RINGKASAN EKSEKUTIF

PENELITIAN PELAKU USAHA DAN STRUKTUR PASAR PADA SEKTOR JASA RUMAH SAKIT

KOMISI PENGAWAS PERSAINGAN USAHA

2020

PENELITIAN PELAKU USAHA DAN STRUKTUR PASAR PADA SEKTOR JASA RUMAH SAKIT

I. Latar Belakang

Sektor kesehatan dan rumah sakit memiliki karakteristik pasar yang khas yang berbeda dengan karakteristik pasar pada sektor lainnya. Salah satu karakteristik yang khas dalam pasar rumah sakit ialah tingginya intervensi pemerintah. Pelaku usaha industri rumah sakit di Indonesia juga berasal dari berbagai kalangan yang mana tidak hanya berasal dari perusahaan swasta namun juga swasta nirlaba serta pemerintah turut aktif menyelenggarakan Industri kesehatan rumah sakit terus mengalami pertumbuhan di Indonesia. Kondisi tersebut seiring dengan meningkatnya aksesibilitas masyarakat Indonesia terhadap layanan kesehatan rumah sakit melalui skema program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Disisi lain industri rumah sakit juga masih mengalami beberapa tantangan yang perlu dihadapi. Selain karena kualitas yang perlu masih ditingkatkan, hal lainnya seperti persebaran fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan yang terfokus di pulau Jawa dan Sumatera, serta trend peningkatan RS dari waktu ke waktu, adalah perubahan yang akan sangat berpengaruh terhadap industri RS. Sementara itu persaingan antara pelaku jasa rumah sakit jika tidak dikelola dengan baik akan berujung pada kegagalan pasar dan inefisiensi yang merugikan pelaku industri maupun masyarakat selaku pengguna jasa rumah sakit.

Hal-hal tersebut menimbulkan sebuah kebutuhan akan urgensinya suatu kajian yang dapat secara lebih dalam memberikan informasi struktur pasar dan perilaku pelaku usaha pada industri persaingan usaha. Studi ini bertujuan untuk menganalisis situasi industri dan persaingan usaha rumah sakit di Indonesia secara komprehensif.

Berdasarkan latar belakang tersebut diatas, maka tujuan dari pelaksanaan kegiatan kajian ini adalah sebagai berikut:

1. Mengidentifikasi dan menganalisis kondisi umum sektor kesehatan (karakteristik pasar, sistem layanan kesehatan) dan sektor non kesehatan (kondisi politik, geografis dan demografis) dalam kaitannya dengan industri rumah sakit di Indonesia

2. Mengidentifikasi regulasi terkait kesehatan, rumah sakit dan persaingan usaha rumah sakit di Indonesia
3. Mengidentifikasi dan memetakan struktur pasar industri Rumah Sakit di Indonesia dan implikasinya terhadap persaingan usaha.
4. Menganalisis potensi perilaku dan pelanggaran persaingan usaha sesuai dengan Undang-Undang Nomor 5 Tahun 1999 oleh pelaku bisnis pada industri Rumah Sakit di Indonesia.
5. Menganalisis performa (profitabilitas, akses, indikator status kesehatan, kepuasan konsumen dan *cost containment*) industri jasa rumah sakit secara umum di Indonesia.

II. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif dan kuantitatif untuk memahami secara mendalam industri rumah sakit dari aspek struktur dan perilaku usaha. Penelitian ini menggunakan pendekatan *Participatory Action Research* (PAR). Pada dasarnya, PAR merupakan penelitian yang melibatkan secara aktif semua pihak-pihak yang relevan (*stakeholder*) dalam mengkaji tindakan yang sedang berlangsung dalam rangka melakukan perubahan dan perbaikan ke arah yang lebih baik. Data dalam penelitian ini bersifat primer dan sekunder. Data primer dikumpulkan melalui wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah (FGD). Pengumpulan data sekunder dikumpulkan melalui analisis dokumen yang berkaitan dengan tujuan penelitian yang mana dokumen tersebut didapatkan dari dokumen resmi dari berbagai Lembaga yang dikumpulkan dari *website* (internet) Lembaga terkait.

Analisis data kuantitatif untuk beberapa aspek perhitungan antara lain menghitung pangsa pasar (market share), CR *(Concentration Ratio)* dan HHI *(Hirschman-Herfindah Index)* untuk industri RS. Perhitungan didasarkan jumlah tempat tidur di rumah sakit yang dikelompokan berdasarkan pada status kepemilikan, jenis (khusus dan umum), kelas (A – D), akreditasi, dan sebaran geografis. Data sekunder didapatkan melalui website Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melalui link berikut (https://sirs.kemkes.go.id/fo/).

Kerangka Penelitian

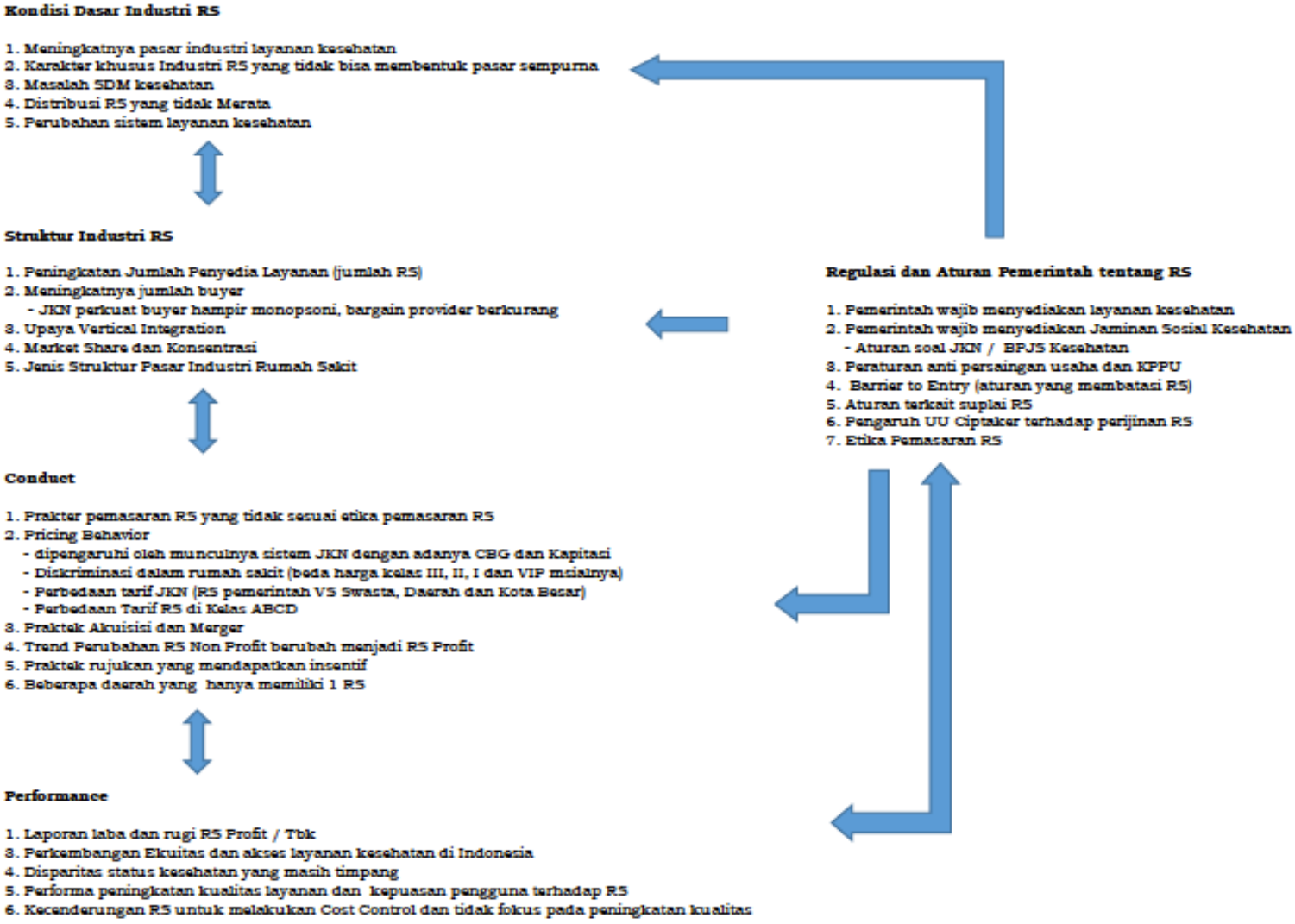
Salah satu pendekatan dalam kajian organisasi industri adalah ***Structure – Conduct – Peformance* (SCP)** yaitu pendekatan deskriptif yang memberikan gambaran organisasi Industri (Carlton & Perloff, 2015). Menurut pendekatan SCP, struktur Industri akan menentukan *conduct* atau perilaku (*behavior*) dari firma dalam struktur tersebut, kemudian *conduct* akan berpengaruh terhadap performa dari industri dalam memberikan manfaat kepada konsumen. Struktur industri akan tergantung kepada kondisi dasar seperti teknologi dan permintaan dari barang dan jasa di industri tersebut. Selain itu struktur juga dipengaruhi oleh kebijakan dari pemerintah. Interaksi antara struktur, perilaku, performa dengan kondisi dasar dan kebijakan pemerintah berlangsung secara kompleks dan dinamis.

Struktur pasar terkait dengan berapa pelaku usaha yang ada, seberapa besar market sharenya, kemiripan produk dan jasa, hambatan masuk dan konsentrasi atau indeks *Herfindahl-Hirschman Index* (HHI). Karakteristik struktur pasar akan menentukan persaingan yang terjadi di dalamnya. Persaingan pasar berkisar dari persaingan sempurna di mana ada banyak penjual kecil dan banyak pembeli, produk yang homogen dan semua orang adalah pengambil harga, hingga monopoli murni di mana hanya ada satu pemasok atau monopsoni, pasar dengan hanya satu pembeli (Mwachofi & Al-Assaf, 2011). Struktur juga ditentukan oleh hambatan untuk masuk atau keluar dari industri tersebut. Sehingga regulasi dan kebijakan pemerintah dalam hal ini sangat berpengaruh dalam membentuk dan menentukan struktur sebuah pasar (Gan & Frederick, 2011).

Sementara C*onduct* terkait dengan perilaku pelaku usaha terhadap persaingan apakah berkompetisi atau melakukan kolusi, tujuan perusahaan, kebijakan penentuan harga, serta strategi investasi dan marketing. Kompetisi yang terbangun adalah dalam bentuk persaingan harga atau non harga seperti penentuan produk layanan, rencana marketing, juga keputusan untuk melakukan perluasan, merger atau akuisisi terhadap kompetitor (Gan & Frederick, 2011).

Adapun *Performance* terkait dengan efektifitas dan efisiensi, jumlah pasien yang ditangani, pendapatan serta keuntungan (Morris et al., 2012). *Performance* juga bisa dilihat dari pangsa pasar yang dapat diraih dan kualitas layanan yang diberikan (Gaynor & Town, 2011). Selain *market* struktur yang mempengaruhi *conduct* dan *performance* adalah kepemilikan yang bisa mempengaruhi tujuan dari firma (Gan & Frederick, 2011; Gaynor & Town, 2011; Morris et al., 2012).

Gambar: Alur Laporan Penelitian



III. Hasil dan Pembahasan

1. Kondisi Dasar Industri Rumah Sakit

Karakteristik kondisi pasar kesehatan dan RS memiliki beberapa kekhasan seperti adanya *uncertainty, asymmetry information, SID (Supply Induced Demand), unnecessary procedure, intangible, non-competitive market, non-profit motive*, *mix input, joint product, mix output, d*an intervensi pemerintah dan tingginya *barrier-entry to market*. Berbagai kondisi tersebut dapat mempengaruhi perilaku pelaku usaha rumah sakit termasuk pelanggaran persaingan usaha. Selain itu, kondisi geografis dan

demografis Indonesia mempengaruhi perilaku pelaku usaha rumah sakit dalam pendirian rumah sakit di Indonesia.

Indonesia mengalami perubahan sistem layanan kesehatan di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sejak 2014. JKN telah membawa perubahan signifikan terhadap penggunaan jasa layanan kesehatan dan struktur industri RS yang didorong oleh kepesertaan JKN yang wajib serta kewajiban pemerintah untuk menanggung sebagian iuran peserta JKN sehingga BPJS sebagai *single major payer* yang sudah menjangkau 223 juta penduduk. Perubahan lain yang dibawa JKN adalah berubahnya skema pembayaran menjadi *Indonesian Case Based Groups (INA- CBGs)* dan Kapitasi serta berlakunya sistem Rujukan Berjenjang berpengaruh signifikan. JKN juga meningkatkan anggaran kesehatan dan penggunaan layanan kesehatan masyarakat Indonesia.

Namun disisi lain, Indonesia masih mengalami kekurangan sumber daya tenaga kesehatan karena kurang pemerataan dan sebaran. Jumlah dokter di Indonesia terendah kedua di Asia Tenggara, yaitu sebesar 0,4 dokter per 1.000 penduduk lebih rendah dibandingkan Singapura yang memiliki 2 dokter per 1.000 penduduknya. Sebagian besar fasilitas Kesehatan berada di Pulau Jawa, yaitu di DKI Jakarta, Jawa Timur, Jawa Tengah, dan Jawa Barat. Kemudian meskipun rata-rata dokter spesialis secara nasional adalah 14,6 per 100.000 penduduk, namun persebarannya tidak merata. Dari seluruh provinsi di Indonesia, hanya 61,71% rumah sakit kabupaten/kota kelas C yang memiliki spesialis dasar dan penunjang yang lengkap.

2. Struktur Pasar Rumah Sakit

Pertumbuhan Rumah Sakit di Indonesia juga mengalami peningkatan yang sangat pesat dalam kurun waktu 2010-2020, terutama untuk RS swasta profit disertai kecenderungan meningkatnya RS jaringan/grup. Dalam 11 tahun terakhir (2010-2020, jumlah rumah sakit di Indonesia bertambah sebanyak 80 % atau lebih dari 1300 RS dari 1632 menjadi 2943. Sebagian besar RS adalah RS Umum (82%), sementara untuk RS Khusus Sebagian besar adalah Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA) yaitu 67% (353/528).

Dari segi kepemilikan RS swasta tumbuh lebih pesat daripada RS pemerintah. Dalam 10 tahun terakhir (2011-2020) RS pemerintah hanya tumbuh 39% dari 751 rumah menjadi 1043, sementara RS swasta tumbuh 92% dari 990 menjadi 1900. Lebih

jauh RS Swasta profit meningkat pesat sehingga menguasai 67% pasar RS Swasta. Perubahan struktur ini didorong oleh perubahan UU RS tahun 2009, UU Yayasan, tidak adanya Insentif bagi RS swasta, kebutuhan modal yang besar menjadi pendorong utama fenomena perubahan struktur ini dan meningkatkan persaingan industri RS. Dari segi tipe, RS tipe C dan D meningkat pesat selain karena adanya proses kredensialing oleh kemenkes namun juga dipengaruhi pemberlakuan sistem rujukan berjenjang dalam skema JKN.

Secara geografis, pertumbuhan Rumah Sakit di Indonesia di Pulau Jawa masih lebih pesat dibandingkan pertumbuhan di wilayah di lainnya Indonesia. RS masih terkonsentrasi di pulau Jawa (50%), Sumatera (25%) dan Sulawesi (9%), sehingga daerah lain masih sangat membutuhkan RS untuk memenuhi kebutuhan layanan kesehatan masyarakat.

Berdasarkan beberapa data dari aspek penyedia layanan, pasar industri kesehatan Indonesia ditandai dengan tingginya hambatan masuk, saling tergantungnya antara satu rumah sakit dengan rumah sakit yang lain, serta jasa yang diproduksi saling mensubstitusi antara satu dengan yang lainnya. HHI Indeks RS Pemerintah dan RS Swasta Secara Umum adalah 752.93, dimana angka ini tergolong rendah. Sementara berdasarkan pembeli layanan, pasar industri kesehatan di Indonesia bersifat mendekati monopsoni dengan dominannya BPJS kesehatan dalam menentukan harga (*Single Payer*) karena menguasai lebih dari 80% pangsa pasar pengguna layanan kesehatan di Indonesia.

Dari sisi persaingan pasar bersangkutan industri RS di Indonesia dipengaruhi oleh beberapa kebijakan. Pertama, klasifikasi RS berdasarkan regulasi PMK no 30/2019 dimana setiap kelas RS memiliki standar layanan yang berbeda-beda. Kedua, sistem rujukan berjenjang menetapkan bahwa pasien dari fasilitas kesehatan tingkat pratama akan dirujuk ke RS tipe D atau C terlebih dahulu sebelum bisa dirawat di RS tipe B atau kemudian dirujuk lagi ke RS tipe A. Ketiga, pasien peserta JKN hanya akan di rawat di RS yang sudah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Sementara secara geografis, kompetisi antar Rumah Sakit terjadi pada wilayah tertentu yang terbatas seperti dalam lingkup kabupaten atau kota. Namun untuk layanan tersier ruang lingkupnya bisa lebih luas. **Persaingan RS tidak terlalu ketat karena HHI dibawah 1000 dan CR4 dibawah 50%.** Meskipun begitu, bila dibandingkan dengan penelitian sebelumnya oleh TNP2K, HH index Indonesia terus meningkat dari 0.27 pada tahun

2011, menjadi 0.31 tahun 2013 kemudian 0.32 tahun 2016 menunjukkan bahwa persaingan semakin meningkat.

Meskipun HHI rendah, akan tetapi struktur pasar rumah sakit di Indonesia mirip dengan oligopoli. Alasan *pertama,* terlihat dari jumlah *provider* dimana hanya terdapat beberapa penyedia layanan yang ada di pasar. Kedua, jumlah pelaku lebih sedikit dibanding pasar persaingan sempurna ataupun persaingan monopolistik disebabkan hambatan masuk yang tinggi ke dalam pasar. Ketiga, terdapat saling ketergantungan (*Interdependence)* seperti halnya di pasar oligopoli, dimana keputusan strategis perusahaan sangat ditentukan oleh perilaku strategis perusahaan lain yang ada di pasar.

3. Perilaku Pelaku Usaha Rumah Sakit

Penentuan tarif layanan rumah sakit, dalam skema Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), ditentukan bukan oleh rumah sakit itu sendiri melainkan oleh Pemerintah bersama dengan sistem kesehatan rujukan berjenjang bagi pasien JKN melalui Fasilitas Kesehatan Tingkat Pratama (FKTP). Hal ini menyebabkan banyak RS atau grup RS di Indonesia melakukan Integrasi vertikal (*backward*) dengan membangun klinik-klinik sebagai upaya meningkatkan utilitas layanan rumah sakit.

Terdapat beberapa potensi pelanggaran persaingan usaha dalam penyelenggaraan usaha layanan rumah sakit diantaranya ialah adanya **potensi diskriminasi harga, indikasi jual rugi, ketidakadilan dalam tarif JKN dan kolusi rujukan pasien.**

Di masa JKN, peraturan yang menimbulkan kesulitan bagi pelaku RS adalah adanya sistem *e-Purchasing*. Pertama karena sulitnya proses mendapatkan akun e-purchasing bagi RS swasta. Butuh minimal 3 bulan, bahkan ada yang lebih dari 6 bulan dengan beberapa tahapan proses yang cukup rumit. Dari 1537 RS swasta, baru 565 RS swasta yang mendapatkan akses ini. Padahal RS swasta mendominasi jumlah RS di Indonesia, yaitu sekitar 61% dari total jumlah RS di Indonesia yg bekerjasama dengan BPJS. Kemudian proses monitoring dan evaluasi belum berjalan dengan lancar baik dari pihak Kemenkes RI, distributor, maupun faskes, membutuhkan koordinasi bersama. Masalah lain yang masih timbul adalah tidak masuknya obat yang penting/dibutuhkan di e-catalogue, ketersediaan obat yang berujung pada banyak permasalahan teknis yang lain.

4. Performa Industri Rumah Sakit

Struktur pelaku usaha rumah sakit yang masih terpusat di Pulau Jawa dan kota-kota besar menyebabkan masih adanya inekualitas akses layanan rumah sakit di Indonesia. Hal tersebut juga dapat disebabkan sebaran sumber daya manusia kesehatan khususnya dokter spesialis dan dokter umum yang juga masih terpusat di Wilayah Barat Indonesia dan permasalahan perizinan praktik secara informal. Dari tarif yang sudah ditetapkan pada Program JKN, studi *Cost Recovery Rate* untuk pasien rawat inap BPJS Kesehatan menunjukkan angka 83,20 % yang artinya pendapatan dari pasien Rawat Inap peserta BPJS Kesehatan belum sepenuhnya mampu menutupi biaya operasional pasien rawat inap peserta BPJS Kesehatan.

IV. Kesimpulan dan Saran

Berikut adalah kesimpulan dan saran dalam kajian ini:

1. Kesimpulan

Struktur penyelenggara layanan rumah sakit di Indonesia ditandai dengan tingginya hambatan masuk, saling tergantungnya antara satu rumah sakit dengan rumah sakit yang lain, serta jasa yang diproduksi saling mensubstitusi antara satu dengan yang lainnya. Namun HHI Indeks RS Pemerintah dan RS Swasta secara umum adalah 752.93, dimana angka ini tergolong rendah. Sementara berdasarkan pembeli layanan, pasar industri kesehatan di Indonesia bersifat mendekati monopsoni dikarenakan pembeli layanan rumah sakit sudah tergabung dalam program Jaminan Kesehatan Nasional/JKN.

Penetapan tarif Jaminan Kesehatan Nasional dapat dipertimbangkan untuk kembali sesuai dengan amanat Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2016, yang juga mempertimbangkan perbedaan kepemilikan rumah sakit yang terkait dengan perbedaan sumber pembiayaan, serta pertimbangan variasi geografis yang lebih spesifik dikarenakan adanya perbedaan pengeluaran antar wilayah di Indonesia.

Potensi pelanggaran persaingan usaha oleh berbagai pelaku rumah sakit di Indonesia yang dapat diidentifikasi dalam kajian ini dapat diinvestigasi lebih lanjut oleh Komisi Pengawas Persaingan Usaha (KPPU) RI sehingga regulasi persaingan usaha dapat diterapkan kepada setiap pelaku usaha indudstri jasa rumah sakit. Selain itu,

perlu adanya pemetaan kebutuhan rumah sakit yang dapat menjadi dasar dalam perizinan pembangunan rumah sakit di suatu wilayah. Hal tersebut dapat dilakukan dalam upayanya untuk mencegah kegagalan pasar yang terjadi pada pasar rumah sakit.

2. Saran

Secara lebih rinci berikut beberapa rekomendasi yang diusulkan penelitian ini:

1. Pemerintah membuat regulasi turunan terkait insentif kepada rumah sakit swasta seperti yang tertuang dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dengan mempertimbangkan perbedaan pelaku industri rumah sakit dan sebaran RS di daerah (pemerintah, swasta for profit, swasta *not for profit*);
2. Reorientasi tujuan penyelenggaraan layanan kesehatan oleh pemerintah dengan memprioritaskan kepada pelayanan di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan;
3. Menyesuaikan tarif layanan JKN secara berkala dengan mempertimbangkan perbedaan kepemilikan rumah sakit, perbedaan sumber pembiayaan serta pertimbangan variasi geografis yang lebih spesifik;
4. KPPU melakukan sosialisai dan edukasi kepada pelaku usaha rumah sakit terkait hukum persaingan usaha di Indonesia;
5. Komisi Pengawas Persaingan Usaha melakukan penelitian lebih lanjut terkait potensi pelanggaran persaingan usaha yang dilakukan oleh berbagai pelaku rumah sakit di Indonesia sehingga regulasi persaingan usaha diterapkan kepada setiap pelaku usaha industri jasa rumah sakit;
6. Pemerintah dan Pemerintah Daerah setempat melakukan pemetaan pertumbuhan rumah sakit serta penguatan Dinas Kesehatan sebagai regulator pendirian rumah sakit, memfasilitasi jejaring RS, serta melakukan pengawasan persaingan usaha di wilayahnya masing-masing;
7. Meningkatkan koordinasi antara seluruh stakeholder yang melayani JKN, lebih spesifik di dalam penyelenggaraan *e-purchasing*.