliki kebijakan dan prioritas yang berbeda dalam hal peningkatan sektor kesehatan. Hal ini bisa dilihat dari bervariasinya pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan dilihat dari persentasenya terhadap GDP. Negara yang memiliki tingkat IMR lebih rendah dan life expectancy lebih tinggi memiliki persentase pengeluaran untuk kesehatan yang lebih tinggi seperti Singapura dan Malaysia, dibandingkan dengan pengeluaran di Indonesia dan India. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada grafik 1 dan grafik 2.

Grafik 12.1 memperlihatkan bahwa pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan atau pengeluaran publik cenderung meningkat

meskipun beberapa Negara pada tahun 2004 mengalami penurunan persentase seperti Indonesia pada tahun 2004 menurun sebesar 1,7%, Singapura menurun sebesar 2,1%, Vietnam 0,7% dan Fillipina 3,9%, sedangkan tiga Negara yang lain yaitu Malaysia, Thailand dan Korea mengalami peningkatan dengan nilai secara berurutan adalah 0,3%, 3,1% dan 2%. Apabila dilihat dari persentasenya maka Negara yang memiliki pengeluaran public dengan persentase tertinggi untuk sektor kesehatan adalah Thailand, padahal apabila dilihat dari status kesehatan yang ditunjukkan dengan IMR, tingkat IMR Thailand cukup rendah dibawah Indonesia dan Fillipina. Sedangkan Vietnam memiliki persentase pengeluaran public untuk kesehatan terendah, meskipun tingkat IMR cukup tinggi yaitu nomer 4 diatas Malaysia, Singapura dan Korea. Indonesia dalam hal ini meskipun kondisi kesehatan yang dilihat dari IMR cukup rendah yaitu dengan tingkat IMR tertinggi akan tetapi memiliki persentase pengeluaran public untuk sektor kesehatan cukup rendah dibawah Thailand, Malaysia, Korea dan Fillipina. Hal ini menunjukkan adanya perbedaan kebijakan prioritas dan perhatian Negara terhadap kondisi kesehatan masyarakatnya.

Apabila dilihat dari tingkat harapan hidup maka dari 13 negara yang paling tinggi adalah Singapura yaitu 79 tahun, sedangkan yang paling rendah adalah Laos dengan tingkat harapan hidup sebesar 55 tahun. Indonesia dari 13 negara tersebut berada pada posisi Sembilan dengan tingkat harapan hidup sebesar 67 tahun. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada grafik 12.3.

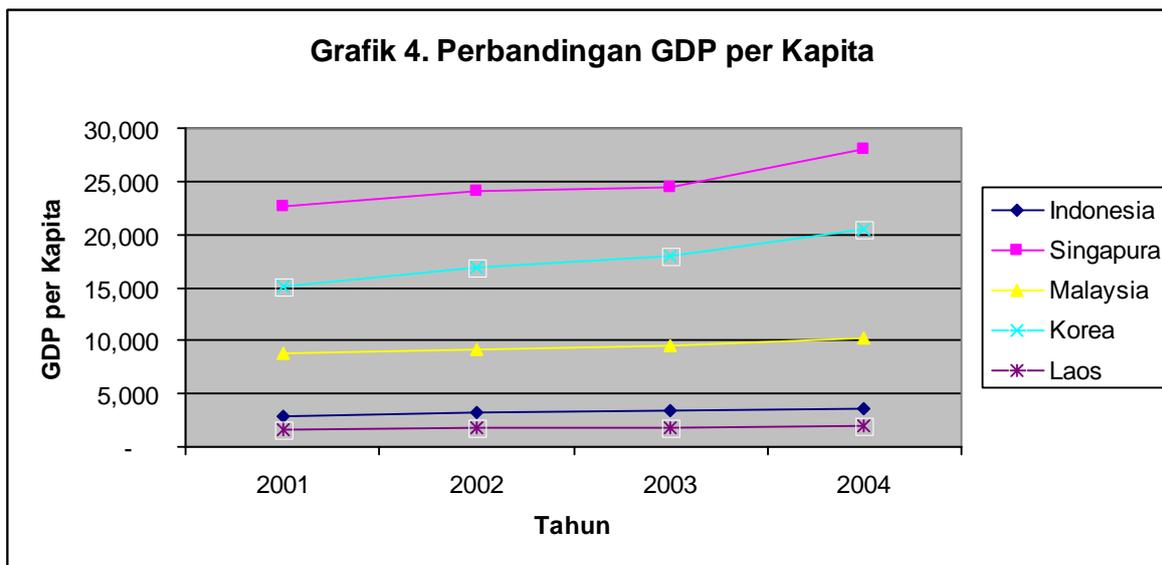




Status kesehatan dari ketiga belas negara yang paling menonjol adalah Singapura dengan tingkat harapan hidup tertinggi yaitu sebesar 79 dengan tingkat IMR terendah yaitu sebesar 3 per 1000 kelahiran hidup. Hal ini cukup wajar apabila dilihat dari kondisi Negara tersebut, karena memiliki GDP per kapita paling tinggi dibandingkan Negara yang lain yaitu sebesar US \$ 28.077 berdasar Purchasing Power Parity atau kemampuan daya beli. Seperti yang diungkapkan oleh Wodon pada tahun 2005 dalam Laporan Pembangunan dunia 2006 bahwa Negara yang berpendapatan tinggi akan memiliki akses layanan kesehatan yang lebih baik seperti penanganan kelahiran yang baik, perawatan semasa kehamilan dan pemberian makanan tambahan. Laos dengan pendapatan per kapita terendah sebesar US \$ 1.954 memiliki kondisi kesehatan paling rendah dengan memiliki tingkat IMR yang cukup tinggi yaitu sebesar 65 per

1000 kelahiran hidup dan tingkat harapan hidup yang paling rendah yaitu 55 tahun. Untuk melihat lebih jauh tingkat pendapatan per kapita masing-masing Negara dapat dilihat pada grafik 12.4.

Akan tetapi meskipun kondisi kesehatan suatu Negara juga dipengaruhi oleh kondisi ekonomi yang dilihat dari GDP per kapita, kondisi tersebut tergantung masyarakat dan kebijakan masing-masing Negara, seperti terlihat Indonesia yang memiliki GDP per kapita sebesar US \$ 3.609 lebih tinggi dari Vietnam US \$ 2.745 memiliki kondisi kesehatan lebih rendah dibandingkan Vietnam yaitu dengan tingkat IMR yang lebih tinggi 30 per 1000 kelahiran hidup dan tingkat harapan hidup yang lebih rendah sebesar 69 tahun lebih rendah dari Vietnam dengan tingkat IMR 17 dan tingkat harapan hidup 70 tahun.



Sesuai dengan tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana hubungan antara pengeluaran sektor kesehatan dan status kesehatan negara-negara di negara-negara Asia. Untuk menguji adanya hubungan tersebut dapat dibuat regresi berganda. Yang pertama dilakukan adalah meregres pengeluaran untuk sektor kesehatan dengan IMR, hasil regresinya adalah :

$$\hat{IMR} = 0,847 - 0,504 Public\ ex - 0,001 GDP\ cap$$

(0.486) (-3.543) (-4.106)

N = 51 F = 21.32 R = 0.684

Perhitungan yang dilakukan menunjukkan adanya hubungan negative antara pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan dengan tingkat IMR. Hasil ini mencerminkan bahwa setiap kenaikan pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan akan mengakibatkan penurunan tingkat IMR. Atau dengan kata lain peningkatan pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan akan meningkatkan status kesehatan Negara tersebut yang dilihat dari penurunan tingkat IMR. Hasil regresi juga menunjukkan adanya hubungan negative antara GDP per kapita dengan tingkat IMR, dimana hal ini menunjukkan bahwa semakin baik status ekonomi suatu Negara maka status kesehatan Negara tersebut akan lebih baik, yang dilihat dari penurunan IMR.

Persamaan kedua yang diregres adalah pengeluaran untuk sektor kesehatan dengan *Life expectancy at birth*. Hasil regresinya adalah :

$$\hat{Life\ exp} = -0,02 + 0,106 Publicex + 0,000GDP\ cap$$

(-0.004) (2.730) (4.548)

N = 51 F = 19.707 R = 0.671

Perhitungan kedua yang dilakukan menunjukkan adanya hubungan positif antara

pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan dengan tingkat harapan hidup atau life expectancy at birth. Hasil tersebut menunjukkan bahwa setiap peningkatan pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan akan mengakibatkan perbaikan status kesehatan yang dilihat dari kenaikan tingkat harapan hidup masyarakatnya. Kondisi ekonomi suatu Negara juga mempengaruhi kondisi kesehatan Negara tersebut yang dilihat dari adanya hubungan positif antara GDP per kapita dengan tingkat harapan hidup, atau peningkatan GDP per kapita akan meningkatkan tingkat harapan hidup meskipun memiliki hubungan yang sangat rendah.

KESIMPULAN

Terdapat variasi status kesehatan dan kebijakan masing-masing negara di kawasan Asia akan tetapi secara umum terdapat peningkatan status kesehatan di Negara-negara kawasan Asia yang dapat dilihat dari penurunan tingkat IMR dan peningkatan tingkat harapan hidup dari tahun ke tahun. Perbedaan status kesehatan di masing-masing Negara tergantung dari banyak hal diantaranya yaitu kebijakan yang dianut negara tersebut apakah mementingkan sektor kesehatan (dilihat dari tingginya persentase pengeluaran untuk sector kesehatan dari GDP) ataupun tidak dan juga kondisi perekonomian Negara tersebut yang dilihat dari GDP per kapita.

Berdasarkan hasil regresi dapat diketahui bahwa terdapat hubungan yang negatif antara variabel IMR dengan pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan dan GDP per kapita, atau dengan kata lain semakin tinggi tingkat pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan dengan GDP per Kapita maka kondisi kesehatan

suatu Negara semakin baik yang dilihat dari penurunan IMR. Hasil regresi kedua menunjukkan adanya hubungan positif antara variable tingkat harapan hidup atau life expectancy at birth dengan pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan dan GDP per kapita, atau peningkatan pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan dan peningkatan GDP per kapita akan meningkatkan kondisi kesehatan suatu Negara yang dilihat dari meningkatnya tingkat harapan hidup masyarakatnya.

Berdasarkan hasil tersebut, implikasi yang dapat disampaikan adalah :

1. Untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakatnya salah satu yang dapat dilakukan adalah dengan meningkatkan *human capital* dengan menerapkan kebijakan yang lebih memperhatikan status kesehatan warga negaranya.
2. Untuk meningkatkan status kesehatan warga negaranya yang dapat dilakukan adalah dengan meningkatkan pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan terutama untuk penyediaan fasilitas kesehatan yang menjangkau seluruh masyarakat.
3. Peningkatan status kesehatan tidak hanya dapat dilakukan oleh pemerintah tetapi juga dibutuhkan peran serta warganya dengan cara meningkatkan kesadaran warga atas pentingnya kesehatan.
4. Meningkatkan GDP per kapita dengan cara meningkatkan aktivitas ekonomi dan penyediaan lapangan kerja.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonim. 2006. *Laporan Pembangunan Dunia 2006*, World Bank,
- _____. 2007. *Profil Kesehatan Indonesia 2005*, Departemen Kesehatan, www.depkes.go.id
- Baldacci, Emanuele. , Guin Siu, Maria Teresa., De Mello, Luiz. 2002. *More on Effectiveness of Public Spending on Health Care and Education : A Covariance Structure Model*. IMF Working Paper
- Castro-Leal, F. Dayton, J. Demery, L. Mehra, K., *Public Spending on health care in Afrika : Do The Poor Benefit?* [whqlibdoc.who.int/bulletin/2000/Vol78-No1/bulletin_2000_78\(1\)_66-74.pdf](http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2000/Vol78-No1/bulletin_2000_78(1)_66-74.pdf)
- Getzen, T. 2004. *Health Economics : Fundamental and Flow of Fund*, second edition, Jhon Willey & Sons, United States.
- Gupta S, Verhoeven M, Tiongson E, 2001, *Public spending on health care and the poor*, IMF Working Paper. <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2001/wp01127.pdf>
- Hyman, David N. 2005. *Public Finance, A Contemporary Application of Theory to Policy*. Eight edition. Thomson South Western. United States
- Issa, H and Ouattara. 2005. *The Effect of Private and Public Health Expenditure on Infant Mortality, Rates: does the level of development matters?*
- Lanjouw, Peter., Pradhan, Menno., Saadah Fadia., Sayed, Haneen., Sparrow, Robert. 2000. *Poverty, Education and Health in Indonesia : Who Benefits from Public Spending?*
- Lewis, Mauren. 2006. *Governance and Corruption in Public Health Care System*. www.cgdef.org
- Manuelli, Rodolfo E., Seshadri, Ananth. 2005. *Human Capital and The Wealth of Nation*
- Rosen, Harvey S. 2002. *Public Finance*, sixth edition, Mc Graw Hill, United States
- Sandefur, G. Martin, M. Wells, T., 1998. *Poverty as public health Issue: Poverty since the Kerner Commission Report of 1968*, www.irp.wisc.edu/publications/dps/pdfs/dp115898.pdf

Lampiran 1 : Data Input

| Negara | N | Tahun | GDP Per capita | IMR | Life expectancy at birth | public expenditure (% total) | Selisih Life expectancy at birth | Selisih Public Health expenditure (% total) | Selisih GDPcap |
|-----------|----|-------|----------------|-----|--------------------------|------------------------------|----------------------------------|---|----------------|
| Indonesia | 1 | 2001 | 2,940 | 33 | 66 | 25.1 | | | |
| | 2 | 2002 | 3,230 | 32 | 67 | 36 | -1 | 10.9 | 290 |
| | 3 | 2003 | 3,361 | 31 | 67 | 35.9 | -1 | -0.1 | 131 |
| Malaysia | 4 | 2004 | 3,609 | 30 | 67 | 34.2 | -1 | -1.7 | 248 |
| | 5 | 2001 | 8,750 | 8 | 73 | 53.7 | -22 | 19.5 | 5,141 |
| | 6 | 2002 | 9,120 | 8 | 73 | 53.8 | 0 | 0.1 | 370 |
| Singapura | 7 | 2003 | 9,512 | 7 | 73 | 58.2 | -1 | 4.4 | 392 |
| | 8 | 2004 | 10,276 | 10 | 73 | 58.8 | 3 | 0.6 | 764 |
| | 9 | 2001 | 22,680 | 3 | 78 | 33.5 | -7 | -25.3 | 12,404 |
| Vietnam | 10 | 2002 | 24,040 | 3 | 78 | 30.9 | 0 | -2.6 | 1,360 |
| | 11 | 2003 | 24,481 | 3 | 78 | 36.1 | 0 | 5.2 | 441 |
| | 12 | 2004 | 28,077 | 3 | 79 | 34 | 0 | -2.1 | 3,596 |
| Fillipina | 13 | 2001 | 2,070 | 30 | 69 | 28.5 | 27 | -5.5 | 26,007 |
| | 14 | 2002 | 2,300 | 20 | 70 | 29.2 | -10 | 0.7 | 230 |
| | 15 | 2003 | 2,490 | 19 | 70 | 27.8 | -1 | -1.4 | 190 |
| Thailand | 16 | 2004 | 2,745 | 17 | 70 | 27.1 | -2 | -0.7 | 255 |
| | 17 | 2001 | 3,840 | 29 | 70 | 45.2 | 12 | 18.1 | 1,095 |
| | 18 | 2002 | 4,170 | 28 | 70 | 39 | -1 | -6.2 | 330 |
| China | 19 | 2003 | 4,321 | 27 | 70 | 43.7 | -1 | 4.7 | 151 |
| | 20 | 2004 | 4,614 | 26 | 71 | 39.8 | -1 | -3.9 | 293 |
| | 21 | 2001 | 6,400 | 24 | 69 | 57.1 | -2 | 17.3 | 1,786 |
| Cambodia | 22 | 2002 | 7,010 | 24 | 69 | 69.7 | 0 | 12.6 | 610 |
| | 23 | 2003 | 7,595 | 23 | 69 | 61.6 | -1 | -8.1 | 585 |
| | 24 | 2004 | 8,090 | 18 | 71 | 64.7 | -5 | 3.1 | 495 |
| Laos | 25 | 2001 | 4,020 | 31 | 70 | 37.2 | 13 | -27.5 | 4,070 |
| | 26 | 2002 | 4,580 | 30 | 71 | 33.7 | -1 | -3.5 | 560 |
| | 27 | 2003 | 5,003 | 30 | 71 | 36.2 | 0 | 2.5 | 423 |
| Sri Lanka | 28 | 2004 | 5,896 | 26 | 71 | 38 | -4 | 1.8 | 893 |
| | 29 | 2001 | 1,860 | 97 | 54 | 14.9 | 71 | -23.1 | 4,036 |
| | 30 | 2002 | 2,060 | 96 | 54 | 17.1 | -1 | 2.2 | 200 |
| korea | 31 | 2003 | 2,078 | 97 | 54 | 19.3 | 1 | 2.2 | 18 |
| | 32 | 2004 | 2,423 | 97 | 57 | 25.8 | 0 | 6.5 | 345 |
| | 33 | 2001 | 1,620 | 87 | 54 | 55.5 | -10 | 29.7 | (803) |
| India | 34 | 2002 | 1,720 | 87 | 55 | 50.9 | 0 | -4.6 | 100 |
| | 35 | 2003 | 1,759 | 82 | 55 | 38.5 | -5 | -12.4 | 39 |
| | 36 | 2004 | 1,954 | 65 | 55 | 20.5 | -17 | -18 | 195 |
| Pakistan | 37 | 2001 | 3,180 | 17 | 73 | 48.9 | -48 | 28.4 | 1,226 |
| | 38 | 2002 | 3,570 | 16 | 74 | 48.7 | -1 | -0.2 | 390 |
| | 39 | 2003 | 3,778 | 13 | 74 | 45 | -3 | -3.7 | 208 |
| India | 40 | 2004 | 4,390 | 12 | 74 | 45.6 | -1 | 0.6 | 612 |
| | 41 | 2001 | 15,090 | 5 | 74 | 73.4 | -7 | 27.8 | 10,700 |
| | 42 | 2002 | 16,950 | 5 | 74 | 52.9 | 0 | -20.5 | 1,860 |
| India | 43 | 2003 | 17,971 | 5 | 74 | 49.4 | 0 | -3.5 | 1,021 |
| | 44 | 2004 | 20,499 | 5 | 77 | 51.4 | 0 | 2 | 2,528 |
| | 45 | 2001 | 2,840 | 67 | 63 | 17.9 | 62 | -33.5 | 17,659 |
| India | 46 | 2002 | 2,670 | 65 | 63 | 21.3 | -2 | 3.4 | 170 |
| | 47 | 2003 | 2,892 | 63 | 63 | 24.8 | -2 | 3.5 | 222 |
| | 48 | 2004 | 3,139 | 62 | 63 | 17.3 | -1 | -7.5 | 247 |
| Pakistan | 49 | 2001 | 1,890 | 84 | 63 | 24.4 | 22 | 7.1 | 1,249 |
| | 50 | 2002 | 1,940 | 76 | 64 | 34.9 | -8 | 10.5 | 50 |
| | 51 | 2003 | 2,097 | 74 | 64 | 27.7 | -2 | -7.2 | 157 |
| | | 2004 | 2,225 | 80 | 65 | 19.6 | 6 | -8.1 | 128 |