

PENSWASTAAN PERKHIDMATAN KESIHATAN AWAM: ADAKAH KITA BERSEDIA

*Syed Mohamed Aljunid**

ABSTRAK

Penswastaaan perkhidmatan kesihatan adalah polisi yang dipelopori oleh agensi-agensi penderma antarabangsa yang bermula selepas kegagalan kerajaan menangani masalah kemelesetan ekonomi pada awal tahun tujuh puluhan. Ciri-ciri eksternaliti, barangan awam dan barangan unggul yang dimiliki oleh perkhidmatan kesihatan awam merupakan faktor yang menyukarkan ianya diswastakan. Penswastaaan pembiayaan perkhidmatan awam melalui caj pengguna dikatakan dapat menapis penggunaan perkhidmatan kesihatan yang berlebihan di samping meningkatkan kualiti melalui dana yang dikumpulkan. Namun realitinya adalah caj pengguna menurunkan permintaan terhadap perkhidmatan kesihatan, meningkatkan kos akibat kelewatan pengguna mendapatkan rawatan di samping keupayaannya yang amat terhad untuk meningkatkan jumlah dana yang dapat digunakan dalam sektor kesihatan. Penswastaaan perkhidmatan klinikal dan bukan klinikal telah mengujudkan keadaan monopoli dengan pemberian konsesi yang terlalu lama yang meningkatkan kos dan menurunkan kecekapan. Secara keseluruhan adalah tidak wajar perkhidmatan kesihatan awam di swastakan sekiranya tidak ada mekanisma untuk menangani masalah kegagalan pasaran, tiada usaha untuk menyahpusatkan sistem kesihatan bagi membolehkan pemantauan yang berkesan terhadap perkhidmatan yang disampaikan oleh kontraktor.

PENGENALAN

Penswastaaan adalah polisi yang menjadi suatu perbincangan hangat di akhir abad ke 20 dan menjelangnya alaf baru. Ia dapat didefinisikan sebagai segala bentuk polisi yang berkaitan dengan pemindahan peranan, fungsi dan tanggung jawab kerajaan kepada sektor swasta. Hujjah untuk mempertahankan polisi ini termasuklah untuk mengurangkan beban yang ditanggung oleh kerajaan, menggunakan kuasa pasaran bagi meningkatkan kecekapan kualiti perkhidmatan.

Benih asal konsep penswastaaan ini ujud sejak dari zaman bermulanya ilmu ekonomi itu sendiri. Adam Smith dengan teori tangan tak nampaknya memberi keyakinan kepada pengubal polisi terhadap keupayaan kuasa pasaran. Kuasa pasaran dikatakan dapat meningkatkan kecekapan dan kualiti perkhidmatan. Walau bagaimana pun keghairahan terhadap kuasa pasaran menurun terutama menjelang Perang Dunia Kedua. Selepas peperangan tersebut, banyak negara mengambil inisiatif untuk membantu rakyatnya membina semula kehidupan. Pada masa itu kerajaan memainkan peranan penting dan mengambil tanggung jawab dalam

* *Jabatan Kesihatan Masyarakat, Fakulti Perubatan, UKM*

menyampaikan perkhidmatan kesihatan. Di Eropah pada masa tersebut di tubuhkan sistem insuran sosial manakala di Amerika Syarikat pula program pembiayaan perkhidmatan kesihatan milik kerajaan iaitu Medicare dan Medicaid dimulakan.

Kerancangan peranan kerajaan sebagai badan penting yang mengawal kebajikan rakyat mula menurun menjelang tahun tujuh puluhan. Ekonomi dunia mengalami kemelesetan menjelang tahun tujuh puluhan menyebabkan masyarakat mula sangsi akan keupayaan kerajaan untuk memberi kehidupan yang bahagia kepada semua individu di dalam sesebuah negara. Pada masa tersebut ahli-ahli ekonomi yang mengikut arus pemikiran Sekolah Neo-Klasikal berpendapat bahawa kemelesetan ekonomi yang dialami adalah akibat dari campurtangan kerajaan dalam kawalan harga dan upah buruh (Bennet S. 1991). Pada masa yang sama ahli-ahli ekonomi dari Eropah mengkritik tindakan oleh kerajaan yang tidak mempunyai maklumat tepat mengenai kos sesuatu transeksi ekonomi apabila ia cuba campurtangan. Mereka berpendapat pasaran dapat menggunakan maklumat yang ada dengan lebih baik dalam menentukan harga.

Walaupun kritikan terhadap peranan kerajaan bermula dari awal tahun tujuh puluhan lagi, kempen terhadap penswastan secara terang-terang dimulakan oleh Bank Dunia dan (International Monetary Fund) pada tahun lapan puluhan. Polisi pengubahsuaian struktur yang dipelopori oleh dua agensi gergasi dunia ini jelas meminta negara-negara yang berhutang beralih kepada penswastan sebagai suatu cara untuk memastikan hutang-hutang tersebut dapat dilunasi. Polisi ini pada mulanya dikemukakan kepada negara-negara Afrika di kawasan Sub-Sahara yang miskin dan banyak berhutang. Walau bagaimana pun ianya dikembangkan ke seluruh negara membangun dalam tahun 1987 melalui Laporan Bank Dunia yang bertajuk: *Financing Health Care: An Agenda for Reform*. (World Bank, 1987). Dalam laporan negara-negara membangun disyorkan untuk memperkenalkan polisi kesihatan awam yang menjurus ke arah penswastan. Negara-negara membangun disarankan untuk memperkenalkan caj pengguna, menyahpusatkan perkhidmatan kesihatan dan menggalakan penggunaan perkhidmatan kesihatan swasta dan memulakan skim pembiayaan perkhidmatan kesihatan dengan menggantikan sistem yang sedia ada yang kerapnya bergantung kepada sistem percukaian sebagai sumber dana. Dalam tahun 1993, penswastan terus dipelopori oleh badan dunia ini apabila laporan tahunannya yang bertajuk *Investing In Health* mengajak negara membangun terus mengukuhkan polisi penswastan dengan menyarankan agar kerajaan menggalakkan penyertaan pihak swasta dalam perkhidmatan kesihatan yang dibiayai oleh sumber awam (World Bank, 1993). Pada masa yang sama, melalui laporan tersebut kerajaan di minta agar meningkatkan kecekapan pihak swasta dengan menggalakkan persaingan yang sihat.

CIRI-CIRI PERKHIDMATAN KESIHATAN AWAM

Terminologi kesihatan awam diberikan penakrifan yang berbeza-beda. Umumnya perkhidmatan kesihatan awam dikatakan sebagai perkhidmatan kesihatan yang disampaikan oleh kerajaan kepada masyarakat umum. Lawannya adalah perkhidmatan kesihatan swasta yang dikendalikan oleh pihak bukan kerajaan.

Kesihatan awam sebagai suatu disiplin dalam perkhidmatan kesihatan pula adalah suatu bidang perubatan yang memberikan perhatian kepada suatu kelompok individu dengan tumpuan utama adalah dalam bidang pencegahan.

Perkhidmatan kesihatan awam mempunyai berbagai ciri-ciri unik yang menyebabkan ianya sukar di swastakan. Ciri-ciri eksternaliti pada perkhidmatan kesihatan awam menyebabkan pihak ketiga mendapat manfaat atau risiko tanpa terlibat secara langsung didalam transeksi diantara pembeli dan penjual barangan. Keadaan ini menyebabkan kesukaran bagi mengenakan bayaran kepada pihak ketiga sekiranya perkhidmatan kesihatan awam diswastakan.

Sebagai barangan awam, perkhidmatan kesihatan awam mempunyai ciri tiada saingan atau *non-rivalness* di mana perkhidmatan ini diharapkan oleh semua ahli masyarakat yang mahu menggunakan perkhidmatan ini tanpa menjejaskan peluang ahli masyarakat lain menggunakannya (Mills dan Gilson,1988). Sebagai barangan awam juga, perkhidmatan kesihatan awam sukar untuk dihadkan penggunaannya oleh masyarakat. Ciri yang disebut sebagai ciri *non-excludibility* iaitu tidak boleh diasingkan. Sebagai contoh yang mudah adalah perkhidmatan pendidikan kesihatan yang disediakan oleh Kementerian Kesihatan. Katakanlah ia adalah suatu rancangan radio mengenai topik pencegahan penyakit kencing manis. Siaran radio ini dihasilkan melalui pembiayaan dari cukai yang dikutip daripada rakyat negara ini. Namun begitu tidak semua rakyat negara ini membayar cukai. Ada yang tidak membayar cukai kerana tidak diperlukan berbuat demikian kerana pendapatnya memang rendah. Ada pula yang mengelak dari membayar cukai dengan tidak memberikan maklumat pendapatan kepada pihak yang bertanggung jawab mengutip cukai. Walau bagaimanapun semua yang tinggal di dalam kawasan yang dapat di capai oleh siaran radio tersebut samada yang membayar atau tidak membayar cukai sudah pasti dapat mengikuti rancangan radio yang memberikan pendidikan kesihatan tersebut. Adalah sukar untuk menghadkan siaran radio tersebut kepada pembayar cukai sahaja. Pada masa yang sama oleh kerana siaran radio adalah untuk umum, apabila seseorang individu mendengar siaran tersebut ianya tidak mengurangkan peluang orang lain untuk mengikutinya.

Banyak lagi perkhidmatan berbentuk pencegahan yang menjadi aktiviti penting perkhidmatan kesihatan awam mempunyai ciri-ciri barangan awam. Diantaranya adalah seperti program pencegahan penyakit berjangkit seperti program kawalan vektor untuk mencegah demam denggi, surveilans penyakit berjangkit melalui notifikasi penyakit berjangkit dan penguat-kuasaan undang-undang kesihatan.

Satu lagi ciri perkhidmatan kesihatan awam yang menyukarkan ianya untuk diswastakan adalah ciri barangan unggul. Sesetengah komponen perkhidmatan kesihatan awam tergolong sebagai barangan unggul iaitu barangan yang amat penting di dalam kehidupan manusia dan kerajaan sesebuah negara mengambil tanggung jawab untuk memastikan perkhidmatan ini disediakan untuk digunakan oleh semua ahli masyarakat. Sebagai contoh adalah perkhidmatan kesihatan ibu dan anak. Di seluruh dunia perkhidmatan kesihatan ibu dan anak ini digolongkan sebagai perkhidmatan kesihatan asas kerana perkembangan sosio-ekonomi sesebuah negara berkait rapat dengan kadar kematian bayi dan ibu. Negara yang mempunyai kadar

kematian bayi dan ibu yang tinggi biasanya mempunyai produktiviti yang rendah. Oleh kerana kerajaan menyedari pentingnya mempunyai taraf kesihatan ibu dan anak yang tinggi maka perkhidmatan ini akan cuba dihasilkan sendiri oleh kerajaan dan tidak mengharapkan kepada pihak swasta. Ini adalah kerana sekiranya perkhidmatan ini diharapkan untuk dihasilkan oleh pihak swasta, kemungkinan ianya tidak dihasilkan dalam kuantiti yang mencukupi untuk semua ahli masyarakat. Selain daripada itu pihak swasta akan mengenakan bayaran yang tinggi yang mungkin menyebabkan banyak ahli-ahli masyarakat tidak dapat menggunakannya.

BENTUK PENSWASTAAN PERKHIDMATAN AWAM

Penswastaan perkhidmatan awam dapat dibahagikan kepada dua kelompok besar iaitu penswastaan pembiayaan dan penswastaan perkhidmatan.

Penswastaan pembiayaan perkhidmatan kesihatan

Penswastaan pembiayaan berlaku apabila ahli masyarakat secara individu atau berkelompok dikehendaki membiayai sebahagian atau sepenuhnya perbelanjaan untuk mendapatkan perkhidmatan kesihatan. Bentuk-bentuk penswastaan pembiayaan perkhidmatan kesihatan termasuklah caj pengguna, insuran kesihatan wajib, pengecualian cukai untuk insuran swasta dan pengecualian dari insuran sosial. Caj pengguna dipilih sebagai suatu contoh untuk membincangkan penswastaan pembiayaan perkhidmatan kesihatan. Ini adalah kerana caj pengguna paling kerap ditemui di negara-negara membangun.

Caj pengguna merupakan suatu polisi penswastaan yang dipelopori oleh Bank Dunia di mana perkhidmatan kesihatan yang disediakan oleh kerajaan mengenakan caj yang belum pernah ada sebelumnya atau pun meningkatkan caj kepada kadar baru yang lebih tinggi. Polisi ini disokong dengan hasil kajian mengenai keanjalan permintaan perkhidmatan kesihatan yang dilakukan di beberapa buah negara membangun termasuklah kajian oleh Heller (1982) di Malaysia dan Akin et al (1986) di Filipina. Kedua-dua pengkaji berpendapat bahawa caj pengguna tidak akan menurunkan permintaan terhadap perkhidmatan, lalu tidak akan memberikan kesan negatif terhadap taraf kesihatan rakyat. Kedua-dua kajian ini telah dikritik hebat oleh penentang polisi caj pengguna di mana antara lain disarankan agar taraf pendapatan pengguna hendaklah dikawal semasa keanjalan permintaan tersebut diukur. Bank Dunia dan penyokong-penyokongnya meramalkan bahawa caj pengguna akan dapat digunakan untuk menapis penggunaan perkhidmatan kesihatan yang berlebihan. Cuma pengguna yang betul-betul memerlukan perkhidmatan akan menggunakannya. Dengan yang demikian dijangkakan kecekapan dalam pengurusan kewangan perkhidmatan kesihatan dapat ditingkatkan. Seterusnya dasar ini dikatakan akan dapat meningkatkan kualiti perkhidmatan kesihatan melalui sumber kewangan yang akan dapat dikutip dan dilaburkan untuk meningkatkan taraf kemudahan dan peralatan perubatan. Dijangkakan juga lebih ramai kakitangan kesihatan dapat diambil bekerja dan tahap gaji yang munasabah dapat dibayar kepada mereka melalui sumber kewangan yang baru ini.

Namun begitu jangkaan positif oleh Bank Dunia ini ternyata meleset apabila dasar berkaitan caj pengguna diamalkan di beberapa negara terutama negara-negara Sub-Sahara Afrika. Hasil kajian oleh Heller (1982) dan Akin et al (1986) tidak dapat diulangi di negara-negara Afrika tersebut yang kebanyakannya mempunyai pendapatan perkapita yang jauh lebih rendah. Apabila caj pengguna dimulakan di negara-negara tersebut ternyata permintaan terhadap perkhidmatan menurun dengan mendadak sekali. Apa yang lebih buruk berlaku di negara-negara tersebut adalah pengguna menunggu sehingga keadaan kesihatan mereka menjadi teruk sebelum datang mendapatkan rawatan bagi mengelak pembayaran.. Akibatnya kos perkhidmatan secara keseluruhan meningkat kerana pesakit yang datang mengalami komplikasi dan taraf kesihatan masyarakat pada keseluruhannya menurun. Sebagai contoh, di Kenya (Moses et al. 1992) selepas dikenakan caj pengguna untuk rawatan penyakit jangkitan kelamin (STD) dalam tahun 1989, terdapat penurunan sebanyak 40% dalam kedatangan ke klinik dibandingkan dengan tempoh sebelum dikenakan caj. Ketidakpuasan hati dan rungutan daripada masyarakat terhadap dasar tersebut menyebabkan kerajaan Kenya terpaksa mengantung dasar tersebut setelah 9 bulan dilaksanakan.

Keupayaan caj pengguna untuk mendapatkan sumber kewangan bagi sektor kesihatan adalah amat terhad dan sekali gus menolak jangkaan yang kualiti perkhidmatan dapat ditingkatkan melalui sumber tambahan. Keadaan ini jelas ditunjukkan di Zimbabwe yang memulakan caj pengguna pada tahun 1990. Setahun setelah polisi ini diamalkan didapati bahawa kutipan cuma meningkat dari 2% kepada 4% daripada jumlah perbelanjaan perkhidmatan kesihatan. Peningkatan yang kecil ini adalah tidak sejajar dengan kesan negatif yang didapati akibat daripada polisi tersebut di mana kedatangan pesakit luar menurun sebanyak 18% dan diikuti dengan peningkatan dalam kemasukan ke wad sebanyak 12%. Ternyata pengguna menunggu sehingga penyakit mereka menjadi teruk sebelum mendapatkan rawatan (Hongoro C. & Chandiwana S.K. 1994).

Kejayaan caj pengguna sebagai suatu dasar untuk mengawal penggunaan perkhidmatan yang berlebihan cuma dilaporkan di sebuah negara di Afrika sahaja iaitu Cameroon di mana caj pengguna dimulakan untuk ubat-ubat yang dipreskripsikan oleh kakitangan kesihatan. Usaha ini dimulakan dalam tahun 1988 melalui "Inisiatif Bamako" suatu gerakan yang dipelopori oleh agensi penderma yang bertujuan untuk membolehkan masyarakat mendapat bekalan ubat-ubatan yang sesuai. Kajian pada tahun 1991 mendapati bahawa penduduk di kawasan yang mengenakan caj pengguna mendapati bekalan ubat yang mencukupi dibandingkan dengan kawasan yang tidak mengenakan caj. Penduduk juga lebih kerap mengadakan lawatan ke kemudahan kesihatan di kawasan yang mengenakan caj kerana mereka mendapat bekalan ubat yang mencukupi (Litvack J.I. & Bodart C. 1993). Kejayaan ini walau bagaimana pun tidak dapat diulangi di tempat lain. Usaha dalam bentuk "Inisiatif Bamako" ini gagal dilaksanakan di negara lain kerana terlalu bergantung kepada derma dari agensi luar untuk menyediakan bekalan ubat untuk permulaan dan kebanyakannya tidak dapat diteruskan selepas bekalan awal habis digunakan. Keupayaan mengurus yang lemah serta perbuatan rasuah dikatakan diantara penyebab kegagalan "Inisiatif Bamako".

Penswastaan penyampaian perkhidmatan kesihatan

Kebanyakan negara yang memulakan dasar penswastaan perkhidmatan kesihatan awam memilih perkhidmatan bukan klinikal sebagai langkah sebelum cuba untuk meneroka keupayaan dasar ini bagi perkhidmatan klinikal. Ini mungkin kerana perkhidmatan bukan klinikal tidak begitu ketara di mata umum lalu mengurangkan kemungkinan kelemahan yang timbul daripada diketengahkan dan dikritik oleh media masa. Mungkin juga pengurus kesihatan lebih mudah untuk memantau kualiti perkhidmatan bukan klinikal berbanding dengan perkhidmatan klinikal.

Diantara bentuk penswastaan penyampaian perkhidmatan kesihatan termasuklah mengkontrakkan perkhidmatan kepada agensi luar, menamatkan perkhidmatan yang dahulunya diberikan oleh kerajaan, mengkoperatkan hospital, mengujudkan hospital yang berfungsi secara autonomi, mengujudkan pasaran dalaman dan pegangan dana oleh pengamal perubatan am.

Perkhidmatan sokongan hospital telah dikontrakkan kepada kontraktor swasta di beberapa buah negara termasuk negara-negara di rantau Asia. Secara teorinya, dengan memberi kontrak kepada agensi luar, hospital dapat menjimatkan sumber kewangan kerana tidak perlu lagi melabur dalam peralatan dan tenaga buruh bagi menyediakan perkhidmatan tersebut. Saingan diantara syarikat yang cuba mendapatkan kontrak dapat meningkatkan kecekapan lalu menurunkan kos per unit perkhidmatan tersebut. Namun begitu hasil daripada penilaian terhadap pengkontrakkan di beberapa buah negara tidaklah menunjukkan hasil yang positif dalam semua keadaan. Di India misalnya, Bhatia dan Mills (1997) membandingkan perkhidmatan penyajian makanan di tiga buah hospital yang menswastakan perkhidmatan tersebut dengan tiga buah hospital lain yang tidak menswastakannya. Kajian yang dilakukan di Bombay itu mendapati bahawa kos penyajian makanan di hospital-hospital yang menswastakan perkhidmatan didapati 30%-60% lebih rendah daripada hospital-hospital yang tidak menswastakan perkhidmatan penyajian tersebut. Namun begitu penurunan dalam kos tersebut juga disertai sama dengan penurunan dalam kualiti perkhidmatan penyajian. Pesakit di hospital yang perkhidmatan penyajian diswastakan merungut tentang kuantiti makanan yang tidak mencukupi disamping makanan yang disediakan mempunyai mutu yang rendah. Jelas disini kontraktor yang terlibat menurunkan kos sehingga kualiti perkhidmatan terjejas teruk.

Di Malaysia sendiri, penswastaan perkhidmatan kesihatan dimulakan sejak tahun 1992 lagi dengan pengkoperatan Institut Jantung Negara. Ini diikuti dengan penswastaan Stor Bekalan Ubat Negara pada tahun 1993, Perkhidmatan Kesihatan Sekolah 1994, perkhidmatan sokongan hospital pada tahun 1997 dan yang terkini adalah penswastaan pemantauan perkhidmatan pemeriksaan kesihatan untuk pekerja asing pada tahun 1998.

Pengkoperatan Institut Jantung Negara (IJN) pada tahun 1992 merupakan suatu bentuk penswastaan dalaman yang pertama untuk perkhidmatan klinikal di Malaysia. IJN diwujudkan dengan mengkoperatkan Unit Pembedahan Kardiovaskular Hospital Besar Kuala Lumpur yang dimiliki sepenuhnya oleh kerajaan melalui ekuiti yang dipegang oleh Ministry of Finance Incorporated. Tujuan utama IJN di

koperatkan adalah untuk mengurangkan aliran keluar tenaga mahir dari sektor awam ke sektor swasta kerana ketidakupayaan sektor awam menyediakan skim gaji yang munasabah. Setelah beroperasi hampir lapan tahun, IJN berjaya menarik kakitangan mahir seperti Pakar Bedah Kardiorasik dan Pakar Kardiologi untuk menyediakan perkhidmatan yang dibiaya oleh kerajaan. Sumbangan yang diberikan dapat mengurangkan aliran keluar pesakit negara jiran untuk mendapatkan pembedahan kardiovaskular yang kerap berlaku sebelum IJN diwujudkan (Rozita et al. 1999). Namun begitu sejak akhir-akhir ini terdapat beberapa isu yang ditimbulkan oleh beberapa pihak. Pengkritik menyuarakan pendapat yang IJN walau pun berada pada status badan koperat tidak berjaya meningkatkan kecekapannya kerana terdapat peningkatan yang nyata dalam kos yang dikeluarkan oleh kerajaan untuk membiayai perkhidmatannya. Pada tahun 1992, kerajaan membelanjakan sebanyak RM 31.3 juta untuk IJN dan menjelang tahun 1997 jumlah ini meningkat lebih daripada sekali ganda kepada RM 65.6 juta. Walau pun pengurusan IJN menerangkan yang kenaikan ini adalah akibat daripada peningkatan aktiviti perkhidmatan, tetapi kenyataan ini tidak sepenuhnya dapat dipertahankan berdasarkan kepada data-data yang ada. Dikatakan bahawa punca kepada ketidakcekapan adalah kerana IJN berjaya mendapat status monopoli hasil daripada dasar kerajaan yang membiayai rawatan pesakit awam yang dirujuk ke sana. Selain daripada itu, IJN yang dibayar melalui skim "bayaran untuk perkhidmatan" tidak mengenakan sebarang tekanan atau insentif kepada IJN untuk meningkatkan kecekapan dalam pengurusan kewangan. Penswastaaan perkhidmatan sokongan yang dimulakan pada tahun 1997 memberikan penumpuan kepada lima perkhidmatan iaitu perkhidmatan pembersihan, perkhidmatan pembuangan sisa klinikal, perkhidmatan linen dan dobi, perkhidmatan baikpulih kemudahan kejuruteraan dan perkhidmatan baikpulih peralatan biomedikal. Sebenarnya penswastaaan ini dimulakan dengan cadangan yang dihantar oleh beberapa buah syarikat swasta kepada Unit Perancangan Ekonomi di Jabatan Perdana Menteri pada sekitar 1991 lagi. Pada peringkat permulaan dalam merancang penswastaaan ini, Unit Perancangan Ekonomi memainkan peranan utama dengan disertai oleh Kementerian Kesihatan Malaysia. Tiga buah syarikat telah diberikan kontrak untuk mengendalikan kelima-lima perkhidmatan tersebut iaitu Syarikat Faber Medi-serve untuk Kawasan Utara dan Malaysia Timur, Syarikat Redicare untuk Kawasan Tengah dan Pantai Timur dan Syarikat Tongkah Medivest Sdn. Bhd. untuk Kawasan Selatan. Syarikat-syarikat ini diberikan konsesi selama 15 tahun. Sebuah Syarikat lagi iaitu Syarikat Sistem Hospital Awasan Taraf (SIHAT) telah dilantik untuk memantau perkhidmatan yang diberikan oleh ketiga-tiga syarikat kontraktor tadi.

Kajian yang dilakukan di tiga buah hospital di Utara Semenanjung Malaysia pada tahun 1999 mendapati bahawa pengurus-pengurus hospital walau pun menyokong konsep penswastaaan tetapi mendapati yang syarikat yang diberikan kontrak tidak mempunyai kepakaran untuk mengendalikan perkhidmatan yang diberikan dan sebaliknya syarikat tersebut telah memberikan sub-kontrak kepada syarikat lain untuk menjalankan aktiviti penswastaaan tersebut. Pengurus-pengurus di peringkat hospital juga menghadapi masalah untuk memantau aktiviti kontraktor kerana mereka tidak dilibatkan sama didalam peringkat perancangan. Ini

menyukarkan mereka untuk menilai perkhidmatan yang diberikan berdasarkan kepada dokumen kontrak yang terlalu rumit untuk difahami dan disediakan diperingkat pusat. Mereka juga mendapati Syarikat SIHAT yang sepatutnya melakukan pemantauan bagi pihak Kementerian Kesihatan Malaysia tidak mempunyai kakitangan yang mencukupi dan terpaksa mengharap kepada kakitangan hospital berkenaan untuk membantu pemantauan tersebut (Azizah & Aljunid, 1999).

Ketiga-tiga hospital yang dikaji terdapat penurunan kos untuk bayaran gaji di antara 3% hingga 11% manakala kos membaik pulih peralatan menurun diantara 60% ke 70% jika dibandingkan sebelum penswastaaan. Namun begitu sumber yang dapat dijimatkan ini tidak dapat mengimbangi kos yang dikenakan oleh kontraktor itu iaitu diantara RM 11,000 hingga RM 12,000 setiap katil setahun. Pada keseluruhannya jika dibandingkan sebelum penswastaaan, kos mengurus hospital meningkat diantara 11% sehingga 27%. Dari aspek kualiti pula kakitangan di hospital tersebut diminta untuk menilai tahap perkhidmatan yang diberikan oleh kontraktor. Perkhidmatan pembuangan sisa klinikal mendapat tahap penilaian yang tinggi di mana 77% hingga 85% daripada kakitangan berpuas hati dengan kualiti perkhidmatan tersebut. Ini adalah kerana sebelum dari penswastaaan, pembuangan sisa klinikal ini tidak dapat diuruskan dengan teratur oleh hospital-hospital berkenaan. Walau bagaimanapun perkhidmatan dobi dan laundri dan perkhidmatan pembersihan hospital mendapat kritikan hebat daripada kakitangan. Cuma di antara 52% hingga 66% daripada mereka berpuas hati dengan perkhidmatan pembersihan dan 58% hingga 64% daripada kakitangan berpuas hati dengan perkhidmatan laundri dan dobi. Kakitangan mendapati kebersihan hospital boleh diperbaiki lagi dan mengharap kualiti yang tinggi daripada kontraktor. Perkhidmatan linen dan dobi juga perlu diperbaiki untuk mengelakkan kelewatan dalam menyediakan linen yang bersih untuk kegunaan di dewan bedah. Kemungkinan besar kegagalan meningkatkan kecekapan selepas penswastaaan adalah akibat daripada ketiadaan insentif untuk pihak kontraktor untuk berbuat demikian kerana mereka diberikan konsesi yang panjang iaitu selama 15 tahun. Tidak dapat dinafikan juga masalah dalam pelaksanaan berlaku akibat kegagalan untuk melibatkan pihak pengurusan hospital di peringkat bawahan dalam peringkat awal perancangan penswastaaan tersebut.

Satu lagi contoh penswastaaan perkhidmatan kesihatan adalah penswastaaan perkhidmatan hospital di Afrika Selatan. Pada awal tahun 1990, kerajaan Afrika Selatan memulakan projek penswastaaan dengan bertujuan untuk meningkatkan pencapaian penduduk kepada perkhidmatan pesakit dalam di negara tersebut. Menjelang tahun 1995 sebanyak 16.9% daripada bilangan katil di negara tersebut diswastakan dengan kontraktor diberikan konsesi selama 5 hingga 10 tahun. Dua model penswastaaan dilaksanakan di Afrika Selatan. Model yang pertama adalah kerajaan membina hospital dan melengkapkan dengan peralatan dan kemudian dikontrakkan kepada pihak swasta. Model yang kedua adalah kerajaan membeli perkhidmatan yang disediakan oleh hospital yang telah dibina oleh pihak swasta. Pihak kontraktor dibayar mengikut kadar setiap hari pesakit tinggal di dalam wad. Hasil penilaian oleh Broomberg et al. (1997) mendapati bahawa pada keseluruhan

kos produksi hospital yang diswastakan adalah lebih rendah daripada hospital awam tetapi pesakit didapati tinggal lebih lama di dalam wad. Didapati kadar pusingan katil adalah rendah manakala purata masa tinggal dalam wad adalah lebih lama. Walau pun kualiti rawatan kejururawatan adalah lebih tinggi di hospital swasta namun kualiti struktur bangunan dan peralatan adalah lebih rendah. Ini menunjukkan yang kontraktor cuba mendapatkan sebanyak mungkin pulangan dengan menyimpan pesakit lebih lama di dalam wad dan pada masa yang sama mengelak daripada melabur untuk membaiki kualiti struktur perkhidmatan mereka.

PERBINCANGAN

Untuk menjawab soalan yang dikemukakan diperingkat awal tadi samada apakah kita bersedia untuk menswastakan perkhidmatan kesihatan awam pada masa ini, penulis cuba menyemak kembali pengalaman-pengalaman yang dilalui oleh beberapa buah negara dalam isu penswastakan. Dari literatur yang diperolehi selama ini didapati hasil penswastakan kesihatan adalah tidak stabil dan bercampur-campur.

Jelas penswastakan pembiayaan perkhidmatan kesihatan seperti memulakan atau meningkatkan caj pengguna lebih banyak menghasilkan kegagalan daripada kejayaan. Di negara-negara membangun di mana jurang diantara yang kaya dan miskin adalah semakin bertambah besar dari masa ke semasa, penswastakan pembiayaan perkhidmatan kesihatan ternyata akan membebankan golongan bawahan. Ternyata bahawa apa yang diperlukan oleh negara membangun adalah bukan penswastakan dalam pembiayaan tetapi adalah supaya pihak pemerintah mengambil tindakan bagi membetulkan kesihatan. Salah satu bentuk skim pembiayaan perkhidmatan kesihatan adalah sistem insuran sosial yang didapati berjaya meningkatkan pencapaian perkhidmatan kesihatan tanpa mengambil kira taraf pendapatan seseorang. Skim insuran sosial juga didapati akan dapat menjamin sumbangan dana yang lebih progresif di kalangan setiap strata pendapatan.

Penswastakan penyampaian perkhidmatan kesihatan awam telah pun dimulakan di beberapa buah negara dan persoalan samada kita sudah bersedia atau tidak mungkin tidak begitu relevan lagi. Akan tetapi apa yang mungkin perlu difikirkan adakah kita bersedia untuk memperluaskan lagi penswastakan ini supaya ia melibatkan lebih banyak lagi perkhidmatan kesihatan. Berdasarkan kepada literatur yang diulas dalam kertas ini, jelas bahawa sekiranya kita ingin meneruskan penswastakan maka beberapa isu perlu ditangani dengan serius.

Pertama sekali isu berkaitan kegagalan dalam kuasa pasaran yang ujud di dalam program-program penswastakan yang pernah dilaksanakan di beberapa buah negara di dunia ini. Malahan seperti yang dinyatakan di atas, ciri-ciri kegagalan mekanisma pasaran ujud dalam perkhidmatan kesihatan walau pun ianya tidak diswastakan. Oleh itu sekiranya perkhidmatan kesihatan ingin diswastakan maka amatlah penting dilakukan usaha faktor yang dapat menambah kemungkinan berlakunya kegagalan dalam pasaran semestinya dihapuskan atau mendorong kontraktor meningkatkan kecekapan. Selain daripad itu keupayaan untuk memantau performans kontraktor di bawah sistem yang tidak dinyahpusat adalah amat terhad. Kakitangan di peringkat perlaksanaan tidak dapat bertindak dengan cepat dan

berkesan untuk memperbaiki kualiti perkhidmatan yang disampaikan oleh kontraktor. Selagi faktor-faktor ini tidak ditangani dengan berkesan maka adalah tidak wajar perkhidmatan kesihatan awam diswastakan.

RUJUKAN

- Akin, J.S., Griffin, C.C., Guilkey, D.K. & Popkin, B.M. 1986. The demand for adult outpatient services in the Bicol region of the Philippines. *Social Science and Medicine*. **22**(3):321-8
- Azizah, A.M. & Syed Aljunid 1999. Kesan Penswastaan Perkhidmatan Sokongan ke atas Kos dan Kualiti di Tiga Buah Hospital di Malaysia. Kertas kerja dibentangkan dalam Kolokium Kebangsaan Kesihatan Masyarakat ke VI, HUKM Kuala Lumpur 5-6 Oktober 1999.
- Bennett, S. 1991. *Mystique of markets: Public and Private Health Care in Developing Countries*. PHP Departmental Publication No. 4. London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Bhatia, M. & Mills, A. 1997. Contracting out of dietary services by public hospitals in Bombay. Dlm Benner, S., McPake, B. & Mills, A (penyt). Public health providers in developing countries ms 250-63.
- Broomberg, J., Masobe, P. & Mills, A. 1997. To purchase or to provide? The relative efficiency of contracting out versus direct provision of hospital services in South Afrika. Dlm. Benner, S., McPake, B. & Mills, A. (penyt.). Public health providers in developing countries ms 214-23.
- Heller, P.S. 1982. A model of the demand for medical and health services in Peninsular Malaysia. *Social Science and Medicine* **16**(3):267-84
- Hongoro, C. & Chandiwana, S.K. 1994. The effects of the enforcement of user fees on the health care delivery system in Zimbabwe. Report of a study financed by UNICEF, Ministry of Health and Child Welfare, Zimbabwe, Harare.
- Litvack, J.I. & Bodart, C. 1993. User fees plus quality equals improved access to health care: results of a field experiment in Cameroon. *Social Science and Medicine* **37**(3):369-83
- Mills, A. & Gilson, L. 1988. *Health economics for developing countries: a survival kit*. EPC Publication No: 17. London
- Moses, S., Manji, F., Bradley, J.E., Nagelkerke, N.J.D., Malisa, M.A. & Plummer, F.A. 1992. Impact of user fees on attendance at a referral centre for sexually transmitted diseases in Kenya. *The Lancet* **340**:463-6
- Rozita, H., Aljunid, S.M., Soe Nyut-U, Yahya, B., De Geyndt, W. & Mclees, S. 1999. Malaysia: A case study on corporatising a hospital: National Heart Institute. Laporan kepada The World Bank. 36 ms.
- World Bank 1987. *Financing health services in developing countries. An agenda for reform*. World Bank. Washington DC.
- World Bank 1993. *World development report 1993. Investing in Health*. World Bank, Washington DC.