MASYARAKAT MADANI DAN PEMBAHARUAN SEKTOR KESIHATAN DI MALAYSIA

MAZLAN BIN CHE SOH

FAKULTI EKONOMI DAN PENTADBIRAN
UNIVERSITI MALAYA
KUALA LUMPUR

2019

University of Malaya

MASYARAKAT MADANI DAN PEMBAHARUAN SEKTOR KESIHATAN DI MALAYSIA

MAZLAN BIN CHE SOH

TESIS INI DISERAHKAN UNTUK MEMENUHI KEPERLUAN BAGI IJAZAH DOKTOR FALSAFAH

FAKULTI EKONOMI DAN PENTADBIRAN
UNIVERSITI MALAYA
KUALA LUMPUR

2019

University of Malaya

UNIVERSITI MALAYA

PERAKUAN KEASLIAN PENULISAN

Nama: Mazlan bin Che Soh

No. Matrik: EHA130005

Nama Ijazah: Doktor Falsafah

Tajuk Kertas Projek/Laporan Penyelidikan/Disertasi/Tesis ("Hasil Kerja ini"):

Masyarakat Madani dan Pembaharuan Sektor Kesihatan di Malaysia

Bidang Penyelidikan: Pentadbiran Awam

Saya dengan sesungguhnya dan sebenarnya mengaku bahawa:

(1) Saya adalah satu-satunya pengarang/penulis Hasil Kerja ini;
(2) Hasil Kerja ini adalah asli;
(3) Apa-apa penggunaan mana-mana hasil kerja yang mengandungi hakcipta telah dilakukan secara urusan yang wajar dan bagi maksud yang dibenarkan dan apa-apa petikan, ekstrak, rujukan atau pengeluaran semula daripada atau kepada mana-mana hasil kerja yang mengandungi hakcipta telah dinyatakan dengan sejelasnya dan secukupnya dan satu pengiktirafan tajuk hasil kerja tersebut dan pengarang/penulisnya telah dilakukan di dalam Hasil Kerja ini;
(4) Saya tidak mempunyai apa-apa pengetahuan sebenar atau patut semunasabahnya tahu bahawa penghasilan Hasil Kerja ini melanggar suatu hakcipta hasil kerja yang lain;
(5) Saya dengan ini menyerahkan kesemua dan tiap-tiap hak yang terkandung di dalam hakcipta Hasil Kerja ini kepada Universiti Malaya ("UM") yang seterusnya mula dari sekarang adalah tuan punya kepada hakcipta di dalam Hasil Kerja ini dan apa-apa pengeluaran semula atau penggunaan dalam apa jua bentuk atau dengan apa juga cara sekalipun adalah dilarang tanpa terlebih dahulu mendapat kebenaran bertulis dari UM;
(6) Saya sedar sepenuhnya sekiranya dalam masa penghasilan Hasil Kerja ini saya telah melanggar suatu hakcipta hasil kerja yang lain sama ada dengan niat atau sebaliknya, saya boleh dikenakan tindakan undang-undang atau apa-apa tindakan lain sebagaimana yang diputuskan oleh UM.

Tandatangan Calon Tarikh:

Diperbuat dan sesungguhnya diakui di hadapan,

Tandatangan Saksi Tarikh:

Nama:

Jawatan:

University of Malaya

MASYARAKAT MADANI DAN PEMBAHARUAN SEKTOR KESIHATAN DI MALAYSIA

ABSTRAK

Masalah dihadapi kerajaan Malaysia dalam sektor kesihatan adalah pelbagai, antaranya kos, akses, ekuiti dan kemampuan. Sebagai respon, inisiatif kearah melaksanakan pembaharuan sektor kesihatan telah digerakkan oleh pihak kerajaan. Pelbagai pendekatan dilaksanakan sejak negara mencapai kemerdekaan dan semakin ketara pada awal tahun 80an. Pembaharuan ini turut menyaksikan berlakunya perubahan daripada penggunaan model pentadbiran awam tradisional kepada model Pengurusan Awam Baru, yang cenderung pasaran.

Namun begitu, pembaharuan ini mendapat reaksi dari pelbagai pihak, termasuk kumpulan masyarakat madani. Bantahan ini disebabkan beberapa faktor dan antaranya adalah soal penyertaan yang kurang memuaskan diantara pihak kerajaan dan masyarakat madani. Sekaligus, ini didapati tidak bertepatan dengan saranan demokrasi substantif dan Perkhidmatan Awam Baru yang menekankan penyertaan rakyat dan nilai awam. Berdasarkan senario inilah yang mendorong kepada kajian ini untuk dilaksanakan dengan mengambil Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK) sebagai kajian kes. Pemilihan Gabungan adalah selari dengan objektif kajian yang ingin meneliti kumpulan masyarakat madani yang cenderung menonjolkan strategi secara konflik atau kaunter-hegemoni dalam mengetengahkan isu berkaitan kesihatan, berbanding pendekatan modal sosial dan berteraskan komuniti.

Empat objektif kajian telah digubal. Pertama, menganalisis aktiviti bantahan GMPPK terhadap beberapa isu utama berkait dengan pembaharuan sektor kesihatan di Malaysia. Objektif seterusnya adalah bagi mengetengahkan strategi-strategi yang dimanfaatkan GMPPK dalam memperjuangkan isu-isu berkaitan dengan pembaharuan sektor

University of Malaya

kesihatan di Malaysia. Objektif kajian ketiga adalah bagi meneliti respon kerajaan terhadap isu pembaharuan sektor kesihatan di Malaysia. Objektif terakhir kajian adalah bagi menghuraikan mengapa kerajaan memberikan respon sedemikian rupa terhadap isu diperjuangkan GMPPK.

Bagi memahami isu, kajian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan rekabentuk kajian kes. Dalam kajian ini, tiga isu utama diperjuangkan Gabungan dipilih untuk dianalisis. Isu tersebut adalah komersialisasi dan penswastaan perkhidmatan kesihatan, pembiayaan kesihatan dan Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh (PPBP). Pengumpulan data dilakukan secara wawancara mendalam dikalangan pelaku terpilih serta analisa dokumen.

Hasil kajian mendapati GMPPK lantang menentang kerajaan dalam isu-isu ini dan ianya dilakukan menerusi pelbagai pendekatan secara kaunter-hegemoni meliputi aktiviti seperti demontrasi, piket, memorandum, petisyen, kertas kerja, forum, seminar dan lain-lain. Walau bagaimanapun, dalam keadaan tertentu Gabungan didapati turut menggunakan pendekatan modal sosial dan berteraskan komuniti, namun agak minimum. Dalam konteks bantahan pula ianya disertakan dengan beberapa hujah. Berdasarkan analisis didapati asas kepada bantahan GMMPK didapati bersandarkan beberapa tema seperti akses, ekuiti, kemampuan serta kualiti perkhidmatan rawatan yang menjejaskan rakyat terutama dari golongan berpendapatan sederhana dan miskin. Walaupun begitu kerajaan didapati mempunyai beberapa jawapan terhadap bantahan dikemukakan GMPPK.

Pendekatan konflik diambil GMPPK tidak menyerlahkan kejayaan signifikan dalam mempengaruhi kerajaan untuk mengubah dasar. Walaupun tidak berjaya sepenuhnya, ini tidaklah bermakna ianya tidak berkesan. Sebaliknya ianya memberikan implikasi tertentu. Misalnya, kerajaan didapati lebih berhati-hati dalam melaksanakan

University of Malaya

pembaharuan pembiayaaan kesihatan dan PPBP. Masyarakat pula didapati lebih sedar tentang isu ini dan begitu juga dengan kumpulan masyarakat madani lain. Walaupun begitu, sebagai kesimpulannya, kajian ini membuktikan bahawa pendekatan konflik sebagaimana digunakan GMPPK tidak begitu sesuai untuk digunakan dalam sistem politik Malaysia yang tidak sepenuhnya totalitarian. Oleh itu adalah penting bagi kumpulan masyarakat madani untuk menggunakan kaedah yang sesuai bagi memastikan matlamat perjuangannya tercapai.

Kata Kunci: Masyarakat Madani, Pembaharuan Sektor Kesihatan, Perkhidmatan Awam Baru, Kaunter-Hegemoni, Demokrasi Substantif

University of Malaya

CIVIL SOCIETY AND HEALTH SECTOR REFORM IN MALAYSIA

ABSTRACT

The problems faced by the Malaysian government in the health sector are many, such as cost, access, equity and affordability. In response, the initiatives have been mobilize towards implementing health sector reform. Various initiatives have been implemented since the country achieved independence and this effort was seen increasingly significant in the early 80's. This also saw changes in the use of traditional public administration models to the New Public Management model, which were more market-oriented.

However, the reforms received numerous reactions from various parties, including civil society groups. This objection is due the question of unsatisfactory engagement between the two. At this juncture, there is an evident of inconsistentcy with the suggestion of substantive democracy and New Public Service theory which emphasizes on citizen engagement and public value. This scenario paved the way to this study. *Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan* (GMPPK) been selected as it's strunggle in health care issues in Malaysia using mostly counter-hegemony approach which is the most appropriate with the research objectives of this study, compared to other approaches which is available, either social capital or communitarian.

Four research objectives have been set. Firstly, analyzing Gabungan's activities on issues that the people are concerned within the health sector reform in Malaysia. Next is to highlight strategies utilized by Gabungan in championing this issues. Thirdly, to review what is the government's response in relation to the health sector reform in Malaysia. The final objective is to elaborate reasons behind the government's response to the above mentioned issues.

University of Malaya

Therefore, to understand this issue in depth, this research deployed a qualitative study using a case study approach. In this study, three major issues raised by Gabungan have been selected for analysis. The issues are commercialization and privatization of health services, health care financing and Full Paying Patients Scheme (FPPS). Data collection was conducted using in depth interviews and document analysis.

The findings reveal that Gabungan strongly opposed the governments standing on these issues and it was done through various approaches. Among them include demonstrations, pickets, memorandum, petition, papers, forums and seminars. These objections are also accompanied by several arguments. The analysis found that the basis of Gabungan's objections was based on themes, such as access, equity, affordability and quality of treatment services affecting the people, especially from the middle and low income groups. Nevertheless, the government was found to have some specific answers to the arguments posed by Gabungan.

The conflict approach taken by Gabungan did not highlight significant success in influencing the government to change it's policy. Although the outcome were not that favourable, this does not mean that they were totally ineffective. For example, the government is found to be more cautious in implementing the health financing and FPPS. Communities and civil society groups are more aware of this issue. As a conclusion, this study proves that the conflict approach is not suitable in Malaysia's non-totalitarian political system. It is therefore important for civil society groups to use appropriate methods to ensure that their goals are met.

Keywords: Civil Society, Health Sector Reform, New Public Services, Counter-Hegemony, Substantive Democracy.

University of Malaya

PENGHARGAAN

Perjalanan dan kembara dalam menimba ilmu pada tahap kedoktoran ini merupakan antara pengalaman paling bermakna dalam hidupku. Justeru dalam kesempatan ini izinkan aku untuk merakamkan ucapan penghargaan dan rasa penuh takzim dan kesyukuran. Pertama, ku panjatkan kesyukuran dan rasa rendah diri kepada Allah S.W.T kerana dengan limpah kurnianya lah maka aku diizinkanNya untuk menyiapkan tesis ini dan sekaligus menamatkan pengajian ini, Alhamdulillah. Kedua, tidak sempurna penghargaan ini jika tidak ditujukan kepada insan yang mengandung, melahir dan membesarkan aku dengan penuh kasih sayang, iaitu bondaku, Che Mas bte Awang, dan arwah ayahanda, Che Soh bin Ismail, ibu dan bapa mertuaku, adik beradik, sanak saudara dan rakan-rakan. Tesis ini tentu sekali tidak akan dapat disiapkan tanpa bantuan dari kedua-dua orang penyelia ku, Prof Madya Dr Makmor bin Tumin dan Prof Madya Dr Raja Noriza binti Raja Ariffin. Tiada ungkapan kata yang dapat dizahirkan atas segala tunjuk ajar, ilmu dan bimbingan serta penuh sabar dengan kerenahku melainkan terima kasih. Selain itu penghargaan juga khas untuk pihak Kementerian Pengajian Tinggi selaku penaja sepanjang pengajianku ini. Terima kasih juga kepada pihak pengurusan UiTM dan Fakulti Sains Pentadbiran & Pengajian Polisi yang banyak memberi sokongan dan dokongan. Terima kasih juga kepada seluruh kakitangan Fakulti Ekonomi dan Pentadbiran, Universiti Malaya, khasnya yang berkhidmat di Unit Ijazah Tinggi, terutama Dr Azmah, Kak Zura dan Ady. Penutup bicara, aku ingin merakamkan penghargaan khas buat isteri tercinta, Noorli binti Muhammad yang amat memahami, serta sanggup berkorban dan memberi dorongan serta teristimewa buat anakanda Nur Yasmeen Umaira. Terimalah ini sebagai "*hadiah*" dari Babah buat kalian. Semoga ianya memberi sedikit manfaat kepada kemanusiaan dan hari pengakhiran.

Mazlan Che Soh, Kg Salak Tinggi, Sepang

28 Mei 2019

University of Malaya

ISI KANDUNGAN

Abstrak iii

Abstract vi

Penghargaan viii

Isi Kandungan ix

Senarai Rajah xvii

Senarai Jadual xviii

Senarai Singkatan xx

Senarai Lampiran xxviii

BAB 1: PENDAHULUAN

1.1 Dasar Kesihatan dan Perkhidmatan Awam Baru (PeAB)…….. 1

1.2 Pernyataan Masalah…….4

1.3 Soalan-Soalan Kajian……14

1.4 Objektif-Objektif Kajian 14

1.5 Skop Kajian 15

1.6 Takrif Umum Masyarakat Madani 17

1.7 Masyarakat Madani dan Pembaharuan Sektor Kesihatan 19

1.8 Kepentingan Kajian 25

1.9 Batasan Kajian 28

1.10 Penstrukturan Tesis 29

BAB 2: SOROTAN KAJIAN TERDAHULU : TEORI DAN KONSEP

2.1 Pengenalan 32

2.2 Perkhidmatan Awam Baru dan Masyarakat Madani 32

2.2.1 Perkembangan Pentadbiran Awam……...32

University of Malaya

2.2.2 Perkhidmatan Awam Baru: Matlamat dan Fokus…….....35

2.2.3 Perkhidmatan Awam Baru: Asas Teori dan Model…….....36

2.2.4 Perkhidmatan Awam Baru: Prinsip-Prinsip Utama…….....40

2.2.5 Hubungkait PeAB dan Masyarakat Madani……42

2.3 Masyarakat Madani……43

2.3.1 Definisi dan Konsep……. 43

2.3.2 Ciri-Ciri Masyarakat Madani……47

2.3.3 Klasifikasi Masyarakat Madani……49

2.3.4 Peranan Masyarakat Madani…… ……...50

2.4 Pendekatan Masyarakat Madani dan Negara…….....52

2.4.1 Kaunter-Hegemoni..……52

2.4.2 Modal Sosial…….55

2.4.3 Berteraskan Komuniti……..60

2.4.4 Kegunaan Dalam Kajian ……..62

2.5 Demokrasi Substantif dan Demokrasi Prosedural….....62

2.5.2 Demokrasi Substantif……62

2.4.2 Demokrasi Prosedural……...63

2.6 Pembaharuan Sektor Kesihatan…….....65

2.6.1 Perkembangan Pembaharuan Sektor Kesihatan……65

2.6.2 Definisi……..67

2.6.3 Tahap-Tahap Dalam Pembaharuan Sektor Kesihatan ……..68

2.6.4 Skop Pembaharuan Sektor Kesihatan ……..71

2.7 Pelaksanaan Pembaharuan Sektor Kesihatan ……76

2.7.1 Peringkat Global……77

2.7.2 Malaysia……80

2.8 Masyarakat Madani dan Pembaharuan Sektor Kesihatan ……91

University of Malaya

2.8.1 Peringkat Global……91

2.8.2 Malaysia…… …..98

2.9 Kesimpulan…….……..115

BAB 3: METODOLOGI

3.1 Pengenalan…….....117

3.2 Pendekatan Paradigma Konstruktif-Interpretatif …….....117

3.2.1 Konstruktif-Interpretatif 117

3.2.2 Positivis dan Post Positivis 119

3.2.3 Transformatif 121

3.2.4 Pragmatik……. 122

3.2.5 Justifikasi Pemilihan Paradigma Konstruktif Interpretatif 123

3.3 Justifikasi Pemilihan Kaedah Kajian Kes ……124

3.4 Strategi Pengumpulan, Kerja Lapangan dan Analisis Data…….……128

3.4.1 Strategi Pengumpulan Data 128

3.4.2 Kerja Lapangan.....133

3.4.3 Analisis Data.....139

3.5 Kesimpulan…….....149

BAB 4: PERKEMBANGAN KUMPULAN MASYARAKAT MADANI DALAM ISU KESIHATAN DI MALAYSIA DAN PROFIL GMPPK

4.1 Pengenalan……150

4.2 Perkembangan Masyarakat Madani Dan Isu Kesihatan di Malaysia…… 150

4.3 Profil GMPPK……..……...153

4.3.1 Latar Belakang Penubuhan 153

4.3.2 Kecenderungan Ideologi dan Keanggotaan 159

4.3.3 Strategi dan Jaringan Kerja……..……...166

4.4 Kekangan…….....176

University of Malaya

4.4.1 Masalah Kewangan.....176

4.4.2 Masalah Sumber Tenaga Manusia.....180

4.5 Isu-Isu Kesihatan Lain Yang Diperjuangkan GMPPK……182

4.5.1 Caj Rawatan Terhadap Pekerja Asing.....182

4.5.2 Pelancongan Kesihatan.....185

4.5.3 Perjanjian Perdagangan Bebas…….……..... ..189

4.5.4 Penswastaan Perkhidmatan Pemeriksaan Kesihatan Pekerja Asing.....191

4.5.5 Penswastaan Dispensari di Hospital Kerajaan.....194

4.6 Kesimpulan…….……....197

BAB 5: AKTIVITI BANTAHAN GMPPK TERHADAP KOMERSIALISASI SEKTOR KESIHATAN

5.1 Pengenalan……198

5.2 Perbezaan Komersialisasi dan Penswastaan Menurut Starr…….200

5.3 Takrif, Faedah, Kaedah dan Perkembangan di Malaysia…….202

5.4 Perkhidmatan Sistem Kesihatan di Malaysia……...212

5.5 Kepentingan Dari Pespektif Kerajaan……..214

5.6 Aktiviti dan Strategi Bantahan…….217

5.7 Bantahan Terhadap Kemunculan Hospital Swasta……..219

5.7.1 Berlaku Penghijrahan Kakitangan……..221

5.7.2 Menjejaskan Kualiti Perkhidmatan Hospital Kerajaan……..227

5.7.3 Isu Akses, Ekuiti dan Kemampuan……....233

5.8 Bantahan Terhadap Penswastaaan Perkhidmatan Sokongan Hospital ……...239

5.8.1 Berlaku Peningkatan Kos…….…..241

5.8.2 Ketelusan, Akauntabiliti dan Kronisme……..……...246

5.9 Bantahan Terhadap Penswastaan Perkhidmatan Farmaseutikal…….....249

5.9.1 Meningkatkan Perbelanjaan Kerajaan…….……..252

University of Malaya

5.9.2 Menyebabkan Kenaikan Harga Ubat……..……254

5.9.3 Aspek Urustadbir, Ketelusan dan Akauntabiliti…….256

5.10 Respon Kerajaan……259

5.10.1 Kemunculan Hospital Swasta……..…..…259

5.10.2 Penswastaan Perkhidmatan Sokongan Hospital Awam……....261

5.10.3 Penswastaan Perkhidmatan Farmaseutikal…….....262

5.11 Rumusan Hasil Kajian dan Objektif Kajian……..…….262

5.12 Kesimpulan ……..….263

BAB 6: AKTIVITI BANTAHAN GMPPK TERHADAP CADANGAN PEMBAHARUAN SISTEM PEMBIAYAAN KESIHATAN

6.1 Pengenalan……...266

6.2 Cadangan Pembaharuan Sistem Pembiayaan Kesihatan di Malaysia……..268

6.3 Keperluan Sistem Pembiayaan Kesihatan Baru Dari Perspektif Kerajaan……..279

6.3.1 Peningkatan Perbelanjaan Dalam Sektor Kesihatan……...279

6.3.2 Perubahan Kehendak Masyarakat dan Gaya Hidup……....281

6.3.3 Peningkatan Beban Tugas Kakitangan Perubatan Awam……...284

6.3.4 Penggunaan Teknologi Yang Terkini…….286

6.3.5 Memperbaiki Aksesibiliti dan Ekuiti…….….288

6.3.6 Mewujudkan Integrasi Antara Sektor Awam dan Swasta……...289

6.3.7 Mewujudkan Sistem Kawalan Yang lebih Cekap …….....289

6.3.8 Memperkukuhkan Solidariti Sosial ……....290

6.4 Aktiviti-Aktiviti Bantahan GMPPK…….....291

6.4.1 Struktur Pembiayaan Baru Membebankan Rakyat…….292

6.4.2 Pakej Manfaat Kesihatan…….....298

6.4.3 Ketelusan dan Keterbukaan Kerajaan…….303

University of Malaya

6.4.4 Integrasi Hospital Awam dan Hospital Swasta……...311

6.4.5 Akauntabiliti dan Urustadbir PBPKK…….……314

6.4.6 Mekanisme Pembayaran…….318

6.4.7 Pengawal Pintu….....320

6.4.8 Kitikan Terhadap Insentif Ekonomi Berlebihan…….....324

6.5 Cadangan GMPPK……..……..…...325

6.5.1 Dana Kesihatan Kebangsaan…….……..…....326

6.5.2 Pihak Berkuasa Pembiayaan Kesihatan Kebangsaan (PBPKK)….....329

6.5.3 Pihak Berkuasa Rawatan Primer dan Pihak Berkuasa Hospital.....331

6.5.4 Perbadanan Kesihatan Komuniti Peringkat Negeri……..332

6.5.5 Pakej Manfaat Kesihatan……..……..332

6.6 Respon Kerajaan……..…..335

6.7 Rumusan Hasil Kajian dan Objektif Kajian……..……...340

6.8 Kesimpulan…….....341

BAB 7: AKTIVITI BANTAHAN GMPPK TERHADAP PELAKSANAAN PROGRAM PERKHIDMATAN PESAKIT BAYAR PENUH (PPBP) DI HOSPITAL KERAJAAN

7.1 Pengenalan……....343

7.2 Apa Itu PPBP……....344

7.3 Latar Belakang Pelaksanaan PPBP……..353

7.4 Keperluan Pelaksanaan PPBP Menurut Perspektif Kerajaan……...356

7.4.1 Mengatasi Masalah Penghijrahan Doktor Pakar Kerajaan …….....356

7.4.2 Menyediakan Lebih Pilihan Kepada Pesakit ……..362

7.4.3 Peluang Kepada Doktor Pakar Menambahkan Pendapatan….....363

7.4.4 Optimakan Subsidi dan Menambah Pendapatan Negara……..…….369

7.5 Penglibatan Awal GMPPK Dalam Isu PPBP……. .371

7.6 Faktor-Faktor Bantahan GMPPK…… 377

University of Malaya

7.6.1 Peningkatan Beban Tugas Doktor Pakar…….. .379

7.6.2 Isu Akses dan Ekuiti…….…… 384

7.6.3 Menjejaskan Kualiti Perkhidmatan Kesihatan……..…....385

7.6.4 Menjejaskan Program Latihan…….……...389

7.6.5 Menjejaskan Semangat Bekerja Dalam Pasukan…….……...391

7.6.6 Mendedahkan Kepada Penyelewangan dan Pilih Kasih…….…...395

7.6.7 Ketelusan dan Keterbukaan Kerajaan……..…....398

7.7 Cadangan GMPPK Kepada Kerajaan…….....…..401

7.7.1 Membatalkan atau Menangguhkan PPBP…….…….....401

7.7.2 Melaksanakan Kajian Secara Bebas…….…..403

7.7.3 Meningkatkan Perbelanjaan Kesihatan Awam…….…....405

7.7.4 Menubuhkan Suruhanjaya Perkhidmatan Khas ……..……...407

7.7.5 Perbincangan Lebih Terbuka Dengan Masyarakat Madani……..…..…410

7.7.6 Menubuhkan Suruhanjaya Di Raja…….…..…..410

7.8 Respon Kerajaan…….……..……411

7.9 Rumusan Hasil Kajian dan Objektif Kajian……..……...414

7.10 Kesimpulan…….…....415

BAB 8: KESIMPULAN

8.1 Pengenalan……..….417

8.2 Dinamika GMPPK Terhadap Tiga Isu Pembaharuan Sektor Kesihatan ……418

8.3 Sumbangan Terhadap Teori……431

8.4 Cadangan Untuk Penyelidikan Masa Hadapan……...434

8.5 Penutup……437

University of Malaya

Rujukan…….439

Senarai Penerbitan dan Kertas Pembentangan……..488

Lampiran……...490

University of Malaya

SENARAI RAJAH

Rajah 2.1: Respon Kumpulan Masyarakat Madani Terhadap Isu Kesihatan Utama ..114

Rajah 4.1: Lain-Lain Isu Kesihatan Diperjuangkan GMPPK 196

Rajah 5.1: Statistik Peruntukan Membeli Ubat KKM 1993-2004.....250

Rajah 6.1: Kritikan Gabungan Terhadap Sistem PPA Sebagai Pengawal Pintu 321

University of Malaya

SENARAI JADUAL

Jadual 1.1: Jumlah Perbelanjaan Kesihatan Malaysia 1997-2014 8

Jadual 1.2: Jumlah Perbelanjaan Luar Saku Malaysia 1997-2014..... 9

Jadual 2.1: Teori dan Model Utama Perkhidmatan Awam Baru 40

Jadual 2.2: Klasifikasi Masyarakat Madani 49

Jadual 2.3: Komponen Program Pembaharuan Sektor Kesihatan..... 68

Jadual 2.4: Pembaharuan Sektor Kesihatan: Tahap Dasar, Objektif dan Isu..... 69

Jadual 2.5: Skop Pembaharuan Sektor Kesihatan Dari Perspektif Penawaran 74

Jadual 2.6: Skop Pembaharuan Sektor Kesihatan Dari Perspektif Permintaan 75

Jadual 2.7 :Pembaharuan Sektor Kesihatan di Beberapa Negara 79

Jadual 2.8: Beberapa Contoh Pembaharuan Sektor Kesihatan di Seluruh Dunia..... 80

Jadual 2.9: Kajian Empirikal Dalam Pembaharuan Sektor Kesihatan di Malaysia 84

Jadual 2.10: Kajian Pembaharuan Sektor Kesihatan di Malaysia (1983-2016)..... 89

Jadual 2.11: Kajian Peranan Masyarakat Madani Dalam Sektor Kesihatan..... 93

Jadual 3.1: Paradigma Penyelidikan dan Konteks Dalam Kajian Ini..... 124

Jadual 3.2: Pelaku Yang Terlibat Dalam Wawancara..... 136

Jadual 4.1: Nama, Profesion dan Jawatan Dalam GMPPK (2005)..... 157

Jadual 4.2: Penyata Pendapatan dan Perbelanjaan Gabungan September 2007 177

Jadual 4.3: Umur Pemegang Jawatan Utama GMPPK pada tahun 2018..... 180

Jadual 5.1: Komersialisasi Sektor Kesihatan di Malaysia (1970-1990) 209

Jadual 5.2: Komersialisasi Sektor Kesihatan di Malaysia (1990-2017) 210

Jadual 5.3: Petunjuk Prestasi Kesihatan Malaysia (beberapa indikator terpilih)..... 214

Jadual 5.4: Statistik Hospital Swasta dan Kerajaan di Malaysia 1970-2014 220

Jadual 5.5: Statistik Doktor Pakar Tahun 1999..... 223

University of Malaya

Jadual 5.6: Rumusan Hasil Kajian dan Objektif Kajian 263

Jadual 6.1:Tahap Kepuasan Perkhidmatan Klinik Awam dan Swasta Malaysia 2015.282

Jadual 6.2: Jumlah Doktor Pakar di Hospital Malaysia mengikut Sektor (2009-2011)284

Jadual 6.3: Perbelanjaan Peralatan dan Kelengkapan Perubatan Import di Malaysia ..287

Jadual 6.4: Ringkasan Usaha Untuk Berdialog Dengan Kerajaan oleh GMPPK 308

Jadual 6.5: Sumber Alternatif Cadangan GMPPK Menerusi DKK.....328

Jadual 6.6: Rumusan Hasil Kajian dan Objektif Kajian 340

Jadual 7.1: Waktu Pengoperasian Perkhidmatan PPBP.....346

Jadual 7.2: Kadar (%) Pembahagian antara Pegawai Perubatan dan Kerajaan.....350

Jadual 7.3: Kadar Emolumen dan Elaun Pegawai Perubatan Pakar di Bawah SSM 365

Jadual 7.4: Kadar Emolumen dan Elaun Pegawai Perubatan Pakar U41-U54(GMM).366

Jadual 7.5: Kadar Emolumen dan Elaun Pegawai Perubatan Pakar JUSA (GMM) 366

Jadual 7.6: Rumusan Hasil Kajian dan Objektif Kajian 414

University of Malaya

Senarai Singkatan

ABIM	:	Angkatan Belia Islam Malaysia
ADB	:	*Asia Development Bank*
AFPM	:	*The Academy of Family Physician of Malaysia*
AIDS	:	*Acquired Immune Deficiency Syndrome*
ALIRAN	:	Aliran Kesedaran Nasional
ALOS	:	*Average Length of Stay*
APHM	:	*Association Private Hospital of Malaysia*
APOLO	:	*Apoyo a Organizaciones Localed*
ASAM	:	*Solidarity with Asylum Seekers and Migration*
ASKES	:	Asuransi Kesehatan
ASKESKIN	:	Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin
ATACAa	:	*Anti-Tobacco Advocacy Coalition*
BERSIH	:	*The Coalition for Clean and Fair Election*
BINGOs	:	*Business Interest NGOs*
BKUE	:	Bidang Keberhasilan Utama Ekonomi
BN	:	Barison Nasional
BONGOs	:	*Business-Organised NGOs*
BOR	:	*Bed Occupancy Rates*
BSKL	:	Bursa Saham Kuala Lumpur
BTR	:	*Bed Turnover Rates*
CAHP	:	*Coalition against Healthcare Privatisation*
CAP	:	*Consumer Association of Penang*
CDC	:	*Community Development Centre*
CEPAR	:	*Centro de Estudios de Pobkacion y Paternidad Responsible*

University of Malaya

CHC	:	*Citizen's Health Coalition*
CHI	:	*Citizen's Health Initiative*
CBP	:	Cukai Barang dan Perkhidmatan
CSDH	:	*Commission on the Social Determinants of Health*
CSI	:	*Civil Society Initiative*
DAP	:	*Democratic Action Party*
DBK	:	Diagnostik Berasaskan Kumpulan
DEB	:	Dasar Ekonomi Baru
DEMA	:	*Malaysia Youth and Student Democratic Movement*
DHS	:	*District Health System*
DKK	:	Dana Kesihatan Kebangsaan
DKKK	:	Dana Keselamatan Kesihatan Kebangsaan
DONGOs	:	*Donor Organised NGO's*
EHAA	:	*Estate Hospital Assistant Association*
EMA	:	*European Medicine Agency*
EU	:	*European Union*
FOMEMA	:	*Foreign Workers Medical Examination Agency*
FOMCA	:	*Federation of Consumers Association of Malaysia*
FNB	:	*Foot-not-Bomb*
FPPS	:	*Full Paying Patients Scheme*
FPMPAM	:	*Federation of Private Medical Practitioners Association of Malaysia*
GLC	:	*Government Linked Companies*
GMPPK	:	Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan
GMS	:	*General Medical Store*
GMS	:	*Gvoernment Medical Store*
GMM	:	Gaji Minimum-Maksimum

University of Malaya

GMO	:	*Genetically Modified Organism*
GONGOs	:	*Government Organised NGOs*
HHI	:	Hak Harta Intelek
HAIAP	:	*Health Action International Asia Pacific*
HIV	:	*Human Immunodeficiency Virus*
HMOs	:	*Health Maintenance Organisations*
HUSM	:	Hospital Universiti Sains Malaysia
HUKM	:	Hospital Universiti Kebnagsaan Malaysia
ICT	:	*Information Communication Technology*
IJN	:	Institut Jantung Negara
IKK	:	Insurans Kesihatan Kebangsaan
IKS	:	Insurans Kesihatan Sosial
ILO	:	*International Labor Organisation*
IMAN	:	*Islamic Medical Association of Malaysia*
IMF	:	*International Monetary Fund*
INSALUD	:	*Instituto Nacional de la Salud*
ISAPREs	:	*Instituciones de salud provisional*
JAMKESMAS	:	Jaminan Kesehatan Masyarakat
JERIT	:	Jaringan Rakyat Tertindas
JKMI	:	Jawatankuasa Kebajikan Mahasiswa/i
JKN	:	Jaminan Kesehatan Nasional
JPA	:	Jabatan Perkhidmatan Awam
JUSA	:	Jawatan Utama Sektor Awam
KB	:	Kiri Baru
KDNK	:	Keluaran Dalam Negara Kasar
KHA	:	*Korea Hospital Association*

University of Malaya

KKB	:	Kadar Kematian Bayi
KKM	:	Kementerian Kesihatan Malaysia
KMA	:	*Korean Medical Association*
KPA	:	*Korean Pharmaceutical Association*
KPDNKK	:	Kementerian Perdagangan Dalam Negeri Koperasi dan Kepenggunaan
KPJ	:	Kumpulan Perubatan Johor
KUM	:	Keupayaan Untuk Membayar
KWSP	:	Kumpulan Wang Simpanan Pekerja
LGBT	:	*Lesbian Gay Bisexual and Transgender*
LKU	:	Liputan Kesihatan Universal
LTAT	:	Lembaga Tabung Angkatan Tentera
MAC	:	*Malaysia AIDS Coun*cil
MAM	:	Majlis AIDS Malaysia
MAKNA	:	Majlis Kanser Nasional
MBBMA	:	*Malayan Branch of British Medical Association*
MBO	:	*Management By Objective*
MCO	:	*Managed Care Competition*
MDA		*Malaysia Dental Association*
MDG	:	*Millenium Development Goals*
MDPA	:	*Malaysian Disable Person Association*
MEDIFIS	:	*Malaysian Healthcare Deliveries and Financing System*
MHTC	:	*Malaysian Healthcare Tourism Council*
MHA	:	*Mental Health Association*
MHSR	:	*Malaysan Health System Research*
MMA	:	*Malaysian Medical Association*

University of Malaya

MMHA	:	*Malaysian Mental Health Association*
MNA	:	*Malaysian Nurses Association*
MNHA	:	*Malaysian National Health Account*
MPCAM	:	*Medical Practitioners Coalition Association of Malaysia*
MPKK	:	Majlis Penasihat Kesihatan Kebangsaan
MPS	:	*Malaysian Pharmaceutical Society*
MREC	:	*MOH Research and Ethics Committee*
MRCS	:	*Malaysia Red Crescent Society*
MRI	:	*Magnetic Resonance Imaging*
MTNA	:	*Malayan Trained Nurses Association*
MTUC	:	*Malaysian Trade Union Congress*
NCCC	:	*National Consumer Complaints Centre*
NCPHT	:	*National Committee for the Promotion of Health Tourism*
NCWO	:	*National Council of Women Organisation*
NHI	:	*National Health Insurance*
NHIF	:	*National Health Insurance Fund*
NHS	:	*National Health System*
NHMS	:	*National Health Morbidity Survey*
NHP	:	*National Health Plan*
NMMR	:	*National Medical Research Registry*
NTP	:	*National Transformation Programme*
NUBE	:	*National Union of Bank Employees, Malaysia*
OECD	:	*Organisation for Economic Co-operation and Development*
OKU	:	Orang Kurang Upaya
OPP	:	*Outline Perspective Plan*
OSA	:	*Official Secrecy Act*

University of Malaya

PAB	:	Pengurusan Awam Baru
PAN	:	Parti Amanah Negara
PAS	:	Parti Islam Se Malaysia
PATU	:	Perkhidmatan Awam Tadbir Urus
PBB	:	Pertubuhan Bangsa-Bangsa Bersatu
PBK	:	Pertubuhan Bukan Kerajaan
PBPKK	:	Pihak Berkuasa Pembiayaan Kesihatan Kebangsaan
PDC	:	*Penang Development Centre*
PMC	:	*Penang Medical Centre*
PEMANDU	:	*Performance Management Delivery Unit*
PeAB	:	Perkhidmatan Awam Baru
PERDIM	:	Pertubuhan Doktor-Doktor Islam Malaysia
PERKIM	:	Pertubuhan Kebajikan Islam Malaysia
PHA	:	*People's Health Assembly*
PHM	:	*People's Health Movement*
PHFSA	:	*Private Healthcare Facilities and Services Act*
PKENJ	:	Perbadanan Kemajuan Ekonomi Negeri Johor
PKR	:	Parti Keadilan Rakyat
PKTP	:	Perjanjian Kerjasama Trans-Pasifik
PMC	:	*Penang Medical Centre*
PMKP	:	Pakej Manfaat Kesihatan Penting
PMPS	:	*Penang Medical Practitioners Society*
POSDCORB	:	*Planning, Organising, Staffing, Directing, Coordinating and Budgeting*
PPA	:	Pengalam Perubatan Am
PPUM	:	Pusat Perubatan Universiti Malaya

University of Malaya

PPUKM	:	Pusat Perubatan Universiti Kebangsaan Malaysia
PPB	:	Perjanjian Perdagangan Bebas
PPBP	:	Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh
PRISMA	:	*Associacion Benefica*
PRM	:	Parti Rakyat Malaysia
PROCOSI	:	*Programa de Coordinacion en Supervivencia Infantil*
PSM	:	Parti Sosialis Malaysia
PTE	:	Program Transformasi Ekonomi
PTP	:	Program Titik Permulaan
RKP	:	Rawatan Kesihatan Primer
RPSB	:	Remedi Pharmaceutical Sdn Bhd
RRJP	:	Rangka Rancangan Jangka Panjang
SARS	:	*Severe Acute Respiratory Syndrome*
SCHOMOS	:	*Section for Houseman, Medical Officers and Specialist*
SDP	:	*Dispensing and Prescribing Drugs*
SJAA	:	*St John Ambulance Association*
SJMC	:	*Subang Jaya Medical Centre*
SMA	:	*Straits Medical Association*
SP	:	*Seguro Popular*
SPA	:	Suruhanjaya Perkhidmatan Awam
SPKK	:	Skim Pembiayaan Kesihatan Kebangsaan
SSM	:	Sistem Saraan Malaysia
STSB	:	Southern Task Sdn Bhd
SUARAM	:	Suara Rakyat Malaysia
SUHAKAM	:	Suruhanjaya Hak Asasi Manusia Malaysia
SUS	:	*Sistema Único de Saúde*

University of Malaya

TERAS	:	Teras Pengupayaan Melayu
TMA	:	*Turkish Medical Association*
TWN	:	*Third World Network*
UEM	:	*United Engineers Malaysia*
UKM	:	Universiti Kebangsaan Malaysia
UM	:	Universiti Malaya
UMGSU	:	*University of Malaya General Staffs Unions*
UMNO	:	*United Malay National Organisations*
UMSC	:	*University Malaya Specialist Centre*
UNDP	:	*United Nation Development Programme*
UNFPA	:	*United Nations Population Fund*
UPE	:	Unit Perancang Ekonomi
USAID	:	*Unites States Agency for International Development*
USD	:	*United States Dollar*
USM	:	Universiti Sains Malaysia
WAC	:	*The Women's Agenda for Change*
WCI	:	*Women's Candidacy Initiative*
WDC	:	*Women Development Centre*
WEF	:	*World Economic Forum*
WHO	:	*World Health Organisation*
WTO	:	*World Trade Organisation*
VAT	:	*Value Added Tax*
YWCA	:	*Young Women's Christian Association*

University of Malaya

SENARAI LAMPIRAN

Lampiran A: Protokol Wawancara……. 138

Lampiran B: Kelulusan dari MREC…….. 138

Lampiran C Pertubuhan Berkait Kesihatan di Malaysia (1957-1980) ……..... 152

Lampiran D: Pertubuhan Berkait Kerajaan di Malaysia (1981-2016)……... 153

Lampiran E: Senarai Keanggotaan dalam Gabungan……... 160

Lampiran F: Senarai Jelajah Awam Anjuran GMPPK (2005-2007…….. 167

Lampiran G: Pengedaran Risalah Pada 23.8.2007 Oleh GMPPK……. 167

Lampiran H: Statistik Mesyuarat AJK Pemandu GMPPK (2005-2014)……. 176

Lampiran I: Ringkasan Aktiviti GMPPK (2004-2010)……. 176

University of Malaya

BAB 1: PENDAHULUAN

1.1 Dasar Kesihatan dan Perkhidmatan Awam Baru (PeAB)

Bidang pentadbiran awam telah melalui beberapa fasa penting khususnya mulai tahun 1980an. Sebelum tempoh berkenaan, frasa seperti hierarki dan rasionaliti iaitu menerusi model pentadbiran awam tradisional didapati menjadi tunjang dalam memahami bagaimana sesuatu dasar dapat dilaksanakan dalam pentadbiran awam. Nama-nama seperti Lorenz von Stein, Max Weber, Luther Gullick, Henri Fayol, Frederick W. Taylor, Herbert Simon dan ramai lagi merupakan antara sarjana penting yang menyumbang idea dalam memahami disiplin ini.

Mulai tahun 1980an, kebanyakan kerajaan berdepan dengan masalah ketidakberkesanan yang sekaligus menyebabkan terpaksa membelanjakan peruntukan yang besar bagi melaksanakan sesuatu program. Oleh yang demikian, bagi mengatasi isu-isu seumpama ini, maka, suatu pendekatan baharu dalam bidang pentadbiran awam yang mengambil konsep pengurusan sektor swasta mula diperkenalkan. Model berkenaan juga dikenali sebagai Pengurusan Awam Baru (PAB). Niskanen (1971) yang terkenal dengan teori pilihan awam serta Osborne dan Gaebbler (1992) diiktiraf sebagai antara sarjana yang mempelopori perkembangan bagi menerap PAB dalam sistem pentadbiran awam. Perkembangan PAB didapati semakin ketara, misalnya, pada awal tahun 1980an, semasa Amerika Syarikat dibawah pemerintahan Ronald Reagan sebagai Presiden dan United Kingdom pula dibawah Margaret Thatcher sebagai Perdana Menteri. Kedua-dua pemimpin ini telah melaksanakan PAB sebagai teras utama pemerintahan negara. Senario ini turut berkembang di beberapa negara lain seperti Australia, New Zealand, Kanada dan lain-lain.

Malahan senario ini turut tidak terkecuali berlaku di Malaysia, khususnya semasa era pemerintahan Dr Mahathir Mohamad sebagai Perdana Menteri pada awal tahun 1980an.

University of Malaya

Di Malaysia, falsafah di sebalik PAB telah dikuatkuasakan misalnya dalam pengurusan menerusi penggunaan beberapa pendekatan yang dipinjamkan dari sektor swasta. Selain itu, dalam usaha untuk mengawal perbelanjaan dan memastikan pengurangan belanjawan, kerajaan telah mengambil pendekatan memindahkan tanggungjawab penyediaan perkhidmatan dari sektor awam ke sektor swasta. Inisiatif yang dikenali sebagai penswastaan ini melibatkan pelbagai sektor seperti telekomunikasi, tenaga, infrastruktur dan ini termasuklah juga dalam sektor kesihatan yang menjadi antara fokus kajian ini.

Pendekatan yang menggunakan PAB dalam pentadbiran awam jelas merupakan antara faktor yang menyumbang kepada beberapa perubahan penting dalam landskap sektor kesihatan di Malaysia, terutama mulai awal tahun 80an. Antara bukti tersebut adalah perluasan komersialisasi apabila galakan kepada sektor swasta, *Government Linked Companies* (GLC) dan perbadanan awam negeri untuk terlibat sebagai pelabur dan pengendali dalam perkhidmatan kesihatan didapati begitu ketara. Hasilnya apabila didapati bilangan hospital swasta yang bermotifkan keuntungan meningkat secara mendadak.

Pembaharuan dalam aspek penyampaian perkhidmatan kesihatan disektor awam juga turut berlaku misalnya dengan inisiatif penswastaan mula diberikan perhatian oleh kerajaan untuk turut dilaksanakan dalam sektor kesihatan, khususnya mulai awal tahun 1990an. Beberapa program yang sebelum ini diletakkan dibawah skop dan tanggungjawab sektor awam telah dipindahkan kepada sektor swasta menerusi penswastaan atau lain-lain kaedah yang hampir serupa. Selari dengan prinsip asas PAB bahawa perkhidmatan awam akan menjadi lebih cekap dan berkesan dengan penglibatan kuasa pasaran, beberapa inisiatif telah dimulakan oleh kerajaan dalam sektor kesihatan. Antaranya adalah seperti pengkorporatan Institut Jantung Negara (IJN) pada tahun

University of Malaya

1992, penswastaan perkhidmatan farmaseutikal pada tahun 1994, penswastaan kerja-kerja perkhidmatan sokongan di hospital kerajaan pada tahun 1996 serta penswastaan pemeriksaan kesihatan pekerja asing pada tahun 1997.

Selain itu, dalam konteks sistem pembiayaan kesihatan, usaha kearah melakukan beberapa perubahan dengan memasukkan elemen kuasa pasaran juga mula digerakkan oleh kerajaan. Dalam hal ini misalnya, Kerajaan Malaysia menerusi Kajian Separuh Penggal Rancangan Malaysia Keempat (1981-1985) pada tahun 1983 telah mencadangkan agar dijalankan suatu kajian komprehensif terhadap sistem pembiayaan kesihatan negara ini. Usaha ini dilakukan apabila kerajaan mengambilkira bebanan kewangan yang terpaksa ditanggung untuk membiayai perbelanjaan kesihatan menggunakan sumber percukaian bukanlah merupakan suatu langkah yang mampan. Kerajaan berpandangan bahawa suatu alternatif baru dalam sistem pembiayaan kesihatan perlu dikenalpasti dan wajar diperkenalkan.

Hasilnya suatu kajian telah dilaksanakan oleh *Westinghouse Corporation*, menerusi pembiayaan oleh *Asian Development Bank* (ADB) dan diselia oleh Unit Perancang Ekonomi (EPU), Jabatan Perdana Menteri. Kajian yang turut dikenali sebagai Skim Pembiayaan Kesihatan Kebangsaan (SPKK) dimulakan pada tahun 1983 dan telah disiapkan pada tahun 1985 dilakukan dengan beberapa objektif. Antaranya adalah bagi membantu pihak kerajaan mengenalpasti alternatif terbaik dalam menguruskan aspek pembiayaan kesihatan di negara ini. Malahan selepas itu kerajaan telah melantik pelbagai perunding untuk meneliti dan mengemukakan perakuan terhadap pembaharuan sektor kesihatan di Malaysia, khususnya melibatkan aspek pembiayaan kesihatan.

Menyedari terdapat beberapa masalah serta kekangan dalam PAB, para pengkaji dalam bidang pentadbiran awam antaranya Robert Denhardt dan Janet Derndhardt telah memperkenalkan Perkhidmatan Awam Baru (PeAB). Premis utama yang diberikan

University of Malaya

penekanan di dalam PeAB adalah melibatkan peranan sebenar pentadbiran awam. PeAB percaya bahawa fokus sebenar sektor awam adalah berkisar kepada penglibatan warganegara, komuniti dan masyarakat madani. Justeru, bagi mencapai penglibatan masyarakat dalam proses pembuatan dasar menjadi satu daripada unsur penting pendekatan PeAB. Sungguhpun begitu di Malaysia didapati PeAB sebagai suatu pendekatan dalam pentadbiran awam masih tidak meluas dan tidak menghairankan misalnya keterlibatan kumpulan masyarakat ini sungguhpun ada namun didapati tidak begitu dititikberatkan.

Dalam tesis ini, penyelidik akan melihat bagaimana masyarakat madani berperanan dalam proses penggubalan dasar di Malaysia, khususnya melibatkan dasar kesihatan. Ini dilakukan dengan meninjau bagaimanakah pihak pentadbiran awam melaksanakan dasar berkenaan dan bagaimanakah pendekatan-pendekatan PAB dan PeAB, berlaku, serta samada pendekatan ini digunakan atau tidak digunakan dalam sistem pemerintahan atau birokrasi di Malaysia. Mengambilkira bahawa tema utama tesis ini adalah berkisar kepada dinamisme peranan dan kegiatan kumpulan masyarakat madani dalam sistem politik dan pentadbiran awam Malaysia, maka analisis terhadap pendekatan lazim digunakan oleh kumpulan masyarakat madani dalam kegiatannya, samada secara modal sosial, atau kaunter-hegemoni atau berteraskan komuniti akan diperincikan. Selain itu aplikasi demokrasi, samada secara subtantif ataupun prosedural juga turut dibincangkan. Seterusnya perbincangan berikut adalah berkenaan dengan pernyataan masalah kajian ini.

1.2 Pernyataan Masalah

Bagi memenuhi keperluan masyarakat, mulai tahun 1980an kerajaan Malaysia didapati telah semakin berusaha mengambil beberapa langkah bagi memastikan kualiti perkhidmatan dan rawatan kesihatan yang sedia ada dapat dipertingkatkan. Beberapa

University of Malaya

kajian dan rancangan kearah penggubalan polisi, program dan pelan tindakan dikesan telah dilaksanakan oleh kerajaan. Kesungguhan kerajaan tergambar menerusi dasar-dasar dan pelan rancangan jangka pendek, sederhana dan panjang kerajaan. Komitmen secara jangka pendek dapat diteliti menerusi bajet tahunan. Manakala iltizam jangka pendeka pula boleh diteliti menerusi beberapa dokumen seperti Pelan Strategik Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) 2011-2015 (KKM, 2011), Pelan Strategik Kementerian Kesihatan 2016-2020 (KKM, 2016) dan Kertas Konsep *1Care for 1Malaysia* (KKM, 2009). Selain itu, dokumen-dokumen seperti *Country Health Plan 10th Malaysia Plan 2011-2015 (1Care for 1Malaysia)* (KKM, 2010), Bidang Keberhasilan Utama Ekonomi (BKUE) (UPE, 2015), Pelan Transformasi Perkhidmatan Kesihatan (KKM, 2015) dan Pelan Tindakan Kementerian Kesihatan Malaysia 2016-2020 (2016) juga merupakan antara manifestasi terhadap komitmen kerajaan secara jangka pendek dalam hal pembaharuan sektor kesihatan Malaysia. Komitmen kerajaan secara jangka panjang pula boleh didapati menerusi beberapa program Rangka Rancangan Jangka Panjang (RRJP), yang kali pertama dilancarkan pada tahun 1970.

Kesungguhan kerajaan Malaysia dalam melaksanakan beberapa pembaharuan sektor kesihatan ini adalah dengan beberapa tujuan yang spesifik. Antara tujuan berkenaan adalah bagi menangani beberapa permasalahan yang dikenalpasti. Dalam konteks ini, sekurang-kurangnya terdapat tiga masalah utama. Pertama, adalah melibatkan masalah kualiti penyampaian perkhidmatan kesihatan. Masalah kedua adalah melibatkan peningkatan perbelanjaan kesihatan. Seterusnya, masalah ketiga yang dihadapi oleh sektor kesihatan awam adalah penghijrahan kakitangan khususnya kakitangan perubatan pakar dari hospital kerajaan ke hospital swasta.

Perincian berikutnya akan meneliti setiap satu daripada masalah yang telah dinyatakan diatas, serta bagaimanakah kerajaan mengambil inisiatif untuk

University of Malaya

mengatasinya. Seterusnya juga akan dikupas bagaimanakah penyelesaian yang dikemukakan oleh kerajaan bagi mengatasi masalah-masalah ini mendapat maklumbalas serta tindakbalas dari pelbagai pihak, khususnya kumpulan masyarakat madani.

Masalah kualiti dalam sistem penyampaian perkhidmatan kesihatan khususnya melibatkan sektor awam adalah merupakan antara faktor utama yang dikemukakan oleh kerajaan untuk menjustifikasikan pembaharuan dalam sektor kesihatan dilaksanakan. Masalah dari segi kualiti dapat ditinjau menerusi beberapa aspek, antaranya adalah seperti kesesakan di hospital awam, masa menunggu yang lama untuk mendapat rawatan, perkhidmatan yang tidak mesra dan ketidakcekapan dalam menyampaikan perkhidmatan kepada pelanggan.

Isu kesesakan di hospital awam bukanlah suatu isu yang baru. Manaf (2006) dalam kajiannya membuktikan kebenaran perkara ini dan ianya dikaitkan dengan fi yang boleh disifatkan sebagai percuma di hospital kerajaan sebagai antara faktor pendorong kepada para pesakit untuk memilih hospital awam berbanding hospital swasta. Pillay et al. (2011) menerusi kajian peringkat kebangsaan melibatkan 13,000 responden dan dijalankan di 21 buah hospital kerajaan pula mendapati purata masa menunggu pesakit untuk mendapatkan rawatan adalah sekitar 2 jam dan ini mengesahkan kebenaran berlakunya kesesakan dan waktu menunggu yang lama di hospital kerajaan.

Perbincangan terhadap masalah ini didapati bukan sahaja mendapat perhatian ahli akademik atau, kumpulan masyarakat madani semata-mata tetapi juga mendapat perhatian kepimpinan dalam kerajaan serta orang awam sendiri. Berkongsi pengalaman peribadi, seorang pengguna iaitu Wan Saiful Wan Jan, sebagaimana diluahkan oleh beliau dalam akhbar Utusan Malaysia menjelaskan beliau terpaksa menunggu 12 jam sebelum ibu beliau boleh masuk ke wad disalah sebuah hospital kerajaan di Lembah

University of Malaya

Klang. Ini sekaligus membuktikan kewujudan permasalahan dari segi waktu menunggu yang lama dan isu ketidakcekapan perkhidmatan (Wan Jan, 2013).

Malahan isu ini turut mendapat perhatian pihak kerajaan sendiri. Ianya adalah sebagaimana penegasan yang dinyatakan sendiri oleh Menteri Kesihatan ketika itu iaitu Dr S. Subramaniam. Dalam suatu majlis di Jerantut, Pahang beliau misalnya telah mendedahkan rancangan kerajaan untuk mewujudkan perkhidmatan kepakaran di beberapa buah hospital kluster di negara ini dengan objektif untuk mengatasi masalah kesesakan di hospital utama (Yup, 2018).

Namun demikian, masalah ini turut dikaitkan dengan sikap dikalangan pesakit itu sendiri. Bagi menyokong kenyataan ini, bekas Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan, Dr S. Jeyaindran mendakwa seramai 2.3 juta pesakit mendapatkan rawatan di Unit Kecemasan dan Trauma hospital-hosptal kerajaan dalam tempoh enam bulan pertama tahun 2013. Dari kajian yang dilakukan pihak kementerian, daripada jumlah tersebut 70 peratus atau 1.6 juta kes adalah kes yang tidak kritikal dan ini menyumbang kepada kesesakan dan masa menunggu yang lama (Subramaniam, 2014)

Masalah berikutnya adalah melibatkan peningkatan perbelanjaan dalam sektor kesihatan dan ianya sejak sekian lama merupakan antara masalah utama yang dihadapi oleh kerajaan. Peningkatan perbelanjaan merupakan sesuatu yang tidak dapat dielakkan ekoran daripada beberapa faktor. Antara yang dikenalpasti adalah seperti pertambahan penduduk, perbandaran, peningkatan bilangan warga tua, peningkatan pengidap penyakit tidak berjangkit dan perkembangan teknologi perubatan yang melibatkan kos yang semakin tinggi.

Masalah ini telah dikupas bukan sahaja menerusi dokumen-dokumen kerajaan sendiri, malahan ianya merupakan antara topik yang hangat diperincikan oleh ramai

University of Malaya

penyelidik. Kerajaan misalnya menerusi pelbagai rancangan pembangunan lima tahun dan penerbitan-penerbitan rasmi Kementerian Kesihatan sendiri serta laporan kajian oleh para perunding yang dilantik oleh kerajaan telah mengesahkan kewujudan masalah ini dalam sistem kesihatan Malaysia (Westinghouse, 1985; UPE, 1996; KKM, 2009; 2010).

Perbelanjaan kesihatan di Malaysia didapati mengalami peningkatan yang semakin ketara sejak tahun 1997. Ini disokong oleh statistik yang diperolehi dari *Malaysia National Health Account* (MNHA)1997-2014 (MNHA, 2016) (Lihat Jadual 1.1).

Jadual 1.1: Jumlah Perbelanjaan Kesihatan Malaysia 1997-2014

Tahun	Sektor Awam		Sektor Swasta		Jumlah Keseluruhan (RM - billion)	% dari KDNK	Jumlah KDNK (RM Juta)
	RM (Juta)	%	RM (Juta)	%			
1997	4,318	52.72	3,873	47.28	8,190	2.91	281,795
1998	4,606	53.10	4,147	46.90	8,844	3.12	283,243
1999	5,183	53.41	4,520	46.59	9,703	3.23	300,764
2000	6,195	53.51	5,383	46.49	11,578	3.25	356,401
2001	7,269	56.61	5,571	43.39	12,841	3.64	352,579
2002	7,812	55.71	6,210	44.29	14,022	3.66	383,213
2003	10,301	58.02	7,452	41.98	17,753	4.24	418,769
2004	10,446	54.87	8,591	45.13	19,037	4.02	474,048
2005	9,571	49.55	9,743	50.45	19,314	3.55	543,578
2006	12,444	53.23	10,932	46.77	23,376	3.92	596,784
2007	13,645	52.64	12,276	47.36	25,921	3.90	665,340
2008	15,500	53.74	13,343	46.26	28,843	3.75	796,949
2009	17,521	56.41	13,539	43.59	31,060	4.36	712,857
2010	19,252	54.65	15,979	45.35	35,231	4.29	821,434
2011	19,971	52.27	18,235	47.73	38,206	4.19	911,733
2012	22,036	52.58	19,877	47.42	41,913	4.32	971,252
2013	22,694	51.18	21,652	48.82	44,346	4.35	1,018,821
2014	25,814	51.91	23,917	48.09	49,731	4.49	1,106,580

Sumber: Laporan Perbelanjaan Kesihatan, MNHA 1997-2014, KKM (2016)

Berdasarkan Jadual 1.1 adalah didapati pada tahun 1997 sebanyak RM8,190 billion telah dibelanjakan bagi maksud kesihatan, melibatkan RM4,318 billion dari sektor awam dan bakinya RM3,873 dari sektor swasta. Ini menjadikan sebanyak 2.91 peratus dari Keluaran Dalam Negara Kasar (KDNK) telah digunakan untuk kesihatan. Arah

University of Malaya

aliran ini terus meningkat sehinggalah pada satu tahap iaitu pada tahun 2005 didapati perbelanjaan diantara kedua-dua sektor didapati seimbang, bilamana sektor awam membelanjakan sebanyak RM9.5721 billion (49.55 peratus) dan swasta pula melibatkan RM9.743 billion (50.45 peratus). Peningkatan ini didapati berterusan dan berdasarkan statistik tahun 2014 sektor awam telah membelanjakan sebanyak RM25,814 billion, manakala sektor swasta RM23,917 billion. Angka-angka ini dijangka berterusan dan perkembangan ini membimbangkan kerajaan.

Salah satu indikator penting ditetapkan *World Health Organisation* (WHO) melibatkan aspek pembiayaan kesihatan adalah perbelanjaan luar saku. Perbelanjaan ini adalah merupakan bayaran yang dilakukan secara persendirian oleh isi rumah untuk membayar perkhidmatan kesihatan yang diterima. Berdasarkan MNHA (2016) didapati statistik perbelanjaan luar saku Malaysia dari tahun 1997-2014 menunjukkan peningkatan (Lihat Jadual 1.2).

Jadual 1.2: Jumlah Perbelanjaan Luar Saku Malaysia 1997-2014

Tahun	RM (Juta)	% Perbelanjaan Keseluruhan	% dari KDNK
1997	2,930	35	1.04
1998	3,101	34	1.09
1999	3,374	34	1.12
2000	4,136	35	1.16
2001	4,152	32	1.18
2002	4,635	33	1.21
2003	5,637	31	1.35
2004	6,685	35	1.41
2005	7,689	39	1.41
2006	8,722	37	1.46
2007	9,685	37	1.46
2008	10.550	36	1.37
2009	10,414	33	1.46
2010	12,403	35	1.51
2011	14,286	37	1.57
2012	15,660	37	1.61
2013	17,577	39	1.73
2014	19,544	39	1.77

Sumber: Laporan Perbelanjaan Kesihatan, MNHA 1997-2014, KKM (2016)

University of Malaya

Berdasarkan Jadual 2.1, jumlah perbelanjaan luar saku Malaysia pada tahun 1997 adalah RM2,930 billion iaitu 1.04 peratus dari KDNK. Jumlah ini didapati meningkat kepada RM19,544 billion pada tahun 2014 atau melibatkan 1.77 peratus perbelanjaan dari KDNK. Sekiranya dilihat dari segi purata, peratusan keseluruhan perbelanjaan luar saku Malaysia sepanjang tahun 1997-2014 adalah 35 peratus. Kadar ini adalah tinggi dan tidak sihat kepada ekonomi sesuatu negara kerana berupaya mendatangkan pelbagai kerumitan kepada rakyat, khususnya dalam membiayai kos kesihatan (Alam & Mahal, 2014).

Perkara ini turut ditegaskan oleh bekas Menteri Kesihatan, Dr S. Subramaniam semasa beliau merasmikan persidangan antarabangsa kesihatan ke 24 anjuran *Association of Private Hospitals of Malaysia* (APHM) pada tahun 2016. Beliau dipetik sebagai berkata bahawa, "…*thirty five percent is considered a very high figure, it's something which other world health bodies like the WHO think it's unhealthy for a country that a large amount of money is paid out-of-pocket, He added that the risk of these payments is it can lead to financial catastrophe, where people get ill and then don't have enough money to bear the medical bills. We are advised to reduce this amount to at least 15 to 20%. This is a challenge, but we are working on how we can actually remedy this*" (Acharian, 2016).

Masalah penghijrahan kakitangan perubatan khususnya dalam kalangan doktor pakar di hospital awam ke hospital swasta adalah antara isu yang terpaksa didepani oleh Kementerian Kesihatan saban tahun. Penghijrahan ini dikaitkan dengan beberapa faktor dan antaranya adalah disebabkan oleh perkembangan pesat kewujudan hospital swasta yang tentu sekali giat memancing kakitangan berpengalaman di hospital kerajaan dengan gaji yang lebih lumayan. Permasalahan ini adalah sebagaimana ditegaskan Dr Chua Soi Lek, bekas Menteri Kesihatan semasa bercakap kepada media bagi

University of Malaya

mengumumkan pelaksanaan Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh (PPBP). Antara lain beliau dipetik sebagai berkata, *"…we are losing about 50% or about 100 of our specialists doctors every year, who resign to join the private hospitals…*" ("*Two govt hospitals*", 2007).

Malahan isu ini didapati masih berlarutan hingga kini. Ianya adalah sebagaimana penegasan yang dilakukan oleh bekas Timbalan Menteri Kesihatan, Dr Hilmi Yahaya semasa menjawab soalan tambahan Ahli Parlimen Lembah Pantai, Nurul Izzah Anwar dalam mesyuarat ketiga, penggal keempat, Parlimen Ketigabelas pada 07 November 2016. Dr Hilmi memaklumkan bahawa secara purata sejak enam tahun lalu, iaitu antara 2010-2016, lebih kurang 150 doktor pakar yang berkhidmat di hospital kerajaan meletakkan jawatan setiap tahun dan berhijrah ke hospital swasta. Berdasarkan statistik kementerian, adalah didapati majoriti doktor pakar yang meletakkan jawatan adalah terdiri daripada mereka yang kekal pada gred U53 dan U54 dalam tempoh antara lima hingga 10 tahun ke atas. Beliau menambah, "…..setakat September tahun ini (tahun 2016), seramai 128 doktor pakar sudah meletakkan jawatan, manakala jumlah pada tahun lalu (tahun 2015) adalah seramai 124 orang" (Ngah, Ngah & Adnan, 07 Nov 2016).

Justeru bagi kerajaan, program Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh (PPBP) yang mula dilaksanakan secara rintis di Hospital Selayang dan Hospital Putrajaya pada tahun 2007 dan diperluaskan ke lapan buah lagi hospital kerajaan mulai awal Januari 2017 adalah antara salah satu strategi yang difikirkan mampu mengatasi masalah ini. Keyakinan kerajaan adalah bersandarkan kepada fleksibiliti yang ditawarkan menerusi program ini yang sekaligus memberi peluang kepada doktor pakar meningkatkan pendapatan meskipun masih berkhidmat dengan kerajaan.

University of Malaya

Meskipun kerajaan yakin usaha-usaha yang diperkenalkan ini dijangka dapat memberikan penyelesaian terhadap permasalahan diatas, namun ianya tidaklah dapat diterima sepenuhnya oleh segelintir pihak, dan ini termasuklah juga kumpulan masyarakat madani. Disinilah peranan dan kegiatan kumpulan masyarakat madani, khususnya Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK) didapati semakin ketara dan terzahir menerusi pelbagai aktiviti bantahan yang diambil oleh mereka. Masyarakat madani dalam interaksinya dengan negara memainkan peranan masing-masing secara umumnya dengan menggunakan tiga pendekatan utama iaitu secara berkerjasama atau modal sosial, kedua secara konflik (kaunter-hegemoni) atau pun menggunakan pendekatan berteraskan komuniti.

Bagi kumpulan masyarakat madani yang menggunakan pendekatan bekerjasama dengan pihak pemerintah adalah dalam kategori yang menggunakan modal sosial yang berakar umbi dari fahaman yang dikemukakan oleh Tocqueville, seorang ahli falsafah Perancis pada abad ke 18, dan dipopularkan kemudian antaranya oleh Bourdieu (1986, 2011), Colemen (1988, 1990) dan Putnam (2000). Sebaliknya bagi yang menggunakan pendekatan konflik, ianya mempunyai pengaruh Hegel dan Marx, dan dipopularkan kemudian oleh Gramsci (1971), pemimpin Parti Komunis Itali. Gramsci percaya bahawa pendekatan secara kaunter-hegemoni berkemampuan untuk menggugat kuasa pihak pemerintah atau pihak yang berkuasa. Perbincangan mengenai kaunter-hegemoni turut dilakukan antaranya oleh Carroll (1997; 2007; 2010), Katz (2007) dan Purcell (2009; 2013). Manakala bagi pendekatan ketiga iaitu berteraskan komuniti yang dipelopori segelintir kecil sarjana seperti Walzer (1990), Etzioni (1996) dan Selznick (1994) pula menekankan aspek penglibatan komuniti.

Selain daripada penelitian terhadap pendekatan yang diambil oleh kumpulan masyarakat madani di Malaysia dalam mengetengahkan isu pembaharuan sektor

University of Malaya

kesihatan akan berasaskan kepada teori masyarakat madani, samada secara modal sosial, atau kaunter-hegemoni, atau berteraskan komuniti, tesis ini turut bertunjangkan kepada teori politik dan pentadbiran awam. Dari segi politik, bagaimana peranan demokrasi substantif dan demokrasi prosedural berlaku dalam konteks penglibatan kumpulan masyarakat madani dalam proses penggubalan dan pelaksanaan dasar awam akan ditinjau. Permasalahan utama didapati bahawa umumnya Malaysia sebagai sebuah negara demokrasi dengan elemen autoritariannya masih kental dengan aplikasi demokrasi prosedural.

Permasalahan juga didapati tertumpu kepada sejauh manakah elemen-elemen dan prinsip utama yang digagaskan dalam PeAB melibatkan penglibatan masyarakat, komuniti dan masyarakat madani dalam proses penggubalan dan pelaksanaan dasar awam berlaku di Malaysia. Umumnya, kerajaan didapati mulai responsif terhadap pentingnya melibatkan kumpulan komuniti dan masyarakat madani dalam proses ini. Namun isu yang seringkali dibangkitkan oleh kumpulan masyarakat madani adalah sejauh manakah proses ini berlaku secara bersepadu dan menyeluruh.

Di Malaysia, terutamanya dalam isu melibatkan soal dasar kesihatan, terdapat beberapa kumpulan masyarakat madani yang aktif memperjuangkan setiap isu berbangkit. Antaranya adalah seperti *Malaysian Medical Association* (MMA), *Federation of Private Medical Practitioners' Associations of Malaysia* (FPMPAM) dan Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK). Namun sebagaimana dinyatakan diatas, terdapat dakwaan bahawa elemen demokrasi substantif dalam proses penggubalan dan pelaksanaan dasar awam khusus dalam isu kesihatan tidak berlaku secara total, sebaliknya penglibatan kumpulan masyarakat madani hanya bersifat prosedural. Dalam keadaan tertentu terdapat keadaan dimana pandangan kumpulan masyarakat madani langsung diketepikan, dan ini jelas bertentangan dengan

University of Malaya

prinsip asas PeAB itu sendiri. Senario ini mendorong berlakunya pendekatan untuk menentang atau melaksanakan pendekatan secara kaunter-hegemoni secara agak dominan terhadap isu yang diperjuangkan.

Ini adalah didapati selari dengan pendekatan utama tesis ini yang menggunakan GMPPK sebagai kajian kes bagi mencerminkan bangkangannya kepada kerajaan terhadap beberapa inisiatif dan pembaharuan dalam dasar kesihatan di negara ini.

1.3 Soalan-Soalan Kajian

Berikut adalah soalan-soalan kajian ini:-

a) Apakah aktiviti-aktiviti bantahan yang dilakukan oleh GMPPK terhadap isu berkaitan pembaharuan sektor kesihatan di Malaysia?

b) Bagaimanakah strategi-strategi penentangan diketengahkan oleh GMPPK dalam memperjuangkan isu pembaharuan sektor kesihatan di Malaysia?

c) Apakah respon kerajaan terhadap isu dalam pembaharuan sektor kesihatan yang diketengahkan oleh GMPPK?

d) Mengapakah kerajaan memberikan respon sedemikian rupa terhadap isu-isu yang diperjuangkan oleh GMPPK?

1.4 Objektif-Objektif Kajian

Objektif kajian ini adalah seperti berikut:-

a) Menganalisis aktiviti-aktiviti bantahan GMPPK terhadap isu berkaitan pembaharuan sektor kesihatan di Malaysia;

b) Mengetengahkan strategi-strategi penentangan yang dimanfaatkan oleh GMPPK dalam memperjuangkan isu pembaharuan sektor kesihatan di Malaysia;

University of Malaya

c) Meneliti apa respon kerajaan terhadap isu dalam pembaharuan sektor kesihatan yang diketengahkan oleh GMPPK; dan

d) Menghuraikan mengapa kerajaan memberikan respon yang sedemikian rupa terhadap isu-isu yang diperjuangkan oleh GMPPK.

1.5 Skop Kajian

Kajian ini ditumpukan kepada peranan kerajaan khususnya menerusi beberapa buah kementerian dan agensinya yang terlibat secara langsung dalam aspek pembaharuan sektor kesihatan di Malaysia. Antara kementerian dan agensi berkenaan adalah seperti Kementerian Kesihatan, Kementerian Kewangan dan Unit Perancang Ekonomi (UPE). Selain itu fokus utama kajian ini adalah melibatkan peranan dan kegiatan sebuah kumpulan masyarakat madani iaitu GMPPK dalam tiga isu yang berikut:-

i) Isu kualiti sistem penyampaian perkhidmatan;

ii) Isu kewangan dan peningkatan kos; dan

iii) Isu penghijrahan kakitangan.

Fokus diberikan kepada tiga polisi utama yang diambil oleh kerajaan bagi mengatasi dan mencari penyelesaian isu-isu diatas. Pertama adalah melibatkan pelaksanaan dasar penswastaan dalam sektor kesihatan di Malaysia serta perluasan komersialisasi menerusi kemunculan hospital-hospital swasta. Skop kedua yang ditinjau adalah melibatkan usaha memperbaiki aspek akses, ekuiti dan kemampuan rakyat dengan cadangan untuk melaksanakan pembaharuan dalam sistem pembiayaan kesihatan. Ketiga, Kementerian Kesihatan telah memperkenalkan PPBP pada tahun 2007, yang direkabentuk secara khusus dalam usaha mengatasi dan mengurangkan isu penghijrahan kakitangan perubatan pakar terutama dari hospital awam ke hospital swasta.

University of Malaya

Kajian tertumpu terhadap aktiviti-aktiviti GMPPK dalam mengetengahkan pandangannya terhadap tiga isu diatas meliputi tempoh masa dari penubuhannya pada tahun 2005 hingga 2016. Sungguhpun terdapat tiga pendekatan yang boleh digunakan oleh kumpulan masyarakat madani dalam interaksinya dengan negara, namun secara dominannya Gabungan didapati cenderung menggunakan pendekatan secara kaunter-hegemoni. Justeru, konsep atau pendekatan kaunter-hegemoni digunakan dalam menganalisis kegiatan GMPPK yang berkenaan. Persoalan atau faktor mengapa bantahan dikemukakan oleh pihak Gabungan terhadap isu-isu ini juga diberikan perhatian.

Secara amnya, kaunter-hegemoni adalah sebarang usaha yang diambil samada mengkritik, membantah, melawan atau merungkaikan kuasa hegemoni sesuatu pihak yang berkuasa keatas suatu pihak yang lain. Dalam lain perkataan ianya adalah suatu bentuk konfrontasi atau pun bangkangan terhadap kewujudan *status quo* dan legitimasi sesuatu pihak dari sudut politik. Pun begitu, penelitian terhadap dua lagi pendekatan yang sering diambil kumpulan masyarakat madani iaitu modal sosial serta berteraskan komuniti juga didapati ada digunakan oleh Gabungan, meskipun agak minimum dan ianya akan disentuh dimana bersesuaian.

Kajian ini juga turut menggunakan premis dan teori politik dan pentadbiran awam. Dari konteks politik, proses penggubalan dan pelaksanaan dasar awam adalah merupakan suatu proses melibatkan kuasa. Justeru, elemen demokrasi, samada secara substantif ataupun prosedural, samada berlaku mahupun tidak akan turut ditinjau dan diteliti. Penggubalan dan pelaksanaan dasar awam sebagai suatu fungsi utama pentadbiran awam didapati telah melalui beberapa perubahan, khususnya dari aplikasi model pentadbiran awam tradisional, kepada PAB, PeAB dan terkini Perkhidmatan Awam Baru Tadbir Urus (PATU). Walau bagaimanapun, agar selari dengan tesis ini

University of Malaya

yang menggunakan masyarakat madani sebagai tema utamanya, dan ini pula seiring dengan prinsip diperjuangkan oleh PeAB, maka penelitian akan dilakukan terhadap penggunaannya di Malaysia menerusi kajian ini. Manakala konteks yang digunakan adalah melibatkan aspek pembaharuan sektor kesihatan, dengan GMPPK sebagai kumpulan masyarakat madani digunakan sebagai kajian kes.

Antara peranan dan kegiatan GMPPK yang akan ditumpukan adalah yang melibatkan peranan dan kegiatan di peringkat penggubalan dan pelaksanaan dasar-dasar kerajaan. Analisis terhadap saluran-saluran dan aktiviti kaunter-hegemoni yang digunakan baik dari segi mengemukakan memorandum, petisyen, resolusi, menggunakan media massa, demonstrasi, piket, pembentangan kertas kerja, kenyataan diakhbar dan sebagainya akan dimanfaatkan dalam kajian ini. Manakala pendekatan secara modal sosial seperti dialog dan mesyuarat serta kaedah berteraskan komuniti seperti jelajah awam dan mengedarkan risalah kepada orang ramai juga didapati ada digunakan dan turut dianalisis.

1.6 Takrif Umum Masyarakat Madani

Konsep dan istilah masyarakat madani didapati kembali mendominasi perdebatan dalam wacana sains politik semasa rentetan daripada meletusnya gelombang penentangan dikalangan rakyat terhadap pemerintah autoritarian, khususnya di negara-negara komunis di Eropah Timur pada tahun 70an. Susulan dari penentangan ini yang kemudiannya digerakkan menerusi suatu gerakan sosial pada akhir tahun 70an dan awal tahun 80an di beberapa buah negara berkenaan, beberapa kumpulan masyarakat madani telah diwujudkan.

Antara yang paling terkenal adalah *Solidarity* di Poland serta beberapa kumpulan pembangkang di Hungary, Czechoslovakia dan Yugoslavia (Mason, 2018). Kejayaan gerakan ini menumbangkan rejim komunis di Eropah Timur dan Soviet Union pada

University of Malaya

akhir tahun 80an dan awal tahun 90an telah menjadi pemangkin kepada kewujudan gerakan seumpama itu di lain-lain negara-negara di benua Amerika Latin, Sub-Sahara Afrika dan Asia. Ianya didapati tidak hanya terhad dalam konteks politik dan demokrasi semata-mata, malahan menjalar meliputi pelbagai skop yang lain, seperti alam sekitar, hak asasi manusia, pendidikan dan termasuklah kesihatan.

Konsep dan istilah masyarakat madani dipercayai telah wujud sejak dari zaman ketamadunan Yunani dan Rom lagi dan telah dibincangkan oleh ahli falsafah terkenal seperti Aristotle dan Cicero. Seterusnya perdebatan dan kupasan mengenainya diteruskan oleh ahli falsafah Barat dan berkembang terutama pada abad ke 17 dan 18 dengan tokoh-tokoh seperti Kant, Hobbes, Rousseau, Tocquville, Hegel dan Marx mendahului dalam membincangkan mengenainya. Malahan di era kontemporari ini, perbincangan tentangnya diteruskan lagi oleh ramai pengkaji seperti Cohen, Arato, Dahrendorf, Rawls, Walzer, Seligman, Fukuyama, Putnam, Etzioni, Braithwaite, Ehrenberg dan ramai lagi.

Perincian terhadap takrif dan konsep masyarakat madani didapati mendapat perhatian meluas dari para pengkaji diatas dan perdebatan mengenainya didapati berterusan sehingga kini. Tidak terdapat suatu konsensus yang dicapai mengenai takrif masyarakat madani. Pun begitu, diantara sekian banyak takrif yang dikemukakan, disini takrif yang dicadangkan oleh Cohen dan Arato dipercayai antara yang paling sistematik dan komprehensif. Cohen dan Arato (1994) mentakrifkan masyarakat madani seperti berikut:-

> "*We understand 'civil society' as a sphere of social interaction between economy and state, composed above all of the intimate sphere (especially the family), the sphere of associations (especially voluntary associations), social movements, and forms of public communication... in the long term both independent action and institutionalization are necessary for the reproduction of civil society*" (Cohen & Arato 1994: ix).

University of Malaya

Berdasarkan kepada takrif diatas, masyarakat madani sebagaimana dinyatakan oleh Cohen dan Arato adalah merupakan suatu lingkungan sosial yang wujud di antara dua iaitu pasaran (sektor swasta dan perniagaan) dan kerajaan (pemerintah). Kelompok ini berdasarkan kepada takrif diatas terdiri dari semua selain daripada dua yang dinyatakan sebelum ini, dengan kewujudan persatuan (khususnya persatuan berbentuk sukarela), gerakan sosial dan apa jua bentuk komunikasi awam. Perbincangan lanjut mengenai takrif masyakarat madani akan dilakukan dalam Bab 2 nanti.

1.7 Masyarakat Madani dan Pembaharuan Sektor Kesihatan

Pembaharuan sektor kesihatan di Malaysia telah mula mendapat perhatian mulai tahun 80an lagi. Antara faktor penting yang mendorong kepada keperluan pembaharuan ini adalah semakin meningkatnya tuntutan terhadap perkhidmatan kesihatan yang sebahagian besarnya disebabkan oleh semakin bertambahnya jumlah penduduk. Kerajaan mendapati bahawa kos atau perbelanjaan yang ditanggung bagi memastikan perkhidmatan kesihatan dapat diterima oleh semua masyarakat juga semakin meningkat saban tahun.

Dalam proses memastikan perkhidmatan kesihatan terhadap masyarakat semakin meningkat melalui usaha pembaharuan berkenaan, sesetengah kumpulan masyarakat madani mendapati langkah kerajaan berkenaan akan memberi kesan yang negatif pada masyarakat dan pengusaha perkhidmatan kesihatan itu sendiri. Malahan, sesetengahnya berpandangan bahawa ianya tidak akan dapat menyelesaikan masalah peningkatan perbelanjaan sebagaimana yang dinyatakan oleh kerajaan, sekaligus menimbulkan bantahan dikalangan segelintir dari mereka.

Isu pembaharuan sektor kesihatan ini bukanlah suatu isu yang spesifik di Malaysia sahaja. Jika ditinjau, inisiatif setiap kerajaan untuk melaksanakan pembaharuan sektor ini didapati telah berlaku diseluruh dunia. Beberapa negara maju seperti United

University of Malaya

Kingdom, Jerman, Jepun, Amerika Syarikat, Kanada dan Australia misalnya telah melaksanakan pembaharuan terhadap kesihatan masing-masing secara pesat sejak tahun 1970an lagi. Pembaharuan kesihatan juga didapati turut dilaksanakan di negara-negara di Amerika Latin, Afrika dan Asia. Ini adalah terbukti berdasarkan pengkajian empirikal yang secara meluas dilaksanakan oleh pelbagai pihak, samada oleh ahli akademik ataupun institusi antarabangsa.

Pengkajian terhadap perkembangan pembaharuan sektor kesihatan didapati turut mendapat perhatian institusi antarabangsa yang membiayai kajian mengenai isu ini. Antaranya adalah melibatkan pihak *World Health Organisation* (WHO) (2000), *World Bank* (1984; 1993), serta kajian oleh Akin dan Birdsall De Ferranti (1987) yang dilaksanakan bagi pihak *World Bank*. Manakala *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) pula membiayai kajian yang dilaksanakan oleh Docteur dan Oxley (2003). Selanjutnya, Coady, Clements dan Gupta pula melaksanakan kajian bagi pihak *International Monetary Fund* (IMF) (2012).

Di Eropah, topik berkenaan pembaharuan kesihatan juga turut menarik perhatian sebilangan pengkaji, antaranya adalah seperti Saltman, Figueras dan Sakellarides (1998), Toth (2010), Okma (2011), Schut dan van de Ven (2011), Verspohl (2010) serta Costa-Font, Norton dan Siciliani (2017). Stamati dan Baeten (2014) misalnya meneliti impak yang berlaku hasil dari pembaharuan sektor kesihatan di sepuluh buah negara di benua Eropah. Kajian ini meliputi negara di rantau Eropah Barat, Eropah Tengah dan Timur, antaranya adalah negara Perancis, Jerman, Greece, Ireland, Itali, Lithuania, Belanda, Romania, Sweden dan United Kingdom.

Tidak setakat negara-negara Eropah yang maju sahaja didapati melaksanakan pembaharuan kesihatan, malahan negara-negara Eropah Tengah dan Timur yang terdiri dari bekas negara blok komunis sebelum ini juga didapati mengambil langkah yang

University of Malaya

sama. Penelitian antara lain telah dilakukan oleh Gaál, Riesberg dan *World Health Organization* (2004) melibatkan transisi dalam sistem kesihatan di Hungary khususnya berkenaan dengan isu insurans kesihatan. Nelson (2001) pula mengkaji pembaharuan dalam sistem kesihatan di negara Hungary dan Poland. Institusi antarabangsa seperti *International Labour Organisation* (ILO) (2002) juga didapati mengambil inisiatif menjalankan kajian melibatkan pembaharuan kesihatan di empat buah negara seperti Republik Czech, Lithuania, Romania dan Ukraine. Svaljek (2014) pula meneliti pembaharuan sektor kesihatan yang berlaku di Croatia sejak tahun 2008.

Negara-negara di benua Afrika, khususnya dari rantau Sub-Sahara didapati giat melakukan pembaharuan sektor kesihatan. Gilson (1995) telah meneliti pembaharuan di Tanzania yang merupakan antara pemimpin dalam aspek ini dalam kalangan negara-negara Sub-Sahara Afrika. Selanjutnya Gilson dan Mills (1995) telah meneliti perkembangan pembaharuan sektor kesihatan di negara-negara Sub-Saharan bagi sepuluh tahun melibatkan tempoh antara tahun 1985-1995. Adjei (2003) selanjutnya meneliti pembaharuan sektor kesihatan yang berlaku di Ghana. Kajian didapati turut dilakukan terhadap pembaharuan sektor kesihatan khususnya aspek pembiayaan melibatkan negara Sub-Sahara Afrika seperti Ghana, Rwanda, Kenya, Mali dan Nigeria oleh Lagomarsino et al. (2012). Bayarsaikhan dan Musango (2016) turut melakukan pengkajian terhadap aspek pembaharuan sektor kesihatan di Afrika meliputi negara-negara seperti Bostwana, Mozambique, Tanzania dan Zambia. Lain-lain contoh kajian melibatkan pembaharuan sektor kesihatan di Afrika juga antara lain telah dilaksanakan oleh Mwabu (1995) di Kenya dan di Afrika Selatan pula dijalankan oleh (Benatar, 1997; Dhai, 2011; Ruff et al., 2011; Smith, 2016).

Benua Amerika Utara juga turut mengalami pembaharuan sektor kesihatan. Amerika Syarikat, sebuah negara termaju didunia juga turut tidak terkecuali, sebagaimana

University of Malaya

perbincangan yang dilakukan antaranya oleh Hackler (1993), Hoffman dan Paradise (2008), Carey, Herring, dan Lenain (2009), Béland, Rocco, dan Waddan (2014), Jacobs dan Skocpol (2015) dan Obama (2016). Jirannya iaitu Kanada juga mengalami beberapa pembaharuan dalam sektor kesihatannya. Kajian berkaitan didapati ada dilakukan antaranya oleh Armstrong dan Armstrong (2001), Tuohy (2002), Deber (2003), Marchildon dan Hutchison (2016), dan Marchildon (2017).

Pembaharuan sektor kesihatan juga didapati turut dilaksanakan meliputi negara-negara di benua Amerika Selatan. Perbincangan dan kajian mengenainya didapati banyak dilakukan antaranya di negara Chile (Bastias et al., 2008; Cornejo-Ovalle, 2015; Rotarou & Sakellariou, 2017). Di Brazil penelitian antara lain dilakukan oleh Martinez dan Kohler (2016) serta Mahmood dan Muntaner (2013). Manakala penilaian terhadap pembaharuan sektor kesihatan di Brazil melibatkan skim *Sistema Único de Saúde* (SUS) pula dilakukan oleh Gragnolati, Lindelow, dan Couttolenc (2013). Bagi negara Colombia pula kajian telah dilaksanakan oleh Weiss (2013), Escobar et al., (2009). Atun et al. (2015) pula telah meneliti aspek pembaharuan kesihatan di sepuluh buah negara di Amerika Latin melibatkan Argentina, Brazil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Mexico, Peru, Uruguay, dan Venezuela. Disamping itu, penelitian melibatkan negara di benua in turut dilakukan oleh Perez-Cuevas et al. (2017).

Negara-negara di benua Asia samada di Asia Selatan, Asia Timur, Asia Tengah dan Asia Tenggara juga didapati turut tidak terkecuali melaksanakan pembaharuan terhadap sektor kesihatan masing-masing. Di Asia Selatan misalnya, kajian terhadap pembaharuan sektor kesihatan di India antara lain dilakukan oleh Duggal (2007), Rao dan Choudhury (2012) serta Bali dan Ramesh (2016). Kajian terhadap pembaharuan sektor kesihatan di negara-negara Asia Timur telah dilakukan antaranya di negara seperti Taiwan (Chiang, 1997; Syed-Abdul et al., 2011), China (Daemmrich, 2013;

University of Malaya

Ramesh, Wu & He, 2013; Wang, et al. 2013; Zhou, Li & Hesketh, 2014; Li & Fu, 2017). Penelitian melibatkan negara seperti Jepun pula dilakukan antaranya oleh (Akiyama, 2000; Imai, 2002; Jones, 2009; Fukuda, Shimizu & Ishizaki, 2015). Satu lagi contoh bagaimana pembaharuan sektor kesihatan berkembang di rantau Asia Timur adalah melibatkan Korea Selatan. Kajian terhadapnya didapati antara lain telah dilakukan oleh (Lee, 2003; Song, 2009; Jones, 2010).

Pengkajian terhadap perkembangan pembaharuan sektor kesihatan di negara-negara di rantau Asia Tenggara juga didapati giat dilaksanakan. Misalnya, aspek pembaharuan kesihatan di Malaysia telah dikaji oleh (Merican & Yon, 2002; Shepard, 2002; Noh, 2011; Sebastian et al., 2016; Rasiah, Tumin, Hamid & Ndoma, 2017). Pembaharuan sektor kesihatan turut didapati pesat berlangsung di lain-lain negara di rantau ini. Misalnya di Thailand kajian mengenainya didapati giat dilakukan oleh Tangcharoensathien, Supachutikul dan Lertiendumrong (1999), Pannarunothai, Patmasiriwat dan Srithamrongsawat (2004), Damrongplasit dan Melnick (2009), Hanvoravongcha (2013) dan Kuhonta (2017).

Manakala di Singapura pula Hsiao (1995) serta Schreyogg dan Kin (2004) meneliti pembaharuan terhadap *Medical Savings Account*. Manakala Jan et al. (2017) dan Lee et al. (2018) pula meneliti kontroversi pelaksanaan skim insurans kebangsaan di Taiwan dan merujuk negara Singapura sebagai salah satu kajian kes bagaimana Taiwan harus belajar darinya. Di negara Vietnam pula kajian mengenainya telah dilakukan oleh Ekman et al. (2008), Forsberg (2011) dan Ramesh (2013). Manakala di Indonesia pula didapati kajian berkaitan telah dilaksanakan antaranya oleh Sparrow et al. (2017), Habibie dan Jung (2016) dan Pisani, Olivier Kok dan Nugroho (2017).

Malahan, pembaharuan sektor kesihatan juga didapati berlaku di negara-negara Islam di Asia Barat dan Afrika Utara serta negara-negara di Asia Tengah. Antaranya adalah

University of Malaya

sebagaimana kajian yang dilaksanakan di negara Asia Tengah meliputi negara Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan, Turkmenistan dan Uzbekistan oleh McKee, Healy dan Falkingham (2002). Kajian terhadap proses yang sama di negara-negara yang sama didapati turut menarik minat Borowitz dan Atun. (2006). Penelitian di negara-negara Islam di rantau ini seperti Iran telah dilakukan oleh Moradi dan Vosoogh-Moghaddam (2015) dan Heshmati dan Joulaei (2016), Mesir (Abdelkader, 2014), Arab Saudi (Alkhamis, Hassan & Cosgrove, 2014) dan Turki (Aktan, Pala & Ilhan, 2014; Jadoo et al., 2014; Atun et al., 2014; Kacak, Ozcan & Kavuncubasi, 2014).

Sebagaimana disebutkan pada awal Bab ini betapa pembaharuan yang dilakukan ini menerima pelbagai pandangan dari pelbagai pihak, termasuklah kumpulan masyarakat madani. Misalnya di Amerika Latin, peranan kumpulan masyarakat madani serta respon mereka terhadap pembaharuan sektor kesihatan yang dilancarkan kerajaan telah dikaji antaranya oleh Weyland, (1995); Solimano dan Isaacs, (1999); Maupin, (2009); Fleury, (2011) dan Martinez dan Kohler, (2016).

Di Amerika Syarikat pula penelitian dalam hal melibatkan peranan kumpulan masyarakat madani dalam isu pembaharuan sektor kesihatan telah dibincangkan antaranya oleh Hoffman (2008). Di Kanada pula perbincangan antara lain dilakukan oleh Armstrong (2001) dan Deber (2003). Manakala di benua Eropah, perbincangan antara lain telah dilakukan oleh Ham (1991), Belien (1996), Saltman, Figueras dan Sekallarides (1998) dan Maarse dan Jeun (2016).

Lain-lain kajian didapati dilakukan oleh Sabi dan Rieker (2017) di Afrika, Rechel et al. (2012) dan Brinkerhoff (2002) di Asia Tengah. Negara di Asia Tenggara pula menyaksikan beberapa kajian telah dilakukan di Malaysia oleh Chee dan Barraclough (2007), Barraclough dan Lit (2011), Chee dan Hong (2014) dan Rasiah et al. (2017). Hoang (2013) misalnya meneliti peranan kumpulan masyarakat madani dalam

University of Malaya

menangani penyakit *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) di Vietnam. Pengkajian yang sama melibatkan peranan masyarakat madani di Thailand dalam sektor kesihatan turut dilakukan oleh Ford et al. (2009) dan Rosenquist, Gelichenko dan Ravensoff (2013). Manakala Hughes dan Leethongdee (2007) pula meneliti peranan kumpulan ini dalam soal pelaksanaan sistem pembiayaan kesihatan untuk mencapai liputan menyeluruh di Thailand menerusi skim 30 Baht.

Peranan kumpulan masyarakat madani juga terdapat di Australia dengan kajian antara lain dilakukan oleh Lofgren, Leahy dan de Leeuw (2011). Kajian berkaitan penglibatan masyarakat madani dan pembaharuan kesihatan turut dibincangkan antaranya oleh (Baum, 1997; Jareg & Kaseje, 1998; Lethbridge, 2009; Giarelli, Annandale & Ruzza, 2014; Smith, Busse & Gordon, 2016). Kajian empirikal berkaitan akan dibincangkan dalam Bab 2.

1.8 Kepentingan Kajian

Terdapat enam kepentingan kajian ini iaitu:-

a) Secara amnya kajian ini sebagaimana kajian diperingkat PhD yang lain berpotensi meningkatkan korpus ilmu berkaitan peranan dan kegiatan kumpulan masyarakat madani di Malaysia, khusus dalam isu berkait dengan pembaharuan sektor kesihatan. Dengan perkataan lain, melalui kajian ini juga diharapkan penemuan-penemuan yang dilakukan oleh penyelidik sebelumnya akan dapat menambahkan kekayaan ilmu dengan memanfaatkan kajian-kajian sebelum ini. Antara kajian tersebut adalah yang dilakukan oleh Barraclough dan Chee (2007), Khoon (2000; 2003; 2010), Barraclough dan Kit (2011), Hong (2011), Rasiah, Wan Abdullah dan Tumin (2011), Mohamed dan Tumin (2014), Chee dan Hong (2014) dan Rasiah et al. (2017). Kajian ini diharap akan dapat menambahkan lagi khazanah ilmu yang sediada di negara ini

University of Malaya

khususnya melibatkan peranan dan dinamika masyarakat madani dan pentadbiran awam di Malaysia;

b) Isu-isu seperti peningkatan kos, kualiti perkhidmatan, akses, ekuiti, kemampuan kewangan dan penghijrahan kakitangan ini penting kerana ia memberi implikasi kepada rakyat. Dari kajian ini pembaca akan dapat melihat bagaimanana kerajaan mengambil tindakan tertentu untuk mengatasi masalah ini seperti melaksanakan dasar penswastaan dan komersialisasi dalam perkhidmatan kesihatan, mencadangkan perubahan terhadap sistem pembiayaan kesihatan ataupun memperkenalkan program khusus bagi mengatasi masalah penghijrahan kakitangan. Kajian ini juga berpotensi untuk memberi ruang kepada kumpulan masyarakat madani memahami bagaimanakah gerakan dan tindakan yang berkesan dalam mengetengahkan isu-isu samada kepada pihak pemerintah mahupun rakyat. Selain itu dapatan dari kajian ini juga diharap dapat membantu menyediakan input kepada pihak berkepentingan terutama dalam usaha memahami secara lebih jelas bagaimana masyarakat madani beroperasi dan bekerja. Diharapkan kajian ini dapat memberikan manfaat yang lebih menyeluruh bukan sahaja kepada pihak kerajaan atau pun organisasi itu sahaja, tetapi juga rakyat;

c) Sebahagian besar kajian-kajian mengenai Pertubuhan Bukan Kerajaan (PBK), kumpulan masyarakat madani dan gerakan sosial di negara ini tidak banyak memberi secara khusus mengenai kegiatan kaunter-hegemoni. Dengan memahami kegiatan GMPPK yang cenderung menggunakan pendekatan ini diharapkan ianya dapat membantu pihak berkepentingan untuk meneliti bagaimana pendekatan ini digunakan dan kesannya terhadap penggubalan polisi negara;

d) Kajian ini akan dapat memberikan perspektif baharu terhadap aplikasi Perkhidmatan Awam Baru dalam pentadbiran awam di Malaysia. PeAB sebagai suatu pendekatan dalam pentadbiran awam memberikan penekanan kepada perubahan

University of Malaya

paradigma dikalangan penjawat awam dalam menjalankan tugas dan peranannya. Penglibatan dan penyertaan masyarakat, komuniti dan masyarakat madani yang menjadi tema PeAB dengan pentingnya mewujudkan nilai awam berbanding nilai perniagaan yang selama ini menunjangi pentadbiran awam di negara ini di bawah PAB diharap dapat diselarikan kembali. Dengan ini ianya diharap dapat memberikan manfaat bukan sahaja kepada negara dan pentadbiran awam, tetapi lebih penting kumpulan masyarakat;

e) Signifikan kajian ini yang seterusnya adalah diharapkan akan dapat memberikan manfaat secara langsung khasnya kepada organisasi masyarakat madani itu sendiri. Dapatan kajian yang diperolehi akan dapat dapat memberikan input berguna kepada mereka dalam memahami dengan lebih jelas konteks dan dinamika peranan mereka dalam menyuarakan kepentingan masyarakat secara lebih berkesan. Ini amat penting agar peranan organisasi ini dalam masyarakat benar-benar dirasai serta mempunyai signifikannya; dan

f) Kajian ini adalah bertujuan untuk menganalisis dinamika kumpulan masyarakat madani yang bersifat konfrontasi dengan kerajaan dalam isu-isu pelaksanaan pembaharuan sektor kesihatan di Malaysia. Justeru, penelitian dan pengkajian terhadap peranan kumpulan seumpama ini dalam proses penggubalan dasar awam diharap dapat membantu memberikan input-input baru yang lebih kritikal dan diluar "kotak" kepada pihak kerajaan. Ini diharapkan akan membantu para penggubal dasar untuk melihat sesuatu isu dalam perspektif yang berbeza. Selain daripada ianya merupakan satu usaha kearah mewujudkan suatu kerangka kerjasama lebih baik antara kumpulan masyarakat madani dan pihak kerajaan pada masa hadapan, kajian ini juga diharap memberi signifikan kepada pegawai di sektor awam memahami dinamika dan gerakan masyarakat madani secara lebih terbuka. Diantara aktor penting dalam proses

University of Malaya

penggubalan dasar kesihatan seperti Kementerian Kesihatan, Unit Perancang Ekonomi, Kementerian Kewangan dan lain-lain dijangkakan mendapat manfaat dari kajian ini.

Tidak dapat dinafikan bahawa kajian melibatkan peranan dan dinamika kumpulan masyarakat madani dalam isu pembaharuan sektor kesihatan di Malaysia telah ada dilakukan oleh beberapa pengkaji sebagaimana dinyatakan diatas. Namun begitu, pengkajian yang secara spesifik menyentuh secara mendalam kegiatan dan aktiviti salah satu daripada kumpulan masyarakat madani yang menggunakan pendekatan kaunter-hegemoni secara mendalam seperti dilakukan oleh GMPPK didapati masih kurang. Jika ada pun ianya dikaji bersama-sama dengan kumpulan-kumpulan masyarakat madani yang lain. Disamping itu, salah satu daripada isu yang diberikan tumpuan menerusi kajian ini iaitu Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh (PPBP) juga didapati agak kurang dikaji. Justeru dengan menyedari bahawa masih terdapat jurang disitu, maka demikianlah tesis dengan fokus khusus terhadap GMPPK mendapat motivasi untuk dikaji.

1.9 Batasan Kajian

Seterusnya kajian ini juga tidak terhindar daripada batasan. Kajian ini secara khusus menfokuskan pendekatan kaunter-hegemoni yang dipegang oleh kumpulan masyarakat madani seperti GMPPK dalam melaksanakan peranan dan kegiatannya. Manakala dua lagi pendekatan yang lazim diambil kumpulan masyarakat madani dalam berinteraksi dengan negara iaitu modal sosial dan berteraskan komuniti tidak disentuh secara meluas, meskipun pada masa bersesuaian akan dibincangkan secara sepintas lalu. Ini adalah kerana pendekatan ini didapati tidak diamalkan secara meluas oleh GMPPK. Selain itu skop penelitian dalam kajian ini juga terhad kepada aspek demokrasi subtantif dan demokrasi prosedural serta elemen PeAB semata-mata. Justeru, ianya mungkin

University of Malaya

hanya menampakkan sebelah sisi sahaja dan tidak mampu menonjolkan sisi-sisi pendekatan diambil kumpulan masyarakat madani secara menyeluruh.

Batasan kedua adalah melibatkan pendekatan digunakan dalam kajian ini iaitu kajian kes secara tunggal. Kajian kes seumpama ini dipilih adalah untuk memastikan perincian dapat dicapai serta menambahkan khazanah ilmu terutama melibatkan kumpulan masyarakat sivil, dari kelompok Kiri Baru (KB) dalam isu kesihatan. Namun, kemungkinan disebabkan secara tunggal, perbandingan terhadap lain-lain kumpulan masyarakat madani tidak dapat dilakukan.

1.10 Penstrukturan Tesis

Tesis ini dibahagikan kepada lapan bab. Dalam Bab 1, dibincangkan mengenai dasar kesihatan dan PeAB, pernyataan masalah, soalan dan objektif kajian, skop dan takrif umum masyarakat madani. Selanjutnya adalah diteliti secara umum penglibatan serta peranan kumpulan masyarakat madani dalam aspek pembaharuan sektor kesihatan, kepentingan, batasan kajian dan penstrukturan tesis.

Bab 2 pula akan meneliti beberapa aspek meliputi teori, konsep dan kajian empirikal melibatkan pembaharuan sektor kesihatan dan masyarakat madani. Perincian akan dilakukan melibatkan teori-teori pentadbiran awam iaitu khususnya Perkhidmatan Awam Baru, teori masyarakat madani, pendekatan interaksi masayarakat madani-negara meliputi kaunter-hegemoni, modal sosial dan juga berteraskan komuniti. Teori demokrasi substantif dan demokrasi prosedural juga disentuh secara umum. Penelitian terhadap pembaharuan sektor kesihatan, pelaksanaannya dan perincian secara empirikal melibatkan peranan kumpulan masyarakat madani dalam pembaharuan sektor kesihatan akan disentuh diakhir bab.

University of Malaya

Bab 3 pula memfokuskan perbincangan terhadap metodologi yang digunakan dalam kajian ini dengan beberapa aspek disentuh seperti justifikasi pemilihan paradigma penyelidikan dan justifikasi penggunaan kaedah kajian kes. Diakhir bab ini perbincangan akan difokuskan terhadap aspek strategi pengumpulan dan analisis data.

Bab 4 pula akan mengupas secara ringkas perkembangan masyakarat madani dalam isu kesihatan di Malaysia sejak era pra kemerdekaan sehingga ke tahun 2016. Selanjutnya bab ini memperincikan latar belakang dan profil GMPPK. Perkara-perkara yang disentuh adalah sejarah penubuhan, kecenderungan ideologi dan keanggotaan, strategi dan jaringan kerja kekangan dan juga isu-isu lain dalam sektor kesihatan yang diperjuangkan oleh Gabungan.

Tiga bab analitikal yang berikutnya menumpukan perhatian terhadap dapatan, analisis dan perbincangan mengenai peranan dan kegiatan yang dimainkan oleh pihak Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK) dalam isu pembaharuan sektor kesihatan di Malaysia. Tiga isu utama yang mendapat perhatian utama pihak GMPPK akan dianalisis dan dibincangkan. Setiap Bab yang berkenaan akan secara spesifik menganalisis tentang apakah isu-isu berbangkit dalam pembaharuan sektor kesihatan yang menjadi keprihatinan pihak Gabungan. Selanjutnya, penelitian akan dilakukan terhadap faktor bantahan, aktiviti dan strategi yang dimanfaatkan GMPPK dalam mengetengahkan bantahan berkenaan. Perincian juga turut dilakukan meliputi tindakbalas dan respon dari pihak kerajaan terhadap isu-isu berkaitan.

Berlatarbelakangkan landskap dan premis yang sama, penghuraian bagi setiap bab ini akan dilakukan menerusi tiga komponen yang berbeza. Bab 5 akan memfokuskan isu penswastaan dan komersialisasi perkhidmatan kesihatan, diikuti Bab 6 melibatkan cadangan untuk melaksanakan pembaharuan dalam sistem pembiayaan kesihatan dan

University of Malaya

Bab 7 menumpukan kepada pelaksanaan program Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh (PPBP) di hospital kerajaan.

Bab 8 membentangkan ringkasan terhadap dapatan kajian, isu-isu relevan dalam pembaharuan sistem kesihatan, sumbangan kepada teori dan cadangan penyelidikan kajian pada masa akan datang akan turut disentuh.

.

University of Malaya

BAB 2: SOROTAN KAJIAN TERDAHULU: TEORI DAN KONSEP

2.1 Pengenalan

Bab ini dimulakan dengan penelitian terhadap komponen teoritikal dan konseptual. Ianya penting bagi memahami kaitan yang wujud di antara elemen pentadbiran awam dan juga peranan serta dinamika kumpulan masyarakat madani dalam penggubalan dan pelaksanaan sesuatu dasar awam (dasar awam dalam konteks kajian ini adalah melibatkan dasar kesihatan). Penelitian dari segi teori dimulai dengan memfokuskan kepada salah satu teori dalam pentadbiran awam iaitu Perkhidmatan Awam Baru (PeAB). Ini diikuti dengan teori dan konsep masyarakat madani. Ianya dilakukan dengan meneliti tiga pendekatan lazim diambil kumpulan ini dalam berinteraksi dengan negara iaitu secara konflik atau kaunter-hegemoni, diikuti secara perundingan atau modal sosial dan juga berteraskan komuniti.

Perbincangan turut dilakukan terhadap konsep demokrasi substantif dan demokrasi prosedural memandangkan ianya mempunyai kaitan langsung dengan tesis ini. Kemudian, ianya diteruskan dengan meneliti pembaharuan sektor kesihatan melibatkan definisi, skop, tahap dan aspek pelaksanaan di peringkat global dan Malaysia. Akhir sekali, perincian dilakukan terhadap kajian-kajian empirikal yang lepas, khusus melibatkan peranan serta dinamika kumpulan masyarakat madani dalam pembaharuan sektor kesihatan.

2.2 Perkhidmatan Awam Baru dan Masyarakat Madani

2.2.1 Perkembangan Pentadbiran Awam

Pentadbiran awam telah melalui suatu perkembangan sejarah yang panjang sejak era Yunani, Rom, Islam sehinggalah ke era moden. Pentadbiran awam sebagai satu disiplin ilmu mencapai suatu tahap kemajuan yang tinggi apabila ianya diberikan perhatian khusus oleh para sarjana di benua Eropah dan Amerika Syarikat. Di Eropah misalnya,

University of Malaya

pentadbiran awam tradisional banyak dipengaruhi oleh Weber dengan teori birokrasi yang diperkenalkan beliau. Perkembangan pentadbiran awam tradisional terus berkembang pesat di Amerika Syarikat menerusi sumbangan oleh Woodrow Wilson (1887) (terkenal dengan dikotomi antara politik-pentadbiran), Frederick W. Taylor (1914) (pengurusan saintifik), Luther Gullick (1937) (*Planning, Organizing, Staffing, Directing, Coordinating, Reporting dan Budgeting* atau lebih terkenal dengan akronim POSDCORB) dan Herbert Simon (1983; 1997) (konsep tingkah laku, keputusan dan organisasi).

Walau bagaimanapun, didapati model pentadbiran awam tradisional tidak terkecuali menerima kritikan. Ianya antara lain dibincangkan oleh ramai sarjana seperti Dunleavy dan Hood (1994) dan Sarker (2006). Antara yang diketengahkan adalah kegagalannya untuk bersifat anjal serta responsif terhadap persekitaran. Selain itu, model ini turut didakwa gagal dalam menangani pelbagai kehendak dan permintaan rakyat yang semakin kompleks.

Justeru, situasi ini menyebabkan satu aliran baru dalam pentadbiran awam yang dikenali sebagai Pengurusan Awam Baru (PAB) diperkenalkan. Dalam hal ini, didapati pelbagai terminologi telah digunakan sebagai merujuk kepada model ini. Antaranya adalah *managerialism* (Pollitt, 1993); *new public management* (Hood, 1991); *market-based public administration*; *post-bureaucratic paradigm* (Barzelay, 2001) atau *entrepreneurial government* (Osborne & Gaebler, 1993). Meskipun menggunakan pelbagai istilah, namun falsafah utamanya adalah sama iaitu merujuk kepada suatu ideologi yang berasaskan kepada aplikasi dan amalan di sektor swasta yang dibawa masuk untuk diaplikasikan di sektor awam (Hood, 1991).

Disebalik kelebihannya, terdapat beberapa kekhuatiran telah dikaitkan dengan PAB. Perkara mengenainya telah diwacanakan menerusi suatu simposium berkaitan

University of Malaya

kepimpinan, demokrasi dan pengurusan awam anjuran jurnal *Public Administration Review* pada tahun 2000. Dalam simposium tersebut beberapa orang sarjana telah menulis dan menghujahkan cabaran-cabaran yang dihadapi PAB. Antara cabaran tersebut adalah percanggahan yang wujud dalam pergerakan itu sendiri sebagaimana dikemukakan oleh Fox (1996). Isu berkait dengan aspek nilai yang dipromosikan didalamnya sepertimana dihujahkan oleh deLeon dan Denhardt (2000), Frederickson (1996) dan Schachter (1997) juga digunakan sebagai antara hujah bagi mengkritik PAB.

PAB turut dikritik kerana mewujudkan ketegangan antara penekanan terhadap desentralisasi dalam pasaran dan keperluan untuk koordinasi didalam sektor awam (Peters & Savoie, 1996). Carroll dan Lynn (1996) pula membangkitkan tentang peranan dan hubungan antara cabang eksekutif dan legislatif. Manakala McCabe dan Vinzant (1999) pula mengutarakan implikasi penswastaan yang merupakan teras dalam PAB terhadap nilai demokrasi dan kepentingan awam. Kritikan seterusnya adalah sebagaimana dikemukakan oleh Terry (1993, 1998) yang menghujahkan bahawa konsep utama PAB iaitu *entepreneurship* atau *neomanagerialism* mengancam dan merendahkan demokrasi serta nilai asas perlembagaan seperti keadilan, kesaksamaan, perwakilan dan penyertaan. Kritikan terhadap PAB juga boleh diteliti menerusi hasil kerja oleh Mathiassen (1999), Dunleavy, Margetts, Bastow dan Tinkler (2006) dan O'Flynn (2007).

Leland dan Smirnova (2009), Lenkowsky dan Perry (2000), Moynihan (2006) serta Thompson (2000) juga mengkritik PAB kerana gagal untuk mencapai tahap kecekapan dan keberkesanan sebagaimana yang diharapkan. Sebagaimana dihujahkan oleh Van Slyke (2003) dan Williams (2000), PAB didakwa sebagai terpisah di antara teori dan amalan. Kritikan juga turut melibatkan aspek pengabaian terhadap akauntabiliti kepada

University of Malaya

warganegara dan masyarakat madani (Eikenberry & Kliver, 2004; Kelly, 2005; Romzek & Johnston, 2005).

Kelemahan PAB turut mendapat perhatian Dernhardt dan Dernhardt (2000). Kedua-duanya mengkritik PAB kerana model ini didakwa melihat objek utama kerajaan iaitu rakyat sebagai pelanggan berbanding warganegara. Dalam konteks ini, Denhardt dan Denhardt (2000) telah menyenaraikan tujuh perkara dalam kritikannya terhadap PAB. Ianya adalah seperti berikut: (a) PAB lebih menumpukan aspek untuk berkhidmat kepada "pelanggan" berbanding "warganegara"; b) kepentingan awam sepatutnya adalah matlamat berbanding hasil atau produk; c) sepatutnya meletakkan kepentingan warga berbanding semangat keusahawanan; d) pemikiran strategik dan tindakan demokratik; e) tanggungjawab bukanlah mudah; f) berkhidmat, bukan memandu semata-mata; dan g) meletakkan kepentingan yang utama kepada rakyat, bukan hanya kepada aspek produktiviti.

2.2.2 Perkhidmatan Awam Baru: Matlamat dan Fokus

Justeru, setelah mengambilkira kritikan-kritikan ini serta sebagai alternatif kepada pentadbiran awam agar lebih memberikan penekanan kepada warganegara dan masyarakat, maka suatu model baru iaitu Perkhidmatan Awam Baru (PeAB) telah diperkenalkan oleh Dernhardt dan Dernhardt (2000).

Matlamat utama PeAB adalah bagi menangani permasalahan yang tercetus dari PAB khususnya dari segi pendekatan terhadap matlamat sebenar sebuah kerajaan dan sektor awam. PeAB adalah bertujuan untuk memastikan "*core questions about the nature of public service, the role of administration in governance and the value tensions surrounding bureaucracy, efficiency, responsiveness and accountability*" (Dernhardt & Dernhardt, 2015: 664). Keutamaan PeAB adalah menjurus kepada orientasi sivik terhadap prinsip pasaran dalam sektor awam. Selanjutnya, PeAB menekankan aspek

University of Malaya

nilai awam, iaitu suatu terminologi yang mula diperkenalkan oleh Moore (1995) dari Kennedy School of Government, Universiti Harvard.

Sebagaimana ditegaskan oleh Dernhardt dan Dernhardt (2000), rakyat, komuniti dan masyarakat madani adalah merupakan fokus utama didalam PeAB. Penciptaan nilai awam dalam PeAB antara lain termasuklah galakan yang diberikan kepada kelompok masyarakat madani dan rakyat untuk terlibat secara langsung kearah penggubalan dasar dan sekaligus bersama-sama mencapainya. Ini menunjukkan elemen demokrasi substantif mendapat tempat yang istimewa dalam PeAB. Ini bermakna PeAB berpegang teguh kepada penglibatan yang tulin dari rakyat (termasuklah masyarakat madani) dalam proses politik dan dasar awam negara. Ianya disarankan untuk dilakukan dengan memberikan tempat dan wadah kepada masyarakat diperingkat komuniti untuk bersama-sama terlibat membuat keputusan. Didapati skop dan pendekatan dengan rakyat didapati lebih luas didalam PeAB berbanding PAB yang fokus kepada elemen kecekapan. PeAB sebaliknya lebih fokus kepada aspek kebertanggungjawaban demokratik dan penyertaan warganegara.

Penglibatan dengan masyarakat madani menerusi PeAB akan dapat dicapai menerusi suatu proses dikenali sebagai urustadbir secara berunding dimana polisi dan keputusan pentadbiran dicapai secara konsensus berasaskan perbincangan antara rakyat dan pegawai kerajaan, pakar polisi, ahli perniagaan dan lain-lain pihak berkepentingan (Theodoulou & Roy, 2016). Dibawah PeAB, rakyat dan masyarakat madani dilayan sebagai pihak berkepentingan yang mempunyai peranan secara langsung dalam mengenalpasti permasalahan dan membantu mencari jalan penyelesaian.

2.2.3 Perkhidmatan Awam Baru: Asas Teori dan Model

Sebagaimana model pentadbiran awam tradisional dan PAB, PeAB juga berpaksikan kepada beberapa teori serta model yang menjadi amalan oleh pengurus awam

University of Malaya

(Denhardt, 1993; Denhardt & Denhardt, 1999). Dalam hal ini, PeAB banyak dipengaruhi oleh hasil kerja Waldo (1948) dalam aspek teori pentadbiran awam serta hasil kerja Wolin (1960) bagi teori politik. Pun demikian, Denhardt dan Denhardt (2000) dalam membincangkan asas dan akar kepada PeAB itu dengan mengambilkira tiga teori dan model utama iaitu, teori kewarganegaraan demokrasi, kedua, model komuniti dan masyarakat madani dan ketiga adalah teori wacana dan kemanusiaan organisasi. Perincian ringkas bagi menerangkan hubungkait ketiga-tiga teori dan model ini yang menjadi tulang belakang kepada PeAB adalah seperti berikut:-

a) Teori Kewargangeraan Demokrasi

Dernhardt dan Dernhardt (2000) telah meneliti pandangan yang dikemukakan oleh Sandel (1996). Pandangan tersebut antara lain mencadangkan bahawa suatu model yang melibatkan hubungan antara negara dan rakyat hendaklah berasaskan kepada kewujudan sebuah kerajaan yang menjamin kebebasan dalam membuat pilihan dikalangan rakyatnya. Pilihan ini pula hendaklah selari dengan kepentingan peribadi mereka. Ini misalnya dilaksanakan menerusi beberapa pendekatan seperti hak mengundi dan hak asasi manusia.

Meskipun pandangan Sandel (1996) ini didapati mempunyai persamaan dengan model PAB (lihat Kamensky, 1996), namun Sandel telah menawarkan suatu pandangan alternatif berkait dengan kewarganegaraan demokrasi. Pandangan tersebut adalah bilamana rakyat sewajarnya didapati mempunyai peranan yang lebih aktif untuk terlibat dalam aspek urustadbir. Disini, setiap warga meletakkan kepentingan umum melebihi kepentingan diri, serta mengambilkira perspektif yang lebih luas dan bersifat jangka panjang yang memerlukan pengetahuan mengenai pentadbiran awam. Sandel (1996: 5-6; lihat juga Schubert, 1957) memberikan penekanan kepada lahirnya suatu komuniti

University of Malaya

yang mementingkan aspek kebersamaaan dan prihatin, serta meletakkan nilai moral komuniti sebagai antara yang utama.

Ini didapati konsisten dengan pandangan oleh King dan Strivers (1998) yang memberikan penegasan bahawa pentadbiran awam wajar melihat rakyat bukan sebagai "pelanggan", sebagaimana perspektif PAB, sebaliknya rakyat hendaklah dilihat sebagai warganegara. PeAB merupakan model pentadbiran awam yang memberikan penekanan terhadap aspek kewarganegaraan dan demokrasi dengan penyertaan rakyat secara aktif dalam proses pentadbiran negara amat dititikberatkan (Barber, 1984; Mansbridge, 1990; Mansbridge, 1992; Pateman, 1970; Sandel, 1996). Matlamat unggul PeAB adalah untuk memastikan wujud kepercayaan dikalangan warganegara kepada negara.

b) Model Komuniti dan Masyarakat Madani

Idea terhadap komuniti dan kesopanan didapati mula diberikan perhatian oleh pelbagai pihak, khususnya di Amerika Syarikat. Ini dilakukan dengan mengambilkira bahawa ianya merupakan antara komponen yang didapati tidak diberikan perhatian sebelum ini. Komuniti dilihat sebagai unit penting kepada elemen perpaduan dan sintesis (Bellah et al., 1985, 1991; Etzioni, 1988, 1995; Gardner, 1991; Selznick, 1992). Malah, dalam konteks pentadbiran awam, usaha kearah mewujudkan suatu komuniti telah tergambar menerusi peranan kerajaan, khususnya di peringkat kerajaan tempatan. Justeru, ianya adalah berkait dengan fokus kearah menyediakan suatu institusi pengantaraan yang berupaya melahirkan kelompok warganegara yang mampu memelihara kepentingan mereka.

Melihat kepada tradisi negara Amerika Syarikat, sebagaimana yang diketengahkan oleh Putnam (1995), ianya bergantung kepada kewujudan warga yang terlibat secara aktif dalam pelbagai kumpulan, persatuan dan juga unit kerajaan. Secara kolektif, kumpulan kecil ini membentuk apa yang dikenali sebagai masyarakat madani dimana

University of Malaya

setiap individu hendaklah menterjemahkan kepentingan diri mereka dalam konteks yang lebih besar, iaitu dalam perspektif komuniti. Hanya dengan ini maka rakyat dapat melibatkan diri dalam pelbagai bentuk program seperti dialog dan perbincangan yang merupakan asas penting dalam membina komuniti dan menyuburkan demokrasi. Ianya didapati selari dengan pandangan King dan Strivers (1988) bahawa kerajaan boleh memainkan peranan yang kritikal dan penting dalam mencipta, membantu dan menyokong perhubungan antara warganegara dengan komuniti.

c) Teori Wacana dan Kemanusiaan Organisasi

Marini (1971) menulis bahawa ahli teori pentadbiran awam yang dikaitkan dengan teori pentadbiran awam yang radikal diakhir tahun 1960an dan 70an telah bersama-sama dengan rakan-rakan dari lain-lain disiplin mencadangkan bahawa pendekatan hierarki tradisional dalam organisasi sosial dan pendekatan positivis terhadap sains sosial yang digunakan dalam organisasi adalah saling menguatkan antara satu sama lain. Sebelum itu, mereka secara bersama mengkritik birokrasi dan positivism, yang kemudian membawa kepada usaha bagi mencari pendekatan alternatif terhadap pengurusan dan organisasi serta penerokaan pendekatan baru dalam permerolehan pengetahuan. Ini antara lain termasuklah teori intepretatif (untuk contoh lihat Harmon, 1981), teori kritikal (Denhardt, 1981) dan *postmodernism* (Farmer, 1995; Fox & Miller, 1995; McSwite, 1997; Miller & Fox, 1997).

Pendekatan-pendekatan ini telah mengubah organisasi awam kepada suatu bentuk baru yang kurang didominasi oleh autoriti dan kawalan. Sebaliknya ia lebih kepada usaha untuk memenuhi keperluan dan lebih prihatin kepada pekerja didalam organisasi awam dan juga yang diluar, terutama rakyat. Intipati utama adalah urustadbir hendaklah berasaskan kepada kejujuran dan perbincangan terbuka dikalangan semua pihak yang terlibat, termasuklah rakyat dan pentadbir. Sungguhpun dikalangan ahli teori

University of Malaya

pascamoden pentadbiran awam adalah agak skeptikal terhadap penyertaan awam, namun terdapat suatu persefahaman bahawa dialog awam adalah sesuatu yang diperlukan dalam usaha untuk mengukuhkan birokrasi awam dan memelihara legitimasi pentadbiran awam. Pandangan ini didapati setara dengan PeAB.

Ringkasan terhadap penerangan teori dan idea utama yang mendasari PeAB adalah sebagaimana ditunjukkan dalam (Jadual 2.1) dibawah:-

Jadual 2.1: Teori dan Model Utama Perkhidmatan Awam Baru

Idea Utama	Penerangan	Sarjana
Teori Kewarganegraan	Prihatin terhadap penglibatan warganegara dengan melihat hubungan kerajaan-rakyat. Warganegara harus dilihat dalam perspektif sebagai warganegara yang sebenar	Barber 1984; Mansbridge 1990; Mansbridge 1992; Pateman 1970; Sandel 1996; King & Stivers (1998)
Model Komuniti dan Masyarakat Madani	Peranan komuniti dan masyarakat madani dalam dialog dan pelbagai bentuk	Bellah et al. 1985, 1991; Etzioni 1988, 1995; Gardner 1991; Selznick 1992; Putnam 1995; King & Stivers 1998
Teori Wacana dan Kemanusiaan Organisasi	Penglibatan wacana dalam membincang dan menghuraikan perkara berkaitan kerajaan dan kepentingan umum	Marini 1971; Denhardt 1981; Farmer 1995; Fox & Miller 1995; McSwite 1997; Miller & Fox 1997

Sumber: Denhardt & Denhardt, 2000.

2.2.4 Perkhidmatan Awam Baru: Prinsip-Prinsip Utama

Perkhidmatan Awam Baru, sebagaimana yang diperincikan oleh Denhardt dan Denhardt (2000) adalah berpaksikan kepada tujuh prinsip utama. Perincian ringkas terhadap prinsip-prinsip ini adalah sebegaimana berikut:-

a) Prinsip pertama yang diketengahkan adalah “Berkhidmat, berbanding memandu”. Disini penekanan utama adalah melibatkan peranan asas yang dimainkan oleh kakitangan awam adalah untuk membantu meningkatkan kesedaran dikalangan rakyat terhadap kepentingan bersama sesuatu perkara. Ianya bermaksud kakitangan awam tidak lagi hanya bertindak sebagai “pemandu”, sebaliknya

University of Malaya

memainkan peranan yang lebih ketara dalam memastikan rakyat lebih sensitif terhadap pengartikulasian terhadap sesuatu isu;

b) "Kepentingan awam adalah matlamat paling utama, dan bukan berkait dengan produk" merupakan prinsip kedua PeAB. Pentadbiran awam hendaklah mewujudkan ekosistem secara lebih efektif menerusi penglibatan kolektif dan perkongsian bersama terhadap meletakkan kepentingan awam sebagai matlamat paling utama. Objektif disini adalah bukan untuk mencari penyelesaian segera yang dipacu oleh pilihan individu, sebaliknya adalah berpaksikan kepada kepentingan dan tanggungjawab yang dikongsi secara bersama;

c) "Berfikir secara strategik, bertindak secara demokratik" merupakan prinsip PeAB yang ketiga. Kejayaan sesuatu pelaksanaan dasar itu bukan hanya terhad kepada tanggungjawab yang dilaksanakan oleh pihak kerajaan semata-mata. Sebaliknya bagi PeAB ianya merupakan tanggungjawab semua pihak yang berkepentingan, termasuk kumpulan masyarakat madani. Kerajaan dibantu pemimpin politik mampu memacu kumpulan komuniti untuk bersama-sama membantu menjayakan program dan dasar bagi memenuhi keperluan awam secara lebih efektif dan bertanggungjawab menerusi usaha secara bersama dan proses kolaborasi;

d) "Berkhidmat kepada warganegara, dan bukan pelanggan". Dalam prinsip yang keempat ini, PeAB mengiktiraf terdapat perbezaan diantara kerajaan dan warganegara serta perniagaan dengan pelanggan. Merujuk pengguna perkhidmatan awam sebagai seorang "pelanggan" sebagaimana yang digunakan oleh PAB didapati tidak sesuai, kerana ianya adalah suatu konsep yang diamalkan oleh entiti komersial atau perniagaan. Sebaliknya bagi PeAB, konteks pengguna dalam perkhidmatan awam adalah lebih luas skopnya. Justeru, bagi PeAB kepentingan awam itu adalah merupakan suatu hasil yang tercapai dari sesi dialog tentang nilai bersama yang dikongsi, berbanding kepentingan agregat individu.

University of Malaya

Oleh itu, penjawat awam tidak hanya memberikan fokus untuk memenuhi kehendak "pelanggan" tetapi lebih menekankan kepada usaha membina perhubungan serta kepercayaan dan kolaborasi dari rakyat;

e) Prinsip kelima adalah berkait dengan "Akauntabiliti itu bukan mudah". Penjawat awam hendaklah patuh kepada kehendak statutori perundangan dan perlembagaan, nilai masyarakat, norma politik, piawaian profesional dan kepentingan rakyat;

f) "Memberi nilai kepada manusia, bukan sekadar produktiviti" adalah prinsip keenam PeAB. Pendekatan yang diberikan penekanan oleh PeAB dalam menguruskan organisasi adalah kepentingan mengurus menerusi manusia. Kakitangan awam hendaklah dilayan dengan penuh hormat oleh pihak atasan. Mereka tidak sekadar dilayan berdasarkan kawalan dan struktur rigid (sebagaimana dalam model pentadbiran awam tradisional) atau peserta dalam pasaran (saranan PAB), tetapi sebaliknya adalah mereka yang penuh dengan motivasi serta sekelompok manusia yang bercita-cita untuk melakukan kelainan dalam hidup (Dernhardt, 1993; Perry & Wise, 1990; Vinzant, 1998); dan

g) Prinsip terakhir PeAB adalah "Memberi nilai kepada warganegara dan sektor awam melebihi keusahawanan". Disini kepentingan awam itu adalah lebih bermakna apabila kakitangan sektor awam dan warganegara komited untuk memberi sumbangan yang bermakna kepada masyarakat berbanding tingkah laku pengurus awam yang memberi fokus kepada aspek keusahawanan awam dalam menguruskan perkhidmatan awam, seolah-olah wang awam itu milik mereka.

2.2.5 Hubungkait PeAB dan Masyarakat Madani

Berdasarkan kepada perincian terhadap apa itu PeAB, serta nilai dan prinsip utama yang dipegang olehnya, maka suatu rumusan yang dapat dibuat disini adalah ianya merupakan suatu model pentadbiran awam yang menitik beratkan penglibatan dan

University of Malaya

penyertaan pelbagai kumpulan masyarakat. Dalam hal ini, bagi pendokong PeAB kakitangan awam itu tidaklah hanya berperanan untuk memandu pentadbiran itu semata-mata, malahan lebih penting adalah berkhidmat kepada rakyat, memandangkan rakyat merupakan "tuan punya" sebenar sesebuah negara. Justeru, sebagai "tuan punya" maka pandangan dan pendirian mereka amat penting untuk dilibatkan dalam sebarang penggubalan dan pelaksanaan dasar awam.

Justeru, peranan kumpulan masyakarat madani mengambil tempat. Seperti yang telah dinyatakan bahawa antara nilai utama yang menjadi asas kepada doktrin PeAB adalah berkait dengan nilai awam yang boleh diketengahkan kepada rakyat. Disini, kepentingan awam menjadi indikator paling utama dan untuk melakukannya ianya perlu berteraskan unsur-unsur seperti dialog, wacana dan perhubungan langsung antara kerajaan dan masyarakat yang lazimnya diwakili oleh pelbagai kumpulan masyarakat madani. Ini adalah merupakan suatu penghormatan kepada masyarakat madani bilamana PeAB didapati memberikan suatu tempat yang cukup penting dalam keterlibatan mereka dalam mentadbir negara. Justeru disinilah bagaimana teori dan amalan model PeAB didapati sejajar dengan fokus kajian ini yang meneliti tindakbalas GMPPK dalam isu pembaharuan sektor kesihatan di Malaysia.

2.3 Masyarakat Madani

2.3.1 Definisi dan Konsep

Idea dan konsep masyarakat madani khususnya di dunia Barat telah pun berkembang meliputi tempoh yang dianggarkan 2,500 tahun lamanya. Bermula dari era klasikal yang bermula dengan pemikiran orang-orang Greek seperti Socrates (470-399SM), Plato (428-348SM) dan Aristole (384-322SM), idea tentang masyarakat madani mula berkembang. Ini adalah selari dengan penegasan oleh Ehrenberg (2017) yang menyebut

University of Malaya

bahawa masyarakat madani itu dari segi konsepnya telah digunakan bagi menerangkan kegiatan masyarakat semenjak zaman Yunani dan Rom sejak ribuan tahun yang lampau.

Setelah kejatuhan tamadun Greek, ketamadunan Rom dan dominasi agama Kristian mula mengambilalih. Dalam era yang dikenali sebagai Zaman Pertengahan, pemikiran dari tokoh-tokoh seperti Saint Augustine (354-430M), Thomas Aquinas (1225-1274M), Alberto Magnus (1200-1280M), Martin Luther (1483-1546M) dan John Calvin (1509-1564M) telah berkembang. Ini kemudiannya diteruskan oleh sarjana dalam era Zaman Penaakulan dengan tokoh-tokoh utamanya adalah seperti Thomas Hobbes (1588-1546M) dan John Locke (1632-1704M).

Manakala dalam era Zaman Pencerahan, pemikiran terhadap konsep masyarakat madani disumbangkan antara lain oleh tokoh seperti Jean-Jacques Rousseau (1712-1778M), David Hume (1711-1776M), Adam Ferguson (1723-1816M), Adam Smith (1723-1790M) dan Immanuel Kant (1724-1804M). Pada abad kesembilan belas pula, sumbangan oleh sarjana seperti Georg Wilhelm Friedrixch Hegel (1770-1831M), Alexis de Tocqueville (1805-1859M), Karl Marx (1818-1883M) dan Antonio Gramsci (1891-1937M) didapati terserlah.

Melewati abad keduapuluh, tokoh-tokoh seperti John Rawls (1921-2002M), Ernest Gellner (1925-1995M) serta pemikir kontemporari yang masih hidup seperti John Ehrenberg (1944-), Francis Fukuyama (1952-) dan ramai lagi terus menyumbang dan mempengaruhi idea berkenaan konsep masyarakat madani.

Adalah didapati sukar untuk mencapai suatu konsensus mengenai definisi masyarakat madani dikalangan sarjana. Pelbagai sarjana didapati memberikan pelbagai tafsiran dan maksud terhadap konsep ini. Walau bagaimanapun, suatu yang jelas adalah bilamana masyarakat madani disepakati dari segi definisinya dikalangan sarjana sebagai

University of Malaya

suatu entiti yang terpisah dan berada di luar dari lingkungan negara. Definisi yang dibincangkan oleh beberapa orang sarjana digunakan disini bagi nenerangkan konsep masyakarat madani.

Diamond, Linz dan Lipset (1995:27) umpamanya mendefinisikan masyakarat madani dalam suatu konteks yang luas dan ianya termasuklah, "*the realm of organized social life that is voluntary, self-generating, (largely) self-supporting, autonomous from the state, and bound by a legal order or set of shared rules. It consists of a vast array of organizations, both formal and informal: interest groups, cultural and religious organizations, civic and developmental associations, issue-oriented movements, the mass media, research and educational institutions, and similar organizations.*" Menurut definisi ini masyarakat madani itu termasuklah kumpulan ekonomi, keagamaan, kekeluargaan dan kumpulan berkepentingan politik.

Sementara itu Stepan dan Van Oystaeyen (1988:3-4) mengambil pendekatan berbeza dalam mendefinisikan masyarakat madani. Beliau berpandangan bahawa masyarakat madani adalah, "*that arena where manifold social movements (such as neighborhood associations, women's groups, religious groupings, and intellectual currents) and civic organizations from all classes (such as lawyers, journalists, trade unions, and entrepreneurs) attempt to constitute themselves in an ensemble of arrangements so that they can express themselves and advance their interests.*" Menurut pandangan ini, persatuan politik juga turut dipertimbangkan sebagai sebahagian daripada masyarakat madani yang membentuk arena yang berasingan yang dipanggil "masyarakat politik". Stepan memberi tumpuan kepada ruang di mana inisiatif dan interaksi berlaku dan bukannya pada pelakon atau ejen yang terlibat.

Huber, Rueschmeyer dan Stephens (1993:73) pula mendefinisikan masyarakat madani dengan lebih ringkas sebagai ruangan awam yang dibezakan daripada negara,

University of Malaya

ekonomi, dan hubungan keluarga dan kaum. Kumpulan yang mempunyai tujuan ekonomi tidak mempunyai tempat dalam definisi ini, dan suatu set hubungan sosial yang luas juga dikecualikan, walaupun organisasi politik dimasukkan. Konsep asas bagi definisi ini adalah selari sebagaimana dicadangkan olehi Stepan iaitu ianya lebih tertumpu kepada aspek ruang berbanding bukan pelaku. Begitu juga, van Rooy dan Robinson (1998:30) mentakrifkan masyarakat madani sebagai "*the population of groups formed for collective purposes outside of the state and marketplace*".

Seterusnya, Linz and Stepan (1996: 7-8) memfokuskan masyarakat madani sebagai, "*self-organizing groups, movements and individuals, autonomous from the state*". Mereka turut memasukkan penunjuk perasaan yang bertindak secara individu didalam definisi ini, dengan fokus adalah terhadap aktor (seperti Diamond et al., 1995) (namun tidak seperti dicadangkan oleh Stepan, 1988) yang terlibat dalam transaksi sosial dan politik, berbanding ruang dimana transaksi itu berlaku. Manakala Cohen dan Arato (1994: ix) mendefinisikan masyarakat madani sebagai, "*is a sphere of social interaction between the economy and state, composed of actors and organisations that self-organized to advance collective goals*".

Perbincangan terhadap definisi masyarakat madani turut dilakukan oleh institusi antarabangsa. Misalnya, *World Bank* (2010) sebagaimana yang boleh diakses dari laman webnya iaitu www.worldbank.org telah mendefinisikan masyarakat madani sebagai berikut:-

> "*the wide array of non-governmental and not-for-profit organizations that have a presence in public life, expressing the interests and values of their members or others, based on ethical, cultural, political, scientific, religious or philanthropic considerations. Civil society organizations therefore refer to a wide array of organizations: community groups, NGOs, labour unions, indigenous groups, charitable organizations, faith-based organizations, professional associations, and foundations.*" (World Bank, www.worldbank.org)

University of Malaya

Satu lagi pertubuhan antrabangsa iaitu *The Organisation for Economics Co-operation and Development* (OECD) pula menggunakan definisi yang dibangunkan pada tahun 2007-2008 oleh *Advisory Group on CSOs and Aid Effectiveness*. Berdasarkan definisi tersebut, masyarakat madani dirujuk sebagai: "*all non-State, not-forprofit structures, non-partisan and non–violent, through which people organize to pursue shared objectives and ideals, whether political, cultural, social or economic*". Seterusnya, definisi yang khusus diberikan oleh *European Commission* terhadap kumpulan masyarakat madani adalah, "*CSOs are organisations that are non-governmental, generally not-for-profit and that pursue a common purpose for the public interest*" (2013:123).

The African Development Bank pula menerusi definisi rasmi yang dikeluarkan pada tahun 1999 mendefinisikan masyarakat madani itu sebagai, "*Civil society encompasses a constellation of human and associational activities operating in the public sphere outside the state. It is a voluntary expression of the interests and aspirations of citizens organized and united by common interests, goals, values or traditions, and mobilized into collective action either as beneficiaries or stakeholders of the development process. Though civil society stands apart from the state, it is not necessarily in basic contradiction to it, and both ultimately influence each other*" (AfDB, 1999: 6).

Mengambilkira perbincangan diatas, satu rumusan yang dapat dihasilkan adalah masyarakat madani itu merupakan suatu kumpulan masyarakat yang membentuk suatu perikatan dikalangan mereka, diluar dari kawalan negara dengan maksud dan tujuan untuk mencapai maksud dan matlamat tertentu, demi kepentingan kumpulan mereka.

2.3.2 Ciri-Ciri Masyarakat Madani

Antara contoh perbincangan mengenai ciri-ciri sebuah masyarakat madani ada dilakukan oleh Salamon dan Sokolowski (2004). Mereka bedua telah membahagikan

University of Malaya

ciri-ciri masyarakat madani kepada lima kriteria yang utama iaitu: 1) berorganisasi, 2) berbentuk persendirian, 3) tidak bermotif keuntungan, 4) mengawal diri sendiri dan 5) organisasi berbentuk sukarela.

Penerangan ringkas terhadap ciri-ciri ini adalah seperti berikut:-

i) Organisasi: ini bermakna bahawa mereka mempunyai struktur tertentu dan peraturan. Sama ada mereka berdaftar secara rasmi atau tidak itu tidak penting, asalkan mereka mempunyai beberapa aktiviti tetap seperti mengadakan mesyuarat, keanggotaan atau beberapa kerangka organisasi;

ii) Persendirian: ini menandakan bahawa mereka secara berasingan berpisah dari negara, walaupun mereka boleh menerima sesuatu;

iii) Tidak bermotif keuntungan: ini bermakna tujuan mereka bukanlah entiti bermotif komersial dan mereka tidak mengagihkan keuntungan kepada orang tertentu (pemegang saham, pengarah dan sebagainya). Ini bermakna jika sekalipun membuat keuntungan ianya akan dilabur semula bagi memenuhi misi mereka;

iv) Mengawal diri sendiri: ini bermakna bahawa mereka bebas dari samada dari firma perniagaan dan negara, yang bermaksud bahawa mempunyai kawalan penuh terhadap urusan mereka sendiri;

v) Sukarela: ini bermakna tiada siapa yang berkepentingan untuk menyertai atau menjadi ahli organisasi ini. Keahlian adalah hasil dari pilihan bebas yang bermaksud bahawa organisasi-organisasi ini sekurang-kurangnya sebahagiannya berdasarkan tindakan sukarela.

Lain-lain ciri masyarakat madani dapat diteliti menerusi definisi masyarakat madani yang dikemukakan oleh Waisman (2006:22) iaitu, "*Civil society is a slice of society, whose core is the web of voluntary associations that articulate interests and values, and*

University of Malaya

their system of interaction, as long as these units are not under the control of the state." Antara lain ianya menjelaskan beberapa ciri masyakarat madani iaitu ianya hendaklah bersifat sukarela, yang mengartikulasi kepentingan dan nilai hudup mereka menerusi suatu sistem berinteraksi yang diwujudkan, selagimana ianya tidak berada dibawah kekuasaan kerajaan atau negara.

2.3.3 Klasifikasi Masyarakat Madani

Seterusnya, perincian terhadap jenis atau klasifikasi masyarakat madani telah dilakukan oleh beberapa orang sarjana. Antaranya adalah sebagaimana yang ditunjukkan dalam (Jadual 2.2):-

Jadual 2.2: Klasifikasi Masyarakat Madani

Klasifikasi	Penerangan
Jenis organisasi	Ianya terdiri dari organisasi bersifat keagamaan, organisasi berasaskan komuniti asli, kesatuan sekerja dan persatuan sukan (Holloway & Beauclerk, 2006)
Tahap formaliti dan institusi	Diperkenalkan oleh Bratton (1989) meliputi tiga tahap iaitu berasaskan komuniti, kebangsaan dan antarabangsa
Peranan dari segi pembangunan dalam kerangka bantuan	Dipelopori oleh Elliot (1987) bagi membezakan antara PBK yang berorientasikan pembangunan, dengan apa yang beliau sifatkan sebagai berbentuk kebajikan, pembangunan atau pengupayaan.
Berdasarkan kumpulan pelanggan	Korten membahagikan masyarakat madani berasaskan kumpulan pelanggan mereka: organisasi berteraskan keahlian, organisasi sukarela, kontraktor sektor awam dan organisasi yang digerakkan kerajaan (Korten, 1987). Klasifikasi oleh Korten ini telah secara dramatik memperkenalkan beberapa akronim yang secara spesifik mencerminkan pelbagai kelompok masyarakat madani iaitu seperti : *Government Organised NGOs* (GONGOs), *Business-Organised NGOs* (BONGOs), *Business Interest NGOs* (BINGOs), *Donor-Organised NGOs* (DONGOs) dan lain-lain.
Agregat kekuatan politik	Metodologi *Civil Society Index* yang digunakan oleh CIVICUS menilai kekuatan politik seluruh masyarakat madani negara (Heinrich, V. F., & Fioramonti, 2008).

Sumber: pelbagai penulis

Desse (2012) menerusi laporan mengenai terhadap peranan dan struktur masyakarakat madani yang disediakan kepada Kesatuan Eropah telah mengklasifikasikannya kepada lima iaitu: 1) keagamaan, tetapi tidak terhad kepada yang berasas keagamaan, sebaliknya pertubuhan yang didapati melaksanakan intervensi dalam bidang pendidikan, kesihatan, bantuan kecemasan dan lain-lain, contoh *The Red*

University of Malaya

Cross, 2) berasaskan komuniti dengan intervensi bertujuan untuk pembangunan misalnya *Grameen Bank* di Bangladesh, 3) dermawan, tanpa sebarang perkaitan dengan agama dimana matlamat adalah berkait dengan kemanusiaan, contoh *Bill and Melinda Gates Foundation*, *Amnesty International*, 4) pakar, dimana memerlukan kemahiran dan pengetahuan saintifik seperti *Greenpeace International* dan 5) kesatuan sekerja.

Dalam satu klasifikasi yang lain pula, *World Economic Forum* (WEF) (2013) menerusi persidangan di Davos, Switzerland telah berbincang dan menerbitkan dokumen khusus mengenai masyakarat madani bertajuk *The Future Roles of Civil Society*. Dokumen tersebut telah membahagikan kumpulan masyarakat madani kepada lapan kategori iaitu 1) Pertubuhan Bukan Kerajaan (PBK), iaitu merupakan organisasi tidak bermotif keuntungan dan organisasi masyarakat madani yang berstruktur dan tersusun dalam menjalankan aktiviti dan lazimnya berdaftar secara rasmi, 2) Kumpulan atas talian dengan aktiviti menerusi komunikasi di media sosial dan tidak semestinya suatu komuniti yang berstruktur, 3) Gerakan sosial/massa yang membentuk tindakan dan identiti, samada secara fizikal atau atas talian, 4) Kumpulan atau oraganisasi berasaskan keagamaan dan kepercayaan, 5) Kesatuan sekerja dan organisasi yang mewakili pekerja, 6) Usahawan sosial yang menggunakan pendekatan berorientasi dan / atau berorientasikan pasaran untuk hasil sosial dan alam sekitar, 7) Persatuan akar umbi dan aktiviti bersifat tempatan dan 8) koperasi yang dimiliki dan dikawal oleh ahli.

2.3.4 Peranan Masyarakat Madani

Perbincangan terhadap peranan yang dimainkan oleh masyarakat madani turut dibincangkan oleh *World Economic Forum* (WEF) (2013). Umumnya WEF membahagikan peranan masyarakat madani kepada sepuluh. Pertama, kumpulan masyarakat madani berperanan sebagai pengawas dengan memastikan sesuatu institusi itu bertanggungjawab, sekaligus mempromosikan ketelusan dan akauntabiliti. Peranan

University of Malaya

kedua adalah sebagai penyokong, iaitu dengan tujuan untuk meningkatkan kesedaran mengenai isu dan cabaran dihadapi oleh masyarakat yang mendokong perubahan.

Peranan ketiga kumpulan masyarakat madani adalah sebagai penyedia perkhidmatan, iaitu dengan menyampaikan perkhidmatan untuk memenuhi keperluan masyarakat seperti pendidikan, kesihatan, makanan dan keselamatan; melaksanakan pengurusan bencana, kesediaan dan tindak balas kecemasan. Seterusnya, peranan keempat adalah sebagai pakar iaitu dengan membawa pengetahuan dan pengalaman unik untuk membentuk dasar dan strategi, dan mengenalpasti dan membina penyelesaian.

Peranan kelima pula adalah dari segi pembinaan kapasiti. Ianya meliputi aspek seperti menyediakan pendidikan, latihan dan lain-lain aktiviti pembinaan kapasiti. Peranan keenam yang digariskan WEF adalah kumpulan masyarakat madani sebagai inkubator iaitu membangunkan penyelesaian yang memerlukan masa yang lama. Ketujuh pula masyakarat madani bertindak sebagai perwakilan kepada kumpulan masyarakat yang terpinggir dengan memastikan suara mereka diketengahkan.

Selanjutnya, peranan kelapan pula adalah sebagai "juara warganegara" iaitu dengan menggalakkan penglibatan warga negara dan menyokong hak rakyat. Peranan kesembilan adalah sebagai pendokong solidariti menerusi promosi asas dan nilai-nilai universal setiap warganegara dan peranan terakhir masyarakat madani sebagai penetap piawaian iaitu merujuk kepada usaha bagi mewujudkan norma yang membentuk pasaran dan aktiviti negara.

Dalam kajian ini, kumpulan masyarakat madani yang dipilih iaitu GMPPK dilihat memainkan peranan yang pelbagai, antaranya sebagai pengawas dalam isu kesihatan, serta melakukan program advokasi untuk meningkatkan kesedaran dikalangan rakyat tentang pembaharuan sektor kesihatan yang dirancang kerajaan. Selain itu GMPPK juga

University of Malaya

didapati berperanan memberikan input dalam kepakaran mereka kepada kerajaan terhadap isu berkait kesihatan serta mewakili kumpulan masyarakat terpinggir (khususnya golongan miskin) dalam isu kesihatan.

2.4 Pendekatan Masyarakat Madani dan Negara

Perbincangan mengenai pendekatan yang digunakan oleh masyarakat madani ada dibincangkan antaranya oleh Lee (2004) dan Ramasamy (2004). Lee (2004) mengklasifikasikannya kepada dua iaitu secara konflik dan modal sosial. Ramasamy (2004) juga membahagikannya kepada dua iaitu pertama pendekatan liberal, atau sama juga dengan modal sosial dan kedua adalah pendekatan Marx-Gramscian (atau serupa dengan pendekatan konflik). Penggunaan pendekatan ketiga yang turut diberikan perhatian adalah berteraskan komuniti dengan perbincangan mengenainya dipelopori oleh Sandel dan Etzioni. Perincian secara ringkas terhadap pendekatan tersebut adalah sebagaimana berikut.

2.4.1 Kaunter-hegemoni

Pertentangan diantara golongan bourjuis dan proletariat, diantara kapitalis dan sosialis, yang menyaksikan masyarakat pekerja ditindas dan didominasikan oleh golongan kapitalis telah mencetuskan teori hegemoni. Tokoh yang bertanggungjawab memperkenalkan teori dan konsep hegemoni adalah Antonio Gramsci (pemimpin Parti Komunis Itali) di zaman Bennito Mussolini. Gramsci buat pertama kalinya telah mengetengahkan konsep ini menerusi penulisan beliau bertajuk *Notes on the Southern Question* yang ditulis pada tahun 1926. Pada peringkat ini konsep hegemoni yang dibincangkan oleh Gramsci banyak dipengaruhi oleh idea Leninist iaitu hegemoni proletariat yang memberikan penegasan terhadap pentingnya dominasi oleh golongan proletariat terhadap kaum petani.

University of Malaya

Seterusnya konsep hegemoni yang mempunyai makna tersendiri tercatat menerusi suatu lagi penulisan berpengaruh Gramsci iaitu *Prison Notebooks* (Gramsci, 1971). Penulisan yang dihasilkan semasa beliau berada dalam penjara di zaman Mussolini ini antara lain membawa maksud bahawa hegemoni itu adalah merupakan kombinasi atau gabungan yang tidak dapat dileraikan diantara kepimpinan politik dan intelektual serta kepimpinan moral (Mouffe, 1981: 221). Ketika konsep hegemoni dibincangkan pada masa ini ianya adalah tertumpu kepada bagaimana ianya digunakan untuk memikir tentang amalan kelas pemerintahan secara keseluruhan.

Bagi Gramsci, hegemoni itu adalah merupakan asas kejayaan dan kewujudan kelas pemerintah dan ianya adalah merupakan penguasaan oleh sesuatu kelas ke atas kelas yang lain, yang lazimnya menerusi dua cara iaitu, dominasi dan "kepimpinan moral dan intelektual". Di sini, sesuatu kelas yang berkuasa itu akan mendominasi kelas yang menentang mereka dan lemah itu dengan pelbagai pendekatan, termasuklah "menghapuskannya" atau menerusi penaklukan dan menggunakan kekerasan serta kekuasaan.

Hegemoni secara amnya sebagaimana dimaksudkan oleh Kamus Dewan Edisi Keempat adalah, "pengaruh atau dominasi sesebuah negara atas negara-negara lain: pelbagai undang-undang digubal uuntuk melengkapkan penjajah terhadap rakyat peribumi" (Kamus Dewan Edisi Keempat, 2005). Ketika sesuatu hegemoni itu berlaku atau dikekal atau dipertahankan ianya adalah boleh dicabar menerusi pelbagai bentuk dan dimensi, samada oleh kumpulan masyarakat madani, masyarakat politik dan negara. Kepelbagaian bentuk tindakbalas inilah yang dikenali sebagai kaunter-hegemoni (Chin & James, 2006).

Dalam definisi yang diberikan oleh Gramsci (1995), kaunter-hegemoni adalah "*the way people develop ideas and discourse to challenge dominant assumptions, beliefs and*

University of Malaya

established patterns of behavior" (dipetik dalam Box & Schilthuis, 2012: 1). Definisi ini membawa maksud bahawa kaunter-hegemoni adalah merupakan suatu kaedah dimana rakyat membangunkan idea dan wacana untuk mencabar segala bentuk corak dan tingkahlaku, kepercayaan dan andaian dominan, dari suatu pihak kepada suatu pihak yang lain. Penulisan Gramsci mengenai kaunter-hegemoni adalah merupakan lanjutan kepada pemikiran Marxist.

Gramsci (1971) membahagikan kaedah bagi menentang sesuatu hegemoni itu kepada tiga kategori utama iaitu *war of movement*, *war of position* dan *underground warfare*. Istilah yang digunakan ini diambil dari istilah yang digunakan dalam bidang ketenteraan. Walau bagaimanapun lazimnya sarjana seperti Ramsome (1992), Femia (1981), Chin dan James (2006), Cox (1993) membahagikannya kepada dua kategori yang utama iaitu *war of position* dan *war of movement*. Ransome, Femia dan Cox misalnya menggunakan istilah *war of movement* sebagai *war of maneuver*.

Menurut Gramsci, *war of movement* atau *war of maneuver* adalah merupakan suatu pendekatan yang menggunakan kaedah secara langsung kepada kekuasaan hegemoni tersebut secara kekerasan dan paksaan, contoh adalah dengan melancarkan peperangan. Lazimnya ini turut dilakukan secara bersama dengan kempen dimedia. Contohnya adalah seperti peperangan terbuka yang berlaku semasa Perang Dunia Pertama dan Kedua atau pun serangan oleh Jose Bove, petani dan pemimpin gerakan yang menentang *Genetically Modified Organism* (GMO) ke atas restoran McDonald di Perancis pada tahun 1999. Sungguhpun beliau didapati bersalah dan dipenjarakan tetapi akibat perbuatan beliau ini menjadikan gerakan beliau terkenal dan mendapat perhatian pihak media.

Manakala *war of position* pula adalah sebaliknya berbanding *war of movement* atau *war of maneuver*. Kaedah ini tidak menggunakan kekerasan sebaliknya antara lain

University of Malaya

melibatkan penyebaran maklumat yang merendah-rendahkan kuasa hegemoni itu. Antara contohnya adalah seperti kempen gerakan anti-globalisasi yang menggunakan media untuk mengetengah dan memperbesar-besarkan sesuatu isu. Selain itu, kaedah ini juga turut menggunakan kaedah protes dengan menganjurkan demonstrasi. Dalam konteks gerakan anti-globalisasi mereka lazim mengadakannya semasa acara-acara utama dunia seperti *World Economic Forum* berlangsung di Davos, Switzerland. Tindakan ini sengaja diadakan bagi tujuan menarik perhatian media dan sekaligus memberi liputan percuma terhadap gerakan mereka.

Adapun *underground warfare* adalah merupakan suatu strategi yang dilakukan secara bawah tanah atau senyap-senyap dengan tujuan untuk menakut-nakutkan lawan. Ianya adalah lebih kepada gerakan secara subversif dan propaganda, Sebagai contoh ianya antara lain dilakukan oleh Parti Komunis Malaya semasa era Darurat di Malaysia dari tahun 1948-1960, demi untuk menakut-nakutkan orang awam.

2.4.2 Modal Sosial

Modal sosial dari segi idea bukanlah merupakan sesuatu yang baharu. Sebaliknya jika ditinjau dari sudut perkembangannya, konsep ini didapati telah dikaitkan dengan idea persatuan bebas dan demokrasi yang efektif dalam masyarakat, sebagaimana dengan pemikiran Tocqueville, John Stuart Mill, Tonnies, Weber dan Simmel (Newton, 1999; Whiteley, 1999). Modal sosial dari segi perkembangannya dapat ditelusuri menerusi penulisan dan idea Tocqueville (1981) [1935]. Ini tergambar menerusi karya beliau iaitu *Democracy in America* yang melaporkan tentang kehidupan berpersatuan dan bermasyarakat yang dinamik dikalangan komuniti di Amerika Syarikat pada tahun 1830an berbanding negara asal beliau, Perancis (Tocqueville, 1990). Tocqueville turut memberikan penekanan terhadap peranan dimainkan oleh persatuan sivik dan

University of Malaya

masyarakat madani di Amerika Syarikat dalam mewujudkan suatu kesepakatan dikalangan masyarakat bagi mencapai kepentingan bersama.

Selain Tocqueville yang merujuk kepada semangat bekerjasama dikalangan komuniti, idea modal sosial juga dapat dilihat menerusi idea yang digagaskan oleh Marx. Beliau merujuknya kepada bentuk kerjasama dikalangan kelas pekerja yang menyokong antara satu sama lain (dipetik dalam Portes, 1998, petikan asal 1894). Lain-lain sarjana yang turut menyumbang terhadap konsep modal sosial adalah seperti Durkheim dan Weber. Penulisan awal Durkheim misalnya adalah mengenai kesan positif penglibatan dalam kumpulan serta penyertaan dalam persatuan (dipetik dalam Portes, 1998, petikan asal 1894). Manakala Weber (1958) [1905] pula menulis mengenai etika Protestan juga boleh dikaitkan sebagai asas kepada kajian mengenai modal sosial.

Berdasarkan idea yang diketengahkan diatas, lahirlah satu aliran pemikiran bahawa kepelbagaian masalah didalam masyarakat memerlukan kebersamaan dan kerjasama yang baik dikalangan anggota masyarakat yang berkepentingan untuk mengatasi masalah tersebut. Pemikiran inilah yang telah memberi idea kepada Lyda Judson Hanifan pada tahun 1916 menerusi tulisannya *The Rural School Community Centre* untuk memperkenalkan konsep modal sosial. Menurut Hanifan (1916), modal sosial bukanlah suatu modal yang difahamkan dalam erti yang lazim seperti modal, tanah, peralatan dan sebagainya, tetapi ianya lebih diertikan secara simbolik sebagai modal dalam kehidupan bersosial dan bermasyarakat.

Menurut Hanifan lagi, modal sosial itu antara lain termasuklah kehendak yang baik, keinginan bersahabat, saling simpati antara satu sama lain, serta suatu hubungan dan kerjasama sosial yang erat wujud dikalangan individu, keluarga dan masyarakat dalam sebuah kelompok sosial (Hanifan, 1916: 130). Seterusnya, berdasarkan literatur terdapat

University of Malaya

beberapa penulis yang dikaitkan sebagai antara perintis kepada usaha mempopularkan konsep modal sosial, antaranya adalah Jacobs (1961) dan Loury (1977). Pun begitu, sebagai suatu konsep yang dikaitkan dengan disiplin sosiologi dan sains politik, para sarjana bersetuju bahawa pengkajian tentang modal sosial terbahagi kepada tiga tradisi dan banyak dipengaruhi oleh hasil kerja Bourdieu (1986), Coleman (1988, 1990) dan Putnam (1993, 1995, 2000).

Tradisi pertama adalah berdasarkan kepada hasil kerja Bourdieu, seorang ahli sosiologi Perancis. Menerusi tulisan beliau bertajuk *The Future of Capital* (1986), Bourdieu telah mendefinisikan modal sosial sebagai:-

> "*the aggregate of the actual or potential resources which are linked to possession of a durable network or more or less institutionalised relationship of mutual acquitance and recognition – or in other words, to membership in group – which provides each of its members with the backing of the collectivity – owned capital, a "credential" which entitles them to credit, in the various senses of word*" (Bourdieu, 1986: 210)

Definisi diatas membawa kepada pelbagai variasi namun antara yang terpenting adalah sebagaimana yang dikembang dan dibangunkan oleh Portes yang menambah bahawa modal sosial merupakan kebolehan untuk memastikan manfaat dapat dipastikan menerusi rangkaian dikalangan ahli serta lain-lain struktur sosial (Portes, 1998: 8). Takrif yang dikemukakan Bourdieu juga turut mempunyai elemen pada tahap tindakan seseorang indidvidu, dimana unsur seperti kepercayaan dan timbal balik terhasil dari setiap tindakan individu dalam struktur sosial yang berkenaan (Portes & Sensenbrenner, 1993: 1323).

Hasil pemikiran Bourdieu ini, maka dapat dirumuskan bahawa modal sosial itu merupakan penggemblengan keseluruhan modal samada yang sebenar atau pun yang berpotensi dan terkait dengan pemilikan jaringan hubungan yang kekal dan berasaskan kepada situasi saling kenal mengenal dan mengakui antara satu sama

University of Malaya

lain. Dalam lain perkataan, dengan seseorang individu itu menjadi anggota kepada suatu kelompok masyarakat maka ianya akan mendapat dorongan dari modal yang turut dipunyai secara bersama. Selanjutnya, besar atau kecil modal sosial yang dimiliki anggota masyarakat itu bergantung kepada sejauh manakah kuantiti dan kualiti jaringan hubungan yang dapat dihasilkan, serta berapa besar jumlah modal yang lain seperti modal ekonomi, budaya serta modal sosial itu sendiri yang dimiliki oleh setiap individu yang berada dalam jaringan hubungannya (Bourdieu, 1986).

Tradisi kedua modal sosial banyak dipengaruhi oleh penulisan Coleman. Menerusi artikel beliau yang bertajuk *Social Capital in the Creation of Human Capital* (1988), Coleman memperkenalkan modal sosial sebagai suatu konsep dan aspek teoritikal terhadap tindakan sosial, dengan turut mengaitkannya dengan perspektif sosiologi dan ekonomi. Coleman turut mengaitkan modal sosial dari sudut fungsi dengan mencadangkan dua perkara iaitu: 1) modal sosial meliputi sejumlah aspek dari struktur sosial; dan 2) modal sosial memberi kemudahan kepada seseorang individu untuk melaksanakan sesuatu perkara dalam kerangka struktur sosial yang tersebut. Selanjutnya, Coleman telah mengenalpasti tiga unsur utama yang menjadi tonggak modal sosial. Pertama, adalah keperluan serta timbal balas yang lahir dari rasa kepercayaan dalam lingkungan sosial. Unsur kedua adalah tentang kepentingan maklumat yang lancar dalam struktur masyarakat dan unsur ketiga adalah norma-norma yang harus dipatuhi dalam masyarakat.

Pemikiran Coleman terus dikembangkan menerusi satu lagi penulisan penting beliau yang diterbitkan pada tahun 1990 dengan judul *Foundation of Social Theory* (Coleman, 1990). Menerusi penulisan ini beliau mendefinisikan modal sosial sebagai:-

University of Malaya

> "*Social capital is defined by its function. It is not a single entity, but a variety of different entities having two characterisrics in common, they all consist of some aspect of structures, and they facilitate certain actions of actors-whether persons or corporate actors – within the structure" (p. 302)…social organisation constitutes social capital facilitating the achievement of goals that could not be achieved in its absence or could be achieved only at a higher cost..*" (Coleman, 1990: 304)

Definisi Colemen dianggap penting apabila beliau mencadangkan peralihan dari hasil diperingkat individu sebagaimana dikemukakan oleh Bourdieu kepada hasil oleh kumpulan, organisasi, institusi, masyarakat dan negara. Ini bererti Bourdieu bolehlah disifatkan meneliti definisi modal sosial pada tahap mikro, manakala Coleman melihat pada perspektif makro. Coleman juga menyatakan modal sosial itu sifatnya adalah juga sama dengan modal ekonomi serta bersifat produktif. Tanpa modal sosial maka agak mustahil bagi seseorang itu memperolehi keuntungan material. Amnya, modal sosial itu memberikan kebaikan terhadap individu dan masyarakat mencapat matlamat tertentu.

Hasil dari pemikiran Coleman inilah yang melahirkan aliran ketiga modal sosial yang dipelopori oleh Putnam yang boleh dianggap paling berjaya dalam mempopularkan konsep ini ke seluruh dunia. Menerusi karyanya, *Making Democracy Work: Tradition in Modern Italy*, Putnam mendefinisikan modal sosial sebagai, "*features of social organisation, such as networks, norms and trust, that facilitate coordination and co-operation for mutual benefit*" (1993: 36). Definisi ini antara lain melihat bahawa modal sosial itu terdiri daripada rangkaian libaturus dikalangan masyarakat yang diatur oleh norma-norma yang wujud, sekaligus menentukan produktiviti sesuatu komuniti. Justeru terdapat dua andaian dikemukakan Putnam iaitu pertama adalah adanya jaringan hubungan dengan norma yang berkenaan, dan kedua adalah saling bekerjasama dalam kalangan masyarakat.

University of Malaya

Terdapat tiga unsur terpenting modal sosial menurut Putnam. Pertama adalah wujudnya jaringan sosial yang memungkinkan adanya komunikasi dan koordinasi serta melahirkan rasa percaya dikalangan anggota masyarakat. Kedua adalah melibatkan unsur kepercayaan dimana rasa saling percaya mempercayai dikalangan anggota masyarakat adalah antara prasyarat penting dan ianya diperkukuhkan lagi oleh norma yang ada. Ketiga adalah kerjasama yang wujud sebelum ini akan berlanjutan pula untuk suatu jangkamasa bagi kerjasama yang lain pula.

2.4.3 Berteraskan Komuniti

Selain daripada pendekatan secara kaunter-hegemoni yang lazimnya menggunakan kaedah konflik, atau pun pendekatan modal sosial yang mempromosikan kaedah secara bekerjasama, pendekatan ketiga yang boleh digunakan oleh kumpulan masyarakat madani dalam interaksinya dengan negara adalah berteraskan komuniti. Berbanding kedua-dua pendekatan yang dinyatakan sebelum ini, pendekatan berteraskan komuniti dari segi idea dipercayai bukanlah sesuatu yang baharu kerana ianya telah wujud dalam ajaran agama Yahudi, Kristian dan Islam. Namun dari perspektif sekolah falsafah, menurut Etzioni (2014: 241), ianya dibicara dan didokong oleh hanya segelintir kecil sarjana.

Terminologi ini pertama kali diperkenalkan oleh John Goodwyn Barmby (1820-1881M) pada tahun 1841 yang merupakan pengasas *Universal Communitarian Association*, dan ianya merujuk kepada falsafah awam yang prihatin dengan pembangunan komuniti. Terdapat dua gelombang utama falsafah ini iaitu pertama adalah pada tahun 1980an menerusi hasil kerja oleh Sandel (1982), Taylor (1989) dan Walzer (1990) dan kedua pada era tahun 1990an menerusi hasil kerja Etzioni.

University of Malaya

Gelombang pertama yang berlaku pada tahun 80an juga dikenali sebagai komuniti akademik. Tokoh utamanya iaitu Sandel (1982) mengaitkan falsafah berteraskan komuniti dengan kritikan terhadap teori liberalism yang didokong oleh Rawls sebagai terlalu memfokuskan individu. Kritikan Sandel juga berkisar kepada kegagalan liberalism untuk memperakui bahawa manusia adalah terikat secara sosial. Pengabaian juga berlaku dalam teori liberalism apabila ianya mengetepikan bahawa setiap individu itu boleh membentuk suatu ikatan yang kuat antara satu sama lain berbanding falsafah yang berteraskan komuniti yang sebaliknya mengutamakan masyarakat atau komuniti. Pendirian Sandel secara ketara menyanggah idea Rawls menerusi artikel bertajuk *A Theory of Justice* (Rawls, 1971) yang membangunkan konsep keadilan berasaskan kebebasan individu. Sandel dipetik seperti berikut dalam mengkritik idea Rawls:-

> "*the weaknesses of liberal conception of freedom is bound up to with its appeal. If we stand ourselves as free and independent selves, unbound by moral ties we haven't choose, we can't make sense of a range of moral and political obligation that we commonly recognize, even prize*" (Sandel, 2009: 220).

Hujah utama Sandel adalah pentingnya aspek-aspek seperti solidariti, kesetiaan, sejarah, memori dan kepercayaan agama. Setiap individu adalah bebas dari sebarang paksaan secara moral dalam membuat sesuatu pilihan dan tiada sebarang tekanan yang wajar dikenakan terhadap mereka. Perdebatan didapati berpanjangan dalam dekad ini diantara kelompok yang mendokong falsafah berteraskan komuniti (Taylor, Walzer, Sandel, de-Shalit, Avineri, Benhabib & MacIntyre) di satu pihak dengan pendokong teori dan faham liberalism iaitu (Rawls, Scanlon, Habermas, Kynlicka, Nozick, Nagel & Dworkin).

Gelombang kedua teras komuniti pula dikesan berlaku pada tahun 1990an. Dikenali sebagai komuniti responsif dan dipelopori oleh Etzioni bersama-sama Bellah yang menulis mengenainya pada tahun 1990. Selain itu ianya turut disokong oleh beberapa

University of Malaya

sarjana lain seperti A. Galston, Glendon, Fishkin, Selznick dan Spragens. Antara lain ianya berteraskan kepada keseimbangan diantara kebebasan dan aturan sosial, dengan berhujah bahawa individu berhadapan dengan tanggungjawab terhadap keluarga, komuniti dan masyarakat melebihi dari hak universal, sebagaimana diperjuangkan oleh aliran liberalism. Responsif komuniti menawarkan suatu "*new golden rule*": "*Respect and uphold society's moral orderas you would have society respect and uphold your autonomy to live a full life*" (Etzioni, 1996: xxviii).

2.4.3 Kegunaan dalam Kajian

Mengambilkira tiga pendekatan utama bagaimana kumpulan masyarakat madani boleh berinteraksi dengan pihak negara, kajian terhadap Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK) ini mendapati berasaskan kepada strategi yang diketengahkan mendapati ianya didominasikan oleh pendekatan secara kaunter-hegemoni. Ini adalah didapati selari dengan beberapa strategi yang digunakan seperti demonstrasi, piket serta pelbagai strategi dan program yang dilaksanakannya. Pun demikian ini tidak pula bermakna bahawa GMPPK tidak menggunakan pendekatan bekerjasama atau modal sosial kerana didapati usaha untuk berunding dengan phak kerajaan juga didapati ada dilakukan walau pun agak minimum. Pendekatan berteraskan komuniti juga didapati berlaku namun tidak secara menyeluruh memandangkan perjuangan GMPPK tidak mendapat penyertaan meluas komuniti dan masyarakat.

2.5 Demokrasi Substantif dan Demokrasi Prosedural

2.5.1 Demokrasi Substantif

Demokrasi subtantif ataupun juga dikenali sebagai demokrasi tulin adalah merupakan suatu bentuk demokrasi yang meletakkan penglibatan rakyat dan masyarakat secara menyeluruh dan total dalam sistem pentadbiran dan pemerintahan sesebuah negara. Demokrasi substantif dilihat dari sudut pandang kehendak rakyat atau *the will of*

University of Malaya

people, dengan kebaikan dan kebajikan bersama. Dengan demikian demokrasi substantif dilihat dari sudut sumber dan tujuan. Justeru dalam demokrasi substantif, demokrasi itu tiada maknanya jika rakyat tidak terlibat secara langsung. Demokrasi substantif ternyata menekankan rakyat mempunyai hak yang mendalam khusus dalam membentuk dan merangka sesuatu perkara yang melibatkan kepentingan mereka secara khusus. Justeru dalam demokrasi subtantif apa yang dipandang adalah dari sudut isinya disertai dengan penggunaan prinsip-prinsip demokrasi itu sendiri seperti hak kebebasan individu serta pengakuan terhadap hak-hak sivil itu wujud dan berlaku. Antara lain ianya dibincangkan oleh sarjana seperti Jacobs dan Shapiro (1994) dan Box, Marshall, Reed dan Reed (2001).

2.5.1 Demokrasi Prosedural

Pandangan demokrasi substantif yang memberikan penekanan terhadap dimensi sumber dan tujuan telah dibantah oleh Schumpeter (1942) menerusi bukunya bertajuk *Capitalism, Socialism and Democracy*. Sebagaimana ditekankan menerusi buku tersebut, Schumpeter telah menghujahkan kelemahan demokrasi substantif. Antaranya adalah kesukaran dalam memastikan darjah penglibatan menyeluruh rakyat dlaam proses demokrasi disebabkan oleh pelbagai faktor yang menghalang. Justeru demokrasi prosedural telah diperkenalkan sebagai suatu pendekatan yang lebih realistik, terutama dalam aspek peranan dalam demokrasi apabila rakyat diberikan hak mengundi dan memilih wakil bagi menjalan dan melindungi hak mereka

Konsep demokrasi prosedural telah berkembang sejak tahun 1970an dengan diwarnai oleh pemikiran oleh tokoh seperti Di Plama, Przeworski, Huntington dan juga Diamond, Lins dan Lipset. Sebagaimana ditegaskan oleh Schumpeter (2010), Dahl (1956; 1986) bahawa demokrasi itu adalah sebagai bentuk pemerintahan yang mana penekanan diberikan kepada aspek prosedural. Dengan lain perkataaan penekanan dalam demokrasi

University of Malaya

prosedural adalah lebih cenderung kepada bagaimanakah pemerintah itu dipilih dan lazim dalam demokrasi ianya dilakukan secara pilihanraya. Ringkasnya disini demokrasi substantif itu fokusnya lebih kepada apa yang pemerintah lakukan, manakala demokrasi prosedural pula fokusnya lebih kepada bagaimana suatu keputusan itu diambil.

Perbincangan mengenai demokrasi ini akan membawa kita kepada perkembangan terhadap gelombang demokrasi sebagaimana dibincangkan oleh Huntington (1993). Sekurang-kurangnya beliau mengenalpasti telah berlaku tiga gelombang dalam demokrasi sejak abad ke 19.

Gelombang pertama berlaku di awal abad ke 19 di Amerika Syarikat, dengan menyaksikan 29 negara demokrasi wujud, terus berkembang semasa era Mussolini di Itali dan berakhir sekitar tahun 1942. Manakala Gelombang kedua pula bermula sejurus kemenangan pihak Berikat dalam Perang Dunia Kedua, menyaksikan sehingga tahun 1962 sebanyak 36 buah lagi negara diiktiraf melaksanakan pemerintahan secara demokrasi, sebelum ianya mengalami kemerosotan kepada 30 buah negara antara tahun 1962 hingga pertengahan tahun 1970an. Manakala Gelombang ketiga pula sebagaimana dikupas oleh Huntington dalam buku beliau yang terkenal iaitu *Third Wave of Democracy* bermula di Lisbon, Portugal pada 25 April 1974 menerusi Revolusi Carnation yang menyaksikan berlaku rampasan kuasa melibatkan gerakan massa oleh sekumpulan anak muda dibawah panji-panji *Movemento das Forcas Armada* yang berjaya menggulingkan diktator Marcello Caetona. Gelombang ini merebak juga ke negara-negara di benua Amerika Selatan sekitar tahun 1980an.

Negara Asia Pasifik turut tidak terkecuali apabila melibatkan negara seperti Fillipina, Korea Selatan dan Taiwan diantara tahun 1986 hingga 1988. Ini diikuti dengan kejatuhan rejim komunis Soviet Union pada tahun 1989 dan kesannya turut melibatkan

University of Malaya

negara komunis di Eropah Timur dan Asia Tengah selepas itu, serta negara-negara komunis di Sub-Sahara Afrika. Dalam era ini dianggarkan 100 buah negara diiktiraf mengamalkan demokrasi. Kini, sarjana mencadangkan bahawa demokrasi telah berada dalam Gelombang Keempat, khusus selepas berlakunya *Arab Springs* sekitar tahun 2010 di Tunisia, sebelum merebak ke Libya, Mesir, Yemen, Syria dan Bahrain (Howard & Hussain, 2013).

2.6 Pembaharuan Sektor Kesihatan

2.6.1 Perkembangan Pembaharuan Sektor Kesihatan

Menurut WHO (2000), sepanjang abad kedua puluh, dunia telah mengalami sekurang-kurangnya tiga gelombang pembaharuan sektor kesihatan. Pertama adalah meliputi tahun 1940an hingga 1950an. Generasi pertama pembaharuan ini menyaksikan penubuhan suatu sistem kesihatan kebangsaan, bermula di negara maju dan diikuti dengan negara sederhana dan miskin. Pun demikian, sistem ini didapati mula mengalami tekanan terutama menjelang tahun 60an. Antaranya adalah disebabkan oleh peningkatan kos yang sebahagian besar dikaitkan dengan peningkatan jumlah pesakit dan intensiti rawatan di hospital. Pada era ini, kawalan penyakit seperti cacar air, malaria, batuk kering dan sebagainya menjadi keutamaan menerusi pelbagai program dan kempen. Walaubagaimanapun, terdapat juga gerakan dari aspek pembangunan yang komuniti itu sendiri kenalpasti dan dicarikan penyelesaian bagi masalah yang dihadapi mereka (van Balen, 2004).

Generasi kedua pembaharuan sektor kesihatan pula didapati lebih menumpukan kepada usaha bagi mempromosikan penjagaan kesihatan primer sebagai strategi bagi mencapai rawatan kesihatan universal dengan harga berpatutan. Pun begitu, ini didapati tidak mampu memuaskan permintaan pesakit. Penekanan terhadap elemen penjagaan kesihatan primer lazimnya mencetuskan konflik dengan sistem perubatan sediada yang

University of Malaya

menekankan kepada aspek perawatan di hospital. Ini ditambah pula dengan kedudukan ekonomi di kebanyakan negara sedang membangun yang jelas menyukarkan pembaharuan untuk berlaku.

Dengan pembaharuan generasi pertama dan kedua menekankan aspek penawaran, pembaharuan generasi ketiga sebaliknya menekankan aspek permintaan (WHO, 2000). Bermula di negara maju terutama sejak tahun 70an dan 80an, ianya didapati mencapai momentum di negara sedang membangun dan miskin pada tahun 90an. Matlamatnya adalah mengalihkan pemusatan belanjawan diperingkat pusat kepada sistem yang lebih berorientasikan pasaran serta mekanisme separa-pasaran.

Beberapa pengubahsuaian diperkenalkan di negara sedang membangun dengan negara miskin menemui pelbagai kesulitan dalam melaksanakannya. Misalnya, negara di Afrika melakukan pengubahsuaian terhadap sistem pembiayaan kesihatan, dengan memperkenalkan fi pengguna. Di Amerika Tengah pula, devolusi bagi sebahagian fungsi pengurusan kepada pejabat kesihatan daerah dan wilayah dilakukan sebagai tindakbalas langsung terhadap pembaharuan makroekonomi ekoran dari krisis fiskal dan desentralisasi kerajaan (Bossert, 1998).

Pendek kata, usaha setiap kerajaan untuk melaksanakan pembaharuan sektor kesihatan semakin ketara terutama sejak tahun 1980an sehingga kini. Ianya dilakukan ekoran daripada gesaan oleh pertubuhan dunia seperti *World Health Organisation* (WHO), *World Bank* dan *International Monetary Fund* (IMF). Kemelesetan ekonomi yang dialami negara-negara miskin di rantau Sub-Sahara Afrika pada tahun 80an misalnya telah menyebabkan mereka tiada pilihan selain daripada meminjam dari World Bank atau IMF (Navarro, 2007; Asakitikpi, 2015). Ini telah menyebabkan negara-negara in perlu mematuhi syarat-syarat pinjaman, dengan salah satu darinya adalah untuk meliberalisasikan sektor kesihatan dan melakukan pembaharuan.

University of Malaya

2.6.2 Definisi

Perbincangan terhadap definisi pembaharuan sektor kesihatan telah dilakukan oleh beberapa orang sarjana antaranya Berman (1995), Cassels (1995) dan Roberts, Hsiao, Berman dan Reich (2004). Berman (1995) misalnya dalam pembentangan di *International Conference on Health Sector Reform in Developing Countries: Issues for the 1990's* pada tahun 1995 telah mengemukakan definisi operasional kepada pembaharuan sektor kesihatan. Menurut Berman (1995: 15), pembaharuan sektor kesihatan boleh didefinisikan sebagai, "*sustained, purposeful change to improve the efficiency, equity and effectiveness of the health sector and fundamental change*".

Berdasarkan definisi yang dicadangkan oleh Berman, terdapat beberapa perkara penting yang dapat dirumus. Pertama, pembaharuan sektor kesihatan adalah merupakan suatu proses bagi memastikan berlakunya peningkatan dari segi prestasi dalam sistem sediada serta memastikan kecekapan dan keberkesanan dalam pelaksanananya. Kedua, pembaharuan sektor kesihatan itu hendaklah bersifat berterusan. Ini bermaksud perubahan itu hendaklah bukan sekadar usaha yang berlaku secara *one off* semata-mata, sebaliknya secara berterusan. Pembaharuan sektor kesihatan itu juga menurut Berman memerlukan galakan dari segi politik dan sosial serta analisis teknikal dan tindakan dasar yang mampan sebagai prasyarat untuk berjaya. Akhir sekali, Berman menyatakan bahawa dalam melaksanakan sesuatu pembaharuan sektor kesihatan itu tidak terdapat suatu strategi yang tertentu dalam melaksanakannya.

Cassels (1995: 2) pula mendefinisikan pembaharuan sektor kesihatan sebagai "*fundamental rather than merely incremental or evolutionary change".* Definisi ini didapati mempunyai persamaan dengan konsep sebagaimana definisi yang dikemukakan oleh Berman. Ianya adalah suatu pembaharuan yang bertujuan untuk memastikan pencapaian menyeluruh dalam objektif dasar kesihatan serta berkembang secara

University of Malaya

berterusan secara inkremental. Menurut Cassels, komponen program dalam pembaharuan sektor kesihatan itu adalah seperti (Jadual 2.3):-

Jadual 2.3: Komponen program pembaharuan sektor kesihatan

Komponen pembaharuan	Strategi
Meningkatkan prestasi perkhidmatan kesihatan awam	Mengurangkan bilangan kakitangan, skim gred dan bayaran yang baru (termasuk insentif berkait prestasi dan upah), deskripsi tugas dan sistem penilaian yang lebih baik, meningkatkan pembayaran kewangan dan perakaunan dan mewujudkan agensi eksekutif
Desentralisasi sumber dan kuasa	Desentralisasi tanggungjawab untuk pengurusan dan/atau penyediaan perkhidmatan kesihatan kepada kerajaan tempatan atau mana-mana agensi yang berkait dengan sektor kesihatan. Menubuhkan hospital yang menguruskan diri sendiri atau lembaga diperingkat daerah yang diberi autonomi
Meningkatkan fungsi kementerian kesihatan di peringkat nasional	Menerusi penstrukturan organisasi, meningkatkan pengurusan sumber manusia dan kewangan, memperkukuhkan fungsi dasar dan perancangan, menetapkan piawaian seragam bagi penyediaan perkhidmatan kesihatan dan membangunkan suatu sistem pemantauan prestasi, mendefinisikan semula keutamaan penyakit peringkat kebangsaan dan kos klinikal yang efektif dan intervensi kesihatan awam
Melebarkan mekanisme pembiayaan kesihatan	Menerusi pengenalan fi pengguna, pembiayaan kewangan komuniti, sistem boucer, skim insurans kesihatan sosial dan insurans kesihatan swasta
Memperkenalkan *managed competition*	Mempromosilan persaingan diantara penyedia penjagaan klinikal dan/atau perkhidmatan sokongan menerusi pembekal tunggal atau pelbagai
Kerjasama dengan sektor swasta	Mewujudkan sistem bagi kawalselia, kontrak atau penyediaan francais dalam sektor swasta dan juga termasuk Pertubuhan Bukan Kerajaan (PBK) dan organisasi bukan untuk keuntungan

Sumber: diadaptasi dari Cassels (1995: 11)

2.6.3 Tahap-tahap Dalam Pembaharuan Sektor Kesihatan

Frenk (1994) telah meneliti konsep pembaharuan sektor kesihatan menerusi suatu model sistem kesihatan yang menunjukkan hubungan diantara lima aktor utama dalam sistem kesihatan. Lima aktor itu adalah penyedia perkhidmatan, populasi/penduduk, penyumbang sumber (iaitu institusi yang mengurus sumber, pembiayaan dan menyediakan input kepada lain-lain faktor), lain-lain aktor dan kerajaan sendiri selaku pemudahcara. Kerangka yang dicadangkan oleh Frenk menunjukkan hubungan di antara aktor-aktor ini, terutama melibatkan aspek pemindahan sumber dan input, penyampaian perkhidmatan dan juga regulatori dan kawalselia.

Universiti Utara Malaysia

Berdasarkan kepada model ini, Frenk telah mengenalpasti empat tahap dasar dalam sebarang pembaharuan sektor kesihatan iaitu: sistemik, programatik, organisasi dan instrumental. Ini dapat diperincikan sebagaimana (Jadual 2.4):-

Jadual 2.4: Pembaharuan sektor kesihatan: Tahap dasar, objektif dan isu

Tahap dasar	Objektif Utama	Isu
Sistemik	Ekuiti	Asas kepada kelayakan dikalangan penduduk Penyesuaian institusi: • Agensi awam yang terlibat dalam penjagaan kesihatan • Tahap kerajaan • Campuran sektor awam/swasta • Penglibatan penduduk • Penjana sumber • Lain-lain sektor yang terkesan dengan sektor kesihatan
Programatik	Kecekapan alokasi	Penetapan keutamaan Keberkesanan kos intervensi
Organisasi	Kecekapan teknikal	Produktiviti Kualiti rawatan
Instrumental	Kecerdasan institusi untuk peningkatan prestasi	Sistem maklumat Kajian saintifik Pembangunan teknologi Pembangunan sumber manusia

Sumber: Frenk (1994)

Sebagaimana ditunjukkan oleh Jadual 2.4, secara ringkasnya, penerangan bagi setiap satu darinya adalah seperti berikut:-

a) Pada tahap sistemik, ianya memberikan penekanan terhadap mengurus dan menyusun perhubungan di antara aktor utama didalam sistem. Sebagai contoh, siapakah yang menyediakan sumber kepada sektor kesihatan? Bagaimana sumber ini dikutip dan dibayar kepada penyedia perkhidmatan? Apakah yang perlu dilaksanakan dari konteks pembiayaan? Apakah hubungan peranan antara sektor kesihatan awam dan swasta? Penekanan utama yang ingin disampaikan oleh Frenk pada peringkat ini adalah melibatkan usaha bagi menentukan kelayakan setiap penduduk mendapat manfaat dari segi sistem kesihatan dimana kelak ianya mencerminkan aspek ekuiti dan keadilan sistem berkenaan.

University of Malaya

Antara contoh diberikan adalah bilamana ada negara yang menggunakan kaedah bayaran fi-untuk-perkhidmatan, dimana akses berdasarkan kepada pendapatan isi rumah, dengan kelayakan bergantung kepada fungsi Keupayaan Untuk Membayar (KUM). Berbanding dengan negara yang mengamalkan polisi mewujudkan perantara dengan negara yang berhasrat untuk melebarkan pengagihan akses yang lebih luas (contoh, polisi untuk mengagihkan penyedia perkhidmatan secara lebih meluas) atau aspek kemampuan (contoh menerusi liputan insurans), terdapat perbezaan disitu;

b) Manakala tahap programatik pula memberikan penekanan terhadap apa yang dilakukan oleh aktor-aktor dalam sektor kesihatan. Sebagai contoh, apakah penyakit yang dirawat oleh penyedia perkhidmatan, dengan jenis teknologi yang bagaimana dan apakah proses yang berkaitan. Pada peringkat ini, penentuan terhadap strategi memerlukan suatu pendekatan formal dengan tujuan untuk menetapkan keutamaan diantara keperluan dan penawaran dalam sektor kesihatan. Lazimnya kaedah analisis keberkesanan kos digunakan;

c) Tahap organisasi pula memberikan fokus terhadap bagaimana penyediaan perkhidmatan kesihatan itu berlaku. Justeru, persoalan yang berlegar adalah seperti gabungan terbaik melibatkan staf, fasiliti, kelengkapan dan lain-lain input yang diperlukan bagi memastikan aspek kualiti dan kos yang rendah dalam menyediakan perkhidmatan tercapai, iaitu persoalan terhadap kecekapan teknikal adalah berbangkit; dan

d) Tahap terakhir menurut kerangka yang dicadangkan Frenk adalah instrumental. Ianya antara lain merujuk kepada pengumpulan dan penggunaan sistem maklumat kesihatan, untuk tujuan penyelidikan dan pembangunan teknologi, serta kegunaan pembangunan sumber manusia dan lain-lain input untuk sektor kesihatan.

University of Malaya

Frenk turut menyatakan bahawa sebarang tindakan yang diambil samada secara sebahagian atau keseluruhan bakal memberi kesan yang berbeza kepada aktor-aktor dalam sektor kesihatan. Sebagai contoh, pembaharuan dalam aspek pembiayaan seperti mewujudkan skim insurans untuk kesihatan atau menukar kaedah pembayaran kepada doktor (polisi pada tahap sistemik) mungkin mengubah campuran perkhidmatan yang boleh ditawarkan (tahap programatik) atau insentif yang diperolehi oleh penyedia perkhidmatan dalam menggunakan staf dan lain-lain input (tahap oraganisasi).

Pembaharuan sektor kesihatan juga berlaku pada tahap makro dan mikro. Dari sudut makro, pembaharuan sektor kesihatan itu mengambilkira beberapa isu utama. Antaranya adalah nilai utama yang mendominasi sesuatu masyarakat, keadaan politk dan ekonomi global, situasi dialami oleh negara sedang membangun, pendekatan yang berbeza terhadap aspek pembangunan sektor kesihatan, bagaimana sektor awam diurus dan juga peranan *World Health Organisation* dan *World Bank* (Blas, 2005: 10).

Manakala dalam konteks mikro pula sebagaimana diperincikan menerusi *World Bank/Harvard School of Public Health : Flagship Course on Health Sector Reform and Sustainable Financing* yang dilancarkan pada tahun 1996 dan dibukukan kemudiannya oleh Robert et al. (2004), Ianya terbahagi kepada lima komponen yang juga dikenali sebagai *Five Control Knobs* melibatkan pembiayaan, pembayaran, organisasi, kawalselia dan juga tingkahlaku.

2.6.4 Skop Pembaharuan Sektor Kesihatan

Frenk (1994) juga turut menyumbang kepada literatur dalam meneliti apakah skop atau aspek utama pembaharuan sektor kesihatan, Beliau menggariskan empat skop utama iaitu: pakej manfaat, pembiayaan kesihatan, pengurusan dalam aspek penyediaan perkhidmatan kesihatan dan terakhir adalah permintaan serta tingkahlaku pengguna. Perincian berkaitan adalah seperti berikut:-

University of Malaya

a) Mewujudkan pakej manfaat kesihatan

Ianya adalah antara aspek dasar terpenting dalam kerangka atau model diusulkan oleh Frenk di tahap programatik. Pun demikian, pakej seumpama ini akan terkesan dan memberi kesan kepada lain-lain dasar. Sebagai contoh, tahap pembiayaan yang tersedia untuk perkhidmatan kesihatan merupakan faktor paling kritikal dalam menetapkan pakej manfaat kesihatan. Ini kerana pembiayaan akan menjadi antara faktor utama dalam menentukan apakah jenis-jenis rawatan yang boleh ditawarkan dalam pakej ini;

b) Pembaharuan dalam aspek pembiayaan

Pembaharuan dalam pembiayaan juga turut memberikan implikasi terhadap tahap organisasi, terutama mempengaruhi permintaan dan penawaran (Ellis & Maguire, 1993). Dalam hal ini, telah termaklum bahawa penyedia perkhidmatan memberi maklumbalas yang pelbagai terhadap bagaimana sesuatu mekanisme bayaran terhadap perkhidmatan yang diberikan oleh mereka ditetapkan (Ellis & Maguire, 1990). Reaksi mereka juga mungkin pelbagai, antaranya adalah seperti perubahan menyeluruh dalam penawaran perkhidmatan, corak pengeluaran untuk menyediakan perkhidmatan atau pun juga dari segi caj dikenakan. Dalam masa yang sama, pembiayaan juga berupaya mempengaruhi aspek penawaran, antaranya penawaran boleh ditingkatkan dengan mengurangkan caj atau sebaliknya apabila caj lebih banyak dipindahkan kepada pengguna;

c) Penyediaan perkhidmatan kesihatan

Skop ketiga dalam pembaharuan sektor kesihatan adalah dari segi penyediaan perkhidmatan kesihatan. Persoalan tentang bagaimana perkhidmatan kesihatan diuruskan serta sebanyak mana dan siapa yang menggunakannya adalah antara perkara utama diberi perhatian. Di negara sedang membangun misalnya, strategi

University of Malaya

yang digunakan adalah dengan memfokuskan aspek untuk mengurangkan halangan kepada akses, seperti masa dan kos. Justeru pelbagai strategi dirangka dan dilaksanakan bagi memenuhi matlamat ini, seperti membangunkan lebih banyak klinik dan pusat kesihatan agar penduduk lebih mudah untuk akses terhadap perkhidmatan kesihatan; dan

d) Kapasiti untuk melaksanakan intervensi

Sebagaimana digariskan oleh Frenk, aspek ini juga adalah salah satu dari skop dalam pembaharuan sektor kesihatan. Isu berbangkit disini adalah terutama dari segi konstrain atau kekangan yang dihadapi dalam pengurusan perkhidmatan kesihatan itu sendiri. Kemudahan yang kecil dan sederhana, misalnya mungkin boleh diakses oleh rakyat yang miskin, rakyat dari luar bandar, namun mungkin kesukaran akan dihadapi dalam menentukan penyediaan intervensi yang mencukupi dan berkualiti. Aspek seperti bekalan ubat dan perkhidmatan makmal mungkin sedikit sukar di kawasan luar bandar. Ini juga memberi kesan kepada aspek pakej manfaat dan sekaligus memberi implikasi kepada aspek pembiayaan.

Satu lagi perbincangan terhadap skop dalam pembaharuan sektor kesihatan didapati turut dilakukan oleh Lundberg & Wang (2006). Mereka berdua melihat pembaharuan ini berlaku serta memberi kesan terhadap aspek penawaran dan permintaan. Skop dari segi penawaran antara lain adalah melibatkan pembiayaan, pengurusan dan penyediaan perkhidmatan. Manakala dari segi permintaan pula adalah melibatkan penggunaan perkhidmatan itu sendiri dikalangan pengguna.

Dalam konteks ini, Lundberg & Wang (2006) telah mengambil inisiatif dengan meneliti kajian-kajian lepas pada masa artikel mereka ditulis bagi mengenalpasti komponen pembaharuan yang berkaitan. Bagi pembaharuan pembaharuan melibatkan aspek penawaran adalah sebagaimana (Jadual 2.5) dibawah:-

University of Malaya

Jadual 2.5: Skop pembaharuan sektor kesihatan dari perspektif penawaran

Pembaharuan	Apakah ia?	Rujukan
Pembaharuan dari skop penawaran		
Penyertaan dikalangan komuniti, penyeliaan dan urustadbir	Melibatkan penglibatan lokal dalam merekabentuk dasar, promosi kesihatan dan rawatan pencegahan, mobilisasi sumber (penyampaian perkhidmatan) serta aspek pemantauan bagi menyelesaikan masalah agensi	Brinkerhoff 2003; Cornwall, Lucas & Pasteur, 2000, George, 2003, Johnston, Faure, Fauer & Raney 1998; Loewenson 2000.
Pendekatan Sektoral Menyeluruh	Menyelaraskan penetapan polisi dikalangan agensi dibawah kepimpinan kerajaan, menetapkan sasaran, disokong oleh kerangka perbelanjaan jangka sederhana	Foster & Mackintosh-Walker 2001; Jefferys & Walford 2003.
Mendefinisi dan menyediakan pakej manfaat kesihatan	Dimulakan oleh *World Bank* (1993), kenalpasti intervensi yang paling kos efektif (ditakrif oleh kos purata), tidak diambilkira kos marginal	Enemark & Schleimann 1999; *World Bank* 1993.
Menguruskan pemisahan pembekal-pembeli	Mengasingkan pembeli dan penyedia rawatan, pada dasar ini membenarkan persaingan di antara penyedia perkhidmatan dan meminimakan insentif terhadap terlebih penawaran rawatan (dan termasuk mengurangkan penggunaan berlebihan)	Gerdtham, Rehnberg & Tambour 1999; Jack 2001; McPake et al. 2003.
Desentralisasi	Ini adalah satu topik yang luas, antara lain termasuk pemindahan pengurusan penyediaan perkhidmatan, penggubalan dasar, dan penjanaan pendapatan untuk pihak berkuasa tempatan dan wilayah	Atkinson & Haran 2004; Bossert 2000; Collins, Araujo, & Barbosa 2000; Gilson 1998; Jutting et al. 2004.
Pengurusan sumber manusia, pengecilan saiz perkhidmatan	Merujuk kepada pembaharuan dasar sumber manusia, serta kesan pembaharuan terhadap tenaga kerja. Termasuk latihan dan penempatan serta pengurangan tenaga kerja. Antara aspek yang paling kurang diberikan perhatian dalam pembaharuan sektor kesihatan	Bir & Eggleston 2003; Dussault & Dubois 2003; Ferrinho et al. 2004 Human Resources for Health.
Pengagihan sumber	Sebahagian besar bajet kesihatan diperuntukkan kepada rawatan sekunder dan lanjutan, manakala golongan rakyat yang miskin didapati lebih banyak menggunakan rawatan primer.	Castro-Leal et al. 2000; Diderichsen 2004; Pearson, 2002.
Dasar farmaseutikal dan isu pengurusan serta teknikal	Ketersediaan ubatan, terutama vaksin, yang didapati sering tidak mencukupi di klinik tempatan, serta berkait dengan ketirisan	Caines & Lush et al. 2004; Fairbank et al. 2000; Grace 2003; Laing, Hogerzeil, & Ross-Degnan 2001; WHO 2000
Farmaseutikal, aspek berkait perdagangan dan Hak Harta Intelek (HHI) dan *World Trade Organisation* (WTO)	Perdagangan dan paten adalah tertakluk kepada perdebatan yang serius dan umumnya ia diluar skop kementerian kesihatan di kebanyakan negara	Bailey 2001; Druce 2004; Lanjouw 2002, 2004.
Peraturan dan sokongan kepada penyedia perkhidmatan swasta	Majoriti perkhidmatan ditawarkan oleh sektor swasta dan juga ianya paling banyak digunakan oleh orang miskin	Bennett, McPake, & Mills 1997; Kumaranayake et al. 2000; Mills et al. 2002, Smith, Brugha, & Zwi 2001.

University of Malaya

‘Jadual 2.5, sambungan’

Pemantauan kualiti, kawalan dan penambahbaikan	Pengguna dikalangan yang miskin terkesan terutama melibatkan aspek kualiti rawatan serta harga.	Collier, Dercon, & Mackinnon 2002; Montagu 2003; Mwabu, Amsworth, Nyamete 1993; QAP dan PAHO 2003.
Kerjasama awam-swasta	Kerjasama dengan sektor swasta untuk menyediakan perkhidmatan yang sesuai kepada kumpulan sasaran, dan boleh termasuk rawatan klinikal, dan juga perkhidmatan bukan klinikal	Caines & Lush 2004; England 2002. 2004, Liu et al. 2004; Nieves. La Forgia, dan Ribera 2000.
Bayaran kepada penyedia perkhidmatan, insentif dan kontrak berasaskan prestasi	Menggunakan kontrak kontingen bagi membayar penyedia perkhidmatan, dan ia menjadi kaedah popular terutama selepas wujudnya *World Development Report 2003* (World Bank 2002)	Barnum, Kutzin, & Saxenian 1995; Bitran & Yip 1998, Eggleston & Hsieh 2004; Jack 2001a; Lavadenz, Schwab, & Straatman 2001, Leonard 2000; Loevinsohn 2001, 2002; Maceira 1998.
Bayaran kepada penyedia, *capitation*	Bayaran berasas penduduk kepada penyedia, berasaskan ciri-ciri demografik dan menentukan apa perkhidmatan yang ditawarkan	Bitrain 2001; Bitrain & Yip 1998; Maceira 1998; Telyukov 2001.

Sumber: diadaptasi dari Lundberg & Wang (2006).

Manakala aspek pembaharuan dari perpsektif permintaan pula sebagaimana di (Jadual 2.6) dibawah:-

Jadual 2.6: Skop pembaharuan sektor kesihatan dari perspektif permintaan

Pembaharuan	Apakah ia?	Rujukan
Pembaharuan dari skop permintaan		
Sumber pendapatan/pembiayaan		
Hasil am kerajaan/cukai	Sumber dari hasil kerajaan seperti cukai pendapatan, *Value added tax* (VAT), duti dan sebagainya, dan ini mungkin dikhususkan untuk kesihatan (contoh cukai rokok)	Bennett & Gilson 2001; Birdsall & James 1993; Wagstaff et al. 1999; World Bank 1993.
Skim prabayaran (fi-sebelum-perkhidmatan)	Terma umum yang merujuk kepada skim insurans yang melibatkan sumbangan premium, terutama skim yang membayar terlebih dahulu perkhidmatan	La Forgia 1990; Maceira 1998; Schneider & Diop 2001; Schenider, Diop & Bucyana 2000.
Akaun simpanan perubatan	Ini bukan insurans, ianya adalah pembiayaan sendiri dan tidak mengumpulkan risiko	Hanvoravongchai 2002; Hsiao 2001; Hurley 2001; Moon, Nichols, & Walls 1997; Nichols, Phua, & Prescott 1997.
Skim Insurans dan Pengumpulan Risiko		
Sektor formal, berasaskan pekerjaan	Boleh diuruskan oleh sektor swasta atau kerajaan, sumbangan lazimnya dibayar menerusi potongan gaji	Abel-Smith & Rawal 1994; Jack, 2001b; Kutzin 1997.
Liputan untuk sektor bukan formal	Menyediakan insurans kepada mereka yang diluar pekerjaan rasmi. Amat sukar untuk dilaksanakan samada berasaskan komuniti atau pun skim berasaskan penyedia	Bennett, Crease, & Moansch 1998; Gumber 2002.

University of Malaya

‘Jadual 2.6, sambungan’

Insurans Kesihatan Sosial (asas yang luas)	Perkhidmatan dibayar menerusi sumbangan yang dikumpulkan menerusi satu tabung khas untuk kesihatan, terutama menerusi potongan gaji, dan penyertaan adalah mandatori	Carrin, Desmet, & Basaza, 2001; Gertler & Solon 2000, Jimenez 1987; Normand & Weber 1994.
Insurans Kesihatan Komuniti (asas lokal)	Sukarela, skim insurans bukan bermotif keuntungan, mengumpul sumber dan risiko	Atim 1999; Binam, Nkama, dan Nkendah 2004; Criel, Van der Stufyt, & Van Lerbergeh 1999; Jakab & Krishnan 2001; Preker et al. 2002
Fi Pengguna	Antara topik yang hangat diperdebatkan iaitu melibatkan caj yang perlu dibayar sendiri oleh pesakit bagi perkhidmatan yang diterima	Abel-Smith & Rawal 1992; Alderman & Lavy 1996; Arhin-Tengkorang 2000; Crease & Bennett 1997; Gertler & van der Gaag 1990; Gilson 1998, Gwatkin 2003; Khan 2005; Lawson 2004; Litvack & Bodart 1992; Nahar & Costello 1998.
“*Under-the-table payments*”	Bayaran dikenakan terhadap pesakit dan ia berbentuk informal, dirunding pada titik permulaan menerima perkhidmatan, atau tinggi strukturnya, dan lazim terus kepada penyedia berbanding fasiliti	Bloom, Han, & Li 2001; Chakraborty et al. 2002; Ensor 2004; Killingsworth 2002; Killlingsworth et al. 1999; Lewis 2000; McPake et al. 1999; Vian et al. 2004.
“*Targetting; tariffs; fee waivers*”	Diskriminasi harga, mengenakan bayaran berbeza kepada kumpulan berlainan, boleh menerusi *fiat* (diputuskan oleh pentadbir berasaskan kepada beberapa ciri oleh penerima) atau secara *self-targetting* (dimana penerima memutuskan samada hendak menggunakannya berasas kepada ciri-ciri barangan dan perkhidmatan yang disediakan)	Bitran & Giedion 2003; Bitran & Munoz 2000, Chaudury, Hammer & Murugarra 2003; Gelbach & Pritchett 1995.
Baucer	Kelayakan yang diberikan untuk membeli atau memperolehi perkhidmatan spesifik, digunakan untuk perkhidmatan kesihatan umum, atau barangan yang spesifik (seperti *treated bednets*) untuk kumpulan khas (contoh, pekerja seks yang dijangkiti penyakit berkaitan seks	Bitran & Giedion 2003; Ensor 2004; Ensor & Cooper 2004.
Lain-lain Isu		
Mengembangkan program rintis	Banyak dasar kesihatan diteruskan berpandu kepada projek perintis, dan banyak perhatian telah diberikan untuk mengatasi masalah dari segi replikasi dan perluasan di peringkat kebangsaan	Bertozzi et al. 2001; Johns & Baltussen 2004; Johns & Torres 2005; Wyss, Moto, & Callewaert 2001.

Sumber: diadaptasi dari Lundberg & Wang (2006).

2.7 Pelaksanaan Pembaharuan Sektor Kesihatan

Penelitian terhadap pelaksanaan pembaharuan sektor kesihatan didapati telah berlaku secara meluas dan subjek ini mendapat perhatian ramai penyelidik, sebagaimana yang

telah dinyatakan dalam Bab 1. Perbincangan disini tidaklah berhasrat untuk meneliti secara mendalam terhadap aspek tersebut. Walaubagaimanapun ianya akan menyentuh secara umum bagaimana pembaharuan berkenaan berlaku, iaitu di peringkat global dan juga Malaysia. Perbincangan berkenaan adalah sebagaimana berikut.

2.7.1 Peringkat Global

Pelaksanaan pembaharuan sektor kesihatan di peringkat global didapati mula mengalami perkembangan yang pesat terutama sejak tahun 80an lagi. Adalah didapati ianya telah menjadi suatu daripada keperluan bagi negara untuk melaksanakannya. Ianya adalah disebabkan oleh beberapa cabaran dan isu yang terpaksa dihadapi oleh kebanyakan negara didunia hari ini. WHO misalnya menerusi *18th Meeting of Ministers of Health* bagi wilayah Asia Selatan dan Timur di Kathmandu, Nepal pada 23-25 Ogos 2000 telah menyenaraikan empat faktor utama yang mendesak negara anggota untuk melakukan pebaharuan dalam sektor kesihatan. Empat faktor tersebut adalah melibatkan kos serta pembiayaan kesihatan yang semakin meningkat, diikuti dengan isu dalam aspek penyampaian kesihatan, isu sumber tenaga manusia dan juga aspek urustadbir (WHO, 2000). Roberts et al. (2004) juga antara lain menyenaraikan empat faktor utama yang mendorong kepada pelaksanaan pembaharuan sektor kesihatan. Faktor-faktor tersebut adalah peningkatan kos, peningkatan ekpektasi pesakit/pelanggan, keupayaan terhad bagi membayar dan skeptikal terhadap idea-idea konvensional.

Dalam masa yang hampir sama, institusi antarabangsa seperti WHO, IMF dan *World Bank* juga didapati giat mempromosikan pembaharuan ini. Ianya didapati ketara menerusi beberapa deklarasi dan diterjemah pula menerusi beberapa dokumen yang diterbitkan. Antara dokumen terpenting yang didapati banyak mempengaruhi proses pembaharuan sektor kesihatan adalah sebagaimana diterbitkan oleh *World Bank* pada tahun 1987 iaitu *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for*

University of Malaya

Reform (Akin, Birdsall & Ferranti, 1987). *World Bank* dengan lantang telah mendesak kerajaan untuk mengurangkan penglibatan mereka dalam sektor kesihatan dan menyerahkannya secara lebih signifikan tanggungjawab ini kepada sektor swasta. Sesuatu yang begitu mirip kepada dasar neo liberal dan Pengurusan Awam Baru.

Ini kemudian diikuti pula penerbitan dokumen bertajuk *1993 World Development Report Investing in Health* (World Bank, 1993). Teras utama dokumen ini adalah bagi memberikan perincian kepada tindakan yang harus diambil oleh negara kearah mengurangkan penglibatan mereka dalam sektor kesihatan dengan sebaliknya menyerahkannya untuk dilaksanakan oleh pihak swasta.

Manakala bagi WHO sendiri, inisiatif terhadap pembaharuan dapat dikesan lebih awal menerusi Deklarasi Alma Ata yang dicapai menerusi persidangan di Kazakhstan pada tahun 1978. Persidangan ini telah bersetuju untuk melancarkan konsep Kesihatan Untuk Semua (WHO, 1978). Tiga dekad selepas itu iaitu pada tahun 2005, WHO menerusi persidangan ke 58 telah meluluskan resolusi WHA58.33 yang memperakukan bahawa suatu sistem pembiayaan kesihatan bagi setiap negara hendaklah dibangunkan dalam usaha untuk memastikan akses terhadap perkhidmatan kesihatan yang lebih menyeluruh. Justeru penekanan penting diberikan terhadap usaha untuk mengatasi isu risiko kewangan dikalangan setiap warganegara (WHO, 2010).

Bagi merealisasikan matlamat Liputan Kesihatan Universal (LKU) untuk semua tercapai, satu resolusi berkenaan telah diluluskan semasa *World Health Assembly* ke 62 diadakan pada 18-27 Mei 2009 di Geneva, Switzerland. Resolusi WHA62.12 berkenaan menegaskan LKU sebagai salah satu daripada empat perkara pokok dalam mencapai perkhidmatan kesihatan primer dan perkhidmatan rawatan pesakit, termasuk aspek kepimpinan dan polisi dalam semua aspek kesihatan. Dalam masa yang sama, pada tahun 2009 WHO telah menerbitkan buku garis panduan terhadap pelaksanaan insurans

University of Malaya

kesihatan sosial bertajuk *Social Health Insurance: a guidebook for planning (second edition)* (WHO, 2009). Penegasan terhadap kepentingan mencapai kelestarian dalam pembiayaan kesihatan serta hak LKU ditegaskan lagi menerusi Resolusi WHA64.9 yang dikeluarkan pada tahun 2011 (WHO, 2014).

Pertubuhan Bangsa-Bangsa Bersatu (PBB) sendiri didapati mengambil perhatian yang istimewa terhadap sektor kesihatan. Ini terbukti menerusi komitmen dinyatakan didalam *Millenium Development Goals* (MDG) meliputi tempoh pelaksanaan dari tahun 2000-2015 apabila tiga dari lapan teras MDG secara langsung menyentuh tentang isu kesihatan (Akiyama, 2005). Manakala bagi *Sustainable Development Goals 2030* atau United Nations Agenda 2030 yang berlangsung dari tahun 2015-2030 pula, satu daripada 17 matlamat yang berkenaan secara spesifik menyentuh tentang kesihatan (Hak, Janoušková, & Moldan, 2016).

Antara contoh pembaharuan tersebut adalah sebagaimana dibincangkan oleh Berman dan Bossert (2000) dan Tang dan Bloom (2000). Lihat (Jadual 2.7) sebagaimana berikut:-

Jadual 2.7: Pembaharuan Sektor Kesihatan Di Beberapa Negara

Negara	Pembaharuan	Penjelasan
Zambia	Pembiayaan kesihatan dan desentralisasi	Dimulakan pada tahun 1991-1992, melibatkan pelaksanaan desentralisasi yang signifikan kepada pasukan pengurusan kesihatan peringkat daerah dan lembaga kesihatan, memperkenalkan fi pengguna di pusat penyedia perkhidmatan milik kerajaan dan suatu pakej manfaat yang seragam untuk seluruh negara
Colombia	Pembiayaan kesihatan dan penyampaian perkhidmatan	Bermula pada tahun 1993, termasuk memperkenalkan skim insurans kesihatan sosial dengan membenarkan persaingan antara pelan insurans milik awam dan swasta, serta mengkontrakkan aspek penyampaian perkhidmatan di kedua-dua penyedia perkhidmatan samada awam atau swasta
Chile	Pembiayaan kesihatan, insurans kesihatan dan penswastaan perkhidmatan	Bermula sejak awal tahun 1980an, melibatkan pengenalan insurans swasta, desentralisasi bagi perkhidmatan kesihatan primer dan caj di fasiliti kesihatan milik kerajaan

University of Malaya

‘Jadual 2.7, sambungan’

Republik Czech	Insurans kesihatan dan penswastaan	Bermula sekitar awal tahun 1990an, meliputi penswastaan bagi perkhidmatan di agensi milik negara, mewujudkan *multiple state-linked* dan dana insurans kesihatan swasta, dan memperkenalkan mekanisme pembayaran baru dan aspek regulasi terhadap organisasi
Hungary	Penswastaan, insurans kesihatan dan desentralisasi	Pembaharuan melibatkan antara lain penswastaan rawatan primer, pemusatan sistem insurans kesihatan sosial, desentralisasi pemilikan fasiliti kesihatan di peringkat kerajaan tempatan
China	Pembiayaan kesihtan dan devolusi (di sesetengah wilayah)	Dipacu oleh pembaharuan dalam sektor ekonomi, antara lain termasuklah desentralisasi penyediaan perkhidmatan ke pusat kesihatan peringkat tempatan, autonomi kewangan hospital, dan memperkenalkan skim perubatan komuniti dengan pembiayaan tiga tahap (pusat, geran sepadan di peringkat kerajaan tempatan dan isirumah)

Sumber: Berman & Bossert 2000; Tang & Bloom 2000.

Lain-lain contoh pembaharuan juga dapat diteliti hasil daripada kajian yang dilaksanakan oleh beberapa orang pengkaji seperti di (Jadual 2.8) berikut:-

Jadual 2.8: Beberapa contoh pembaharuan sektor kesihatan di seluruh dunia

Negara	**Pengkaji**	**Skop pembaharuan dalam sepek pembiayaan (contoh)**
China	Yip & Hsiao (2009)	Meningkatkan pembiayaan kesihatan di sektor awam, mengembangkan fasiliti bagi penyampaian kesihatan peringkat primer dan meningkatkan subsidi untuk mencapai liputan kesihatan universal
Taiwan	Chiang (1997); Cheng (2015);	Pelaksanaan *National Health Insurance* (NHI) pada tahun 1995
Indonesia	Pisani, Kok, & Nugroho (2016)	Pelaksanaan insurans kesihatan ke arah liputan kesihatan akses-Asuransi Kesehatan (Askes) (1992), Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) (2004), Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) (2008). Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (2014)
Thailand	Coronini- Cronberg, Laohasiriwong & Gericke (2007); Kuhonta (2017)	Perkenalkan 30-Baht Scheme pada tahun 2001
Ghana	Dalinjong & Laar (2012)	Perkenalkan *National Health Insurance Fund* (NHIF) pada 2005

Sumber: pelbagai penulis, pelbagai tahun

2.7.2 Malaysia

Malaysia juga tidak terkecuali dari melaksanakan pembaharuan sektor kesihatan. Pembaharuan ini didapati telah dimulakan sejak negara mencapai kemerdekaan pada tahun 1957 lagi dengan tumpuan diberikan kearah meningkatkan komponen seperti

University of Malaya

fasiliti, urustadbir, sistem penyampaian, latihan, sumber tenaga manusia, teknologi dan sebagainya.

Dari segi pernyataan dasar kearah pembaharuan yang hendak dicapai dalam jangka panjang, ianya telah dinyatakan secara jelas menerusi Rangka Rancangan Jangka Panjang (RRJP) atau *Outline Perspective Plan* (OPP). Pengisiannya kemudian direncanakan pula menerusi rancangan jangka sederhana yang dilaksanakan melalui Rancangan Pembangunan Lima Tahun. Manakala bagi jangka pendek ianya dizahirkan menerusi bajet tahunan negara. Rangka Rancangan Jangka Panjang (RRJP) pertama meliputi tahun 1971-1990 (Malaysia, 1971) diikuti dengan RRJP 2 (1991-2000) (Malaysia, 1991) dan RRJP 3 (2001-2010) (Malaysia, 2001).

Komitmen kerajaan terhadap pembaharuan sektor kesihatan didapati semakin ketara mulai awal tahun 80an. Ini dapat dilihat menerusi penelitian terhadap dokumen-dokumen ini yang antara lain gesaan kearah pelaksanaan sistem pembiayaan kesihatan menyeluruh. Ianya adalah sebagaimana dikemukakan menerusi Kajian Separuh Penggal Rancangan Malaysia Keempat (1981-1985) (Malaysia, 1984) dan pelbagai dokumen Kementerian Kesihatan seperti Pelan Strategik dan sebagainya. Manakala lain-lain pernyataan dasar adalah seperti pelaksanaan program penswastaan dan pengkorporatan sektor kesihatan (dinyatakan dalam RM Ke6 (1991-1995) dan RM Ke7 - 1996-2000) serta pembaharuan sektor kesihatan menerusi 1Care (dinyatakan dalam RM Ke10 - 2011-2015).

Dalam pada itu perubahan terhadap sistem kesihatan di Malaysia didapati ketara apabila Malaysia beralih arah daripada mengamalkan sistem tiga lapis dari tahun 1957 hingga 1970 kepada sistem dua lapis dari tahun 1970 sehingga sekarang (Safurah et al. 2013). Pembaharuan juga didapati pesat berlaku dari segi fasiliti apabila bilangan hospital awam telah bertambah dari 72 buah pada tahun 1970 kepada 150 buah pada

University of Malaya

tahun 2014, dan klinik awam pula meningkat dari 1,167 tahun 1970 kepada 2,871 tahun 2014 (MHSR, 2016: 116). Begitu juga dengan bilangan hospital swasta dan klinik swasta yang juga semakin berkembang dan bertambah bilangannya dari 6 buah hospital swasta tahun 1970 kepada 291 buah pada tahun 2014. Manakala klinik swasta pula kini berjumlah sebanyak 6,978 buah (MHSR, 2016: 116).

Pembaharuan yang dilaksanakan juga telah memberi impak positif dari segi bilangan kakitangan dalam sektor kesihatan. Sebagai contoh bilangan doktor tahun 2014 adalah 39,545 (MHSR, 2016: 129), berbanding hanya 2,426 pada tahun 1970 (Malaysia, 1971: 277). Ini dipacu oleh peningkatan dalam aspek latihan apabila penubuhan fakulti-fakulti perubatan di universiti awam dan swasta tempatan semakin pesat. Daripada hanya sebuah Fakulti Perubatan di Universiti Malaya pada tahun 60an, ianya didapati telah bertambah kepada 11 buah di institusi pengajian tinggi awam dan 18 buah di institusi pengajian tinggi swasta (statistik tahun 2010) (KPT, 2010: 42). Pembaharuan juga memberi kesan terhadap peningkatan taraf kesihatan rakyat (contoh, 1957, 75.5 kematian dari 1,000 kelahiran bayi, berbanding 6.5 kematian dari 1,000 kelahiran bayi pada tahun 2013) (MHSR, 2016: 47).

Kajian secara empirikal bagi membincangkan pembaharuan sektor kesihatan di Malaysia didapati telah menarik perhatian sebilangan pengkaji. Penelitian terhadap aspek pembaharuan sektor kesihatan secara umum telah dilakukan antaranya oleh Onn, 2015, Shepard, Savedoff dan Hong (2002), Merican dan Yon, (2002), Merican, Rohaizat dan Haniza (2004) dan Noh (2011).

Manakala dalam konteks komersialiasasi dan penswastaan sektor kesihatan di Malaysia telah diteliti oleh pengkaji-kaji seperti di Al Junid (2000), Barraclough (1999; 2000), Mustapa, Mustapa, Ismail dan Ali (2006), Khoon (1996; 2010), Nambiar (2009), Rasiah, Noh dan Tumin (2009), Rasiah, Nik Rosnah dan Tumin (2011), Heng, Awang

University of Malaya

dan Nik Rosnah (2011) serta Nwagbara dan Rasiah (2015). Berhubung dengan sistem pembiayaan kesihatan pula terdapat beberapa kajian antaranya oleh Chua dan Hean (2012), Lee (2012), Almualm, Alkaff, Aljunid dan Alsagoff (2013) dan Juni (2014).

Secara ringkasnya, hasil dari penelitian terhadap kajian-kajian terdahulu ini dapat diringkaskan sebagaimana diperincikan menerusi (Jadual 2.9):-

University of Malaya

Jadual 2.9: Kajian Terdahulu dalam Pembaharuan Sektor Kesihatan di Malaysia

Sarjana	Objektif dan metode kajian	Dapatan Kajian
Pembaharuan Sektor Kesihatan Secara Umum		
Shepard, Savedoff dan Hong (2002),	Objektif kajian adalah bagi melakukan diagnosis terhadap sistem kesihatan Malaysia sediada dan memperakukan cadangan pembaharuan. Kajian secara kualitatif	Kerajaan dicadangkan untuk melaksanakan pembaharuan terhad dengan tujuan untuk meningkatkan pengurusan dan perkhidmatan kesihatan di Malaysia
Merican dan Yon, 2002	Kajian secara kualitatif ini bertujuan untuk meneliti pencapaian, isu dan cabaran serta melihat skop-skop pembaharuan dalam sektor kesihatan yang telah dilaksanakan	Isu dan cabaran dalam sektor kesihatan Malaysia telah dikenalpasti. Antaranya adalah peningkatan kos, perbelanjaan luar saku yang tinggi, peningkatan penyakit tidak berjangkit dan sebagainya. Langkah-langkah diambil kerajaan dalam pembaharuan juga disenaraikan antaranya mengubah dari sistem tiga lapis ke sistem dua lapis, desentralisasi perkhidmatan kesihatan, meningkatkan aspek kualiti menerusi *The Quality Assurance Programme* dan MS ISO 9000, penswastaan dan pengkorporatan, memajukan aspek *Information Communication Tehcnoolgy* (ICT) dan *Health Technology Assessment*, pelancongan kesihatan dan penyelidikan. Rancangan kerajaan untuk melaksanakan Skim Pembiayaan Kesihatan Kebangsaan (SPKK) sebagaimana digariskan RM Ke 7 (1995-2000) juga turut dibincangkan. Keperluan bagi kerajaan untuk menubuhkan Majlis Penasihat Kesihatan Kebangsaan (MPKK) dengan diwakili pihak berkepentingan untuk menasihati kementerian telah juga diusul. Peranan kerajaan pada masa hadapan juga disentuh. Antara lain kerajaan hendaklah melaksanakan peranan kawalselia, penggubal dasar, pemantauan, pembiayaan dan penyedia bagi sesetengah perkhidmatan kesihatan. Sementara itu komponen pengawasan juga hendaklah diperkukuhkan oleh pihak Kementerian Kesihatan
Merican, Rohaizat dan Haniza (2004)	Kajian yang dijalankan secara kualitatif ini adalah lanjutan kepada kajian yang dijalankan pada tahun 2002	Sebanyak 17 isu dan cabaran dalam sistem kesihatan kebangsaan Malaysia telah dibincangkan. Pelan perancangan pada masa hadapan turut dikupas dengan lapan pelan telah disenaraikan. Antaranya adalah Mekanisme Pembiayaan Kesihatan Kebangsaan, menstrukturkan semula sistem penyampaian perkhidmatan, mewujudkan Majlis Penasihat Kesihatan Kebangsaan dan sebagainya.

University of Malaya

‘Jadual 2.9, sambungan’

Noh (2011).	Kajian berasaskan data-data sekunder ini meneliti kedudukan pembaharuan dalam aspek penjagaan kesihatan primer dan 1Care	Kedudukan kesihatan sediada negara telah dipersembahkan. Kemudiannya, mengapakah kerajaan perlu melaksanakan pembaharuan turut dikupas. Beberapa cabaran yang dihadapi seperti kurangnya integrasi antara sektor awam dan swasta, perubahan tren penyakit, perubahan demografi dan sebagainya telah dibincangkan. Tekanan juga dihadapi dalam memastikan ekuiti dan akses menyeluruh dalam kesihatan. 1Care dihujahkan oleh penulis sebagai antara teras yang penting dalam memastikan kejayaan pembaharuan sektor kesihatan di Malaysia. Disini peranan PBK dan kumpulan masyarakat madani dilihat penting. Pun begitu ianya hanya akan lancar seandainya Kementerian Kesihatan itu sendiri melakukan pembaharuan dalaman, khususnya melibatkan aspek pembiayaan dan juga mewujudkan sistem penyampaian kesihatan yang berautonomi. Ini semua tidaklah mudah untuk dicapai kecuali dengan beberapa prasyarat dipenuhi antaranya sokongan infrastruktur terhadap sistem kesihatan primer, ICT serta pengurusan perubahan.
Onn, 2015,	Analisis deskriptif ini secara umum meneliti halatuju sistem kesihatan Malaysia	Antara yang dibincangkan adalah isu dan cabaran dalam sistem kesihatan Malaysia, sistem kesihatan awam dan swasta, isu berkenaan dengan penswastaan dan pengkorporatan dalam sektor kesihatan terutama berkait dengan isu dan cabaran yang dihadapi. Sistem insurans kesihatan kebangsaan juga turut dibincangkan.
Penswastaan dan komersialisasi sektor kesihatan		
Al Junid (2000),	Artikel ini mengemukakan satu persoalan samada Malaysia sudah bersedia dalam menghadapi penswastaan perkhidmatan kesihatan	Artikel ini membincangkan bentuk-bentuk penswastaan iaitu melibatkan komponen pembiayaan perkhidmatan kesihatan dan penyampaian perkhidmatan kesihatan
Barraclough (1999; 2000),	Artikel pertama (1999) bertujuan untuk meninjau perubahan orientasi kerajaan terhadap sektor kesihatan dari kebajikan kepada neo-liberal Arftikel kedua (2000) pula khusus bagi membincangkan mengenai politik dalam penswastaan sektor kesihatan Malaysia	Malaysia didapati kian ketara memisahkan diri dari sebuah negara yang mengamalkan pendekatan negara berkebajikan dalam sektor kesihatan dan mula beralih kepada pendekatan neo liberal. Ini dikesan semakin jelas khususnya pada awal tahun 1990an apabila dasar penswastaan misalnya dilaksanakan. Artikel ini menumpukan secara spesifik terhadap dasar penswastaan dengan latar belakang terhadap dasar ini telah dikemukakan. Seterusnya perbincangan ditumpukan kepada sistem kesihatan Malaysia dengan penswastaan dalam aspek pembiayaan kesihatan, penswastaan perkhidmatan kesihatan (penswastaan perkhidmatan sokongan hospital, penswastaan farmaseutikal antara dibincangkan). Rasional dasar penswastaan dilaksanakan dalam sektor kesihatan telah dikupas dengan alasan bahawa ianya mampu meningkatkan kecekapan. Isu dan respon terhadap dasar ini turut dianalisis dengan tindkabalas kumpulan masyarakat madani seperti *Consumer Association of Penang* (CAP), *Malaysian Medical Association* (MMA) dan *Citizen’s Health Initiative* (CHI) dibincangkan

‘Jadual 2.9, sambungan’

Mustapa, Mustapa, Ismail dan Ali (2006),	Kajian ini berhasrat untuk merungkai sebab disebalik peningkatan kos dalam penyelenggaraan perkhidmatan sokongan hospital kerajaan	Kajian ini telah mengenalpasti beberapa faktor disebalik peningkatan kos yang telah berlaku. Antara faktor yang dikenalpasti adalah *bounded rationality*, peluang dan juga *asset specificity*. Lain-lain skop yang dikenalpasti adalah skop kerja yang terlampau luas dalam kontrak tersebut yang mengambil masa selama 15 tahun. Ini menjurus kepada ketidaktentuan dan menyebabkan syarikat konsesi memindahkan risiko tersebut kepada harga yang ditawarkan kepada kerajaan
Khoon (1996),	Artikel pertama (1996) meninjau secara deskriptif inisiatif penswastaan dan pengkorporatan dalam sistem kesihatan Malaysia.	Artikel ini bermula dengan mengaitkan kerajaan mengenai perkhidmatan kesihatan kepada rakyat bersandarkan beberapa premis antaranya adalah tanggungjawab moral. Penulis turut mengemukakan satu persoalan samada kerajaan tidak berbelanja secukupnya dalam sektor kesihatan awam
Khoon (2010),	Kajian seterusnya (2010) meneliti aspek teoritikal penswastaan dan diikuti dengan analisis terhadap sub-sistem kesihatan. Seterusnya artikel ini meninjau peranan kerajaan Malaysia sebagai penyedia, pembiaya, pelabur dan regulator	Kajian ini telah mengambil peranan dengan meneliti kerajaan sebagai penyedia perkhidmatan kesihatan dengan menyediakan kemudahan seperti hospital dan klinik. Kerajaan juga didapati dalam masa yang sama mula aktif terlibat sebagai pelabur menerusi *Government Linked Companies* (GLC) dan sebagainya. Dalam masa yang sama kerajaan Malaysia juga bertindak sebagai penyedia pembiayaan dan juga sebagai regulator. Peranan-peranan ini mencerminkan beberapa isu dan juga isu dari segi konflik kepentingan
Nambiar (2009),	Artikel ini juga meneliti pelaksanaan penswastaan di Malaysia, terutama dalam aspek mengenai kepentingan proses institusi	Komponen institusi, perancangan penswastaan dengan dua kes dikemukakan iaitu penswastaan dalam sektor kesihatan (penswastaan farmaseutikal, penswastaan khidmat sokongan di hospital kerajaan)
Rasiah, Noh dan Tumin (2009),	Kajian secara kualitatif ini bertujuan untuk meneliti kesan dari perkembangan yang berlaku dalam sektor kesihatan swasta di Malaysia	Penelitian terhadap perkembangan sektor kesijhatan swasta telah dikupas dengan pelbagai skop diperincikan antaranya ianya dilihat sebagai suatu punca kepada memaksimakan keuntungan dari sektor ini
Rasiah, Nik Rosnah dan Tumin (2011),	Objektif artikel ini adalah bagi membincangkan tentang isu-isu kritikal dalam perkhidmatan kesihatan di Malaysia	Perkembangan pesat penggunaan model neo liberal termasuk dalam sektor kesihatan telah menarik perhatian kumpulan masyarakat madani, terutama pensawastaan sektor kesihatan. Perbincangan juga turut dilakukan meliputi faktor yang memacu penswastaan dalam sektor ini dengan implikasi terhadap dasar turut dikupas
Heng, Awang dan Nik Rosnah (2011)	Artikel ini khusus membincangkan mengenai penswastaan sektor kesihatan di Malaysia	Perincian meliputi beberapa penswastaan dalam sektor kesihatan yang telah dilaksanakan. Perbincangan juga turut melibatkan bantahan oleh kumpulan masyarakat madani seperti *Federation of Malaysian Consumer Associations* (FOMCA), MMA, *Malaysian Trade Union Congress* (MTUC), Suara Rakyat Malaysia (SUARAM) dan GMPPPK

‘Jadual 2.9, sambungan’

Nwagbara dan Rasiah (2015).	Kajian ini bertujuan untuk menentukan samada komersialisasi yang berlaku menerusi perkembangan pesat hospital swasta di Malaysia memacu kepada peningkatan prestasi di hospital kerajaan. Kajian ini menggunakan data penggunaan di hospital awam di Semenanjung Malaysia dari tahun 2006-2010.	Dapatan kajian lebih dari 60 peratus hospital awam di Malaysia adalah tidak cekap dan prestasi dibawah keupayaan sebenar. Kadar purata *Bed Occupancy Rate* (BOR) dikalangan hospital kerajaan adalah 56 peratus pada tahun 2006 dan 61 peratus pada tahun 2010. Juga didapati terdapat *Bed Turnover Rate* (BTR) yang berlebihan antara 65 dan 73 kali sepanjang temph kajian. Manakala kesleuruhan *Average Length of Stay* (ALOS) adalah jatuh dari 3.4 hari pada tahun 2006 kepada 3.1 hari pada tahun 2010
Pembiayaan Kesihatan		
Chua dan Hean (2012),	Kajian kes ini berhasrat untuk meneliti aspek pembiayaan kesihatan (Liputan Kesihatan Universal/LKU)	Kajian ini menggunakan kerangka *The WHO Health Financing Strategy for the Asia Pacific Region* (2010-2015) bagi menilai sistem pembiayaan kesihatan Malaysia, khusus dalam aspek LKU. Data dari *Malaysian National Health Account* (2008) digunakan dalam kajian ini. Perbelanjaan untuk sektor kesihatan Malaysia adalah 4.75 peratus dari KDNK, namun perbelanjaan luar saku mencecah 40 peratus. Masalah seperti penghijrahan kakitangan, isu melibatkan usaha mendapatkan data perbelanjaan dari sektor swasta juga disentuh. Lain-lain perkara disentuh adalah dari segi penyampaian perkhidmatan, keupayaan menangani peningkatan kos dan urustadbir
Lee (2012),	Artikel ini adalah bagi meninjau kemungkinan pelaksanaan Insurans Kesihatan Sosial (IKS) di Malaysia dengan mengambil pengajaran dari Thailand dan Korea Selatan	Hasrat Malaysia untuk melaksanakan IKS sebagaimana dinyatakan menerusi RM Ke7 wajar diteliti dari pelbagai sudut. Mengambilkira pengalaman dari dua buah negara ini beberapa cadangan telah dikemukakan. Antaranya adalah pengupayaan institusi, menangani secara langsung isu peningkatan kos dan memastikan hak akses universal kesihatan yang berterusan
Almualm, Alkaff, Aljunid dan Alsagoff (2013)	Kajian secara kuantitatif ini pula bertujuan untuk meninjau faktor yang mempengaruhi sokongan dikalangan pesakit terhadap Insurans Kesihatan Kebangsaan (IKK) dikalangan pesakit di klinik pakar di HUKM Cheras	Dapatan kajian mendapati 71.2 peratus responden menyokong pelaksanaan IKK, 61.4 peratus pula bersedia membayar RM240 setahun untuk menyertainya dan 76.6 peratus lagi berpendapat ianya wajar diwajibkan. Kajian ini berpendapat bahawa IKK adalah antara kaedah untuk mempelbagaikan sumber pembiayaan kesihatan, meningkatkan akses. Namun banyak lagi usaha yang perlu dilakukan demi untuk menjadikannya satu realiti

University of Malaya

‘Jadual 2.9, sambungan’

Juni (2014).	Kajian ini adalah dengan tujuan untuk membuat penelitian terhadap sejarah dan perkembangan selama tiga dekad kearah pembaharuan sistem pembiayaan kesihatan di Malaysia	Artikel ini dimulakan dengan meninjau preastasi semasa sistem kesihatan Malaysia. Ini diikuti dengan perbincangan mengenai pembaharuan dalam sistem pembiayaan dan juga diperincikan segala usaha dan inisiatif kerajaan sejak tahun 80an lagi untuk melaksanakannya

University of Malaya

Berdasarkan Jadual 2.9 terdapat beberapa persamaan dan perbezaan yang dapat dirumuskan. Dari segi persamaan, satu perkara yang jelas ketara adalah pengkajian terhadap pembaharuan sektor kesihatan di Malaysia tertumpu kepada skop-skop khusus, samada pembaharuan secara umum atau juga spesifik, seperti pembiayaan kesihatan dan komersialisasi dan penswastaan. Persamaan juga dapat diteliti menerusi kaedah penyelidikan yang digunakan apabila didapati secara dominannya pendekatan kualitatif digunakan. Manakala dari sudut perbezaan pula ianya menampilkan suatu sisi yang berbeza apabila beberapa kumpulan masyarakat madani, yang dengan pendekatan yang berbeza digunakan sebagai kajian kes.

Sebagaimana yang telah dinyatakan sebelum ini bahawa usaha kerajaan dalam melaksanakan pembaharuan sektor kesihatan yang menyeluruh telah melalui suatu tempoh kajian yang panjang iaitu sejak lebih tiga dekad yang lalu. Ianya dapat dikesan menerusi pelbagai kajian yang dilakukan sejak tahun 1983 lagi sehingga sekarang. Lihat (Jadual 2.10):-

Jadual 2.10: Kajian Pembaharuan Sektor Kesihatan di Malaysia (1983-2016)

Nama Kajian	Dilaksanakan oleh	Perakuan
Kajian Westinghouse (1983-1985)	Westinghouse	Mewujudkan Dana Keselamatan Kesihatan Kebangsaan (DKKK), penubuhan Majlis Kesihatan Kebangsaan Cadangan terhadap pembangunan organisasi pengurusan kesihatan atau *health management organisation* (HMOs) dan desentralisasi atau pajakan hospital besar dan daerah telah turut dinyatakan menerusi kajian ini (Malaysia, 1985)
Kajian Fasa Dua Dana Keselamatan Kesihatan Kebangsaan (DKKK) (1989-1990)	Birch & Davis International Inc	Cadangan penubuhan dan pengurusan Dana Keselamatan Kesihatan Kebangsaan (DKKK) serta bagaimana kaedah pengoperasian Skim Pembiayaan Kesihatan Kebangsaan (SPKK) fasa kedua telah dilakukan. Kajian ini turut melihat aspek mekanisme kutipan caj keatas pesakit serta meneliti kemungkinan bagi mengkorporatkan hospital awam

University of Malaya

‘Jadual 2.10, sambungan’

Kajian Pelan Kesihatan Kebangsaan (1991-1993)	Dr Malcolm G. Taylor dari *ADB Consultancy* Dr Paul Gross juga dari *ADB Consultancy*	Maklumbalas dan penambahabaikan terhadap SPKK Memberikan input tentang SPKK Cadangan bagi menubuhkan Majlis Kesihatan Kebangsaan
Kajian Pengkorpotan Hospital Kerajaan (1995-1996)	Rashd Hussein Berhad	Kajian bagi pengkorporatan empat belas buah hospital kerajaan
Kajian oleh Pakar Perunding WHO, JR Herms (1997)	JR Herms perunding dari *World Health Organisation* (WHO)	Memperkenalkan Insurans Kesihatan Sosial (IKS) dalam sistem pembiayaan kesihatan Malaysia (Chua & Cheah, 2012)
Kajian oleh Rashid Hussein Bhd dan Prof William Hsiao (1997)	Rashid Hssein Bhd dan Prof William Hsiao dari *Universiti Harvard*	Mencadangkan akaun simpanan perubatan (Chua Cheah, 2012)
Kajian oleh Insugress Sdn Bhd dan MEDIFIS (2001)	Insugress Sdn Bhd dan *Malaysian Healthcare Deliveries and Financing System* (MEDIFIS)	Mencadangkan IKS (Chua & Cheah, 2012)
Kajian oleh Shepard, Savefoff dan Phua Kai Hong (2002)	Pakar perunding *World Health Organisation* (WHO) iaitu Donald S. Shepard, William Savedoff dan Phua Kai Hong	Perakuan utama yang dikemukakan menerusi kajian ini khusus dalam aspek pembiayaan dengan cadangan untuk menaikkan kadar bayaran dikemudahan kesihatan awam dengan berhati-hati, terpilih dan saksama Manakala perkauan seterusnya adalah bagi memperkenalkan sistem simpanan secara mandatori bagi tujuan pembiayaan kesihatan, yang akhirnya menjurus kepada penubuhan Insurans Kesihatan Kebangsaan (IKK)
Kajian Skim Pembiayaan Kesihatan Kebangsaan (SPKK) (2006)	*Karol Consultancy*	Mencadangkan *earmarked tax* bagi maksud pembiayaan kesihatan di negara ini
Kajian *1Care for 1 Malaysia* (2009)	Prof William Hsiao dari *Universiti Harvard*	Pembaharuan menyeluruh sektor kesihatan menerusi 1Care dicadangkan
Malaysian Health System Review (2012)	Kementerian Kesihatan Malaysia	Meneliti secara umum aspek-aspek dlaam sistem kesihatan Malaysia dan memberikan perakuan berkaitan
Malaysian Health System Research (MHSR) Fasa 1 (2014-2016)	Kementerian Kesihatan Malaysia dan *Harvard T.H. Chan, School of Public Health, Universiti Harvard*	Memperakukan satu pembaharuan menyeluruh dalam sektor kesihatan di Malaysia

Sumber: pelbagai Rancangan Malaysia Lima Tahun, UPE, Chua & Cheah (2012), Jaafar et al. (2012)MHSR (2016)

Meskipun pelbagai kajian mengenai pembaharuan sektor kesihatan di Malaysia didapati telah dilakukan, namun begitu sehinggalah tesis ini ditulis, pembaharuan yang

total sebagaimana dicadangkan didapati belum berlaku sepenuhnya. Ini didapati berkait dengan pelbagai cabaran dan ianya adalah sebagaimana diperkatakan oleh oleh bekas Ketua Pengarah Kesihatan, Dr Ismail Merican semasa beliau menyampaikan syarahan bertajuk *Are We Ready for Healthcare Reform* anjuran *Galen Centre for Health and Social Policy* pada 1 Ogos 2018. Antara faktor utama yang menghalang perkara ini menurut beliau adalah kemahuan politik di pihak kerajaan yang didapati rendah serta tidak bersedia mengambil risiko membuat keputusan memandangkan kesihatan merupakan isu yang sensitif (Merican, 2018).

2.8 Masyarakat Madani dan Pembaharuan Sektor Kesihatan

2.8.1 Peringkat Global

> *"Given the growing complexity of these health and security challenges and the response required, these issues concern not only governments, but also international organizations, civil society and the business community. Recognizing this, the World Health Organization is making the world more secure by working in close collaboration with all concerned"*–Margaret Chan, Director General, WHO, World Health Day, 2007

Pernyataan diatas yang diungkapkan oleh bekas Ketua Pengarah WHO jelas menunjukkan betapa pentingnya kumpulan masyarakat madani dalam sektor kesihatan. Peranan masyarakat madani bukan hanya terhad kepada aspek operasional seperti menyediakan perkhidmatan kesihatan, bantuan semasa bencana dan kecemasan dan sebagainya tetapi juga melibatkan aspek advokasi, termasuklah penglibatan dalam aspek input dan kepakaran dalam penggubalan dasar dan aspek-aspek lain berkait dengan pembaharuan sektor kesihatan. Dalam hal ini WHO sendiri misalnya telah mewujudkan *Civil Society Initiative* (CSI) pada tahun 2001 dengan matlamat , "*to undertake a review of both official and informal relations between WHO and Civil Society Organisations (CSOs); to develop a renewed policy for more effective collaboration, information exchange and dialogue with CSOs and improve the support offered by WHO to Member State in their work with NGOs and CSOs*" (Lanord, 2002).

University of Malaya

Meskipun demikian, WHO tidak terlepas dari menerima kritikan apabila didakwa secara tradisi dilihat lebih memberikan tumpuan kepada penggubal dasar dari Kementerian Kesihatan negara-negara ahli, berbanding kerjasama bersama-sama pihak bukan-kerajaan (masyakarat madani dan perniagaan) yang dilihat kurang diberikan tumpuan (Raghavan, 2008). Dalam pada itu, peningkatan kerjasama awam-swasta dan WHO diakhir tahun 1990an mencetuskan kebimbangan dikalangan kumpulan masyarakat madani. Oleh itu, suatu inisiatif melibatkan pertemuan diantara wakil *People's Health Assembly* (PHA) dan Ketua Pengarah WHO, Gro Harlem Brundtland telah berjaya memastikan hubungan kerjasama yang lebih positif diantara keduanya diwujudkan.

Walau bagaimanapun hasrat ini terencat apabila pengganti beliau iaitu Lee Jong-wook dilihat kurang memberi tumpuan terhadap skop kerjasama antara badan dunia itu dengan kumpulan masyarakat madani sebagaimana diharapkan. Kecuali menerusi kewujudan *Commission on the Social Determinants of Health* (CSDH) yang diwujukan pada tahun 2005 didapati inisiatif lain pada masa ini agak perlahan. Keadaan didapati kembali berubah apabila Margaret Chan dipilih sebagai Ketua Pengarah WHO pada tahun 2006.

European Observatory on Health Systems and Policis dan WHO (Europe) telah menerbitkan suatu hasil laporan susulan kepada suatu kajian yang dijalankan melibatkan masyarakat madani dan kesihatan. Laporan dengan tajuk *Civil Society and Health: Contributional and Potential* telah disunting oleh Greer et al. (2017). Sebanyak tujuh bab khas lapan kajian kes telah dibincangkan melibatkan pelbagai penulis. Ringkasannya adalah seperti di (Jadual 2.11) seperti berikut:-

University of Malaya

Jadual 2.11: Kajian peranan masyarakat madani dalam sektor kesihatan

Penulis	Tajuk kajian	Ringkasan
Danishhevskiy dan McKee	*The Russian Anti-Tobacco Advocacy Coalition (ATACa)*	Meneliti peranan oleh *Anti-Tobacco Advocacy Coalition (ATACa)* dalam polisi berkaitan tembakau di Russia
Passarani	*Engaging with civil society: the successful example of the European Medicines Agency*	Kajian kes ini melibatkan wakil pesakit dan pengguna dalam proses regulasi, khusus melibatkan penilaian, penyeliaan dan pemantauan aspek keselamatan ubatan melibatkan *European Medicines Agency* (EMA) dan kerjasamanya dengan kumpulan masyarakat madani
Joachim	*Civil society, resilience, and participation in times of austerity: the case of Cyprus*	Meneliti peranan masyarakat madani dalam sektor kesihatan di Cyprus
Ozcurumez dan Yıldırım	*Syrians under Temporary Protection, health services and NGOs in Turkey: the Association for Solidarity with Asylum Seekers and Migrants and the Turkish Medical Association*	Kajian mengenai penyediaan perkhidmatan kesihatan kepada pelarian Syria melibatkan *Solidarity with Asylum Seekers and Migrant* (ASAM) dan *Turkish Medical Association* (TMA)
King	*Civil society and the response to the HIV/AIDS epidemic in the Russian Federation*	Menumpukan peranan masyarakat madani dalam membantu memerangi penyakit *Acquired immune deficiency syndrome* (AIDS) di Russia menerusi konsortium lima PBK iaitu *The NGO Open Health Institute*
Greer dan Falkenbach	*Social partnership, civil society, and health care*	Penelitian terhadap penglibatan masyarakat madani di Austria
Bekker, Helderman, Jansen dan Ruwaard	*The conditions and contributions of "Whole of Society" governance in the Dutch "All about Health…" programme*	Penglibatan masyakakat madani dalam program *"All about health…"* yang dilancarkan kerajaan Belanda

Sumber: Greer et al. (2017)

Beberapa pengkaji juga didapati membincangkan bagaimana kumpulan masyarakat madani memainkan peranan mereka dalam isu pembaharuan sektor kesihatan di negara masing-masing. Lim et al. (2014) misalnya telah melakukan kajian melibatkan isu pengasingan *dispensing and prescribing drugs* (SDP) atau pendispensan dan pendeskripsian ubatan dalam sistem kesihatan Korea Selatan yang telah mula dilaksanakan sejak tahun 2000. Menggunakan kaedah *conflict-cycle view* dan analisis pemegang berkepentingan, kajian ini bertujuan untuk meneliti bagaimana kumpulan masyarakat madani telah mempengaruhi proses penggubalan polisi. Kumpulan masyarakat madani berkenaan antaranya *Korean Pharmaceutical Association* (KPA),

University of Malaya

Korean Medical Associatian (KMA) dan *Korea Hospital Assocation* (KHA) telah terlibat dalam mempengaruhi keputusan dasar Kementerian Kesihatan dan Kebajikan.

Kajian ini mendapati bahawa pihak kerajaan Korea Selatan bersifat terbuka dan bersedia mendengar perbezaan pandangan dikalangan kumpulan masyarakat madani yang berbeza. Situasi ini dikaitkan dengan berakhirnya perubahan dalam ekosistem politik di Korea Selatan pasca 1987 (Armstrong, 2006; Kim, 1996, 2000). Ini terbukti apabila polisi dalam SDP telah direkabentuk dan digubal secara bersama melibatkan pihak kementerian dan KMA serta KPA. Disamping itu, intensiti terhadap perubahan dasar SDP ini ditambah dengan adanya gerakan massa melibatkan rakyat. Mereka telah menyerahkan *Citizen Committee ProposaL* kepada kerajaan yang mana ini telah menyebabkan cadangan pelaksanaan SDP yang baru pada Julai 2007 didapati telah mengambilkira cadangan sebagaimana dinyatakan didalam *Citizen Committee Proposal*.

Giarelli, Annandelle dan Ruza (2014) pula telah menerusi artikel *Introduction: The role of civil society in healthcare systems reforms* telah meneliti secara umum tentang topik ini. Artikel ini adalah antara artikel yang diterbitkan dalam keluaran khas jurnal *Social Science & Medicine* telah menghuraikan secara ringkas artikel-artikel yang telah diterbitkan yang secara khusus membincangkan tentang peranan masyarakat madani dalam pembaharuan sektor kesihatan.

Selain itu, beberapa kajian telah dilakukan bagi meninjau peranan yang dimainkan oleh kumpulan masyakarat madani dalam pembaharuan sektor kesihatan. Carson-Stevens et al. (2013) misalnya telah melakukan kajian berhubung gerakan sosial dalam *National Health System* (NHS) di United Kingdom melibatkan peranan dimainkan oleh doktor muda. Gerakan sosial sebagai salah satu daripada kumpulan masyakarat madani disini didapati dimainkan menerusi suatu gerakan yang ditubuhkan oleh pelajar perubatan pada Oktober 2009 dan kempen ini dikenali sebagai *Check a Box, Save a*

University of Malaya

Life. Matlamat kepada kempen yang digerakkan ini adalah untuk mempromosikan kegunaan *World Health Organisationals Surgical Safety Checklist* di bilik bedah di negara maju dan negara sedang membangun (WHO, 2013).

Knabe dan McCarthy (2012) pula telah menjalankan penyelidikan secara kuantitatif melibatkan kumpulan masyarakat madani dan isu-isu kesihatan melibatkan. Kajian ini dilakukan dengan mengedarkan borang soalselidik kepada kumpulan masyarakat madani di lapan buah negara di Eropah yang merupakan ahli baru *European Union* (EU). Sebanyak 98 kumpulan masyarakat madani di negara berkenaan iaitu Estonia, Cyprus, Latvia, Lithuania. Malta, Romania, Slovakia dan Slovenia telah memberi maklumbalas terhadap soalselidik ini.

Penemuan dari kajian ini ini antara lain mendapati misalnya di Estonia, kumpulan masyarakat madani telah terlibat dengan kumpulan pakar mengenai dasar kesihatan di *Ministry of Social Affairs*, serta bekerjasama dengan ahli politik, membantu membangun dan mendrafkan undang-undang. Keadaan sama didapati berlaku di Romania dengan 7 dari 17 organisasi turut terlibat dalam proses perancangan kesihatan, tetapi tidak dalam perancangan penyelidikan kesihatan awam lantaran tiada kerangka perundingan formal diwujudkan.

Pam Putney (2000) dari *Abt Associates Inc* misalnya telah diberikan tanggungjawab untuk menjalankan kajian mengenai peranan masyarakat madani dalam pembaharuan sektor kesihatan. Kajian yang dibiayai oleh *Unites States Agency for International Development* (USAID) ini khusus meninjau situasi di Amerika Latin. Pada akhir kajian suatu laporan bertajuk *Partnership between the Public Sector and Non-governmental Organisations: The NGO Role in Health Sector Reform* telah diterbitkan pada Mac 2000. Kajian ini telah melakukan tinjauan di empat buah negara iaitu Bolivia, Republik Dominica, Ecuador dan Peru.

University of Malaya

Antara tahun 1980 hingga 1985, Bolivia telah mengalami kemerosotan ekonomi yang teruk sekaligus mengancam sektor sosial. Inflasi Bolivia pada tempoh ini direkodkan 25,000 peratus. Beberapa perubahan telah berlaku khusus dalam sistem kesihatan Bolivia selepas itu. Antaranya adalah menerusi *Popular Participation Law* pada tahun 1994 dimana desentralisasi dimulakan, termasuk melibatkan fasiliti kesihatan. Pada tahun 1996 pula, Dikri Agung diwujudkan bagi menubuhkan *National Mother and Child Insurance Package*, iaitu suatu skim insurans. Dalam hal ini, beberapa kumpulan masyarakat madani turut memainkan peranan dalam pembaharuan sektor kesihatan di Bolivia.

*Programa de Coordinacion en Supervivencia Infantil (*PROCOSI) telah ditubuhkan pada tahun 1988 menerusi pembiayaan USAID. Ianya beribu pejabat di La Paz dengan matlamat utama bagi meningkatkan taraf kesihatan rakyat yang tidak berkemampuan, terutama wanita dan kanak-kanak. Sejak tahun 1994, PROCOSI dicatatkan telah menyumbang kepada dasar kesihatan kebangsaan (Sullivan & Johnson, 1998). Kumpulan ini terlibat dalam menggubal *1994 National Health Plan* dengan kakitangannya membantu menggubal *National Strategic Health Plan*. Mereka turut terlibat dalam aspek jaminan kualiti bagi *National Maternal and Child Helath Insurance Scheme*. Selain itu, PROCOSI turut aktif dalam *National Committee for Safe Motherhood*.

Di Republik Dominica pula antara kumpulan masyakarat madani yang aktif adalah *Instituto Nacional de la Salud* (INSALUD) yang merupakan payung kepada lebih 62 buah PBK. Objektif utama INSALUD adalah bagi mempromosikan pembaharuan sektor kesihatan dengan menganjurkan pelbagai persidangan dan program, mengusulkan perubahan perundangan dan menyertai dialog bersama penggubal polisi, Pertubuhan Bukan Kerajaan (PBK), komuniti perniagaan, kesatuan sekerja, gereja dan parti politik.

University of Malaya

Antara kejayaan INSALUD adalah apabila berjaya memastikan perlantikan wakil dari masyarakat madani dalam *Executive Health Sector Reform Comission* dan *National AIDS Commission*. INSALUD diiktiraf oleh kerajaan Dominica sebagai wakil kepada PBK di sektor kesihatan. Sebagai ahli kepada *Secretariat for Public Health and Social Assistance*, INSALUD turut bertanggungjawab membangun dan melaksanakan norma dan piawaian untuk digunakan oleh PBK dalam sektor kesihatan.

Di Ecuador pula, pada masa ini terdapat sekurang-kurangnya dua kumpulan utama iaitu *The Centre for population and Responsible Parenthood Studies* atau *Centro de Estudios de Poblacion y Paternidad Responsible* (CEPAR) dan *Apoyo a Organizaciones Locales* (APOLO). CEPAR telah ditubuhkan sejak tahun 80an dengan matlamat untuk menyediakan latihan kepada penggubal polisi sektor kesihatan agar dapat dipertingkatkan dalam aspek pembuatan kesihatan. Ini dilakukan menerusi penganjuran program seperti dialog, kerjasama, kolaborasi dan lain-lain. Manakala APOLO yang ditubuhkan pada tahun 1995 pula bertujuan untuk meningkatkan penjagaan kesihatan primer. Pada tahun 1998, APOLO terlibat membantu kerajaan menggubal *National Health Plan* (NHP) dan undang-undang desentralisasi.

Di Peru pula *Asociación Benéfica* (PRISMA) telah ditubuhkan pada tahun 1989 oleh sekumpulan pasukan perubatan profesional dengan matlamat untuk meningkatkan nutrisi dan status kesihatan dikalangan populasi yang terpinggir, khasnya wanita dan kanak-kanak. Program nutrisi PRISMA dilaksanakan dengan kerjasama penuh dari pihak Kementerian Kesihatan Peru. PRISMA berjaya mempengaruhi polisi kesihatan di Peru menerusi lobi dengan tujuan untuk memastikan perundangan bagi memastikan pembaziran sumber makanan dilaksanakan, dengan memastikan komponen pemantauan dipertingkatkan.

University of Malaya

2.9.2 Malaysia

Kajian berkaitan dengan penglibatan kumpulan masyarakat madani dalam pembaharuan sektor kesihatan di negara-negara lain telah disentuh secara umum sebelum ini. Dalam bahagian ini pula, perbincangan difokuskan terhadap kajian-kajian empirikal terdahulu melibatkan peranan masyarakat madani dalam pembaharuan sektor kesihatan di Malaysia.

Perbincangan dalam bahagian ini dibahagikan kepada dua komponen utama iaitu dimulakan dengan kajian-kajian yang berkait dengan masyarakat madani secara umum dalam beberapa sektor di Malaysia. Komponen kedua pula adalah melibatkan penelitian terhadap kajian-kajian lepas yang menyentuh secara langsung peranan dan dinamika kumpulan masyarakat madani di Malaysia dalam tiga isu yang menjadi fokus utama tesis ini. Isu-isu tersebut kelak bakal diperincikan menerusi Bab 5, 6 dan 7 yang antara lain melibatkan isu komersialisasi dan penswastaan sektor kesihatan, pembiayaan kesihatan dan program Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh (PPBP). Perbincangan berkaitan seperti berikut:-

a) **Masyarakat Madani dan Peranannya di Malaysia Secara Umum**

Perbincangan mengenai peranan yang dimainkan di sini tidak hanya terhad kepada kumpulan masyarakat madani. Sebaliknya Perubuhan Bukan Kerajaan (PBK) dan gerakan sosial turut disentuh. Ini selari dengan oleh pandangan dikemukakan oleh Peter Willets (2011) bahawa skop masyarakat madani itu turut mengambilkira kumpulan yang berkenaan.

Diskusi terhadap peranan dan dinamika kumpulan masyarakat madani, PBK dan juga gerakan sosial di Malaysia didapati mula diberikan perhatian yang semakin serius terutama sejak pertengahan tahun 1980an. Sekadar menyebut beberapa nama, para sarjana seperti Guan (2004), Verma (2002), Ramasamy (2004), Jesudason (1999), Nair

University of Malaya

(1995; 1999), Weiss (2003; 2006), Weiss dan Hassan (2012), Hassan (2014), Tumin (2004; 2006) dan ramai lagi adalah antara yang didapati giat memberikan tumpuan dalam mengkaji dan membincangkan sumbangan kumpulan ini. Perincian disini tidaklah berhasrat untuk membincangkan secara mendalam terhadap peranan kumpulan masyarakat madani, PBK dan gerakan sosial di Malaysia dalam sektor-sektor yang berkenaan, tetapi sekadar untuk memberikan gambaran terhadap penglibatan mereka secara umum.

Kumpulan masyarakat madani dan gerakan sosial adalah diantara yang paling mendapat perhatian dari segi peranan yang dimainkan dalam aspek demokrasi dan politik di negara ini. Kajian-kajian mengenainya didapati telah dilakukan antara lain oleh Jesudason (1995), Bowie (2004), Freedman (2009), dan ramai lagi. Ahmad Farouk (2011) misalnya meneliti halangan serta cabaran yang terpaksa dihadapi oleh kumpulan masyarakat madani dalam mempromosikan diri mereka secara aktif dalam sistem politik negara. Ini menyebabkan kumpulan ini dilihat lebih selesa menumpukan perhatian terhadap fungsi asas pertubuhan masing-masing. Kekangan seperti Akta Pertubuhan dan Akta Keselamatan Dalam Negeri yang wujud pada masa ini didapati antara faktor yang menyumbang kejumudan tersebut.

Kajian secara kualitatif juga dilakukan oleh Abdul Hamid (2008) terhadap peranan dimainkan oleh gerakan belia Islam iaitu Angkatan Belia Islam Malaysia (ABIM) dalam era Mahathir dan Abdullah Ahmad Badawi sebagai Perdana Menteri. Sani (2011) dalam perspektif yang lain telah meninjau hubungan antara negara-masyarakat madani khususnya dari segi dasar awam dan demokrasi secara berunding. Perbincangan terhadap gerakan sosial melibatkan aktivisme pelajar menjelang Pilihanraya Umum ke 13 pula telah diteliti oleh Fadzil dan Ku Samsu (2015). Manakala Hooi (2013) meneliti peranan PBK dalam pilihanraya umum yang ke 12. Semua ini jelas memperlihatkan

University of Malaya

betapa penglibatan dan peranan dimainkan oleh kumpulan ini dalam demokrasi dan politik di negara ini menarik perhatian pengkaji.

Kajian terhadap gerakan PBK wanita di Malaysia misalnya telah dilakukan oleh beberapa orang sarjana. Antaranya adalah Tumin (2004) apabila menerusi tesis kedoktorannya yang meneliti peranan dimainkan oleh *National Council of Women Organisation* (NCWO). Dinamika NCWO dalam memberi reaksi dan tindakbalas terhadap pelaksanaan dasar yang dikemukakan oleh kerajaan, khasnya melibatkan Akta Keganasan Rumah Tangga telah diberikan fokus dalam tesis beliau. Yuan (2003) pula menyumbang dari segi perbincangan terhadap pergerakan wanita di Malaysia dengan analisis dilakukan meliputi tempoh diantara tahun 1900-1999 di Semenanjung Malaysia. Martinez (2003) pula memberikan tumpuan bagi membincangkan peranan penting dua buah PBK wanita khusus melibatkan demokrasi dan pilihanraya. PBK yang menjadi subjek kajian kes beliau adalah *The Women's Agenda for Change* (WAC) dan *Women's Candicacy Initiative* (WCI). Elias (2015) pula telah menulis mengenai isu gender dalam sistem politik Malaysia.

Kepenggunaan dan kesatuan sekerja juga antara sektor dimana kumpulan masyarakat madani (yang juga termasuk didalamnya persatuan pengguna dan kesatuan sekerja) mendapat perhatian pengkaji). Hilton (2007) misalnya telah menulis mengenai gerakan kepenggunaan dan kaitannya dengan masyarakat madani di Malaysia. Penelitian khusus telah dilakukan oleh beliau terhadap dua persatuan pengguna utama di Malaysia iaitu *Consumer Association of Penang* (CAP) dan *Federation of Malaysian Consumer Associations* (FOMCA). Dalam hal berkaitan kesatuan sekerja pula, sarjana seperti Miles dan Croucher (2013) didapati telah antara lain membincangkan tentang penggunaan teori Gramsci dikalangan kesatuan sekerja di Malaysia.

University of Malaya

Kumpulan masyarakat madani, atau pun PBK dan gerakan sosial juga didapati aktif dalam hal yang berkait dengan alam sekitar. Eccelston (1996) misalnya telah mengupas mengenai peranan, cabaran dan halangan dihadapi oleh PBK dalam polisi perhutanan di Malaysia. Ramakrishna (2003) pula telah mengupas mengenai sejarah gerakan alam sekitar khususnya dalam memperjuangkan isu-isu yang berkaitan di Malaysia. Yew dan Tayeb (2017) pula meneliti sejarah perkembangan gerakan alam sekitar di Malaysia meliputi empat fasa iaitu Fasa Permulaan (1970an-1980an), Fasa *Heady Nineties* (1990-1999), Fasa Pasca Reformasi (1998-2007) dan Fasa *The Post-March 2008 Tsunami Era* (2008-sekarang).

b) Masyarakat Madani dan Pembaharuan Sektor Kesihatan di Malaysia

Pengkajian dan penelitian terhadap tindakbalas oleh kumpulan masyarakat madani terhadap inisiatif pembaharuan sektor kesihatan di Malaysia didapati mula diberikan perhatian. Ini terbukti apabila sebilangan ahli akademik seperti Barraclough (2000), Chee dan Barraclough (2007), Barraclough dan Lit (2011), Hong (2011), Chee dan Hong (2015), Hilton (2007), Mohamed dan Tumin (2013) dan Rasiah et al. (2017) telah mengambil inisiatif untuk membincangkan perkara ini. Justeru, agar selari dengan fokus tesis ini yang memberikan perhatian terhadap tiga skop utama pembaharuan sebagaimana dinyatakan sebelum ini, maka sorotan literatur yang dilakukan ini adalah juga mengambilkira posisi yang sama. Analisis akan dilakukan terhadap beberapa kajian lepas yang didapati paling signifikan dalam membincangkan penglibatan dan dinamika peranan kumpulan masyarakat madani dalam isu-isu yang tersebut. Ianya juga didapati boleh dibahagikan kepada beberapa tema utama yang akan disentuh selepas ini dan perbincangan dimulakan dengan isu komersialisasi dan penswastaan perkhidmatan kesihatan iaitu:-

University of Malaya

i) Komersialisasi dan Penswastaan Kesihatan

Isu komersialisasi melibatkan perkembangan pesat hospital dan klinik swasta serta pelaksanaan dasar penswastaan melibatkan perkhidmatan kesihatan adalah antara yang paling giat diperjuangkan oleh sebilangan kumpulan masyarakat madani. Sikap "berahsia" kerajaan dalam melaksanakan penswastaan perkhidmatan kesihatan dikritik oleh salah satu kumpulan masyarakat madani utama yang mewakili profesion perubatan iaitu *Malaysian Medical Association* (MMA) (Barraclough, 2000). Kerajaan juga dikritik oleh MMA apabila mengklasifikasikan dokumen berkaitan penswastaan di bawah Akta Rahsia Rasmi (Berita MMA, 1995).

Menerusi penelitian oleh Barraclough (2000) beliau mendapati bahawa persatuan pengguna seperti *Consumer Association of Penang* (CAP) juga mengambil pendirian mengkritik pendekatan kerajaan menswastakan sebahagian perkhidmatan kesihatan. Alasan yang dikemukakan CAP adalah kerana mereka percaya bahawa kerajaan mempunyai tanggungjawab sosial dan moral dalam menyediakan perkhidmatan kesihatan kepada rakyat (CAP, 1995). Pendirian sama turut disuarakan oleh satu lagi persatuan pengguna iaitu FOMCA sebagaimana pandangan berikut:-

> "*There are fears that efficiency and effectiveness rather than equity will guide planners and influence rather than competence will determine who will manage the resulting system*" (FOMCA, 1991 dipetik dari Barraclough, 2000 : 353).

Pada tahun 1996 *Malaysian Medical Association* sekali lagi menggesa kerajaan untuk mempertimbangkan semula cadangan untuk menswastakan hospital kerajaan, dan sebaliknya mencadangkan agar kerajaan menyediakan peruntukan yang lebih besar bagi memperkukuhkan sistem perkhidmatan kesihatan awam. Presiden MMA, Dato Dr R.S. McCoy pada masa itu dalam ucapan aluan tahunan beliau menggesa kerajaan untuk "*continue to discharge its inescapable social obligation and financial responsibility to*

University of Malaya

provide equitable, affordable, quality healthcare for the people of Malaysia…." (Berita MMA, 1995: 19, dipetik dari Barraclough, 2000: 353).

Pandangan bahawa kerajaan secara moralnya bertanggungjawab secara langsung menyediakan perkhidmatan kesihatan kepada rakyat dan tidak bertindak menyerahkannya kepada sektor swasta terus disuarakan oleh beberapa lagi kumpulan masyarakat madani. Asas ini didapati selari dengan tanggungjawab kerajaan untuk melaksanakan konsep negara berkebajikan. Dalam hal ini antara kesatuan sekerja payung Malaysia iaitu *Malaysian Trade Union Congress* (MTUC) mempunyai pendirian yang sama sebagaimana dinyatakan oleh CAP dan MMA. Presiden MTUC dipetik sebagai berkata bahawa, "*the corporatization and eventual privatization of our medical and healthcare facilities are defeating the Government's objective of providing good and affordable medical treatment to the low and middle income groups*" (New Straits Times, 1999, dipetik dalam Barraclough, 2000: 353).

Pada tahun 1998, penentangan terhadap pengkorporatan dan penswastaan dalam sektor kesihatan telah dilakukan secara lebih tersusun apabila sebuah gabungan di kenali *Citizen's Health Inittiative* (CHI) ditubuhkan. Pertubuhan ini mendapat sokongan yang agak meluas dari pelbagai pertubuhan, melibatkan kumpulan persatuan kesihatan seperti *Malaysian Nurses Association (MNA)*, *Malaysian Mental Health Association (MMHA)*, *Malaysian Disable Person Association (MDPA)* dan *Estate Hospital Assistant Association (EHAA)*. Pun begitu, MMA didapati menjauhkan diri dari menyokong gerakan ini dan ini difahami dengan mengambilkira keakraban hubungan pertubuhan ini dengan pihak kerajaan. Justeu sebarang tindakan terbuka berbaur politik seperti digerakkan oleh CHI didapati antara perkara yang cuba dielakkan MMA.

Pun demikian sokongan kepada CHI didapti berkembang apabila kumpulan pembaharuan sosial Aliran Kesedaran Nasional (ALIRAN), pertubuhan agama seperti

University of Malaya

Pertubuhan Kebajikan Islam Malaysia (PERKIM) dan *Young Women's Christian Associations* (YWCA), persatuan pengguna, CAP dan FOMCA, kesatuan sekerja, MTUC, parti politik, *Democratic Action Party* (DAP) dan Parti Rakyat Malaysia (PRM), bekas ketua Hakim Negara, Tun Suffian dan beberapa orang bekas Presiden MMA menyokong *A Citizens Health Manifesto for Malaysia* yang dilancarkan CHI. Kemuncaknya adalah apabila kerajaan mengumumkan rancangan untuk mengkorporatkan hospital kerajaan dibatalkan pada tahun 1999, iaitu semasa kempen pilihanraya umum semasa kempen sedang berlangsung dan ianya disifatkan oleh CHI sebagai antara kejayaan besar mereka.

Dalam satu kajian yang lain, Chee dan Barraclough (2007) turut menyumbang dalam wacana berkait dengan peranan kumpulan masyarakat madani dalam sektor kesihatan. Penemuan kajian mereka mendapati MMA adalah antara kumpulan masyarakat madani yang menikmati keistimewaan yang lebih baik berbanding lain-lain kumpulan, khasnya melibatkan aspek konsultansi dengan pihak kerajaan dalam soal dasar kesihatan. Status elit yang dimiliki MMA serta pendekatan yang lebih "lembut" dilihat sebagai antara faktor kenapa ini terjadi. Sungguhpun pada suatu ketika, kepimpinan MMA dilihat agak lantang menentang program penswastaan dalam sektor kesihatan, namun sikap mereka dengan kerajaan didapati semakin berdiplomasi. Penelitian juga dilakukan oleh Barraclough dan Chee terhadap peranan dimainkan oleh CHI serta Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK) dalam memobilisasikan bantahan terhadap dasar penswastaan dalam sektor kesihatan di Malaysia.

Barraclough dan Lit (2011) mengemukakan dapatan kajian mereka melibatkan persatuan pengguna di Malaysia terhadap isu pembaharuan sektor kesihatan. FOMCA sebagai contoh membantah penswastaan dalam sektor kesihatan dengan alasan bahawa mengambilkira kesan dari program penswastaan terdahulu ternyata ianya hanya akan

University of Malaya

mengakibatkan berlakunya peningkatan terhadap kos, tanpa meningkatkan kualiti dan kecekapan sebagaimana yang diuar-uarkan (FOMCA, 2007: 4). Keprihatinan utama FOMCA adalah bilamana penswastaan serta komersialisasi kelak berpotensi menjejaskan aspek ekuiti, sekaligus iaitu menafikan aspek akses kepada perkhidmatan kesihatan berkualiti di hospital swasta yang lazim hanya mampu dinikmati oleh golongan yang kaya dan berkemampuan (FOMCA, 2008: 5-6).

Dalam kajian yang sama, Barraclough dan Lit (2011) turut meneliti satu lagi kumpulan pengguna berpengaruh iaitu CAP. Pendirian CAP didapati jelas khusus dalam soal yang berkait dengan komersialisasi sektor kesihatan di Malaysia. Suatu deklarasi telah terhasil ekoran dari suatu seminar peringkat kebangsaan yang diadakan pada tahun 1987. Deklarasi berkenaan antara lain secara tegas mengingatkan kerajaan bahawa sektor kesihatan bukan satu komoditi untuk diniagakan (CAP, 1987: 37). Disamping itu CAP juga telah mengemukakan memorandum kepada Menteri Kesihatan pada tahun 1995, yang antara lain sebagaimana petikan dibawah:-

> "*The Government's rationale for privatization just does not hold water because statistics show that the Government is not spending much on health care. Health is a basic need… It is therefore the Government's responsibility to provide health care to its people… We therefore urge the Government to retain the present Government health services and control the costs of private services*" (CAP, 1995)

Hong (2011) juga turut meneliti peranan dimainkan oleh kumpulan masyarakat madani dalam isu penswastaan sektor kesihatan. Satu garis masa sejak dari tahun 1996-2009 telah dianalisis oleh beliau. Sekurang-kurangnya terdapat 15 peristiwa atau ketika dimana kumpulan masyarakat madani memberi reaksi mereka terhadap inisiatif kerajaan dalam isu ini. Sebagai contoh adalah melibatkan sikap dingin oleh MMA terhadap keputusan kerajaan untuk melaksanakan penswastaan pemeriksaan pekerja asing kepada *Foreign Workers Medical Examination Agency* (FOMEMA) pada tahun 1997.

University of Malaya

Mohamed dan Tumin (2014) juga meneliti pendirian kumpulan masyarakat madani terhadap penswastaan perkhidmatan kesihatan. Penentangan oleh CHI sebagaimana dibincangkan diatas juga telah diteliti. Setelah CHI agak kurang aktif, sebuah kumpulan gabungan baru dikenali Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK) telah ditubuhkan. Dua pendekatan utama didapati diambil oleh GMPPK dalam isu ini iaitu secara dari bawah ke atas dan juga atas ke bawah. Pendekatan secara bawah ke atas adalah melibatkan aktivitit-aktiviti bantahan secara langsung kepada kerajaan dengan contohnya adalah seperti mengadakan demonstrasi, piket dan sebagainya. Manakala pendekatan secara atas ke bawah pula adalah dengan melaksanakan aktiviti bagi memberikan kesedaran dan menyampaikan maklumat berkaitan kelemahan penswastaan perkhidmatan kesihatan kepada rakyat. Ini dilakukan dengan mengadakan jelajah awam, mengedarkan risalah, mengadakan forum dan persidangan dan sebagainya.

Perbincangan terhadap keprihatinan kumpulan masyarakat madani dalam isu berkait dengan komersialisasi perkhidmatan kesihatan di Malaysia juga dilakukan oleh Rasiah et al. (2017). Kajian secara kualitatif ini adalah bagi menganalisis inisiatif diambil oleh kumpulan masyarakat madani dalam mengemukakan bantahan terhadap dasar kerajaan Malaysia yang menggalakkan komersialisasi dalam sektor kesihatan. Beberapa pertubuhan seperti CHI, Alaigal, *Community Development Centre* (CDC), Suara Warga Pertiwi dan GMPPK yang mengambil pendirian menentang komersialisasi kesihatan telah terlibat dalam kajian ini. Antara dapatan kajian mendapati faktor utama yang mendorong mereka mengemukakan bantahan adalah dengan hujah bahawa ianya hanya menafikan akses terutama dikalangan mereka yang kurang berkemampuan (GMPPK, 2005, dipetik dalam Rasiah et al., 2017: 13).

University of Malaya

Rasiah et al. (2017) telah menemubual beberapa tokoh pemimpin kumpulan masyarakat madani antaranya adalah Paul Selvaraj dari FOMCA dan Mohanarani Rasiah dari Alaigal. Paul Selvaraj dari FOMCA misalnya telah memberikan pandangan berhubung kesan daripada sistem dua lapis yang diamalkan sekarang dalam perkhidmatan kesihatan Malaysia. Antara yang diketengahkan oleh beliau sebagaimana dilaporkan oleh kajian ini adalah komersialisasi dalam sektor kesihatan ini didapati sebagai antara punca utama kepada berlakunya penghijrahan keluar doktor pakar di hospital kerajaan ke hospital swasta. Kesannya adalah kepada hospital kerajaan apabila terpaksa berhadapan dnegan pelbagai masalah seperti waktu menunggu yang lama, sesak dan kekurangan doktor terlatih. Bantahan FOMCA dalam isu ini adalah bersandarkan kepada hujah ianya memberi kesan kepada sebahagian besar rakyat, khusus di kalangan mereka yang berpendapatan rendah dan sederhana. FOMCA berpendapat peningkatan harus dilakukan terhadap sistem sediada dan bukan sebaliknya dengan menukar struktur asasnya (Rasiah et al, 2017: 12).

Mohanarani Rasiah dari Alaigal juga didapati sependapat dengan FOMCA dengan maasalah penghijrahan kakitangan hospital kerajaan ke hospital swasta dikaitkan secara langsung ekoran dari dasar komersialisasi sektor kesihatan. Ini sekaligus mewujudkan dua situasi iaitu hospital swasta (komersial) untuk orang kaya) dan hospital kerajaan (yang bukan komersial) untuk orang miskin. Kekurangan kelengkapan moden di hospital kerajaan didakwa oleh Alaigal sebagai satu bentuk ketidakadilan kepada golongan miskin dan ini antara sebab mengapa mereka membantahnya (Rasiah et al, 2017: 12).

Dapatan kajian oleh Rasiah et al. (2017) juga mendapati penentangan terhadap penswastaan boleh dikaitkan dengan isu monopoli yang dinikmati oleh sebahagian konsesi yang mendapat kontrak dari kerajaan, antaranya Pharmaniaga. Kumpulan

University of Malaya

pengguna seperti CAP dan FOMCA jelas tidak senang dengan situasi ini, dengan syarikat didakwa memperolehi keuntungan berlipat kali ganda. Bantahan terhadap dasar penswastaan dan komersialiasi perkhhidmatan kesihatan diberikan suatu anjakan baru apabila GMPPK ditubuhkan pada tahun 2005. Pendekatan secara kaunter-hegemoni telah digunakan dengan pelbagai kaedah, antaranya adalah demonstrasi. Ini adalah sebagaimana dilakukan terhadap cadangan pengkorporatan hospital kerajaan dan penswastaan dispensari di hospital kerajaan pada tahun 2004.

Dalam satu kajian lain oleh Chee dan Hong (2015) pula mendapati pihak Gabungan mengambil pendirian yang lebih tegas dalam isu penswastaan sektor kesihatan. Ini adalah sebagai respon Gabungan terhadap skim 1Care yang dilancarkan kerajaan pada tahun 2009. Gabungan dalam hal ini telah mengambil pendirian untuk mendesak kerajaan agar membekukan semua lesen pembinaan hospital swasta baru. Disamping itu, GMPPK turut mendesak kerajaan untuk mengambil kembali peranan dan tanggungjawab skop yang telah diswastakan kepada pihak swasta sebelum ini (penyelenggaran perkhidmatan sokongan di hospital kerajaan, penswastaan farmaseutikal dan penswastaan pemeriksaan pekerja asing).

Tema utama yang dapat dirumuskan menerusi kajian-kajian diatas adalah isu akses apabila komersialisasi dan penswastaan akan menghadkan hak untuk mendapat rawatan lebih baik di hospital swasta dikalangan orang yang tidak berkemampuan. Ini berkait dengan tema kedua iaitu dari segi isu ekuiti atau kesamarataan dan berkait dengan tema ketiga iaitu isu kemampuan. Tema lain yang dikenalpasti adalah melibatkan aspek hubungan dan interaksi antara negara dan kumpulan masyarakat madani serta isu ketelusan.

University of Malaya

ii) Sistem pembiayaan kesihatan

Penelitian terhadap respon kumpulan masyarakat madani dalam isu pembaharuan sistem pembiayaan kesihatan di Malaysia turut mendapat perhatian pengkaji. Barraclough dan Lit (2011) misalnya telah membincangkan peranan dimainkan oleh dua kumpulan persatuan pengguna terbesar di Malaysia dalam isu ini iaitu FOMCA dan CAP.

Dalam hal ini, berdasarkan dapatan kajian secara kualitatif tersebut, FOMCA contohnya berpendapat bahawa kaedah pembiayaan sediada di Malaysia yang menggunakan sumber percukaian adalah sudah memadai (FOMCA, 2009: 2). Berbanding dengan cadangan kerajaan untuk mengubahsuai struktur pembiayaan kesihatan sediada, FOMCA didapati sebaliknya telah mendesak kerajaan untuk mengambil tindakan meningkatkan perbelanjaan dalam sektor kesihatan kepada sekurang-kurangnya lima peratus daripada KDNK, sebagaimana dicadangkan oleh WHO (FOMCA, 2007: 3). FOMCA juga mengambil pendirian menentang konsep fi-untuk-perkhidmatan yang dilaksanakan sekarang dalam sistem pembiayaan kesihatan Malaysia. Langkah ini diambil FOMCA dengan hujah bahawa sistem ini menyebabkan kecenderungan untuk rawatan dan diagnosis berlebihan berkemungkinan berlaku, sekaligus menyebabkan peningkatan kos.

Selanjutnya, menerusi kajian yang sama, pendirian CAP dalam isu ini turut diteliti. Mengambilkira aspirasi dan perjuangan CAP yang menyeru kepada konsep keadilan, maka apa juga inisiatif kerajaan khususnya melibatkan perubahan dalam sistem pembiayaan yang boleh ditafsirkan menekan golongan bawahan akan ditentang. Sebaliknya CAP terus mendesak agar kerajaan mewujudkan dasar yang membolehkan pesakit luar dan perkhidmatan klinikal diberikan subsidi yang lebih besar, atau percuma sepenuhnya kepada yang tidak mampu. CAP tiada sebarang halangan untuk kerajaan

University of Malaya

mengenakan caj yang lebih tinggi dikalangan yang berkemampuan, sekaligus sebagai suatu bentuk penjanaan pendapatan kepada kerajaan (Idris, 2004).

Chee dan Hong (2015) secara khusus telah melakukan pengkajian terhadap tindakbalas kumpulan masyarakat madani dalam isu skim 1Care. Skim 1Care yang dilancarkan pada tahun 2009 adalah bertujuan untuk mengemukakan pelan kerajaan untuk melaksanakan pembaharuan secara total dalam kesihatan di Malaysia, meliputi tiga skop utama iaitu pembiayaan, penyampaian perkhidmatan dan juga urustadbir. Mengambilkira salah satu fokus utama tesis ini adalah melibatkan sistem pembiayaan, perbincangan lanjut mengenainya adalah sebagaimana dalam Bab 6.

Sementara itu dalam kajian mereka, Chee dan Hong (2015) telah meneliti pendirian tiga kumpulan masyarakat madani iaitu *Federation of Private Medical Practitioners Association of Malaysia* (FPMPAM), *Malaysian Medical Association* (MMA) dan Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK).

FPMPAM misalnya didapati terkehadapan dalam melancarkan bantahan terhadap cadangan 1Care. Ini dapat dilihat menerusi gerakan kempen *Tak Nak 1Care* menerusi media sosial seperti Facebook, You Tube serta jelajah awam yang diadakan ke seluruh negara. Penentangan FPMPAM terhadap 1Care adalah dengan alasan ianya merupakan model yang didapati menggunakan sebahagian besar acuan *National Health Services* (NHS) di United Kingdom, yang menurut FPMPAM adalah suatu model yang terbukti bermasalah. Masalah yang dimaksudkan oleh FPMPAM melibatkan NHS adalah khususnya dari aspek akses (senarai menunggu yang panjang), kurang dari segi pilihan (pesakit perlu berdaftar dengan doktor tertentu yang telah ditetapkan) serta gagal menangani peningkatan kos (Chow & Ng, 2011). Ini dikhuatiri akan turut berlaku terhadap 1Care. Skim insurans yang bakal dilaksanakan menerusi 1Care pula dikhuatiri hanya akan betindak sebagai "orang tengah", dengan menambahkan lagi lapisan

University of Malaya

birokrasi, sekaligus meningkatkan kos. Manakala premium yang dikenakan hanyalah suatu cukai tambahan yang kelak membebankan rakyat, khasnya dikalangan yang miskin dan berpendapatan sederhana.

MMA sebaliknya mengambil pendirian yang sama sekali berbeza berbanding dengan FPMPAM. Pendirian MMA dapat dijejaki kembali menerusi dokumen *Health for All* (MMA, 1999) yang secara prinsipnya menyokong skim pembiayaan kesihatan kebangsaan seperti 1Care. MMA juga menyeru kerajaan untuk mengadakan program libaturus yang lebih bermakna khasnya dalam proses penggubalan dasar. Ini adalah penting bagi MMA memastikan mereka memainkan peranan aktif dalam mempengaruhi keputusan kerajaan dan sekaligus menjamin urustadbir yang baik dapat dihasilkan dari pelaksanaan skim berkenaan (Koh, 2011).

Chee dan Hong (2015) juga turut meneliti bantahan yang dilakukan oleh satu lagi kumpulan masyarakat madani yang menjadi fokus tesis ini iaitu GMPPK. Pertubuhan ini yang ditubuhkan pada tahun 2005 ini selain kritikal terhadap pelaksanaan dasar penswastaan melibatkan sektor kesihatan, didapati turut lantang dalam isu yang menyentuh sistem pembiayaan kesihatan. Ini terbukti menerusi memorandum terpenting Gabungan iaitu *The People's Proposal* yang secara langsung menyentuh pendirian GMPPK dalam hal ini. Antara isu yang dibangkitkan adalah seperti desakan kerajaan untuk meningkatkan peruntukan bagi sektor kesihatan ke tahap lima peratus dari KDNK, agensi yang bakal ditubuhkan dibawah SPKK iaitu Pihak Berkuasa Pembiayaan Kesihatan Kebangsaan (PBPKK) hendaklah dilakukan menerusi suatu Akta yang diluluskan oleh Parlimen, kerajaan seharusnya memperkukuhkan sistem kesihatan awam sediada, dan pakej manfaat yang dicadangkan hendaklah komprehensif.

Tema yang dapat dikenalpasti melibatkan kajian terhadap aspek sistem pembiayaan kesihatan di Malaysia adalah antaranya isu kemampuan atau, isu tanggungjawab

University of Malaya

kerajaan melaksanakan konsep negara berkebajikan serta isu memperkukuhkan sistem sediada.

iii)Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh (PPBP)

Kajian terhadap respon kumpulan masyarakat madani melibatkan program Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh (PPBP) yang mula dilancarkan oleh Kementerian Kesihatan Malaysia secara perintis pada tahun 2007 di Hospital Selayang dan Hospital Putrajaya didapati masih kurang. Pun begitu, beberapa kajian berkaitan ada dilakukan antaranya oleh Mohamed dan Tumin (2014) dan Rasiah et al. (2017).

Mohamed dan Tumin (2014) misalnya telah meneliti tindakbalas yang dilakukan oleh GMPPK dalam membantah PPBP. Antaranya adalah menerusi satu demontrasi yang dilakukan pada 10 Ogos 2007 dengan satu resolusi telah diserahkan kepada kerajaan. Susulan kepada pengumuman kerajaan untuk memperluaskan skim ini, satu lagi demontrasi aman telah dilakukan pada 1 Mac 2009 dimana satu memorandum telah juga diserahkan. Sehinggalah ianya diperluaskan semula pada tahun awal tahun 2017 di lapan buah buah hospital kerajaan yang lain, PPBP telah tidak dilaksanakan di empat buah hospital kerajaan sebagaimana diumumkan oleh kerajaan di Parlimen pada tahun 2009. Ini dipercayai berkait dengan bantahan yang digerakkan GMPPK. Hasil kajian mereka juga mendapati PPBP cenderung untuk mendiskriminasi pesakit yang tidak mampu membayar dan menyertainya.

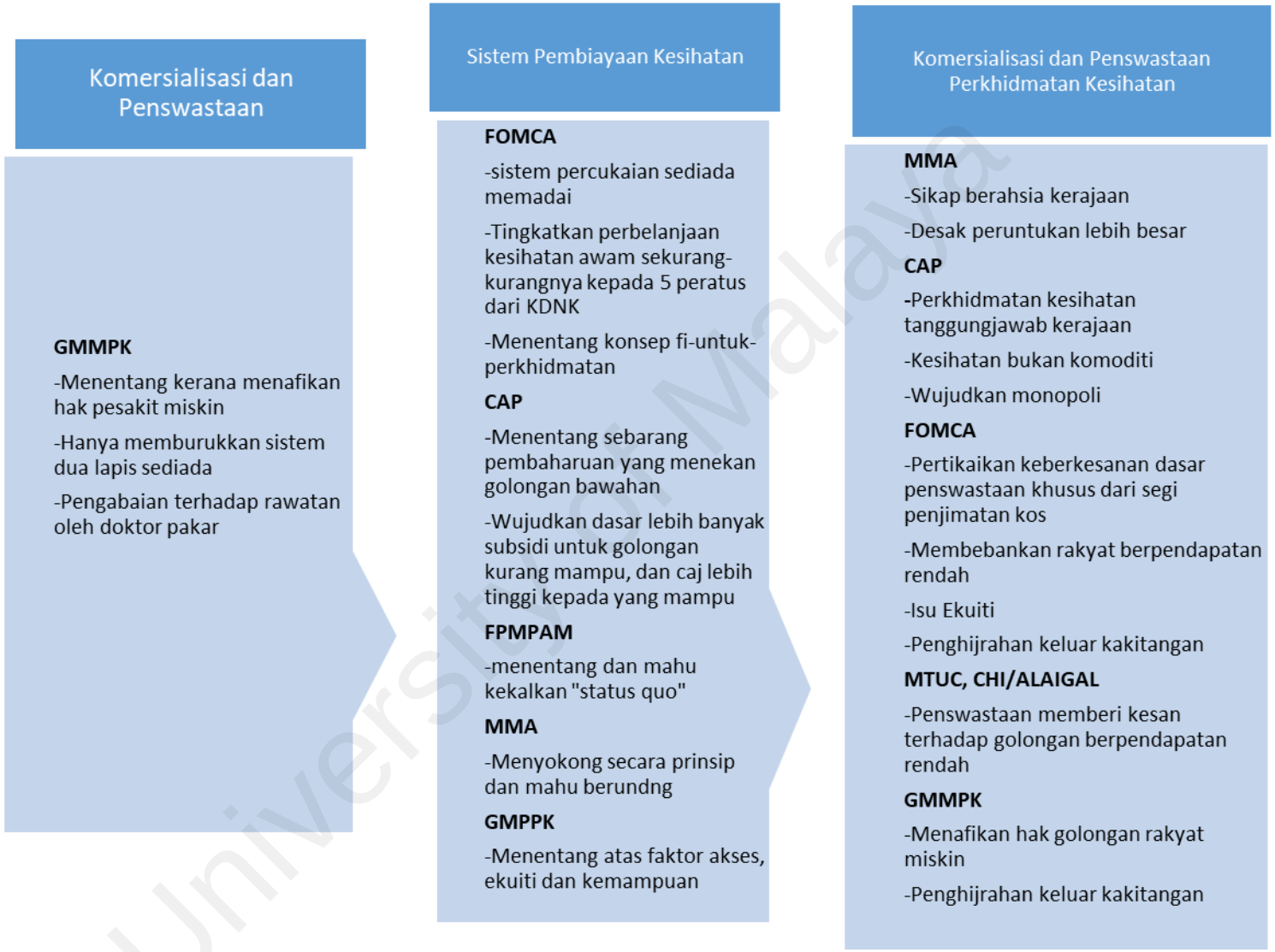
Penelitian terhadap bantahan oleh GMPPK melibatkan PPBP turut disentuh oleh Rasiah et al. (2017). Menerusi kajian berkenaan Gabungan antara lain berhujah bahawa ianya hanya memburukkan lagi sistem dua lapis sediada. Gabungan melihat program ini sebagai antara perluasan elemen komersialisasi dalam sektor kesihatan awam dengan implikasinya jelas menjejaskan aspek ekuiti dan akses pesakit yang tidak mampu menyertainya. Sebagaimana piket yang diadakan pada 1 Mac 2010 bagi menentang

University of Malaya

PPBP, Gabungan menyatakan bahawa program ini hanya menyebabkan doktor pakar yang terlibat berkemungkinan mengabaikan tugasnya merawat pesakit yang tidak dibawah program PPBP. Ini kerana mereka lebih tertarik kepada inisiatif kewangan yang boleh dijana hasil dari merawat pesakit yang berdaftar dibawah program PPBP. Ini sekaligus dikhuatiri menjejaskan program latihan doktor baru dan bakal doktor pakar. Tema-tema yang berkait dengan PPBP antara lain adalah akses, ekuiti dan kemampuan.

Rumusan berkaitan isu-isu diatas serta hubungan diantara pelbagai kumpulan masyarakat madani dalam isu-isu ini adalah sebagaimana digambarkan menerusi (Rajah 2.1).

University of Malaya



Rajah 2.1: Ringkasan Respon Kumpulan Masyarakat Madani Terhadap Tiga Isu Kesihatan Utama

University of Malaya

Berdasarkan Rajah 2.1 adalah jelas bahawa terdapat pelbagai pandangan yang telah dikemukakan oleh pelbagai kumpulan masyarakat madani terhadap tiga isu utama kesihatan yang menjadi fokus kajian ini. Kepelbagaian pandangan ini mencerminkan keprihatinan yang tinggi dari kumpulan masyarakat madani ini dalam mengetengahkan pandangan mereka.

Selain itu, seandainya hendak dikaitkan dengan teori yang mendasari tesis ini ianya mencerminkan pendekatan yang berbeza-beza. Kumpulan seperti MMA dan FOMCA misalnya didapati agak cenderung menggunakan pendekatan modal sosial dalam interaksinya dengan kerajaan. Manakala pertubuhan seperti GMPPK, CAP, FPMPAM, MTUC, CHI dan Alaigal umumnya menggunakan pendekatan secara kaunter-hegemoni dalam menyuarakan pandangan mereka. Pada tahap ini pendekatan Perkhidmatan Awam Baru (PeAB) terutama melibatkan penyertaan rakyat pada tahap penggubalan dasar kesihatan didapati berlaku pada tahap yang masih agak sederhana. Begitu juga dengan demokrasi prosedural masih menjadi tunjang utama berbanding demokrasi substantif di Malaysia. Ini tercermin menerusi tahap penglibatan rakyat secara umumnya masih rendah. Komuniti, yang menjadi antara teras interaksi masyarakat madani-negara wajar untuk diteroka dengan lebih serius pada masa hadapan.

2.9 Kesimpulan

Bab ini telah meneliti bagaimana masyarakat madani dan rakyat didapati mempunyai tempat yang sewajarnya dalam model Perkhidmatan Awam Baru (PeAB). Penyertaan kumpulan masyarkat madani dalam proses pentadbiran negara adalah merupakan manifestasi kepada makna sebenar sebuah demokrasi. Penglibatan ini cukup luas dan merentasi pelbagai sektor dan ianya termasuklah kesihatan. Usaha kearah melakukan pembaharuan didapati merupakan antara agenda yang berlaku di seluruh dunia, serta tidak terkecuali Malaysia.

University of Malaya

Dalam hal ini, mengambilkira penelitian terhadap kajian empirikal di Malaysia didapati terdapat kajian-kajian berkait dengan penglibatan masyarakat madani dalam pembaharuan sektor kesihatan. Sungguhpun demikian tesis ini akan mengisi ruang secara sewajarnya terutama dengan meneliti secara kajian kes tunggal melibatkan Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK), khususnya melibatkan pendekatan secara kaunter-hegemoni, menggunakan kerangka PeAB dan amalan demokrasi dalam pentadbiran dan politik Malaysia.

University of Malaya

BAB 3: METODOLOGI

3.1 Pengenalan

Kajian ini adalah mengenai peranan dan kegiatan Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMMPK) dalam isu pembaharuan kesihatan di Malaysia. Fokus kajian ini adalah terhadap peranan dan kegiatan Gabungan dalam tiga isu paling utama yang diperjuangkannya. Isu-isu berkenaan adalah, pertama, komersialisasi dan penswastaan perkhidmatan kesihatan, kedua, sistem pembiayaan kesihatan dan ketiga, pelaksanaan program Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh (PPBP) di hospital kerajaan. Justeru bab ini akan memperincikan perkara-perkara yang berkaitan dengan metodologi iaitu melibatkan justifikasi pemilihan paradigma penyelidikan, dikuti dengan justifikasi pemilihan kaedah kajian kes, serta melibatkan aspek pengumpulan dan analisis data.

3.2 Pendekatan Paradigma Konstruktif-Interpretatif

Bahagian ini secara khusus akan membincangkan tentang paradigma yang digunakan dalam tesis ini bagi mentafsirkan hasil analisis data-data yang diperolehi. Secara amnya terdapat empat paradigma penyelidikan yang penting iaitu konstruktif-interpretatif, positivis dan post-positivis, transformatif dan pragmatik. Dalam konteks kajian ini pengkaji akan menggunakan pendekatan konstruktif-interpretatif.

Terdahulu, bagi maksud perbincangan, berikut dikemukakan secara umum konsep dan perincian utama bagi setiap daripada paradigma berkenaan, iaitu:-

3.2.1 Konstruktif-Interpretatif

Pendekatan ini dipelopori oleh Edmund Husserl, seorang ahli falsafah Jerman yang terkenal dengan kaedah fenomenologi dan Wilhelm Dilthey, juga seorang ahli falsafah Jerman yang mempopularkan salah satu dari cabang kajian interpretatif dikenali sebagai

University of Malaya

"*hermeuneutics*" (Mertens, 2014; dipetik dari Eichelberger, 1989). Pendekatan ini kemudiannya didapati dipopular dan dikembangkan oleh beberapa orang sarjana yang lain seperti Heidegger, Cassirer, Gadamer, Ricouer dan sebagainya.

Menurut paradigma ini, bukan sahaja pengetahuan tetapi juga pengalaman manusia akan mempengaruhi pandangannya terhadap sesuatu isu. Ini adalah didapati sejajar dengan apa yang diperkatakan oleh Cohen dan Manion (1994: 36) bahawa ianya adalah berkait dengan dunia pengalaman manusia atau "*the world of human experience*". Paradigma penyelidikan yang berpaksikan konstruktif-interpretatif juga percaya bahawa sesuatu yang dikatakan benar itu adalah di bina secara sosial atau *socially constructed* (Mertens, 2014) serta pandangan seseorang yang dikaji. Dalam konteks memahami peranan dan kegiatan Gabungan terhadap isu pembaharuan sektor kesihatan di Malaysia, pengalaman aktivis yang terlibat serta bagaimana pandangannya dipengaruhi masyarakat setempat sebagaimana yang ditekankan dalam paradigma ini amat penting untuk dikaji. Oleh yang demikian, penggunaan kaedah ini didapati sesuai dengan mengambilkira objektif kajian ini.

Selain dari itu, lain-lain ciri utama paradigma ini adalah ianya mengiktiraf kesan dari penyelidikan yang dijalankan terhadap latar belakang dan pengalaman penyelidik itu sendiri, sebagaimana dinyatakan oleh (Creswell 2017: 8) iaitu "*participants views of the situation being studied*". Ini bermakna paradigma ini adalah tidak hanya setakat mengambilkira pandangan kumpulan atau individu yang dikaji tetapi juga faktor pengkaji itu sendiri. Ini membawa pengertian bahawa pengalaman pengkaji baik sebelum atau semasa membuat kajian berkemungkinan mempengaruhi dapatan kajian. Dalam kajian-kajian kualitatif aspek ini sangat penting kerana manusia sentiasa berubah dan masyarakat yang dikaji juga sentiasa berubah.

University of Malaya

Paradigma ini berbeza dari positivis yang akan dibincangkan selepas ini dimana ianya bersifat induktif apabila penyelidik kebiasaannya tidak menetapkan sesuatu teori atau pembolehubah di peringkat awal kajian (Lincoln & Guba, 1985). Antara perkara-perkara yang lain sering dikaitkan pendekatan konstruktif-interpretatif adalah konsep-konsep seperti etnografi, hermeneutik, naturalisme, fenomenologi, interaksionisme simbolik, konstruktivisme, etnometodologi dan kajian kes (Lebar, 2014).

Paradigma ini banyak dikaitkan dengan kaedah kualitatif walaupun kombinasi dengan kaedah kuantitatif boleh digunakan dalam keadaan tertentu untuk menyokong dapatan yang diperolehi secara kualitatif. Namun, dalam kajian mengenai GMPPK ini tiada kaedah kuantitatif yang menyeluruh digunakan untuk memahami dinamika kumpulan ini. Pun begitu, ini tidaklah bermakna angka-angka yang berkaitan dengan perbelanjaan dan pendapatan negara terutama melibatkan sektor kesihatan tidak akan dirujuk.

3.2.2 Positivis dan Post-Positivis

Positivis adalah merupakan paradigma penyelidikan yang berpegang kepada penggunaan metode sains tulen dalam mengkaji sesuatu realiti sosial. Paradigma ini berasaskan beberapa elemen seperti rasionalistik, empirikal dan objektiviti. Sebagaimana yang dicatat oleh Mertens (2014), paradigma ini didapati bertunjangkan kepada pengaruh sarjana Barat seperti Aristotle, Francis Bacon, John Locke, August Comte dan Emmanuel Kant.

Pengkaji positivis berpegang kepada andaian bahawa, "*the social world can be studied in the same way as the natural world, that there is a method for studying the social world that is value free, and that explanations of a causal nature can be provided*" (Mertens, 2014: 11). Positivis bermatlamat untuk menguji teori atau pun

University of Malaya

menjelaskan tentang sesuatu pengalaman "*through observation and measurement in order to predict and control forces that surround us*" (O'Leary, 2004: 5).

Berdasarkan kepada penerangan ringkas di atas, pengkaji membuat keputusan untuk tidak menggunakan paradigma positivis dalam kajian ini. Keputusan ini diambil setelah pengkaji mengambilkira persoalan dan objektif kajian, sebagaimana yang telah dinyatakan didalam Bab 1. Mengambilkira kedua-dua aspek tersebut, penyelidikan ini didapati bersifat penerokaan, khusus dalam usaha untuk mendalami suatu isu yang berkisar kepada peranan dan kegiatan GMPPK dalam isu kesihatan dan ianya kurang sesuai jika menggunakan menggunakan kaedah melalui pengedaran soalan soal selidik yang ada dalam paradigma positivis.

Justeru, bagi memahami aspek peranan dan kegiatan GMPPK adalah didapati ianya kurang selari dengan objektif kajian ini. Sebaliknya, proses pemahaman ini akan berlaku dengan lebih lancar menerusi kaedah kualitatif seperti wawancara mendalam, analisis dokumen dan sebagainya. Proses mendapatkan pandangan daripada kalangan kepimpinan GMPPK serta lain-lain pihak yang berkepentingan dalam isu ini didapati sesuai dan tepat untuk dicapai menerusi kaedah kualitatif. Oleh yang demikian, kaedah kuantitatif diputuskan untuk tidak digunakan.

Dalam pada itu, proses yang digunakan oleh penyelidik yang berpegang kepada paradigma positivis lazimnya berbentuk deduktif, dimana "*data are usually defined a priori by virtue of some theory that has been brought to bear; the data are to be certain characteristics of variables, or of relationships between variables that are specified in the theory*" (Lincoln & Guba, 1985: 203). Kajian ini menekankan pencarian data-data empirikal yang boleh mengesahkan atau sebaliknya terhadap apa yang telah disimpulkan dari sesuatu teori.

University of Malaya

Ahli sains sosial yang menggunakan paradigma positivis berpendirian bahawa penyelidikan sains sosial mestilah bebas nilai, iaitu tidak bias dan objektif. Lazimnya, paradigma ini banyak dikaitkan dengan kaedah penyelidikan secara kuantitatif dan banyak digunakan menerusi kaedah eksperimental atau kuasi-eksperimental (Cohen & Manion, 2002). Positivis telah dikembangkan dengan post-positivis selepas perang Dunia Kedua (Mertens, 2014). Post-positivis bermula dengan andaian bahawa setiap penyelidikan dipengaruhi oleh beberapa teori dan lazimnya berbentuk pengujian.

3.2.3 Transformatif

Mertens (2014:112) menjelaskan bahawa paradigma transformatif adalah *"...framework for addressing inequality and injustice using culturally competent, mixed method strategies*". Paradigma ini memandu pengkaji untuk menjelaskan sistem yang berkaitan dengan ontologi (bentuk realiti), aksiologi (peranan etika), epistemologi (hubungkait antara yang dikaji dan pengkaji) dan metodologi (paradigma penyelidikan). Paradigma ini menekankan metodologi penyelidikan yang mempromosikan keadilan sosial dan lazimnya kedua-dua kaedah kuantitatif dan kualitatif digunakan serentak. Oleh itu, sebagaimana ditegaskan oleh Mertens (2010), paradigma transformatif bermatlamat untuk mewujudkan asas kepada perubahan sosial yang bakal menjelaskan kompleksiti isu yang dikaji.

Paradigma transformatif didapati mula berkembang pesat di antara tahun 1980an dan 1990an dan menurut Mertens (2014) ianya berkait rapat dengan beberapa faktor. Ketidakpuasanhati terhadap dominasi paradigma penyelidikan sediada dan limitasi terhadap penyelidikan dalam bidang yang biasanya dinafikan dan kurang diberikan perhatian seperti feminisme, orang asli, *Lesbian, Gay, Biseksual & Transgender* (LGBT) dan sebagainya didapati telah menjadi pemangkin kepada perkembangan paradigma ini.

University of Malaya

Penyelidik dari paradigma ini mengkritik paradigma kontruktivis-interpretatif apabila berhujah bahawa mereka tidak melakukan sesuatu yang sewajarnya bagi membangkitkan isu seperti keadilan sosial dan isu dikalangan mereka yang dipinggirkan (Creswell, 2017). Penyelidik transformatif turut percaya bahawa "*that inquiry needs to be intertwined with politics and a political agenda*" (Creswell, 2017: 9) serta mengandungi agenda bertindak untuk pembaharuan "*that may change the lives of the participant, the institutions in which individuals works or live, and the researcher's life*" (Creswell, 2017: 9-10). Penyelidik dari paradigma ini lazimnya menggunakan kedua-dua kaedah pengumpulan dan penganalisisan data, samada kuantitatif atau kualitatif atau lebih dikenali sebagai *mixed-methods*.

Walau pun kajian ini boleh menggunakan paradigma ini, namun ianya tidak digunakan. Ini adalah kerana pada pendapat pengkaji isu eksploitasi kelas yang digunakan Marxist di Eropah tidaklah seberat dengan isu di Malaysia. Misalnya, dalam isu kesihatan di Malaysia umumnya orang miskin masih dapat menikmati perkhidmatan kesihatan yang relatifnya adalah diberikan secara percuma oleh kerajaan dengan sebahagian besar dari perkhidmatan masih menerima peruntukan subsidi yang besar.

3.2.4 Pragmatik

Paradigma terakhir menurut perbincangan Mertens (2014) adalah pragmatik dimana penyelidik dari kategori ini tidak terikat kepada mana-mana sistem bagi suatu falsafah atau realiti. Sebaliknya fokus mereka adalah terhadap "apa" dan "bagaimana" bagi sesuatu permasalahan kajian itu (Creswell, 2017).

Penyelidik-penyelidik awal yang mendokong paradigma ini seperti Dewey, Bentley, Herbet Mead dan Pierce, sebagaimana dipetik oleh Mertens (2014: 35) telah menolak pandangan secara satu sudut misalnya oleh golongan positif dengan menyebut, "*social inquiry was able to access the "truth" about the real world solely by virtue of a single*

University of Malaya

scientific method" yang dipegang oleh pengkaji positivis. Mengambilkira bahawa persoalan kajian adalah merupakan perkara pokok bagi pengkaji dari paradigma ini, maka kaedah pengumpulan serta analisis data adalah tertakluk kepada kaedah yang paling tepat bagi menjawab persoalan kajian, tanpa terikat kepada mana-mana paradigma.

Pengkaji juga tidak menggunakan pendekatan ini sebaliknya konsisten dengan memilih konstruktif-interpretatif. Ini adalah kerana pengkaji berpendapat sungguhpun pendekatan pragmatik menekankan fleksibiliti, namun adalah lebih wajar untuk menetapkan secara pasti terhadap pemilihan paradigma penyelidikan. Ini dilakukan dengan hasrat agar penyelidikan mengenai peranan dan kegiatan GMPPK dapat dilaksanakan secara berfokus dan konsisten. Menetap dan memilih paradigma konstruktif-interpretatif bagi kajian ini sejak dari awal juga dilihat sesuai dengan persoalan "mengapa" dan "bagaimana" dan bukan sekadar "apa" dan "bagaimana" sebagaimana dianjurkan oleh paradigma pragmatik.

3.2.5 Justifikasi Pemilihan Paradigma Konstruktif-Interpretatif

Mengambilkira penerangan ringkas terhadap paradigma utama dalam penyelidikan diatas, maka penyelidik memutuskan untuk menggunakan pendekatan konstruktif-interpretatif. Justifikasi terhadap pemilihan paradigma ini berbanding dengan paradigma lain yang dinyatakan diatas adalah seperti dinyatakan dalam (Jadual 3.1) dibawah:-

University of Malaya

Jadual 3.1: Paradgima Penyelidikan dan Konteks Dalam Kajian Ini

Paradigma	Kegunaan dalam Kajian ini	Justifikasi
Konstruktif-Interpretatif	Digunakan	Kaedah penerokaan baik secara menganalisis dokumen dan temubual amat relevan bagi memahami peranan dan kegiatan GMPPK
Positivis dan post-positivis	Tidak digunakan	Kaedah ini lazimnya menggunakan borang soalselidik. Dalam kajian GMPPK ini ianya tidak digunakan
Transformatif	Tidak digunakan	Menganalisis kumpulan yang tertindas atau terpinggir bukanlah fokus kajian dalam tesis ini, lebih-lebih lagi masalah kesihatan di negara ini tidaklah seburuk masalah kesihatan di negara tertentu
Pragmatik	Tidak digunakan	Keperluan memiliki kerangka konsep dalam kajian diperingkat ijazah kedoktoran amat penting dan pengkaji tidak terus boleh menjawab persoalan "apa" dan "bagaimana" sesuatu masalah yang hendak dikaji tanpa kerangka konsep dan teori yang kuat

Oleh yang demikian, dengan mengambilkira perincian secara umum mengenai empat paradigma penyelidikan utama yang sering digunakan penyelidik, serta mengambilkira setiap kelebihan dan kekurangan bagi paradigma berkenaan, maka pengkaji telah memutuskan untuk menggunakan pendekatan konstruktif-interpretatif bagi kajian ini. Sebagaimana ringkasan yang tergambar menerusi Jadual 3.1 adalah diyakini bahawa penyelidikan mengenai peranan dan kegiatan GMPPK dalam isu pembaharuan sektor kesihatan di Malaysia dijangka akan mencapai output terbaik dengan penggunaan paradigma ini. Tanpa mengenepikan kelebihan lain-lain paradigma, tetapi dalam konteks kajian ini difikirkan konstruktif-interpretatif adalah merupakan pilihan paling tepat.

3.3 Justifikasi Pemilihan Kaedah Kajian Kes

Menurut sarjana dalam kaedah penyelidikan, khususnya kualitatif, terdapat sekurang-kurangnya lima kaedah utama yang sering digunakan. Kaedah-kaedah itu telah banyak dibincangkan secara meluas oleh sarjana kaedah penyelidikan dan perbincangan disini

University of Malaya

tidak berhasrat untuk melakukannya. Antaranya adalah naratif, sebagaimana diperincikan oleh Riessman (1993, 2008); Polkinghorne (1995); Chase (2005); Clandinin dan Conelly (2005); Murray (2009). Kaedah kedua adalah fenemonologi yang mana perbincangan mengenainya banyak dilakukan antara lain oleh Husserl (1970); Schutz (1970); Moustakas (1994); Giorgi (2016) dan Van Manen (2016).

Kaedah seterusnya adalah *grounded theory* yang perbincangan mengenainya dilakukan secara meluas oleh Corbin dan Strauss (1967); Glaser dan Strauss (1967) dan Charmaz dan Belgrave (2007; 1990). Selain dari tiga kaedah diatas, kaedah etnografi juga antara kaedah yang lazim digunakan dalam penyelidikan secara kualitatif. Perincian mengenainya dapat diteliti hasil penulisan oleh sarjana seperti Powdermaker (1966); Geertz (1973); Preissle dan Le Compte (1984); Wolcott (1999) dan Anderson-Levitt (2006). Kaedah kelima yang terkenal dalam paradigma penyelidikan kualitatif adalah secara kajian kes. Perbincangan mengenainya banyak dilakukan oleh Merriam (1988); Platt (1992); Stake (1995); Baxter dan Jac (2008) dan Yin (2017).

Tesis ini akan menggunakan kajian kes. Kajian kes adalah kaedah penelitian terhadap sesuatu isu atau masalah secara mendalam berserta dengan penelitian konteks sesuatu isu dan masalah itu terjadi (Yin, 2017). Isu dan masalah itu boleh berlaku disesebuah negara atau masyarakat, kumpulan atau organisasi tertentu mahupun terhadap individu. Dalam tesis ini penelitian akan ditumpukan terhadap sebuah kumpulan masyarakat madani di Malaysia khusus memfokuskan isu pembaharuan sektor kesihatan meliputi tempoh masa mulai tahun 80an hinggalah tahun 2016.

Kumpulan masyarakat madani yang digunakan sebagai kajian kes disini adalah Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK). Penelitian dilakukan terhadap tiga isu utama dalam pembaharuan sektor kesihatan di Malaysia iaitu penswastaan dan komersialisasi perkhidmatan kesihatan, diikuti dengan cadangan

University of Malaya

untuk melakukan pembaharuan terhadap sistem pembiayaan kesihatan dan ketiga melibatkan pelaksanaan program Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh (PPBP) di hospital kerajaan.

Terdapat tiga justifikasi pemilihan GMPPK sebagai kajian kes tesis ini iaitu sebagaimana dinyatakan seperti berikut:-

a) Sifat organisasi ini yang memberi keutamaan kepada kepentingan kelas yang terpinggir dari mendapat faedah kesihatan dalam sistem sediada;
b) Ideologi dan aktivitinya yang bersifat kepembangkangan yang sekaligus berpotensi meluaskan ruang politik bagi kumpulan-kumpulan yang *anti-establishment* untuk terlibat dalam politik. Dengan mengkaji gabungan, maka aspek demokrasi substantif dan pendekatan kaunter-hegemoni dapat dianalisis dan dimanfaatkan dalam kajian ini; dan
c) Gerakan gabungan ini cenderung kearah menggalakkan keterlibatan warganegara dalam proses penggubalan dan pelaksanaan dasar. Ini seiring dengan perkembangan PeAB yang menitikberatkan aspek nilai awam dalam proses urustadbir negara. Pemilihan gabungan ini akan dapat menguji sejauh manakah PeAB diamalkan di negara ini.

Tiga isu yang menjadi fokus kajian ini adalah penswastaan dan komersialisasi dalam perkhidmatan kesihatan, cadangan untuk merombak sistem pembiayaan kesihatan dan program Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh (PPBP) di hospital kerajaan. Ketiga-tiga isu ini dipilih bersandarkan kepada beberapa faktor.

Secara amnya ketiga-tiga isu ini mempunyai beberapa beberapa justifikasi mengapa ianya perlu dikaji antaranya melibatkan aspek akses, kemampuan, ekuiti dan sebagainya. Walau bagaimanapun bagi setiap satu isu sebagai fokus kajian, ianya adalah berdasarkan kepada dinamismenya yang tersendiri iaitu:-

University of Malaya

a) Isu dalam penswastaan dan komersialisasi perkhidmatan kesihatan adalah pelbagai. Antaranya adalah seperti isu ketirisan hasil negara, dakwaan terhadap penyalahgunaan kuasa, nepotisme dan kronisme serta peningkatan bebanan kewangan kerajaan. Perkembangan ini turut memberi kesan dari segi akses dan ekuiti rawatan khususnya melibatkan golongan pesakit berpendapatan rendah apabila mereka umumnya tidak berkemampuan untuk mendapatkannya di hospital swasta yang mengenakan bayaran yang lebih tinggi. Ini sekaligus menyebabkan mereka terus memaksimakan perkhidmatan di hospital kerajaan sehingga menyebabkan berlakunya kesesakan, waktu menunggu yang lama dimana dikhuatiri boleh menjejaskan mutu rawatan;

b) Isu dalam pembiayaan kesihatan pula lebih terarah kepada aspek kemampuan di kalangan rakyat berpendapatan rendah dan sederhana. Keprihatinan paling utama Gabungan adalah berkisar kepada cadangan kerajaan untuk memperkenalkan skim insurans kesihatan. Dalam hal ini Gabungan berpandangan ianya hanya membebankan rakyat, terutama golongan miskin dan berpendapatan sederahana. Sedangkan bagi Gabungan, kerajaan belum secara total menggunakan sepenuhnya pendapatan negara dan lain-lain sumber bagi membiayai sektor kesihatan. Alternatif lain wajar diterokai terlebih dahulu sebelum cadangan mengenakan caruman insurans kesihatan yang dilihat tidak lebih sebagai suatu bentuk cukai baru. Isu ini secara langsung turut melibatkan aspek ekuiti dan akses terhadap rawatan kesihatan berkualiti; dan

c) Isu yang melibatkan program Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh (PPBP) pula antara lain berkait dengan ketidakadilan kepada pesakit yang tidak berkemampuan menyertai skim ini. Selain itu isu penumpuan tugas khusus dikalangan doktor pakar yang terlibat dalam PPBP didakwa akan menganaktirikan pesakit yang tidak

University of Malaya

memilih rawatan secara PPBP juga turut timbul, sekaligus memberi kesan dari segi semangat kerja berpasukan. Selain itu pihak Gabungan turut mendakwa bahawa program ini akan meletakkan pertimbangan kewangan akan melebihi pertimbangan keputusan perubatan dan dikhuatiri elemen komersial dalam sektor kesihatan akan menular dalam sektor kerajaan.

Berdasarkan justifikasi diatas maka kajian ini memilih kajian kes sebagai rekabentuk kajiannya. Ini adalah disebabkan kesesuaian tertentu yang ada pada sifat kajian kes itu sendiri. Kajian kes yang lazim digunakan untuk menjawab persoalan "bagaimana" dan "mengapa" dilihat amat relavan dalam kajian mengenai peranan dan kegiatan GMPPK. Analisis mendalam juga dilakukan meliputi pelbagai isu (dalam kajian ini tiga isu dibincangkan) justeru menjustifikasikan mengapa kajian kes paling sesuai digunakan.

3.4 Strategi Pengumpulan, Kerja Lapangan dan Analisis Data

3.4.1 Strategi Pengumpulan Data

Dua kaedah pengumpulan data telah ditetapkan bagi kajian ini iaitu dokumentasi dan wawancara. Penelitian secara pintas lalu terhadap perkara ini adalah seperti berikut:-

a) Dokumentasi

Dokumen menurut Atkinson dan Coffey (2011) adalah "fakta sosial" yang dikeluarkan, dikongsi dan digunakan menerusi pelbagai kaedah sosial. Menerusi salah satu teks paling berpengaruh berkenaan kaedah penyelidikan saintifik sains sosial yang telah dibincangkan dalam pertengahan abad ke dua puluh, Glaser & Strauss (1967: 163) berhujah bahawa dalam konteks penyiasatan sosiologikal, penggunaan dokumen boleh dianggap sebagai setara dengan "*an anthropologist's informant or a sociologist's interviewee*". Kepentingan menggunakan sumber dokumen dalam kajian ini juga selaras dengan apa yang telah diperkatakan oleh Atkinson & Coffey (dipetik dari Silverman

University of Malaya

2011: 79), iaitu "*there are many research questions and research settings that cannot be investigated adequately without reference to the production and use of documentary materials*".

Dalam hal ini, penelitian mendalam terhadap sumber dokumen Gabungan telah dilakukan. Antara contoh dokumen pihak Gabungan yang menjadi rujukan utama adalah pelbagai memorandum dan petisyen seperti *The People's Proposal*, Isu-Isu Penting Berkaitan Kesihatan Rakyat kepada Ahli Parlimen Malaysia, petisyen bertajuk Selamatkan Sistem Kesihatan Awam Negara kepada Perdana Menteri dan sebagainya. Selain itu pelbagai kertas kerja juga turut dirujuk. Antara contohnya adalah seperti kertas kerja bertajuk *The Right to Health*, *Crisis in Healthcare System* dan *The National Health Financing Scheme*. Penelitian lain-lain dokumen dari sumber Gabungan yang turut terlibat adalah seperti minit mesyuarat, laporan, kenyataan akhbar, persembahan *power point* dan sebagainya. Data juga dikumpul hasil dari dokumen yang diperolehi menerusi carian di Internet (khususnya di laman web Aliran).

Seterusnya sumber dokumen lain yang tidak kurang pentingnya dan turut digunakan dalam kajian ini adalah melibatkan dokumen yang diterbitkan oleh institusi antarabangsa. Antara sumber dokumen tersebut meliputi Pertubuhan Bangsa-Bangsa Bersatu (PBB), *World Health Organisation* (WHO), *World Bank*, *International Monetary Fund* (IMF), *Asian Devleopment Bank* (ADB), *The Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) dan sebagainya. Kajian-kajian lepas berkenaan isu yang dikaji yang diterbitkan samada dalam bentuk jurnal, prosiding, laporan teknikal dan lain-lain juga turut dijadikan sebagai antara sumber dokumen yang penting dalam kajian ini.

Sumber dari dokumen rasmi kerajaan Malaysia seperti dokumen pembangunan lima tahun (Rancangan Malaysia), laporan-laporan dikeluarkan oleh Kementerian Kesihatan

University of Malaya

dan Unit Perancang Ekonomi dan sebagainya turut digunakan. Artikel jurnal, prosiding dan lain-lain dokumen yang relevan juga turut tersenarai sebagai bahan dalam mengumpul data kajian.

b) Wawancara

Wawancara turut digunakan sebagai salah satu daripada strategi pengumpulan data dalam kajian ini. Penggunaan wawancara adalah dengan mengambilkira keperluan bagi mendapatkan jawapan terhadap persoalan kajian yang telah ditetapkan iaitu "mengapa" dan "bagaimana" GMPPK memberikan respons terhadap isu-isu pembaharuan sektor kesihatan di Malaysia. Dalam konteks ini, wawancara mampu membantu penyelidik bertanyakan soalan-soalan yang kompleks dan rumit yang tidak terzahir menerusi sumber dokumen. Wawancara membolehkan maklumat terperinci terhadap sesuatu isu diperolehi daripada informan. Selain itu wawancara juga akan dapat mencari "makna" tersirat disebalik daripada apa yang dinyatakan menerusi dokumen. Kaedah ini juga akan menjadi salah satu alat terpenting terhadap proses triangulasi terhadap data-data yang diperolehi dari dokumen. Pengesahan ini penting sebagai meningkatkan kredibiliti data yang diperolehi.

Merriam (2002) menyatakan bahawa wawancara amat penting untuk digunakan bagi mendapatkan sesuatu jawapan yang tidak dapat diperolehi menerusi dengan kaedah pemerhatian semata-mata seperti perasaan, pendapat dan niat seseorang. Kenyataan ini telah dibincangkan lebih awal oleh Patton (1990: 196) yang menyatakan bahawa wawancara digunakan oleh penyelidik apabila beliau hendak mengetahui apa yang terdapat dalam minda seseorang. Beliau menjelaskan, "*We interview people to find out from them those things we cannot directly observe…. We cannot observe behaviors that took place at some previous point in time. We cannot observe situations that preclude the presence of an observer. We cannot observe how people have organized the world*

University of Malaya

and the meanings they attach to what goes in the world. We have to ask people questions about those things. The purpose of interviewing, then, is to allow us to enter into the other person's perspective".

Selain itu, Yin (2015) mengiktiraf wawancara adalah merupakan salah satu daripada sumber terpenting untuk mendapatkan maklumat dalam penyelidikan secara kajian kes. Lagi pula, penggunaan wawancara dan kumpulan fokus merupakan antara dua kaedah yang lazim digunakan dalam penyelidikan melibatkan disiplin kesihatan (Silverman, 2000; Britten, 1999). Justeru, atas sebab itulah maka wawancara telah dipilih untuk digunakan dalam kajian ini.

Format wawancara umumnya boleh dibahagikan kepada tiga jenis yang utama iaitu wawancara berstruktur, wawancara separa berstruktur dan wawancara tidak berstruktur. Menurut Gill, Treasure dan Chadwick (2008), wawancara berstruktur merupakan kaedah yang menggunakan soalan-soalan yang telah disediakan lebih awal, dimana terdapat sedikit variasi dan kurangnya ruang bagi mengemukakan soalan susulan untuk dikemukakan bagi mendapatkan maklumbalas pelaku sekiranya keterangan lebih terperinci diperlukan. Justeru kaedah ini didapati lebih cepat dan menjimatkan masa namun mempunyai isu dari segi respon yang terhad dari pelaku seandainya kedalaman sesuatu isu itu diperlukan oleh kajian berkenaan.

Format wawancara yang seterusnya adalah wawancara tidak berstruktur. Format ini tidak memberi reflek terhadap sebarang idea atau pandangan awal oleh pewawancara dan dilakukan secara fleksibel tanpa pengurusan yang rigid (May, 1991). Wawancara tidak berstruktur lazimnya mengambil masa yang lama dan boleh berlanjutan berjam-jam lamanya dan sukar untuk diuruskan, justeru penggunaannya yang tidak berpandukan beberapa soalan didapati lebih signifikan digunakan jika "kedalaman" sesuatu isu itu hendak diperolehi (Gill et al., 2008).

University of Malaya

Manakala format terakhir adalah merupakan kombinasi di antara kedua-dua format di atas iaitu wawancara separa berstruktur. Pada asasnya, wawancara jenis ini menggabungkan ciri-ciri fleksibiliti yang terdapat dalam wawancara tidak berstruktur dengan ciri-ciri mengarah dan seragam yang terdapat dalam wawancara berstruktur (Lebar, 2014). Britten (1999) menggariskan sesuatu wawancara separa berstruktur itu mengandungi beberapa ciri seperti beberapa soalan utama yang digunakan bagi memandu pewawancara mendefinisikan skop kajian mereka. Soalan asas ini juga membantu pewawancara dan pelaku untuk bergerak kearah meneroka sesuatu idea atau pandangan secara lebih terperinci lagi. Kaedah ini menurut Gill et al. (2008) paling banyak digunakan dalam kajian berasaskan kesihatan kerana ianya sekurang-kurangnya memberikan panduan terhadap apa yang hendak diperkatakan, dan ini jelas membantu kedua-dua belah pihak.

Fleksibiliti yang terdapat dalam format ini berbanding wawancara berstruktur memberikan kelebihan dari segi membenarkan penerokaan dan penjelasan terhadap sesuatu maklumat daripada pelaku dapat dilakukan oleh penyelidik. Ianya didapati selari dengan pendapat dikemukakan oleh Freebody (2003: 133) mengenai wawancara separa berstruktur iaitu ianya, "*semi structured begin with a predetermined set of questions, but allow some latitude in the breadth of relevance*". Pendapat ini juga turut disokong oleh Schensul, Schensul dan LeCompte (1999) yang menyifatkan wawancara separa berstruktur adalah yang terbaik untuk meneroka dan menjelaskan faktor-faktor dan subfaktor topik yang dikaji.

Justeru mengambilkira beberapa perincian diatas pengkaji telah memutuskan untuk menggunakan format wawancara separa berstruktur dalam kajian ini. Menerusi format ini, soalan terbuka disediakan dan dikemukakan bagi mendapatkan pandangan serta penjelasan yang lebih lanjut terhadap sesuatu isu daripada pelaku. Meskipun wawancara

University of Malaya

berstruktur memberi kelebihan dari segi maklumat yang lebih mendalam (Fontana & Frey, 1998), namun wawancara separa berstruktur dipilih kerana ianya memberi kawalan kepada penyelidik dari segi masa, kandungan serta urutan dalam melakukan wawancara.

3.4.2 Kerja Lapangan

Kerja lapangan bagi kajian ini terbahagi kepada dua fasa. Fasa pertama adalah melibatkan kerja-kerja awal pengumpulan data. Objektif utama kerja-kerja awal pengumpulan data ini dilakukan adalah bagi membolehkan pengkaji membuat penelitian dan memahami berhubung dengan peranan kumpulan masyarakat madani dalam bidang politik dan pentadbiran awam secara umum, samada diperingkat global mahupun Malaysia. Kerja lapangan ini juga turut digunakan sebagai platform kepada pengkaji untuk membuat penelitian terhadap penglibatan kumpulan masyarakat madani dalam isu pembaharuan sektor kesihatan, khususnya di Malaysia dan dunia amnya serta bagaimanakah ianya berperanan dalam sistem demokrasi negara ini dan juga aspek pentadbiran awamnya.

Fasa ini melalui beberapa peringkat iaitu melibatkan pencarian dan pengumpulan dokumen yang berkaitan samada artikel dari jurnal, prosiding, laporan, kertas kerja dan sebagainya yang diperolehi samada menerusi carian di pengakalan data di Perpustakaan Universiti Malaya dan juga lain-lain sumber yang relevan. Selain daripada sumber yang diperolehi menerusi internet, kaedah konvensional dengan meneliti buku-buku dan lain-lain bahan bercetak seperti kenyataan akhbar, kertas persidangan dan sebagainya tidak diketepikan.

Penelitian khusus turut dilakukan dengan meneliti penglibatan kumpulan masyarakat madani berkaitan yang terlibat dalam proses pembaharuan sektor kesihatan. Antara yang diteliti adalah seperti MMA, *Malaysian Pharmaceutical Society* (MPS),

University of Malaya

FPMPAM, FOMCA, CAP dan CHI. Dalam hal ini, didapati bahawa GMPPK merupakan kumpulan masyarakat madani yang lantang dalam pendekatannya memperjuangkan isu-isu ini menerusi pelaksanaan pelbagai aktiviti-aktiviti berbentuk bantahan. Dalam fasa ini juga wawancara dengan pakar dalam pembaharuan sektor kesihatan Malaysia turut dilakukan khusus bagi memahami konteks dan skopnya.

Fasa kedua pula melibatkan penggunaan wawancara mendalam dengan pelaku yang telah dikenalpasti boleh membantu kajian ini. Pelaku bagi wawancara ini terdiri daripada kepimpinan utama Gabungan itu sendiri. Selain itu, pemimpin dari lain-lain kumpulan masyarakat madani, bekas pegawai kanan kerajaan, bekas Menteri Kesihatan, ahli akademik, ahli industri serta pengamal perubatan juga turut terlibat.

Usaha bagi mengenalpasti dan menjejaki maklumat pelaku utama kajian ini dari GMPPK telah diperolehi menerusi beberapa cara. Pertama, pengkaji telah melakukan carian di internet dengan menaip perkataan *Coaliton against Healthcare Privatization* (CAHP). Penggunaan CAHP, iaitu nama kumpulan ini dalam Bahasa Inggeris digunakan kerana didapati lebih memudahkan usaha mencari maklumat mengenainya. Hasilnya terdapat bahan yang kebanyakannya diperolehi dari laman web Aliran, Malaysiakini dan Parti Sosialis Malaysia berkenaan dengan Gabungan. Berdasarkan maklumat ini, maka ianya dapat memberi petunjuk berhubung beberapa maklumat penting seperti siapakah pemimpin dan penggerak utama GMPPK. Antara yang dikesan paling dominan dan sering dikaitkan dengan GMPPK menerusi hasil carian ini adalah pelaku utama kajian yang juga merupakan Setiausaha GMPPK.

Setelah diketahui pelaku utamanya, maka langkah selanjutnya adalah penting bagi pengkaji untuk membuat carian berhubung latar belakang pelaku utama ini. Usaha untuk mendapatkan nombor telefon dan juga e-mel telah dilakukan. Maklumat ini diperolehi di laman web Parlimen, memandangkan pelaku pasa masa itu merupakan

University of Malaya

seorang Ahli Parlimen. Selanjutnya, pengkaji telah berhubung menerusi e-mel dan juga telefon dengan pelaku utama ini serta membuat temujanji untuk bertemu. Pertemuan berkenaan telah diadakan buat pertama kali di Mahkamah Majistret Petaling Jaya pada 1 Julai 2015 di Petaling Jaya, Selangor semasa beliau hadir dalam satu perbicaraan disana. Menerusi pertemuan awal ini, pengkaji telah mendapat sedikit gambaran tentang struktur dan profil GMPPK serta isu-isu kesihatan yang diperjuangkannya. Pelaku juga turut membekalkan beberapa dokumen penting GMPPK seperti minit-minit mesyuarat, kertas kerja, memorandum, petisyen dan seumpamanya kepada pengkaji semasa pertemuan berkenaan. Pelaku utama telah memberikan kebenaran secara lisan kepada pengkaji untuk menggunakan maklumat dan data yang dibekalkan bagi tujuan kajian ini.

Pengkajian ini juga memerlukan pandangan dari lain-lain kepimpinan GMPPK. Pelaku utama yang ditemui pengkaji semasa menghadiri persidangan mengenai isu-isu kesihatan anjuran MMA pada tahun 2016 di Kuala Lumpur telah membantu memberikan maklumat beberapa orang lagi pelaku utama dari GMPPK yang boleh diwawancara. Begitu juga beliau turut memberikan beberapa maklumat kumpulan masyarakat madani lain yang relevan dan boleh membantu. Teknik pensampelan seumpama ini juga dikenali sebagai pensampelan bola salji. Pensampelan ini adalah merujuk kepada maklumat dan petunjuk pelaku lain yang diperolehi daripada seorang pelaku yang lain, yang difikirkan berpotensi untuk diwawancara serta mampu membantu memberikan maklumat yang diperlukan. Selanjutnya, sebagaimana juga dengan pelaku yang lain, pelaku-pelaku yang dikenal pasti menerusi teknik ini turut dihubungi menerusi e-mel dan telefon bagi tujuan mendapatkan persetujuan mereka untuk turut serta dalam kajian.

University of Malaya

Hasilnya, seramai empat belas orang pelaku terlibat kesemuanya dalam wawancara ini iaitu:-

a) 3 pelaku yang merupakan Ahli Jawatankuasa Pemandu GMPPK;
b) 5 pelaku yang merupakan pemimpin lain-lain kumpulan masyarakat madani;
c) 2 orang pelaku, masing-masing bekas Menteri dan bekas Ketua Pengarah Kesihatan;
d) 1 orang pelaku adalah dari kalangan ahli akademik;
e) 1 orang pelaku adalah ahli industri; dan
f) 2 orang pelaku adalah pengamal perubatan.

Ringkasnya, pelaku yang terlibat dalam kajian ini adalah sebagaimana ditunjukkan dalam Jadual 3.2 iaitu:-

Jadual 3.2: Pelaku Yang Terlibat Dalam Wawancara

Organisasi	Pelaku
Pemimpin dari GMPPK	Setiausaha GMPPK dan dua orang Ahli Jawatankuasa Pemandu GMPPK
Pemimpin dari lain-lain kumpulan masyarakat madani (MMA, FPMPAM, MPS)	Dua orang bekas Presiden MMA, Presiden FPMPAM, Ahli Majlis FPMPAM dan Presiden MPS
Bekas Menteri Kesihatan dan bekas Ketua Pengarah Kesihatan	Bekas Menteri Kesihatan dan bekas Ketua Pengarah Kesihatan
Ahli akademik	Pakar dalam ekonomi kesihatan
Wakil dari Industri	Pengamal dari industri insurans kesihatan
Pengamal perubatan	Dua orang doktor pakar

Sumber: Hasil penyelidikan, 2018

Pelaku yang dipilih dalam kajian ini adalah menepati kriteria yang disarankan oleh Tremblay (1957). Antaranya adalah pelaku berkenaan memegang jawatan rasmi atau pernah memegang jawatan rasmi dalam masyarakat, serta mempunyai pengetahuan yang relevan dalam bidang yang dikaji. Lebih penting adalah pelaku-pelaku ini bersedia untuk berkongsi maklumat dan pengetahuan serta mampu berkomunikasi dengan baik.

University of Malaya

Pemilihan pelaku telah mengambilkira kriteria-kriteria ini dan ianya adalah amat penting bagi memastikan data yang diperolehi adalah berwibawa.

Proses-proses dalam wawancara telah dibuat selari dengan protokol yang telah ditetapkan meliputi:-

a) Dihubungi menerusi telefon atau emel bagi mendapatkan persetujuan untuk diwawancara;
b) Diberikan penerangan mengenai kajian dan dibekalkan *Participation Information Sheet*;
c) Melengkap dan menandatangani Borang Memberi Keizinan (*Consent Form*) yang turut disertakan surat pelawaan rasmi bagi menyertai kajian;
d) Set soalan atau protokol wawancara disediakan sebagai garis panduan; dan
e) Wawancara dilangsungkan dengan mengambil masa antara 30 minit hingga satu jam.

Bagi maksud wawancara, protokol wawancara telah disediakan. Penyediaan protokol ini dilakukan dengan meneliti data-data sekunder samada yang diperolehi menerusi jurnal artikel, prosiding, buku, laporan dan sebagainya. Input dalam membina protokol soalan-soalan ini turut diperolehi menerusi data-data sekunder yang diperolehi dari pihak Gabungan sendiri. Ini kemudian ditambah dengan input dari data primer menerusi wawancara awal yang dilakukan dengan salah seorang Ahli Jawatankuasa Pemandu GMPPK yang juga merupakan ahli akademik dan pakar dalam bidang pembaharuan kesihatan di Malaysia.

Perlu dinyatakan bahawa meskipun soalan bagi wawancara berkenaan telah disediakan lebih awal sebagai panduan, namun format wawancara separa berstruktur sebagaimana telah dibincangkan memberikan kelonggaran serta tidak menghalang

University of Malaya

soalan-soalan tersebut berkembang terutama semasa proses temubual sedang berjalan. Oleh yang demikian, terdapat beberapa soalan yang dibuang dan terdapat soalan baru yang dimasukkan seiring dengan perkembangan ini semasa wawancara berlangsung.

Protokol wawancara telah digunakan bagi memastikan setiap wawancara mencakupi semua isu yang sepatutnya diperincikan (**lihat Lampiran A**). Garis panduan ini menyenaraikan topik dan sub topik yang dikemukakan semasa sesi wawancara berlangsung. Soalan yang disediakan berbentuk terbuka dimana ianya memberi ruang kepada pelaku untuk memberikan pendapat dan pandangan menurut ayat dan perkataan mereka sendiri. Soalan susulan dikemukakan secara spontan berdasarkan jawapan yang diberikan oleh pelaku sekiranya penyelidik mendapati terdapat beberapa perkara yang memerlukan penjelasan lanjut. Kaedah siasatan susulan ini membantu mendapatkan lebih maklumat disamping penting bagi tujuan pengesahan dan penjelasan. Secara umumnya, antara lain soalan-solan yang dikemukakan adalah melibatkan pandangan terhadap rancangan pembaharuan kesihatan oleh kerajaan, implikasi, reaksi mereka dan strategi serta kaedah dalam mengetengahkan isu.

Memandangkan kajian ini melibatkan aspek kesihatan, maka ianya memerlukan kelulusan etika dari *Ministry of Health Research Ethics Committee* (MREC). Permohonan dilakukan secara atas talian dilaman web *National Medical Research Register* (NMMR), Kementerian Kesihatan menerusi http://www.nmmr.gov.my. Tempoh masa yang diambil bagi menyempurnakan proses ini adalah sekitar 3 bulan dengan surat kelulusan telah diperolehi menerusi e-mel yang dihantar pada 3 Julai 2015 (Lihat **Lampiran B)**.

University of Malaya

3.4.3 Analisis Data

Analisis data kajian ini boleh dibahagikan terhadap dua komponen penting iaitu melibatkan data daripada dokumen dan juga data wawancara. Perincian adalah seperti berikut:-

a) Data daripada Dokumentasi

Data dari sumber dokumen yang digunakan dalam kajian ini adalah pelbagai. Antaranya termasuklah dokumen rasmi kerajaan seperti rancangan jangka panjang pembangunan negara, rancangan pembangunan lima tahun, laporan tahunan dan perancangan strategik Kementerian Kesihatan, ucapan bajet dan sebagainya. Lain-lain bahan bercetak yang diterbitkan dan diperolehi dari GMPPK juga turut digunakan secara optima. Dokumen juga turut melibatkan dokumen rasmi yang dikeluarkan oleh institusi antarabangsa seperti Pertubuhan Bangsa-Bangsa Bersatu (PBB), WHO, *World Bank*, ADB, OECD dan lain-lain yang relevan.

Analisis terhadap dokumen adalah menggunakan kaedah yang dicadangkan oleh Bowen (2009) iaitu secara *skimming* (pemeriksaan cetek), membaca (pemeriksaan mendalam) dan interpretasi dengan menggunapakai analisis kandungan. Justeru, analisis yang dijalankan memberikan penumpuan terhadap beberapa aspek tertentu seperti perkembangan sejarah, isu-isu dalam dasar kesihatan serta kesan daripada pembaharuan-pembaharuan samada yang telah dijalankan atau pun dicadangkan untuk dilaksanakan oleh kerajaan.

b) Data dari Wawancara

Pelbagai pendekatan boleh digunakan bagi melakukan analisis terhadap data yang diperolehi menerusi kaedah wawancara. Dalam konteks ini Potter dan Wetherall (1987) telah mencadangkan bahawa ianya adalah merupakan suatu proses yang fleksibel dan tidak ada satu kaedah yang tetap. Penyelidik adalah bebas untuk memilih kaedah yang

University of Malaya

sesuai. Kajian ini memberikan penekanan terhadap dasar sosial iaitu kesihatan. Proses penggubalan sesuatu dasar merupakan suatu fenomena yang kompleks dan dipengaruhi oleh banyak faktor, antaranya adalah melibatkan faktor sosial, budaya, politik dan sebagainya. Perkara yang sama turut berlaku melibatkan penggubalan dasar kesihatan di Malaysia. Proses ini melibatkan pelbagai aktor seperti kerajaan, ahli politik, PBK, masyarakat dan sebagainya. Justeru dalam memahami fenomena ini penyelidik perlu mengkaji kuasa dan pengaruhnya terhadap fenomena yang dikaji, individu atau organisasi dalam latar semulajadi.

Sebelum dianalisis, data yang diperolehi menerusi wawancara akan melalui proses yang dikenali sebaga transkripsi. Semua wawancara telah ditranskripsi secara verbatim iaitu patah demi patah perkataan secara terus dari rakaman audio. Mana-mana bahagian wawancara yang dipetik ke dalam tesis sahaja diterjemahkan ke dalam Bahasa Malaysia. Perlu ditekankan bahawa bagi mana-mana petikan yang digunakan di dalam tesis, terjemahan tidak dilakukan secara perkataan demi perkataan kerana ianya boleh mengubah struktur ayat yang mengandungi makna. Sebaliknya proses terjemahan ke dalam Bahasa Malaysia yang dimasukkan didalam tesis dilakukan dengan menyusun secara berhati-hati ayat-ayat tersebut tanpa mengubah makna dan kandungan, agar kekal sebagaimana dinyatakan oleh pelaku. Dalam kebanyakan situasi, tesis ini mengambil secara terus transkripsi didalam Bahasa Inggeris. Ini dilakukan bagi memastikan makna yang ingin disampaikan oleh pelaku adalah tepat.

Analisis terhadap data wawancara bagi kajian ini menggunakan analisis wacana. Analisis wacana semakin mendapat tempat dalam penyelidikan kualitatif sejak lebih dua dekad yang lalu (Cheek, 2004). Kajian-kajian antaranya melibatkan kajian mengenai luar bandar oleh Woodword (1996), alam sekitar (Dryzek, 2005), polisi pengangkutan (Vigar, 2002), perbandaran dan perniagaan (Stensen dan Watt, 1999; Wright, 2002;

University of Malaya

Yakhlef, 2002) atau kajian berkait dengan kesihatan seperti kejururawatan dan perbidanan (Adams, 1998; Hallett, Austin, Caress & Luker, 2000) didapati telah menggunakan metode ini.

Data yang diperolehi menerusi wawancara telah membantu mengesahkan data-data yang diperolehi dari sumber dokumen. Wawancara juga dapat merungkai secara mendalam apa yang tidak tersurat menerusi sumber dokumen. Ini sekaligus dapat memberi kefahaman yang lebih jelas terhadap isu dikaji. Misalnya, wawancara telah dapat memberikan jawapan kepada persoalan mengapa pendekatan kaunter-hegemoni digunakan dan ini memberi konteks yang lebih menyeluruh terhadap pengkajian ini. Jawapan juga diperolehi mengapa pendekatan modal sosial dan berteraskan komuniti tidak digunakan secara meluas oleh Gabungan. Selain itu pemahaman yang lebih jitu juga dapat dicapai menerusi wawancara melibatkan aplikasi Perkhidmatan Awam Baru dan juga demokrasi substantif dan demokrasi prosedural, khusus dalam konteks dinamika masyarakat madani dan isu kesihatan di Malaysia.

Bagi tujuan kesahan dan kebolehpercayaan, semakan silang atau triangulasi dilakukan terhadap maklumat yang diperolehi menerusi wawancara dengan dokumen yang diperolehi. Sebagai contoh, laporan yang dikeluarkan menerusi suratkhabar khususnya berkenaan dengan pandangan yang diberikan oleh GMPPK berhubung pelaksanaan pembaharuan dalam sistem kesihatan Malaysia disemak kembali dengan data yang diperolehi menerusi wawancara. Perhatian diberikan khusus dalam memastikan konsistensi bagi setiap data dipelihara.

Umumnya, hampir keseluruhan data dari sumber-sumber ini digunakan bagi menerangkan beberapa perkara seperti perkembangan sistem kesihatan di Malaysia, penglibatan dan peranan GMPPK dalam pelaksanaan dasar berkait dengan sistem kesihatan, isu dan pandangan pihak Gabungan serta aktiviti yang dijalankan oleh

University of Malaya

mereka dan reaksi dan maklumbalas pihak kerajaan. Kebanyakan daripada perkara ini dilaporkan menerusi Bab 4, 5, 6 dan 7. Ini adalah bertujuan untuk memastikan kredibiliti dan kesahan dalaman dapat dilakukan terhadap dapatan kajian (Creswell, 2003) serta ketepatan sesuatu data (Creswell, 2017).

c) Ketanpanamaan

Salah satu daripada aspek yang kerap ditekankan didalam literatur penyelidikan khususnya yang menggunakan pendekatan kualitatif adalah berhubung dengan ketanpanamaan. Istilah ketanpanamaan seringkali digunakan secara bersama dengan satu lagi istilah iaitu kerahsiaan (seperti dinyatakan Kaiser, 2009; Tolich, 2004). Saunders, Kitzinger dan Kitzinger (2015: 617) mendefinisikan kerahsiaan sebagai "*generic term that refers to all information that is kept hidden from everyone except the primary research team*" Dalam hal ini ketanpanamaan adalah merupakan salah satu dari jenis kerahsiaan.

Suatu situasi yang paling ideal dalam suatu penyelidikan adalah identiti individu yang terlibat dalam penyelidikan itu tidak dapat dikenalpasti. Namun begitu, sebagaimana ditegaskan oleh (Van der Hoonard, 2003: 141), ianya adalah merupakan suatu perkara yang hampir mustahil atau *unachievable goals* untuk dicapai dalam penyelidikan kualitatif. Memandangkan penyelidik utama mengetahui pelaku yang terlibat, justeru ketanpanamaan dalam erti kata yang sebenar sebagaimana yang ditakrifkan amat mustahil untuk dicapai, kerana sekurang-kurangnya seorang akan mempunyai akses terhadap maklumat berkenaan (Scott, 2005 : 247). Ini ditambah lagi dengan pandangan oleh Nespor (2000) dan Schepter-Hughes, 2000) bahawa siapa yang hampir dengan latar penyelidikan pasti akan dapat mengetahui mengenai pelaku dan tempat terlibat.

University of Malaya

Ketanpanamaan, sebagaimana diakui oleh Saunders et al. (2015) adalah sesuatu yang tidak dapat dijamin untuk dapat dilaksanakan sepenuhnya. Apalagi dalam senario semasa hari ini dengan kemajuan teknologi internet dan sebagainya maka ianya jelas memudahkan pelaku itu dikenalpasti (Saunder et al., 2015; Tiley & Woodthorpe, 2011). Cabaran ini lebih ketara dengan wujudnya sosial media seperti *facebook* dan sebagainya. Lagi pula dalam konteks kajian ini, para pelaku utama yang terlibat dari Gabungan adalah merupakan ahli politik dan aktivis atau tokoh masyarakat yang terkenal dikalangan orang ramai. Justeru dengan jawatan yang mereka sandang itu sahaja telah membolehkan identiti mereka dikenali. Mengambilkira justifikasi ini maka ketanpanamaan terutama melibatkan pelaku dari GMPPK adalah sesuatu yang sukar untuk dilaksanakan secara total dalam kajian ini dan mengambilkira hujah dikemukakan diatas maka ianya adalah dinyatakan.

d) Kod dan Tema

Setelah selesai melakukan transkripsi bagi setiap wawancara, langkah seterusnya adalah untuk melakukan pengekodan. Pengekodan dari segi sejarahnya telah mula diperkenalkan oleh Glaser dan Strauss (1967) sebagai teknik asas dalam kajian yang menggunakan metode *grounded theory*. Walau bagaimanapun hari ini teknik ini telah berkembang melibatkan lain-lain kaedah dalam penyelidikan kualitatif sebagaimana disarankan oleh Miles dan Huberman (1994); Coffey dan Atkinson (1996); Patton (1990); dan Boeije (2010).

Pengekodan merupakan suatu proses dimana ianya membantu penyelidik menilai dan menguruskan data agar makna sebenar yang tersirat di sebalik teks dapat diberikan makna. Miles dan Huberman (1994: 56) mendefinisikan kod sebagai "*Codes are tags or labels for assigning units of meaning to the descriptive or inferential information compiled during a study. Codes usually are attached to 'chunks' of varying size-words,*

University of Malaya

phrases, sentences, or whole paragraphs, connected or unconnected to a specific setting. They can take the form of a straightforward category label". Manakala Charmaz (2002) menyifatkan pengekodan merupakan salah satu langkah pertama paling kritikal bagi menggerakkan penyelidik agar dapat mengkonseptualisasikan sesuatu deskripsi dari data yang dikumpul di lapangan.

Pengekodan dilakukan berdasarkan beberapa objektif, antaranya adalah untuk menyerlahkan makna sebenar terhadap perkara yang dinyatakan oleh pelaku terhadap topik atau isu yang dibincangkan. Glaser dan Laudel (2013) pula menyifatkan kod memainkan peranan untuk mengenalpasti perkara atau isu yang diperkatakan dalam konteks teks. Justeru kod menyokong data yang diperolehi dari teks dan boleh digunakan untuk membentuk beberapa kumpulan berasaskan tema.

Terdapat pelbagai kaedah yang diperkenalkan umpamanya pendekatan dalam *grounded theory* oleh Strauss (1987) didapati berbeza dengan pendekatan yang digunakan oleh Coffey dan Atkinson (1996). Walau pun berbeza dari segi metode untuk melakukan pengekodan, Cope (2010) menekankan bahawa kerja-kerja pengekodan merupakan suatu proses yang rumit kerana ianya melibatkan pembacaan demi pembacaan, dan pemikiran demi pemikiran, khusus bagi membangunkan kod secara tentatif atau sementara. Walau bagaimanapun, beliau menegaskan ianya merupakan satu proses yang amat bermanfaat serta berguna kerana diakhir proses tersebut penyelidik akan dapat memahami serta mendalami data dengan lebih sempurna dan ini penting bagi melihat bagaimana corak dan tema terbentuk.

Pada asasnya pengekodan adalah bertujuan untuk menilai dan menyusun serta membantu pengkaji dalam memahami makna disebalik teks. Objektif utama pengekodan dilakukan adalah untuk mengenalpasti apakah yang diperkatakan oleh pelaku menerusi wawancara tersebut (Baker, 2002). Sebagaimana dinyatakan oleh

University of Malaya

Charmaz (2002), pengekodan adalah proses analitikal pertama yang penting dalam membantu pengkaji bergerak dari tahap deksriptif kepada konseptualisasi.

Beliau menyatakan bahawa pengekodan memerlukan pengkaji untuk meneliti secara terperinci data-data yang ada yang kodnya boleh mencerminkan minat dan perspektif pengkaji serta maklumat dari data berkenaan. Manakala Code (2003) pula mencadangkan pengekodan memerlukan proses membaca, membaca semula, berfikir dan berfikir semula, membangunkan kos secara tentatif dan sementara. Beliau juga menekankan bahawa meskipun proses ini agak rumit tetapi ianya akan membantu pengkaji mengetahui dan memahami data secara mendalam serta melihat corak dan tema yang wujud, atau suatu terma yang digunakan oleh Creswell (1994) sebagai tema atau kategori mula terbentuk.

Menurut Bryman (2016) tidak ada satu kaedah yang khusus untuk mengekod data. Bagi kajian ini, garispanduan umum yang diperkenalkan oleh Tesch (1990) dan Creswell (2007) akan digunakan. Secara umumnya kaedah berkenaan adalah seperti berikut:-

a) Penyelidik membaca keseluruhan transkripsi wawancara yang telah disiapkan dengan berhati-hati dan menyeluruh. Tujuan aktiviti ini dilakukan adalah untuk mendapatkan gambaran secara menyeluruh berhubung idea yang disampaikan oleh pelaku. Dalam masa yang sama, idea-idea utama yang disampaikan oleh pelaku akan dituliskan dari masa ke semasa di bahagian tepi kiri dan kanan yang telah dikhaskan di setiap transkripsi tersebut;
b) Penyelidik memilih salah satu daripada transkrip yang paling menarik dari setiap kategori pelaku (samada yang paling pendek atau paling atas). Transkrip berkenaan diteliti dan persoalan tentang apakah yang disampaikan disebalik kata-

University of Malaya

kata pelaku difahami. Kemudian, sebarang idea berkaitan dikeluarkan dan ditulis di bahagian margin kiri dan kanan transkripsi tersebut;

c) Setelah beberapa transkripsi selesai diteliti, maka proses sebenar pengekodan bermula. Proses ini bermula dengan mengenalpasti segmen di dalam teks, menanda perkataan yang berkaitan dan memberikan kod perkataan atau frasa yang bersesuaian bagi menggambarkan makna teks. Ayat atau perenggan yang berkaitan dengan kod tunggal dikenali sebagai segmen teks, manakala kod adalah label bagi menerangkan segmen atau teks atau pun sebarang imej. Pelbagai kod memberikan makna bagi topik yang berlainan dan ini adalah sebagaimana yang telah dinyatakan oleh Bogdan dan Biklen (1998);

d) Setelah pengekodan dilakukan bagi keseluruhan teks, penyelidik menyenaraikan semua perkataan-perkataan kod. Kod yang dilihat mempunyai makna yang sama akan dikelompokkan bersama agar mana-mana kod yang bertindih dan mempunyai makna yang hampir serupa dapat dikenalpasti. Tujuan utama penyelidik melakukan proses ini adalah untuk mengurangkan senarai kod agar jumlah yang lebih kecil dapat diwujudkan, supaya lebih mudah untuk diuruskan;

e) Mengambil kembali senarai kod dan membandingkannya semula dengan teks. Pada tahap ini perlu diteliti kembali sekiranya terdapat lain-lain kod baru yang wujud dan bulatkan kod berkenaan; dan

f) Proses terakhir adalah untuk mewujudkan beberapa tema yang sesuai berdasarkan kod-kod yang telah disediakan sebelum ini. Tema (atau kadang-kala dikenali juga sebagai kategori) adalah kod-kod yang mewakili kelompok yang sama bagi menggambarkan satu idea yang lebih besar dan wujud dari data yang diperolehi dari kerja lapangan. Creswell dan Tesch mencadangkan jumlah tema yang sesuai adalah antara lima hingga tujuh dan ini adalah bagi memudahkan proses penulisan dapatan kajian kualitatif.

University of Malaya

Mengambilkira langkah-langkah sebagaimana dikemukakan oleh Tesch (1990) dan Creswell (2007) diatas, serta turut menggunakan cadangan oleh Cope (2003) menerusi kaedah yang ditulis oleh Strauss (1987), berikut adalah bagaimana pengekodan diuruskan dalam kajian ini. Set kod akan terbentuk apabila seksyen, frasa atau ayat-ayat yang penting ditandakan semasa transkripsi itu pertama kali dibaca. Semasa proses ini berjalan pengkaji akan memastikan soalan kajian yang telah ditetapkan menjadi panduan utama. Kemudian, satu senarai kod yang pertama akan dihasilkan oleh pengkaji yang mana pada pendapat beliau adalah penting, bersama dengan nota-nota yang berkenaan. Code (2003) mencadangkan set ini mungkin berubah memandangkan sepanjang proses ini pengkaji mungkin tidak menggunakannya atau menemui sesuatu yang baru.

Pengekodan secara manual telah digunakan oleh penyelidik meskipun menyedari terdapat beberapa pakej perisian computer yang boleh digunakan untuk mengurus dan menganalisis data kualitatif, seperti NUD*IST, Atlas. Ti, NVivo, Etnograph, WinMax dan sebagainya. Keputusan yang diambil ini adalah berdasarkan kepada beberapa sebab. Antaranya adalah berdasarkan hujah yang diberikan oleh Atheide (1996) bahawa perisian komputer membantu sekiranya ianya berkemampuan untuk mengurus dan menganalisis data kualitatif yang kompleks dan kaya dari segi maklumat. Beliau menegaskan meskipun perisian boleh membantu namun operasional logiknya memaksa penyelidik membuat keputusan terhadap analisis lebih awal, dan tindakan ini adalah bersifat pra matang.

Webb (1999) berpendapat penggunaan pengekodan secara manual adalah digalakkan terutama bagi pelajar siswazah atau penyelidik baru berbanding penggunaan komputer. Pendekatan ini dicadangkan untuk memberi latihan dan membina kemahiran sebagai penyelidik kualitatif. Pengekodan secara manual memberi peluang kepada penyelidik

University of Malaya

untuk meningkatkan aspek kemahiran intuitif dalam melakukan analisis, sesuatu yang tidak banyak membantu sekiranya terlampau bergantung kepada komputer. Creswell (2007) percaya pengekodan manual membolehkan penyelidik menganalisis data dengan lebih mendalam.

Lebar (2014) percaya bahawa pakej analisis komputer ini tidak boleh menggantikan elemen "manusia". Ini kerana pakej tersebut mempunyai keupayaan terhad dimana akhirnya interpretasi mendalam yang melibatkan penerokaan dan pencarian makna, perkara yang paling penting dalam penyelidikan kualitatif hanya boleh disempurnakan oleh manusia, meski pun ianya mempunyai beberapa kekurangan dari segi mengambil masa yang banyak. Namun masa yang lebih perlahan diambil untuk melakukan proses ini menggalakkan membantu penyelidik lebih menyelami dan memahami data. Akhir sekali, mempunyai kategori atau tema yang ditulis di atas kertas lebih memudahkan penyelidik untuk membuat pengkelasan dan ini membantu dalam penulisan.

Sebagaimana dinyatakan oleh Crang (2005), kod terbentuk dari kumpulan koleksi data menerusi suatu proses yang berulang-ulang dikenali sebagai induksi analitik dan proses mengenalpasti kategori membantu untuk pengkaji mengaitkannya dengan objektif kajian. Apabila pengekodan telah disiapkan, suatu senarai kategori akan terhasil dan menjadi beberapa tema yang lebih kecil. Pemeriksaan demi pemeriksaan semula dilakukan bagi mengenalpasti tema yang muncul. Pengkaji telah mengenalpasti terdapat enam tema utama yang didapati ketara bagi mewakili kajian ini. Tema-tema tersebut adalah seperti berikut iaitu: akses, kemampuan, ekuiti, penyertaan kumpulan masyarakat madani dan akauntabiliti. Setelah tema ini dikenalpasti maka analisis metodologi dilihat ketara sebagai salah satu bentuk analisis wacana. Bagi setiap tema, ianya diteliti dengan mendalam bagi memastikan perbandingan dan perdebatan yang wujud dari setiap wawancara melibatkan isu kajian dapat dilakukan dengan objektif. Dari sini, tesis ini

University of Malaya

memberikan penumpuan terhadap peranan serta aktiviti yang dimainkan oleh GMPPK dalam tiga isu utama melibatkan kesihatan.

3.6 Kesimpulan

Bab ini bermula dengan perbincangan yang ditumpukan terhadap aspek aspek falsafah dan teori berhubung metode penyelidikan. Matlamat utama kajian ini adalah untuk meneroka peranan dan kegiatan dimainkan oleh GMPPK dalam tiga isu utama dalam pembaharuan sektor kesihatan di Malaysia. Persoalan kajian ini telah mendorong beberapa keputusan utama berhubung metode penyelidikan dimuktamadkan. Mengapa paradigma konstruktif-interpretatif dipilih serta rasional menggunakan pendekatan kualitatif telah diperincikan. Seterusnya kerangka kerja kajian dan pemilihan kaedah kajian kes juga turut dihuraikan.

Bab ini turut menyentuh tentang kaedah pengumpulan data yang melibatkan dua sumber utama iaitu dokumen dan wawancara serta bagaimana kerja lapangan dikakukan. Proses analisis data turut diterangkan, serta perkara yang menyentuh berkenaan dengan etika penyelidikan juga turut dibincangkan. Bab seterusnya membincangkan sejarah perkembangan kumpulan masyarakat madani dalam isu pembaharuan sektor kesihatan di Malaysia dan profil GMPPK.

University of Malaya

BAB 4: PERKEMBANGAN KUMPULAN MASYARAKAT MADANI DALAM ISU KESIHATAN DI MALAYSIA DAN PROFIL GMPPK

4.1 Pengenalan

Bab ini akan meneliti beberapa aspek antaranya adalah tinjauan secara ringkas terhadap sejarah perkembangan kumpulan masyarakat madani dan isu kesihatan di Malaysia. Penelitian ini meliputi perkembangan pra kemerdekaan, pasca kemerdekaan dari tahun 1957 hingga 1980 dan meliputi tempoh 1980 hingga tahun 2016. Selanjutnya perincian terhadap profil Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK) akan dilakukan dengan meneliti beberapa komponen seperti latar belakang penubuhan, kecenderungan ideologi dan keanggotaan, strategi dan jaringan kerja. Aspek kekangan juga turut diteliti. Di akhir bab ini perbincangan terhadap lain-lain isu kesihatan yang diperjuangkan GMPPK turut disentuh.

4.2 Perkembangan Masyarakat Madani dan Isu Kesihatan di Malaysia

Gerakan dan dinamika kumpulan masyarakat madani dalam isu kesihatan di Malaysia telah melalui suatu proses perubahan yang kompleks serta penuh dengan pelbagai cabaran. Daripada hanya pertubuhan yang asalnya dibawa masuk serta ditubuhkan oleh penjajah Eropah, khususnya pihak British, serta pertubuhan yang ada kaitan dengan kemasukan imigran Cina dan India, kini kegiatan-kegiatan kumpulan ini telah berkembang pesat mencakupi pelbagai isu, masalah, program serta aktiviti yang lebih kompleks. Perkembangan kumpulan ini dapat dibahagikan kepada tiga tahap utama, iaitu zaman pramerdeka sehingga pengisytiharan kemerdekaan pada tahun 1957, era 1957-1980 dan tahap ketiga meliputi tempoh antara tahun 1981-2016.

Klasifikasi tahap-tahap ini dilakukan berdasarkan tahap kecenderungan keaktifan bentuk peranan yang dimainkan oleh kumpulan masyarakat madani berkenaan. Pada zaman pramerdeka misalnya, kumpulan masyarakat madani yang wujud hanya terhad

University of Malaya

untuk menjaga kepentingan penjajah dan kumpulan mereka semata-mata. Ini dapat dibuktikan menerusi kewujudan beberapa pertubuhan seperti *Straits Medical Association* (SMA) pada tahun 1890 oleh sekumpulan pegawai perubatan British yang berkhidmat di Tanah Melayu (Cohen, 1971). Pertubuhan ini didapati berkembang dan ditukar kepada nama *Malaya Branch of the British Medical Association* (MBBMA) pada tahun 1894 (Cohen, 1971). *The Alumni Association of the King Edward VII College of Medicine* juga telah ditubuhkan pada tahun 1923 bagi mewakili kepentingan pegawai perubatan lulusan kolej perubatan tempatan (Lee, 1992).

Perkembangan pada era ini berterusan dengan penubuhan beberapa lagi pertubuhan seperti *Malayan Dental Association* (1938), *Malayan Pharmaceutical Association* (1949) dan *Malayan Trained Nurses Association* (1952). Pertubuhan seperti *St John Ambulance* (SJAA) dan *Malayan Red Crescent Society* (MRCS) yang masing-masing ditubuhkan pada tahun 1908 dan 1948 jelas mencerminkan pengaruh British dalam penubuhan kumpulan masyarakat madani yang berkait dengan kesihatan di negara ini pada era sebelum kemerdekaan.

Pada tahap kedua yang meliputi era 1957 hingga 1980 pula merupakan suatu fasa dimana didapati kumpulan masyarakat madani berkait kesihatan masih berada pada tahap awal perkembangan. Perhatian diberikan terhadap usaha bagi mengukuhkan pentadbiran dan operasi dikalangan kumpulan masyarakat madani yang telah ditubuhkan dalam era pra kemerdekaan. Antaranya adalah apabila pada tahun 1959 dua persatuan doktor utama iaitu MBBMA dengan *The Alumni Association of the King Edward VII College of Medicine* telah bergabung.

Selain itu, era ini juga menyaksikan permulaan kepada penubuhan beberapa pertubuhan yang melaksanakan program advokasi terhadap penyakit tertentu ditubuhkan Antara contohnya adalah seperti *Federation of Reproductive Health*

University of Malaya

Association (1958), *Malaysian Mental Health Association* (1967), *Malaysian Paediatric Association* (1979) dan sebagainya (Lihat **Lampiran C)**. Persatuan pengguna juga mula mengalami perkembangan pesat pada era ini.

Pertubuhan berasaskan kepenggunaan seperti *Consumer Association of Penang* (1970) dan *Federation of Malaysian Consumer Associations* (1973) juga telah ditubuhkan dalam era ini. Selain itu, lain-lain persatuan turut memainkan peranan yang sama seperti *National Council of Women Organisation* (NCWO) (1963) dan *The Association of Private Hospitals of Malaysia* (APHM) (1972). Angkatan Belia Islam Malaysia (ABIM) (1971) dan Aliran Kesedaran Negara (ALIRAN) (1977) juga telah ditubuhkan dalam era ini.

Seterusnya, tahap ketiga meliputi jangka masa dari tahun 1981 hingga 2016. Perubahan tampuk pemerintahan negara juga telah bersama-sama membawa perubahan dalam dasar kerajaan. Dr Mahathir Mohamad, Perdana Menteri ke 4 telah mengambil pendekatan pro pasaran serta menggunakan pendekatan Pengurusan Awam Baru (PAB) serta neoliberal dalam pentadbirannya. Dasar seperti penswastaan, termasuk dalam sektor kesihatan mula diberikan perhatian. Langkah ini didapati telah mendapat tentangan sebahagian kumpulan masyarakat madani. Ianya juga telah menjadi pemangkin kepada aktivis masyarakat yang sekaligus bertanggungjawab menubuhkan beberapa kumpulan masyarakat madani baru bagi memperjuangkan isu ini.

Kesannya terdapat beberapa pertubuhan seperti *Federation of Private Medical Practitioners Association of Malaysia* (FPMPAM) (1989), *Islamic Medical Association of Malaysia* (IMAN) (1990), *The Academy of Family Physicians of Malaysia* (AFPM) (1995), *Citizen's Health Initiative* (CHI) (1997), *Medical Practioners Coalition Association of Malaysia* (MPCAM) (2012), *Citizen's Health Coalition* (CHC) dan Pertubuhan Doktor-Doktor Islam Malaysia (PERDIM) (2015) telah ditubuhkan. Dalam

University of Malaya

tempoh ini jugalah Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK) (2005), iaitu kumpulan masyarakat madani yang menjadi fokus kajian ini telah ditubuhkan.

Sebagaimana fasa sebelum ini, era ini juga turut menyaksikan perkembangan pesat melibatkan penubuhan persatuan berkait dengan penyakit tertentu. Antaranya adalah seperti Persatuan Diabetes Malaysia (1983), Majlis AIDS Malaysia (MAM) (1992), Majlis Kanser Nasional (MAKNA) (1995) dan sebagainya (Lihat **Lampiran D**). Kumpulan ini selain menjalankan aktiviti khusus melibatkan penyakit yang diwakili mereka turut mempunyai peranan memberikan input kepada kerajaan dari segi dasar dan program kesihatan.

4.3 Profil GMPPK

4.3.1 Latar Belakang Penubuhan

GMPPK telah ditubuhkan pada 4 Mac 2005. Latar belakang penubuhannya dapat dikaitkan dengan peranan sebuah PBK yang telah lama ditubuhkan, iaitu ALIRAN (Aliran Kesedaran Negara) pada 1973. Hal ini dikatakan demikian kerana dua orang anggota utama GMPPK, iaitu Subramaniam Pillay dan Jeyakumar Devaraj merupakan ahli ALIRAN. Kedua-dua tokoh ini didapati telah aktif dalam ALIRAN semenjak tahun 1980an lagi.

Pada tahun 1995, semasa mesyuarat agung tahunan ALIRAN diadakan di Pulau Pinang, terdapat suatu resolusi yang dibentangkan berhubung dengan permintaan supaya suatu gerakan yang lebih tersusun dilakukan bagi mengetengahkan dan memperjuangkan isu-isu berkaitan dengan kesihatan secara langsung kepada kerajaan. Sebagai impaknya, gerakan ini sekaligus perlu memainkan peranan aktif dengan berkempen dan menyampaikan maklumat kepada golongan rakyat (Aliran, 2005).

University of Malaya

Menerusi mesyuarat tersebut, salah satu resolusi berkenaan isu-isu yang berkaitan dengan penswastaan dan pengkorporatan perkhidmatan kesihatan di negara ini telah dicadangkan sendiri oleh Jeyakumar Devaraj dan disokong Mohanarani Rasiah. Memandangkan pada tahun 1990an ALIRAN secara amnya bergerak secara bersendirian sedangkan isu kesihatan didapati semakin banyak, maka dirasakan terdapat keperluan untuk mengadakan jaringan kerja dengan kumpulan masyarakat yang lain.

Lanjutan daripada mesyuarat agung ALIRAN pada tahun 1995 itu, sebagaimana dinyatakan menerusi *The ALIRAN General Body*, dua ketetapan telah dicapai. Ketetapan pertama adalah untuk menubuhkan satu jawatankuasa bersama-sama kumpulan masyarakat madani yang lain. Manakala ketetapan kedua pula adalah untuk bekerjasama dengan kumpulan masyarakat madani yang lain untuk mengadakan kempen bagi tujuan membantah cadangan pengkorporatan perkhidmatan kesihatan yang telah ditimbulkan oleh kerajaan pada masa itu (Aliran, 1995).

Walaupun sudah ada ketetapan untuk mengadakan jaringan kerja, gabungan khas bagi membantah penswastaan dan pengkorporatan kesihatan masih tidak dapat ditubuhkan secara rasmi. Jeyakumar Devaraj bersama-sama aktivis yang lain seperti Subramaniam Pillay bergerak sama ada secara peribadi ataupun menggunakan organisasi ALIRAN bagi mengetengahkan isu-isu yang diperjuangkan. Pada tahap ini, selain daripada majalah bulanan ALIRAN, risalah yang mula dikeluarkan secara atas talian juga digunakan oleh penggerak isu-isu penswastaan dan pengkorporatan perkhidmatan kesihatan bagi mengetengahkan pandangan mereka.

Kira-kira dua tahun selepas mengeluarkan ketetapan bagi mengadakan jaringan kerja melalui ALIRAN, pada tahun 1997 beberapa aktivis masyarakat lain yang mengetengahkan isu kesihatan telah bergabung untuk menubuhkan *Citizen's Health Initiative* (CHI). Aktivis yang dimaksudkan itu ialah Dzulkifli Razak, Chan Chee

University of Malaya

Khoon, Chee Heng Leng[1] dan beberapa orang lagi. Pertubuhan ini berpusat di Universiti Sains Malaysia (USM), Pulau Pinang.

Pada amnya, penubuhan CHI mempunyai tujuan yang sama dengan cadangan Jeyakumar untuk mengadakan jaringan kerja bersama-sama organisasi masyarakat yang lain, iaitu untuk membantah penswastaan dan pengkorporatan kesihatan di Malaysia. Perlulah dicatatkan di sini bahawa kerajaan bercadang untuk mengkorporatkan empat belas buah hospital kerajaan sebagai perintis sebagaimana tercatat dalam dokumen Rancangan Malaysia ke 7 (1996-2000) (Malaysia, 1996). Bagi aktivis masyarakat berkenaan, langkah kerajaan ini akan menyebabkan masalah aksesibiliti dan kemampuan khususnya bagi kumpulan yang berpendapatan rendah. Penubuhan CHI itu juga merupakan persiapan yang digunakan bagi memanfaatkan kempen pilihanraya yang dijangkakan akan diadakan setahun selepasnya, iaitu pada tahun 1999.

Menjelang pilihanraya 1999, kumpulan masyarakat berkenaan telah mengulangi gesaan mereka agar kerajaan membatalkan rancangan pengkorporatan hospital kerajaan berkenaan (CHI, 1999). Dengan adanya tekanan daripada pelbagai pihak, ditambah dengan isu pemecatan Anwar Ibrahim pada ketika itu, kerajaan telahpun membatalkan rancangan berkenaan. CHI didapati tidak lagi begitu aktif selepas pilihanraya 1999. Beberapa isu kesihatan yang baharu telah timbul mulai tahun 2000 seperti isu berkenaan dengan pengendalian ubat-ubatan yang sebelum ini telah ditadbir oleh hospital kerajaan dan ingin diserahkan kepada pihak swasta, menerusi dasar yang disebut penswastaan dispensari di hospital kerajaan. Pada masa yang sama, kerajaan juga ada mengambil langkah untuk menubuhkan bahagian swasta (sayap swasta) dalam badan induk hospital

[1] Ketiga-tiga aktivis berkenaan pernah menjadi kakitangan akademik di USM. Chee Heng Leng pernah ditahan di dalam operasi Lalang 1988 dan masih aktif di dalam dunia akademik sehingga penghujung tahun 2015.

University of Malaya

kerajaan. Tindakan yang dilakukan oleh kerajaan bertujuan untuk mengatasi masalah ketidakpuasan hati para doktor kerajaan terhdap sistem gaji mereka. Sebagai solusinya, kerajaan bercadang untuk menubuhkan bahagian swasta (sayap swasta) untuk meningkatkan pendapatan para doktor kerajaan.

Terdapat desas-desus yang mengatakan bahawa kerajaan ingin menggerakkan cadangan yang telah berbangkit sejak pertengahan tahun 1980an kembali bagi menyatukan sistem pembiayaan kesihatan di bawah skim yang disebut sebagai Skim Pembiayaan Kesihatan Kebangsaan (SPKK). Perkara ini telah menimbulkan keraguan dalam kalangan masyarakat tentang hala tuju sistem kesihatan di negara ini.

Dengan berdasarkan perkembangan baharu mulai tahun 2000 berkenaan di atas dan adanya kesedaran dalam kalangan aktivis masyarakat, suatu pertemuan dianjurkan untuk membincangkan dan seterusnya menubuhkan jaringan kerja yang besar bagi menggabungkan seberapa banyak organisasi masyarakat. Pertemuan berkenaan telah diadakan pada 4 Mac 2005 di pejabat *Universiti of Malaya General Staff Unions* (UMGSU), Petaling Jaya, Selangor. Pada pertemuan tersebut, kira-kira 33 orang yang mewakili pelbagai petubuhan sukarela dan politik serta beberapa orang individu tertentu yang terdiri daripada aktivis dan ahli akademik telah hadir.

Menerusi kehadiran pada pertemuan pertama, dapat difahami bahawa gabungan ini bukanlah keseluruhannya diwakili oleh masyarakat madani, tetapi juga melibatkan parti-parti politik tertentu. Sebagai contoh, parti-parti bukan pemerintah seperti Parti Islam Se Malaysia (PAS), *Democratic Action Party* (DAP), Parti Sosialis Malaysia (PSM) dan Parti Keadilan Rakyat (PKR) telah hadir. Kumpulan masyarakat madani yang menghadiri perjumpaan ini pula termasuklah Aliran Kesedaran Negara (ALIRAN), *Citizen's Health Initiative* (CHI), *Food-not-Bombs* (FNB) dan Jaringan

University of Malaya

Rakyat Tertindas (JERIT). Kesatuan sekerja turut tidak ketinggalan menyokong usaha ini apabila *Malaysian Trade Union Congress* (MTUC) turut menghantar wakil.

Pertemuan ini penting kerana tujuannya bukan sahaja untuk menilai langkah-langkah kerajaan tetapi juga menyatukan sumber-sumber organisasi masyarakat dalam satu gabungan yang lebih mantap. Melalui pertemuan ini, nama Gabungan Membantah Penswastaan Hospital Awam telah digunakan sebelum ditukar kepada nama Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK) pada pertemuan kedua pada 3 April 2005 (Minit Mesyuarat GMPPK, 2005). Hanya pada Disember 2005, nama GMPPK digunakan secara meluas.

Secara amnya, individu yang menjadi perintis kepada penubuhan GMPPK ini terdiri daripada individu yang mempunyai pelbagai latar belakang profesion dan kecenderungan politik. Secara grafiknya, (Jadual 4.1) memaparkan individu-individu yang terlibat pada peringkat awal penubuhan GMPPK, jawatan yang dipikul pada peringkat awal, profesion dan pelibatan dalam kegiatan politik kepartian.

Jadual 4.1: Nama, Profesion dan jawatan dalam GMPPK (2005)

Nama	**Jawatan**	**Profesion**	**Penglibatan Politik**
Subramaniam Pillay	Presiden	Seorang ahli akademik dari Universiti Sains Malaysia	Tiada maklumat
Jeyakumar Devaraj	Setiausaha	Pengamal perubatan di Ipoh	Parti Sosialis Malaysia
Chan Chee Khoon	AJK Pemandu	Seorang ahli akademik di Universiti Sains Malaysia	Tiada maklumat
Xavier Jeyakumar	AJK Pemandu	Doktor perubatan	Parti Keadilan Rakyat
Vinothan	AJK Pemandu	Aktivis kesatuan sekerja	Tiada maklumat
Chee Heng Leng	AJK Pemandu	Ahli akademik dari Universiti Putra Malaysia	Tiada maklumat
Anne Khoo	AJK Pemandu	Tiada maklumat	Tiada maklumat
Bruno Pereira	AJK Pemandu	Tiada maklumat	Tiada maklumat
Tee Boon Hock	AJK Pemandu	Tiada maklumat	Tiada maklumat
Latheefa Koya	AJK Pemandu	Peguam	Parti Keadilan Rakyat

University of Malaya

‘Jadual 4.1, sambungan’

Ong Chee Keng	AJK Pemandu	Tiada maklumat	Tiada maklumat
Cheah Chee Hoe	Pegawai Penyelidik FOMCA	Seorang wakil FOMCA dalam jawatankuasa	Tiada maklumat

Sumber: Kompilasi dari minit-minit mesyuarat GMPPK

Berdasarkan Jadual 4.1, dapat dirumuskan bahawa GMPPK merupakan badan yang berperanan penting untuk memberikan input yang memerlukan kepakaran tertentu khususnya dari segi perundangan, kepenggunaan, akademik dan juga perubatan. Sebagai contoh, Jeyakumar Devaraj dan Xavier Jeyakumar sendiri merupakan pegamal perubatan yang berpengalaman dalam perkhidmatan awam dan swasta. Latheefa Koya pula merupakan seorang peguam. Sekurang-kurangnya tiga orang ahli jawatankuasa pemandu GMPPK, iaitu Dr Subramaniam Pillay, Dr Chee Heng Leng dan Dr Chan Chee Khoon bukan sahaja merupakan ahli akademik yang banyak menulis mengenai isu-isu kesihatan, malahan turut aktif sebagai aktivis untuk memperjuangkan isu-isu kesihatan. Kepelbagaian jawatankuasa ini turut melibatkan aktivis kepenggunaan seperti Cheah Chee Hoe dari FOMCA serta aktivis kesatuan sekerja iaitu En Vinothan, yang merupakan Naib Presiden MTUC dan Presiden UMGSU.

Pada peringkat penubuhan itu, telah ditubuhkan Jawatankuasa Pemandu yang dianggotai oleh lima orang tokoh, iaitu Dr Chan Chee Khoon, Dr Xavier Jayakumar, Encik Vinothan, dengan Dr Subramaniam Pillay dipilih sebagai Pengerusi dan Dr Jeyakumar Devaraj berperanan sebagai Setiausaha. Jawatankuasa pemandu ini didapati berkembang dan bertambah dari semasa ke semasa melibatkan beberapa orang tokoh. Antara yang pernah menyumbang tenaga termasuklah Charles Santiago (daripada DAP dan Ahli Parlimen Klang), Ronnie Liu (daripada DAP, bekas Exco Majlis Mesyuarat Kerajaan Negeri Selangor dan kini Ahli Dewan Undangan Negeri (Adun) Sungai Pelek), Datuk Dr Ronnie McCoy (bekas Presiden MMA), S. Arutchelvan (Setiausaha Agung

University of Malaya

PSM), Maria Chin Abdullah (bekas Pengerusi *The Coalition for Clean dan Fair Election* (BERSIH) dan kini Ahli Parlimen Petaling Jaya), Siti Mariah Mahmud (dari PAS/Parti Amanah Negara (PAN), bekas Ahli Parlimen Bukit Raja dan kini ADUN Seri Serdang) dan sebagainya. Skop tugas jawatankuasa berkenaan juga termasuklah menjaga jaringan kerja antara GMPPK dengan pihak-pihak berkepentingan yang lain sama ada melibatkan pihak kerajaan ataupun kumpulan masyarakat madani yang lain, kesatuan sekerja mahupun parti-parti politik. Jawatankuasa pemandu ini juga berperanan menyelaraskan pelaksanaan program dan aktiviti Gabungan, kewangan, lobi dan sebagainya.

Perlu dicatatkan di sini bahawa dari segi etnik, gabungan ini didapati tidak mewakili semua kaum di negara ini. Hal ini juga mungkin merupakan satu faktor yang menyebabkan Gabungan ini sukar mendapat sokongan dalam tempoh lebih daripada 10 tahun penubuhannya. Kesukaran untuk mendapatkan sokongan ini mungkin diberatkan lagi dengan pelibatan mereka dalam politik kepartian yang condong ke arah pembangkang. Namun begitu, bagi memberikan alternatif gabungan ini akan memberikan tekanan untuk membolehkan pemerintahan bersifat responsif.

Bahagian selanjutnya akan menghuraikan aspek ideologi dan keanggotaan dengan lebih mendalam.

4.3.2 Kecenderungan Ideologi dan Keanggotaan

Daripada perbincangan latar belakang penubuhan, aktiviti-aktiviti yang dianjurkan dan individu-individu yang terlibat, dapat dirumuskan bahawa GMPPK ialah organisasi yang berkecenderungan berhaluan kiri, iaitu condong ke arah pembangkang (*oppositionisme*). Kenyataan ini amat jelas dengan melihat keanggotaan organisasi gabungan berkenaan semasa penubuhannya pada Mac 2005. Yang berikut merupakan senarai ahli gabungan di peringkat awal penubuhannya;

University of Malaya

a) Parti Keadilan Rakyat (PKR);

b) Parti Islam SeMalaysia (PAS);

c) Parti Sosialis Malaysia (PSM);

d) *Democratic Action Party* (DAP);

e) ATWU;

f) *Malaysian Trade Union Congress* (MTUC);

g) Aliran Kesedaran Negara (ALIRAN);

h) *Malaysian Youth and Student Democratic Movement* (DEMA);

i) *Food-not-Bombs* (FNB);

j) Jawatankuasa Kebajikan Mahasiswa/i (JKMI);

k) Gabungan Anak Muda dan Pelajar (Jerit); dan

l) *Citizen's Health Initiatives* (CHI).

Senarai di atas menunjukkan bahawa anggota gabungan berkenaan bukan sahaja dianggotai oleh PBK seperti ATWU, MTUC, ALIRAN, DEMA, *Food-not-Bombs*, JKMI, Jerit, *Citizens Health Initiatives* (CHI) tetapi juga parti-parti politik seperti Parti Keadilan Rakyat (PKR), Parti Islam SeMalaysia (PAS), Parti Sosialis Malaysia (PSM) dan *Democratic Action Party* (DAP). Sehingga suatu masa keanggotaan Gabungan telah berkembang sehingga mencecah 81 anggota (Lihat **Lampiran E)**.

Selain daripada Gabungan ini mempunyai ideologi kepembangkangan yang jelas, namun didapati juga tiga organisasi payung yang memperjuangkan isu kesihatan yang penting di negara ini tidak menganggotai Gabungan berkenaan. Hal ini memberikan indikasi bahawa wujudnya kumpulan yang besar dan berpengalaman di negara ini yang tidak menganggotai Gabungan berkenaan. MMA (2018) misalnya yang telah ditubuhkan sejak tahun 1959 dan mempunyai lebih kurang 12,000 ahli terdiri daripada pengamal perubatan daripada sektor awam dan swasta di negara ini didapati tidak berbuat demikian meskipun telah dijemput untuk menganggotainya.

University of Malaya

FPMPAM (2018) dengan keahlian lebih 5,000 pengamal perubatan dari sektor swasta pula, meskipun didapati tidak berpuas hati dengan beberapa peraturan kerajaan, misalnya, cadangan menubuhkan undang-undang mengawal klinik swasta juga tidak menyertai GMPPK. Begitu juga dengan CAP, iaitu salah satu persatuan pengguna berpengaruh memperjuangkan pelbagai isu kesihatan di negara ini yang ditubuhkan sejak tahun 1969 juga didapati mengambil pendirian yang sama menolak pelawaan untuk bergabung di bawah GMPPK. Malahan, Majlis Peguam juga mengambil langkah yang sama, menolak pelawaan menyertai Gabungan. Hal ini membawa pengertian bahawa idealogi GMPPK tidak disepakati antara kumpulan masyarakat madani yang wujud di negara ini.

Selain kedudukan organisasi yang didapati cenderung berhaluan kiri, individu-individunya pula tentulah berkemungkinan besar terdiri daripada yang lantang bersuara. Sebagai contohnya, Jeyakumar sendiri merupakan ahli ALIRAN yang sangat vokal dan sebahagian besar daripada aktivitinya bersifat *oppositionisme*. Sebahagian besar daripada aktiviti mereka yang terlibat dalam gabungan ini disasarkan kepada dasar-dasar kerajaan yang pro neo-liberalisme, iaitu yang mengutamakan sistem pasaran dalam pembangunan ekonomi.

Bagi kebanyakan mereka yang terlibat dalam gabungan ini, sistem pemerintahan yang berdasarkan kebajikan khasnya dalam sektor kesihatan perlulah dikekalkan. Perkara yang diperlukan ialah pembaikan sistem kebajikan yang sedia ada dan bukannya melaksanakan reformasi ke arah sistem yang cenderung didukungi sektor swasta. Beberapa individu yang terlibat dalam gabungan itu sendiri misalnya seperti Jeyakumar dan Pillay sendiri lebih radikal pendiriannya dan mahukan sistem yang mengutamakan kumpulan yang miskin melalui dasar pengagihan semula perlu diwujudkan di negara ini.

University of Malaya

Jeyakumar sendiri merupakan ahli parti sosialis di negara ini. Antara tiga matlamat utama parti berkenaan adalah seperti yang berikut:-

a) Mengamalkan prinsip sosialisme sebagai cara hidup;

b) Mempertahankan masyarakat demokratik dan progresif yang mengutamakan kerohanian, kemanusiaan dan keadilan sebagai asas ke arah pembangunan; dan

c) Memastikan strategi pembangunan yang mewujudkan hubungan seimbang antara keperluan sosial dan ekonomi di peringkat individu, masyarakat dan nasional (Undang-Undang Pertubuhan PSM, 2018)

Didapati juga dari segi kegiatan-kegiatan yang dianjurkan GMPPK, meskipun peranan penting memperjuangkan kepentingan kelas bawahan, sesetengah pendekatan masih tidak diterima dalam budaya politik negara ini.

Sebagai contoh, pada tahap awal penubuhannya, satu forum telah dianjurkan dengan memberikan focus terhadap kepentingan kumpulan berpendapatan rendah. Forum tersebut bertajuk *Health Care System and Crisis* telah dianjurkan pada tahun 2005. Beberapa butiran dalam memorandum berkenaan yang dikemuakan menerusi *The People's Proposal* berkenaan menunjukkan sikap anti mereka terhadap dasar neo-liberal apatah lagi dalam setor kesihatan.

Secara khususnya, butiran yang diperjuangkan GMPPK melibatkan beberapa isu. Antara isunya termasuklah cadangan kerajaan untuk melaksanakan skim insurans kesihatan kepada rakyat. Jika perkara ini dilaksanakan, maka rakyat dikehendaki membayar suatu kadar caruman ke dalam satu tabung kesihatan. Cadangan tersebut telah ditolak secara tegas oleh GMPPK. Sebaliknya, GMPPK begitu khuatir dan bimbang

University of Malaya

sekiranya dana ini disalahgunakan oleh pihak berkepentingan, sekaligus menjejaskan kesihatan rakyat. Selain itu, pendirian tegas mereka terhadap hak rakyat berpendapatan rendah turut dikemukakan menerusi cadangan manfaat pakej kesihatan di bawah skim insurans ini. GMPPK mendesak supaya pakej tersebut hendaklah meliputi jenis rawatan yang diterima sekarang di hospital dan klinik kerajaan, serta melibatkan semua rakyat Malaysia dan juga pekerja asing (yang dikenakan bayaran tertentu). Sebagaimana dirumuskan GMPPK menerusi memorandum berkenaan, langkah kerajaan menggalakkan penswastaan dalam sektor kesihatan hanya akan menyebabkan berlakunya peningkatan kos, sekaligus memberikan kesan buruk kepada rakyat yang berpendapatan rendah dan sederhana.

Forum-forum yang dianjurkan oleh GMPPK yang diakhiri dengan beberapa ketetapan yang lazimnya tidak mendapat liputan meluas. Oleh itu, memandangkan media arus perdana di negara ini tidak berkecenderungan melaporkan kegiatan kumpulan yang condong berhaluan kiri, sering kali saluran lain yang bersifat kaunter-hegemoni digunakan bagi mengetengahkan pandangan kumpulan berkenaan. Antaranya adalah seperti pendekatan demonstrasi, kempen melalui jaringan kerja dengan parti-parti pembangkang dan lain-lain. Pendekatan berdemonstrasi masih dianggap tidak sesuai dengan budaya politik negara ini khususnya pada tempoh peringkat awal penubuhannya.

Kesukaran mereka untuk mengadakan dialog dengan pihak kerajaan, mungkin menjadi faktor pendekatan sedemikian menjadi pilihan GMPPK. Aktiviti-aktiviti lain yang menunjukkan kecenderungan ideologi yang berhaluan kiri yang didapati dilaksanakan oleh pihak Gabungan antaranya adalah seperti piket, jelajah awam yang khusus bagi menyebarkan dan mendedahkan kelemahan pelaksanaan dasar neo-liberal dalam sistem kesihatan oleh kerajaan, kenyataan melalui akhbar dan portal propembangkang pada masa itu, pengedaran risalah kepada orang awam dan sebagainya.

University of Malaya

Sebagaimana yang telah disebut sebelum ini bahawa terdapat organisasi payung lain seperti MMA, FPMPAM dan CAP tidak menganggotai GMPPK, yang menariknya, dalam beberapa isu tertentu, GMPPK dan tiga organisasi payung berkenaan, semua organisasi tersebut sama-sama mengemukakan bantahan dalam isu-isu yang tertentu. Sebagai contoh, apabila kerajaan ingin menubuhkan skim pembiayaan kesihatan kebangsaan, ketiga-tiga institusi payung berkenaan membantah cadangan berkenaan. Meskipun begitu, terdapat beberapa perbezaan dari segi pendekatan serta pandangan antara empat organisasi payung ini berhubung dengan cadangan kerajaan untuk memperkenalkan skim pembiayaan kesihatan kebangsaan atau mulai tahun 2009 dikenali sebagai 1Care.

GMPPK umpamanya mengambil pendekatan yang tegas apabila mendesak kerajaan untuk menarik balik semua projek penswastaan dalam perkhidmatan kesihatan sedia ada dan membatalkan sebarang perancangan yang serupa pada masa hadapan. Selain itu, apa-apa jua rancangan yang akan menyebabkan rakyat terpaksa membayar (umpamanya menerusi skim insurans kesihatan) dibantah sekeras-kerasnya oleh pihak Gabungan. Dalam erti kata yang lain, pihak GMPPK mendesak kerajaan untuk kembali melaksanakan tanggungjawabnya sebagai penyedia perkhidmatan kesihatan kepada rakyat dan mendokong pemerintahan secara berkebajikan kembali, sebagaimana yang pernah dilakukan sebelum ini, sekaligus menolak model pembiayaan kesihatan baharu yang dicadangkan kerajaan.

Meskipun mengambil pendekatan yang lebih pragmatik dan positif untuk membincangkan sebarang pembaharuan terhadap sistem kesihatan negara yang dicadangkan kerajaan, didapati MMA masih mempunyai beberapa pandangan tertentu. Antara isu utama yang dibangkitkan termasuklah aspek keterbukaan dan ketelusan pihak kerajaan untuk berunding dan mengemukakan maklumat secara terbuka, yang disifatkan

University of Malaya

MMA sebagai masih rendah. Sungguhpun secara prinsipnya MMA bersetuju dengan pelaksanaan skim insurans kesihatan sebagaimana dinyatakan dalam dokumen *Health for All* yang diterbitkan pada tahun 1999 (MMA, 1999), MMA percaya masih banyak perbincangan dan perundingan yang mendalam perlu dilakukan dengan pihak berkepentingan sebelum sebarang keputusan muktamad diambil.

Seterusnya FPMPAM dilihat mengambil pendekatan yang agak konservatif terhadap cadangan untuk memperkenalkan skim pembiayaan kesihatan baharu. Hal ini jelas dilihat apabila Presiden FPMPAM telah menggesa kerajaan untuk tidak melaksanakannya. Malahan, pihak FPMPAM telah mengambil langkah tertentu mengadakan kempen di media sosial menerusi *facebook* apabila *Tak Nak 1Care* dilancarkan pada tahun 2011. Sebaliknya kerajaan didesak untuk melaksanakan pembaharuan dan penambahbaikan terhadap sistem sedia ada termasuklah menimbangkan peruntukan yang lebih besar untuk sektor kesihatan awam serta mengadakan suatu kawal selia yang lebih telus terhadap pengamal perubatan swasta. FPMPAM secara jelasnya menolak pembaharuan sebagaimana yang dicadangkan, sebaliknya mendesak kerajaan untuk mengekalkan *status quo* (komunikasi peribadi, Februari 27, 2016).

Consumer Association of Penang (CAP) didapati antara persatuan pengguna yang aktif menyuarakan pandangan berhubung dengan isu kesihatan, termasuklah cadangan memperkenalkan skim pembiayaan kesihatan baharu. Beberapa tindakan proaktif telah diambil umpamanya dengan menganjurkan persidangan peringkat kebangsaan bersama-sama USM dan MMA di USM, Pulau Pinang pada 5 hingga 6 April 1997. Persidangan dengan tema *Privatisation and Health Care Financing in Malaysia: Emerging Issues & Concerns* adalah untuk membincangkan program dan dasar penswastaan dalam perkhidmatan kesihatan awam serta aspek pembiayaan kesihatan di Malaysia, dengan

University of Malaya

memfokuskan aspek isu dan cabaran. Dalam konteks ini, CAP telah menggesa kerajaan untuk mengekalkan sistem sedia ada, dengan penambahbaikan berterusan diberikan terhadap mengukuhkan sistem kesihatan di sektor awam dan mengawal sektor swasta.

Dalam bahagian ini telah ditunjukkan bahawa baik dari segi organisasi, individu, kegiatan, keanggotaan organisasi dan pendekatan, GMPPK mempunyai kecenderungan ideologi yang berhaluan kiri. Justeru, tidaklah menghairankan sekiranya tidak ada parti-parti dalam Barisan Nasional (BN) yang merupakan parti pemerintah pada masa itu, atau PBK yang mengambil pendekatan sederhana dan konservatif mengambil tindakan untuk menganggotai Gabungan berkenaan.

4.3.3 Strategi dan Jaringan Kerja

Ketetapan dari segi cara untuk GMPPK melaksanakan strategi dan jaringan kerja dalam mengutarakan pandangan mereka telah dibincangkan dan dipersetujui dalam pertemuan pertama pada 4 Mac 2005. Sekurang-kurangnya, empat strategi dan jaringan kerja telah digariskan. Perlu dinyatakan disini bahawa didapati strategi yang digunakan itu juga didapati mengandungi elemen atau pendekatan berunding atau modal sosial dan dalam masa yang sama juga turut menekankan pendekatan kaunter-hegemoni. Didapati juga pendekatan yang berteraskan komuniti juga turut digunakan.

Strategi pertama yang dipersetujui adalah melibatkan komunikasi secara langsung dengan pihak kerajaan hendaklah diwujudkan. Ini mencerminkan wujudnya pendekatan secara modal sosial yang dilaksanakan Gabungan. Dalam konteks ini, GMPPK diminta untuk menulis surat rasmi kepada Menteri Kesihatan bagi memohon tarikh janji temu dengan tujuan untuk mengadakan dialog bagi membincangkan pelbagai perkara yang melibatkan isu kesihatan. Perkara ini hendaklah menjadi keutamaan dan untuk menunjukkan betapa seriusnya perkara ini, surat tersebut turut dibuat salinan untuk Perdana Menteri.

University of Malaya

Strategi kedua yang telah dipersetujui pula melibatkan sinergi dan kerjasama yang diadakan dengan kumpulan-kumpulan lain yang turut membantah program penswastaan kemudahan asas yang lain seperti air. GMPPK boleh bekerjasama dengan kumpulan ini dengan menganjurkan program secara bersama, atau menyertai acara-acara yang dianjurkan oleh kumpulan tersebut. Di sini pendekatan secara kaunter-hegemoni lebih dominan.

Ketiga, organisasi ini diingatkan untuk mengadakan mesyuarat dan pertemuan khusus dengan kumpulan masyarakat madani dalam profesion perubatan seperti *Malaysian Medical Association* (MMA) bagi membincangkan bentuk kerjasama berhubung dengan beberapa isu kesihatan yang berkaitan. Kumpulan-kumpulan profesional lain yang berkenaan hendaklah dikenal pasti dari semasa ke semasa bagi membolehkan hubungan strategik dikenal pasti dan dilaksanakan.

Keempat, GMPPK turut bersetuju bahawa strategi dan aktiviti yang dilaksanakan juga haruslah berupaya untuk menarik perhatian masyarakat dan pihak pemerintah terhadap isu yang diperjuangkan. Disini kaunter-hegemoni didapati agak dominan dan menjadi identiti perjuangan GMPPK. Aktiviti seperti demonstrasi, piket, persidangan akhbar, mengemukakan memorandum, petisyen, resolusi dan sebagainya telah dimanfaatkan. Pun begitu aktiviti jelajah awam dan mengedarkan risalah kepada orang ramai membuktikan terdapatnya penggunaan pendekatan berteraskan komuniti.

Penggunaan strategi berteraskan komuniti seperti jelajah awam sebagaimana senarai di (**Lampiran F)** dan pengedaran risalah yang dilaksanakan seperti **(Lampiran G)**. Ini membuktikan Gabungan menggabungkan ketiga-tiga pendekatan dalam berinteraksi dengan negara, meskipun pendekatan secara kaunter-hegemoni didapati lebih dominan.

University of Malaya

Dengan mengambil kira strategi yang diambil oleh Gabungan didapati amat selari dengan prinsip yang ditekankan dalam model Perkhidmatan Awam Baru (PeAB), maka pelibatan dan penyertaan pelbagai kumpulan masyarakat, komuniti dan masyarakat madani dalam aspek pentadbiran awam wajar berlaku. Dapat dilihat dengan ketaranya, GMPPK berusaha untuk memastikan prinsip-prinsip utama dalam PeAB, khususnya melibatkan pemahaman dalam kalangan penjawat awam terhadap pentingnya memahami kepentingan rakyat.

Strategi dan jaringan kerja merupakan antara elemen penting kepada pihak Gabungan kerana dapat membantu meningkatkan usaha mereka untuk meluaskan peranan dan kegiatan, berkongsi pengalaman dan mendapatkan sokongan yang lebih besar terhadap isu-isu kesihatan yang diketengahkan. Dalam soal ini, sebagaimana dinyatakan di atas, pihak GMPPK didapati aktif menjalinkan jaringan kerja dengan badan-badan lain yang mempunyai matlamat dan aspirasi perjuangan yang sama. Jaringan kerja juga dilakukan dengan pihak pemerintah khususnya dalam usaha pihak Gabungan untuk mempengaruhi dan melobi mereka supaya bersetuju terhadap idea-idea dan pandangannya. Secara amnya, dengan mengambil kira kedudukan kewangan Gabungan yang dilihat tidaklah begitu memberangsangkan, kebanyakan jaringan kerja yang dilakukan hanyalah di dalam negeri sahaja, meskipun pada masa tertentu dilihat ada usaha untuk mengembangkannya ke luar negeri. Jaringan kerja GMPPK dengan badan-badan lain diadakan dalam dua bentuk, iaitu yang diadakan secara berterusan dan juga yang diadakan mengikut keperluan semasa.

Dalam negeri, antara jaringan kerja berterusan yang utama dapat dilihat menerusi kerjasama antara badan induk Gabungan dengan ahli-ahli gabungannya. Bentuk jaringan ini terlaksana menerusi penglibatan ahli-ahli gabungan berkenaan sebagai ahli Jawatankuasa Pemandu. Kepelbagaian latar belakang dan pengalaman setiap ahli

University of Malaya

jawatankuasa dilihat antara kelebihan kepada pihak Gabungan apabila menerusi mesyuarat dan lain-lain forum, input-input yang diterima daripada mereka diselaraskan dan diperakukan oleh GMPPK sebelum diterjemahkan dalam bentuk dokumen dan pelaksanaan aktiviti yang lebih konkrit. Selain itu, dalam penganjuran kegiatan tertentu umpamanya forum bertajuk *Healthcare System in Crisis – The People's Proposal* pada 11 Disember 2005 dan *Forum on Healthcare Financing* pada 25 Mac 2007, pihak Gabungan didapati menjalinkan kerjasama dengan beberapa ahli gabungannya seperti UMGSU dan FOMCA.

Sekurang-kurangnya dua signifikan dapat dikenal pasti hasil jaringan kerja seumpama ini. Pertama, jaringan ini membolehkan badan induk Gabungan mendapatkan kepakaran, pengalaman dan input disamping aktivisme dan kesukarelawanan dikalangan ahli gabungan untuk memberikan tumpuan terhadap isu kesihatan yang diperjuangkan. Kedua, dalam masa yang sama ahli gabungan juga dapat mengambil manfaat dan peluang terhadap kedudukan Gabungan di peringkat kebangsaan untuk mengetengahkan isu-isu yang diperjuangkan dengan lebih lancar dan berkesan.

Kegiatan utama jaringan kerja GMPPK dengan kementerian yang bertanggungjawab mengenai hal ehwal kesihatan pula didapati lebih tertumpu kepada mengartikulasi dan membawa permasalahan mengenai isu dan masalah sesuatu polisi atau program dilaksanakan oleh kerajaan. Selain Kementerian Kesihatan, pihak Gabungan turut dikesan cuba menjalinkan jaringan kerja dengan beberapa agensi kerajaan lain yang mempunyai kepentingan dalam isu kesihatan seperti Unit Perancang Ekonomi, Jabatan Perdana Menteri.

Jaringan kerja dengan pihak Unit Perancang Ekonomi didapati tidak berlaku secara langsung, sebaliknya hanya menerusi surat-menyurat, khususnya semasa GMPPK

University of Malaya

mengemukakan permohonan bagi mendapatkan terma dan syarat pelantikan pakar perunding asing yang dilantik bagi melakukan kajian terhadap sistem kesihatan Malaysia. Selain itu, didapati bahawa pihak Gabungan secara konsisten berusaha untuk mengadakan jaringan dan berdialog secara terus dengan kepimpinan tertinggi negara seperti Perdana Menteri serta Menteri Kesihatan sendiri. Walau bagaimanapun, jaringan yang diharapkan ini didapati tidak berjaya, meskipun beberapa usaha telah dilakukan.

Namun demikian, Gabungan dikesan mempunyai beberapa peluang untuk mengadakan libaturus secara langsung dengan pihak Kementerian Kesihatan, seperti dialog antara GMPPK dengan pegawai kanan kementerian pada 27 September 2005 serta pertemuan dengan bekas Ketua Pengarah Kesihatan, Dr Ismail Merican pada 14 Mac 2006. Kedua-dua pertemuan yang berlangsung di Kementerian Kesihatan, Putrajaya ini memberikan akses kepada Gabungan untuk menyampaikan pelbagai kemusykilan dan pendirian mereka secara terus.

GMPPK juga didapati berpeluang melakukan jaringan kerja bersama-sama pegawai kanan Kementerian Kesihatan. Perkara ini didapati berlaku menerusi penyertaan wakil daripada Gabungan dalam forum mengenai *1Care for 1Malaysia* (1Care) anjuran *The People's Health Forum Malaysia* bersama *Health Action International Asia Pacific* (HAIAP), *the Penang Medical Practitioners' Society* (PMPS) dan Aliran. Forum bertajuk *Reforming the Malaysian Healthcare System: Is there a need?* ini telah diadakan pada 27 Novermber 2011 di bangunan YMCA, Dewan A, Pulau Pinang.

Peluang berforum ini menemukan wakil Gabungan dan wakil daripada kementerian, iaitu Dr Nordin Saleh, Timbalan Pengarah, Unit Perancangan dan Dasar Kesihatan, Bahagian Perancangan dan Pembangunan, Kementerian Kesihatan di atas satu pentas yang sama. Forum ini juga turut memberikan peluang untuk berinteraksi dengan wakil-wakil lain seperti Ahli Parlimen Parit Buntar, Dr Mujahid Yusuf Rawa, *Citizen's Health*

University of Malaya

Coalition (CHC), Dato' (Dr.) Abdul Hamid bin Abdul Kadir, bekas Presiden *Malaysian Medical Association* (MMA), Dr Ng Swee Choon dari *Federation of Private Medical Practitioners Association of Malaysia* (FPMPAM) dan Dr Chan Chee Khoon dari Universiti Malaya (Aliran, 2011).

Sebagaimana diputuskan dalam mesyuarat Jawatankuasa Pemandu pada 30 April 2005, satu lagi bentuk jaringan kerja yang digunakan oleh Gabungan adalah dengan mengadakan dialog secara langsung dengan ahli Parlimen, yang merupakan komponen terpenting dalam proses penggubalan undang-undang negara. Pihak Gabungan direkodkan telah mengadakan pertemuan secara langsung dengan ahli-ahli Parlimen, sama ada daripada parti mewakili pemerintah diperingkat pusat dari Barisan Nasional, atau pun daripada pihak pembangkang (GMPPK, 2005). Hasilnya, pada 12 Julai 2005, satu pertemuan dengan Ahli Parlimen pembangkang telah diadakan di bangunan Parlimen. Hampir keseluruhan Ahli Parlimen daripada DAP dan seorang daripada parti PAS serta Parti Keadilan Rakyat (PKR) telah hadir dalam pertemuan ini bagi mendapatkan input daripada Gabungan berhubung dengan isu kesihatan. Seterusnya, satu pertemuan dengan ahli parlimen daripada parti pemerintah pula telah diadakan pada bulan September 2005.

Susulan pertemuan itu, satu memorandum bertajuk Isu-Isu Penting Berkaitan Kesihatan Rakyat telah dikemukakan oleh pihak Gabungan kepada ahli-ahli parlimen pada 24 April 2006. Beberapa isu utama telah dibangkitkan menerusi memorandum berkenaan adalah kualiti rawatan berbeza mengikut pendapatan rakyat, penghijrahan pakar perubatan dari sektor awam ke sektor swasta dan bayaran bersama yang semakin meningkat di hospital kerajaan.

Selain itu, empat dasar dan program dalam isu kesihatan yang dipromosikan dan digalakkan oleh kerajaan serta membimbangkan pihak Gabungan turut disentuh. Antara

University of Malaya

isunya termasuklah galakan kerajaan terhadap pelancongan kesihatan, pelaksanaan program Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh (PPBP), kenaikan caj rawatan untuk pekerja asing serta pelantikan pakar perunding bagi mengkaji SPKK. Menerusi memorandum berkenaan, Ahli Parlimen turut diberikan peringatan terhadap prinsip-prinsip asas yang sewajarnya dipatuhi dalam aspek penyampaian perkhidmatan kesihatan kepada rakyat.

Gabungan juga dilihat berusaha melebarkan pengaruhnya ke peringkat antarabangsa apabila membuat ketetapan menerusi mesyuarat Jawatankuasa Pemandu pada 16 Disember 2007 untuk mengiktiraf dan menyokong penubuhan *People's Health Movement* (PHM) cawangan Malaysia. PHM merupakan salah sebuah pertubuhan di peringkat antarabangsa yang aktif menyuarakan isu-isu kesihatan global. Di Malaysia, aktivitinya diselaraskan oleh *Arrow*, *Third World Network* (TWN) dan *Caram Asia*. Namun begitu, tiada rekod yang menunjukkan Gabungan benar-benar mengambil manfaat daripada pergerakan ini, khususnya di peringkat antarabangsa apabila didapati bahawa tiada sebarang usaha yang dilihat telah diambil oleh Gabungan untuk menyertai persidangan, forum, seminar dan sebarang kegiatan lain di peringkat antarabangsa menerusi PHM (Malaysia).

Walaupun begitu, GMPPK didapati mengadakan perhubungan serta jaringan dengan agensi antarabangsa yang mempunyai pejabat di Kuala Lumpur. Satu daripada agensi berkenaan adalah seperti *United Nation Development Programme* (UNDP), iaitu sebuah agensi di bawah Pertubuhan Bangsa-Bangsa Bersatu (PBB) yang memberikan fokus terhadap aspek pembangunan. Dalam hal ini, Gabungan telah mengambil inisiaitf mengadakan pertemuan dengan Dr Richard Leete, selaku wakil di Kuala Lumpur pada 28 Ogos 2006. Matlamat utama pertemuan ini adalah bagi membincangkan beberapa isu

University of Malaya

berkenaan dengan pelaksanaan kajian terhadap Skim Pembiayaan Kesihatan Kebangsaan (SPKK) di Malaysia yang dijalankan oleh *Karol Consulting* dari Australia.

Pihak UNDP turut terlibat memandangkan kos pelaksanaan kajian ini dibiayai oleh pihak berkenaan. Gabungan telah membawa beberapa isu untuk perhatian UNDP. Antara isunya ialah kaedah pemilihan pakar perunding, sama ada secara tender terbuka atau rundingan terus, pihak yang menyediakan terma rujukan pakar perunding, sama ada Kementerian Kesihatan, Unit Perancang Ekonomi ataupun UNDP sendiri. Selain itu, UNDP turut diminta memberikan penjelasan tentang mekanisme bagi kumpulan masyarakat madani untuk terlibat secara langsung dalam kajian ini serta komposisi Jawatankuasa Pemandu Kebangsaan.

Di dalam negeri juga, pada masa tertentu jaringan kerja dijalinkan dengan pihak-pihak lain seperti kumpulan masyarakat madani, parti politik, kesatuan sekerja dan badan-badan yang lain. Sebagai contoh, Gabungan turut mengambil bahagian dalam satu Forum: Hentikan Penswastaan Hospital yang dianjurkan oleh Parti Sosialis Malaysia (PSM) Cawangan Kajang, Selangor pada 14 Ogos 2005. Gabungan didapati turut mengadakan jaringan kerja dengan Parti Islam SeMalaysia (PAS), yang juga merupakan salah satu ahli gabungannya.

Dalam hubungan ini, PAS telah menganjurkan Forum Penerangan Mengenai Cadangan Penswastaan Kesihatan dan Skim Tabungan Kesihatan Kebangsaan pada 3 Mei 2007 bertempat di Bilik Mesyuarat Tingkat 5, Ibu Pejabat PAS, Jalan Raja Laut, Kuala Lumpur. Dr Jeyakumar Devaraj, Setiausaha Gabungan telah dijemput untuk mengemukakan idea berhubung isu ini dan telah disampaikan menerusi kertas kerja yang bertajuk Kritik Terhadap Cadangan Penswastaan Kesihatan dan Skim Tabung Kesihatan Kebangsaan.

University of Malaya

Kemudian, Dr Jeyakumar, bersama-sama Tuan Hj Mohd Azmi Abdul Hamid dari Teras Pengupayaan Melayu (TERAS) dan Dr Siti Mariah Mahmud (PAS) telah menjayakan diskusi panel yang tajuk *The Way Forward*. Jaringan kerja turut diadakan dalam konteks lebih besar melibatkan kerjasama dengan Pakatan Rakyat (gabungan parti pembangkang) terutama dalam kempen-kempen semasa pilihanraya umum ke-12 pada tahun 2008. GMPPK didapati turut terlibat dalam pemberian input dan kepakaran seperti penyediaan risalah, serta turut menghantar wakil untuk berkempen, khusus mengenai isu kesihatan.

Selain itu Gabungan juga turut mengadakan jaringan kerja dengan pihak kesatuan sekerja untuk mengetengahkan isu yang diperjuangkannya. Misalnya, wakil Gabungan telah dijemput untuk mengisi salah satu slot dalam forum khas bertajuk Penswastaan Bekalan Air dan Kemudahan Kesihatan anjuran *Malaysian Trade Union Congress* (MTUC) pada 28 April 2005 di Subang Jaya, Selangor. Gabungan juga turut terlibat apabila Dr Subramaniam Pillay, Pengerusinya dijemput untuk membentangkan kertas kerja yang bertajuk *Consultant's proposal on the National Health Financing Scheme* pada *Forum on National Healthcare* anjuran MTUC pada 29 Mei 2007. Wakil GMPPK, iaitu Dr Jeyakumar Devaraj telah menyampaikan kertas kerja bertajuk *The National Health Financing Scheme*.

Dr Xavier Jeyakumar yang mewakili GMPPK telah menyampaikan kertas kerja yang bertajuk *Crisis in Healthcare* menerusi forum *Privatising Water and Health Services in Malaysia*, anjuran FOMCA dan disokong oleh *Friedrich Naumann Foundation* pada 23 Jun 2005 di Hotel Nikko, Kuala Lumpur. Beberapa isu seperti kemerosotan kualiti kesihatan ekoran perubahan dasar semasa era Dr Mahathir seperti pelaksanaan penswastaan, isu pengaliran keluar kakitangan sektor awam ke sektor swasta, isu pelaksanaan Skim Pembiayaan Kesihatan Kebangsaan, terutamanya melibatkan

University of Malaya

implikasi terhadap cadangan kerajaan untuk memperkenalkan skim insurans kesihatan kebangsaan telah dibangkitkan.

Isu kesihatan yang diperjuangkan oleh pihak Gabungan didapati terus mendapat perhatian beberapa pihak. Misalnya, Suruhanjaya Hak Asasi Manusia Malaysia (SUHAKAM) telah menjemput wakil daripada GMPPK untuk menyampaikan idea mereka berhubung dengan isu ini menerusi Forum bertajuk *Right to Health - Achieving Health MDGs (Goals 4,5 & 6)* yang diadakan pada 22 Ogos 2005 di Hotel Prince, Kuala Lumpur dan dirasmikan oleh Dato Chua Soi Lek, Menteri Kesihatan. Dr Jeyakumar Devaraj, Setiausaha Gabungan bersama-sama ahli-ahli panel lain seperti Dato Dr Narimah Awim (Kementerian Kesihatan), Prof Dr Syed Mohamed Al-Junid, Universiti Kebangsaan Malaysia(UKM) dan Dr M. Mahadevan (Gleaneagles Intan Medical Centre) telah menjayakan suatu panel diskusi yang bertajuk *Towards Achieving Health MDGs*.

Jaringan kerja turut dilakukan dengan beberapa pertubuhan lain yang turut terlibat untuk memperjuangkan isu kesihatan. Antara pertubuhan tersebut termasuklah *Malaysian Medical Association* (MMA) yang merupakan badan perubatan profesional terbesar di Malaysia. Sebagaimana telah ditetapkan semasa pertemuan pertama pada 4 Mac 2005 yang membawa kepada penubuhan GMPPK, perbincangan dan pertemuan dengan MMA adalah antara agenda utama yang perlu diberikan perhatian oleh Gabungan. Namun demikian, setelah hampir dua tahun ditubuhkan, iaitu pada 3 Februari 2007 barulah pertemuan bersejarah antara dua badan ini dapat diadakan dengan beberapa isu telah dibincangkan meliputi SPKK, pembaharuan kesihatan di Malaysia serta pelan dan strategi GMPPK pada masa hadapan.

Seperkara yang perlu ditekankan disini ialah pihak MMA turut mempunyai beberapa pandangan yang berbeza dalam beberapa hal yang lain meskipun dalam keadaan

University of Malaya

tertentu bersetuju terhadap beberapa perkara yang dibangkitkan oleh pihak Gabungan. Oleh hal yang demikian, sebagaimana *Consumer Association of Penang* (CAP), Majlis Peguam dan *Federation of Private Medical Practitoners Association of Malaysia* (FPMPAM), ketiga-tiga pertubuhan ini tidak mengendors atau menjadi ahli gabungan kepada GMPPK. Sebaliknya, jaringan kerja diteruskan, sama ada secara formal menerusi beberapa siri mesyuarat atau penyertaan dalam forum-forum rasmi.

Perancangan dan pelaksanaan strategi GMPPK diputuskan menerusi mesyuarat Jawatankuasa Pemandu dengan penelitian mendapati GMPPK didapati agak aktif bermesyuarat di antara tahun 2005 hingga 2007 sebelum didapati agak perlahan selepas itu. Ini dikenalpasti berpunca dari kesibukan Ahli Jawatankuasa yang didapati aktif dalam politik pasca plihanraya umum 2018. Senarai kekerapan mesyuarat Jawatankuasa Pemandu GMPPK seperti di (**Lampiran H**). Manakala ringkasan aktiviti GMPPK yang dapat dikenalpasti sepanjang tahun 2004-2010 seperti (**Lampiran I**).

4.4 Kekangan

Dua masalah dikenal pasti sebagai kekangan utama Gabungan iaitu kewangan dan sumber manusia. Perinciannya adalah seperti yang di bawah:-

4.4.1 Masalah kewangan

Masalah kewangan telah menyukarkan kemungkinan untuk Gabungan memiliki mahupun menyewa sebuah pejabat dan menggaji ramai pekerja. Keadaan ini menyebabkan aktivis yang ada terpaksa menggunakan kakitangan pejabat peribadi masing-masing atau kudrat sendiri untuk membuat dokumentasi yang berkaitan dengan GMPPK.

University of Malaya

Permasalahan kewangan yang dihadapi didapati ketara berdasarkan penyata kewangan tahun 2007 Gabungan yang dibangkitkan menerusi mesyuarat Jawatankuasa Pemandu pada 27 September 2007. Baki kewangan Gabungan yang menggunakan akaun ALIRAN direkodkan sehingga tarikh mesyuarat tersebut hanya RM722.00, dengan tanggungan untuk membayar balik kepada Setiausaha, Dr Jeyakumar Devaraj yang mendahulukan duit sendiri sebanyak RM3,252.00 bagi urusan pencetakan risalah. Sebagai contohnya, kedudukan kewangan Gabungan, sebagaimana keizinan secara lisan oleh Setiausaha Gabungan adalah seperti yang dipaparkan menerusi (Jadual 4.2) dibawah.

Jadual 4.2: Penyata Pendapatan dan Perbelanjaan Gabungan bagi tempoh berakhir 27 September 2007

Pendapatan		RM	RM
Tarikh	Perkara		
12/12/2005	Pindahan dari dana CHI	450.00	
22/12/2005	Yuran penyertaan Seminar	1,140.00	
03/03/2006	Sumbangan No 1 dari FOMCA	500.00	
09/03/2006	Sumbangan No 1 dari WDC	500.00	
15/03/2006	Sumbangan No 1 dari ALIRAN	500.00	
16/03/2006	Sumbangan No 1 dari PSM	500.00	
16/03/2006	Sumbangan No 1 dari POHD	500.00	
22/03/2006	Sumbangan No 1 dari Parti Keadilan	500.00	
05/05/2006	Sumbangan No 1 dari PAS	500.00	
28/12/2006	Sumbangan No 1 dari MNU	150.00	
	Pendapatan Tahun 2006		5,240.00
	Sumbangan No 2 dari WDC	500.00	
	Sumbangan No 1 dari ALIRAN	500.00	
	Yuran penyertaan Seminar	705.00	
	Pendapatan Tahun 2007		1,705.00
			6,945.00
Perbelanjaan			
22/12/2005	Katering Seminar di UM pada bulan Disember	570.00	
15/3/2005	Percetakan Risalah Gabungan	2,700.00	
16/03/2006	*Reimbursement* Perbelanjaan Gabungan	716.00	
	Percetakan Risalah Gabungan Kali Kedua (Januari 2007)	2,237.00	
			6,223.00
	Baki pada 27 September 2007		722.00
	Bil yang perlu dijelaskan:		
	Percetakan Risalah Gabungan yang digunakan dalam demonstrasi di Hospital Selayang pada Ogos 2007 dan lain-lain perbelanjaan berkaitan	3,252.50	

University of Malaya

‘Jadual 4.2, sambungan’

	Defisit		(2,530.50)
	Penghutang dari:		
	SUARAM	1,000.00	
	PSM	500.00	
	FOMCA	500.00	
	MTUC	1,000.00	
	POHD	500.00	
	Parti Keadilan	500.00	
	PAS	500.00	
	MNU	150.00	
	DAP	1,000.00	

Sumber: GMPPK, 2007

Dengan berdasarkan Jadual 4.2 di atas, penyata berkenaan menunjukkan hanya dua sumber utama pendapatan Gabungan dapat dikenal pasti, iaitu sumbangan secara sukarela daripada ahli-ahli gabungan dan hasil daripada yuran pendaftaran seminar-seminar dan persidangan anjuran Gabungan. Didapati bahawa sebanyak RM1,845.00 atau 27 peratus daripada pendapatan dijanakan hasil kutipan yuran penyertaan daripada peserta melibatkan dua seminar sepanjang tempoh tersebut. Seterusnya, sebahagian besar sumbangan, iaitu RM5,100.00 atau 73 peratus pula diperoleh menerusi sumbangan sukarela daripada ahli Gabungan.

Sebagai contoh, sepanjang tahun 2005, hanya sumbangan daripada CHI sebanyak RM450.00 yang diterima, berbanding dengan RM3,650.00 yang berjaya dipungut daripada lapan ahli gabungan pada tahun 2006. Sebaliknya, prestasi sumbangan daripada ahli Gabungan pada tahun 2007 ternyata merosot apabila hanya RM1,000.00 sahaja berjaya dikutip dari hanya dua ahli Gabungan, iaitu *Women Development Centre* (WDC) dan ALIRAN yang secara konsisten meneruskan sumbangan sejak tahun 2006. Oleh itu, dengan jumlah pendapatan hanya sebanyak RM6,945.00 sejak bulan Disember 2005 sehinggalah September 2007 sudah cukup untuk menggambarkan betapa kekangan kewangan merupakan antara faktor yang amat mengganggu kelancaran operasi

University of Malaya

Gabungan. Sehingga 27 September 2007, setelah ditolak perbelanjaan-perbelanjaan sebanyak RM6,223.00, baki akaun Gabungan ialah hanya RM722.00 dan setelah mengambil kira kos percetakan risalah yang digunakan bagi demonstrasi di Hospital Selayang pada bulan Ogos 2007 sebanyak RM3,252.50, Gabungan mengalami defisit sebanyak RM2,530.50.

Keadaan ini menjadi suatu masalah bagi Gabungan untuk memastikan kelancaran aktiviti dan programnya apabila mengalami kekangan dari segi kewangan. Kemelut ini semakin parah apabila ahli-ahli gabungan yang telah menyatakan komitmen untuk mengemukakan sumbangan didapati gagal berbuat demikian. Dengan berdasarkan penyata tersebut, didapati sekurang-kurangnya sembilan ahli gabungan masih berhutang sejumlah komitmen sebanyak RM5,650.00 dengan pihak Gabungan. Senario ini telah menjelaskan sebab-sebab kegiatan dan aktiviti Gabungan selepas pasca Pilihanraya Umum tahun 2008 didapati amat perlahan.

Selain itu, kekangan kewangan juga menyebabkan pihak Gabungan tidak berupaya dari segi kapasiti dan keupayaan untuk menyediakan laman web sendiri. Sebaliknya, sebagaimana yang diputuskan dalam mesyuarat Jawatankuasa Pemandu pada 30 April 2005, iaitu laman web sedia ada dalam ALIRAN yang juga merupakan ahli Gabungannya akan digunakan bagi maksud ini. Hal ini bermakna, kepakaran dan pengalaman teknikal kakitangan ALIRAN digunakan bagi maksud ini, dengan kosnya ditanggung olehnya.

Dengan berdasarkan rekod, didapati bahawa Gabungan langsung tidak menerima sebarang bantuan dari segi kewangan daripada kerajaan Pusat. Sekurang-kurangnya dua faktor dikenal pasti mengapa perkara ini berlaku. Pertama adalah disebabkan oleh sifat Gabungan yang tidak berdaftar secara rasmi dengan pihak Pendaftar Pertubuhan Malaysia. Keadaan ini ternyata menyukarkan pihak Gabungan untuk memohon

University of Malaya

peruntukan kewangan daripada kerajaan Pusat bagi membiayai kegiatannya, ataupun kepada pihak kerajaan pusat sendiri bagi menyalurkan sebarang bantuan kewangan. Yang kedua, pihak kerajaan pusat berkemungkinan cenderung untuk tidak membantu pihak Gabungan dari segi kewangan disebabkan oleh sifat, sikap dan ideologi yang dipegang Gabungan yang cenderung menentang dan membantah dasar-dasar kerajaan dan dilihat sebagai antidasar kerajaan. Tambahan pula, majoriti daripada kepimpinan ataupun ahli Gabungan dilihat mesra parti pembangkang, sekaligus menyebabkan kerajaan pusat dilihat agak curiga dengan hasrat sebenar Gabungan ditubuhkan.

4.4.2 Masalah sumber tenaga manusia

Selain itu, kepimpinan utama berkenaan sebagaimana yang disentuh sebelum ini terlibat dalam kepartian dan mereka sendiri pula telah meningkat usianya. Wawancara yang dijalankan dengan beberapa orang pemimpin berkenaan didapati bahawa rata-ratanya menyatakan kesukaran untuk mendapatkan golongan pelapis untuk menggerakkan gabungan berkenaan. (Jadual 4.3) yang berikut menunjukkan pemimpin-pemimpin yang terlibat dalam gabungan, usia mereka pada 2018 dan status profesion.

Jadual 4.3: Umur Pemegang Jawatan Utama GMPPK pada tahun 2018

Nama	**Jawatan**	**Status Profession**	**Umur pada tahun 2018**
Subramaniam Pillay	Presiden	Beliau merupakan seorang ahli akademik dari Universiti Sains Malaysia yang aktif dalam Aliran Kesedaran Negara (ALIRAN) dan kini berkhidmat sebagai tenaga pengajar di Taylor University	60an
Jeyakumar Devaraj	Setiausaha	Seorang pengamal perubatan di Ipoh dan ahli politik dari Parti Sosialis Malaysia serta bekas Ahli Parlimen Sg Siput, Perak dari tahun 2008-2018	63

University of Malaya

‘Jadual 4.3, sambungan’

Chan Chee Khoon	Ahli Jawatankuasa Pemandu	Seorang ahli akademik yang memulakan khidmat di Universiti Sains Malaysia. Koordinator *Citizens Health Initiative* (CHI) dan pernah berkhidmat di Fakulti Ekonomi dan Pentadbiran, Universiti Malaya	60an
Dr Xavier Jeyakumar	Ahli Jawatankuasa Pemandu	Seorang doktor perubatan turut bermula sebagai aktivis masyarakat, sebelum aktif dalam politik dengan menyertai Parti Keadilan Rakyat, dengan menjawat jawatan sebagai salah seorang Naib Presiden, PKR serta Ahli Dewan Undangan Negeri (ADUN) Sri Andalas sejak tahun 2008. Pernah berkhidmat sebagai EXCO Kerajaan Negeri Selangor (Kesihatan) dari tahun 2008-2013. Kini Ahli Parlimen Kuala Langat dan juga Menteri Air, Tanah dan Sumber Asli sejak 2 Julai 2018	65
Encik Vinothan	Ahli Jawatankuasa Pemandu	Kakitangan Universiti Malaya dan aktivis kesatuan sekerja. Aktif dalam *University of Malaya General Staff Union* (UMGSU) serta pernah menjawat jawatan Naib Presiden *Malaysian Trade Union Congress* (MTUC)	60an
Chee Heng Leng	Ahli Jawatankuasa Pemandu	Seorang ahli akademik dari Universiti Putra Malaysia, terakhir berkhidmat di KANITA, Universiti Sains Malaysia	60an

Sumber: GMPPK, 2018

Jadual 4.3 menunjukkan bukan sahaja kepimpinan asal gabungan berkenaan sudah meningkat usia namun mereka yang bersetuju menjadi pelapis dalam gabungan ini amat rendah bilangannya. Pemimpin-pemimpin Gabungan seperti Dr Jeyakumar Devaraj dan Dr Xavier Jayakumar sudah menjadi ahli politik sepenuh masa dan sebahagiannya seperti Latheefa Koya, Anne Khoo dan Bruno Pereira sudahpun tidak lagi aktif dalam Gabungan. Wawancara dengan Setiausaha Gabungan membuktikan bahawa Gabungan tidak mempunyai pelan untuk menggantikan kepimpinan sedia ada dengan golongan

pelapis (komunikasi peribadi, Mac 28, 2016). Kemungkinan berikut dapat diandaikan berkenaan masa depan gabungan ini dengan penerangan perkara-perkara yang berikut.

i) Kemudahan sistem elektronik memungkinkan semangat gabungan ini dapat dipulihkan pada masa hadapan;
ii) Sekiranya ada jawatan khas terhadap pegawai yang mendokumentasi aktiviti gabungan ini akan menarik minat individu untuk bekerja. Oleh itu, proses dokumentasi akan menjadi lebih mudah; dan
iii) Adanya keperluan untuk mengadakan jaringan kerja antarabangsa untuk membolehkan suara Gabungan lebih didengari pemerintah.

4.5 Isu-isu Kesihatan Lain Yang Diperjuangkan GMPPK

Selain tumpuan utama diberikan untuk menangani sekurang-kurangnya tiga isu utama kesihatan, iaitu penswastaan dan komersialisasi perkhidmatan kesihatan, cadangan pembaharuan sistem pembiayaan kesihatan dan Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh (PPBP) yang akan dibincangkan secara mendalam menerusi Bab 5, 6 dan 7, terdapat juga beberapa isu kesihatan lain yang didapati turut menarik perhatian GMPPK. Antara isu-isu berkenaan termasuklah isu kenaikan caj rawatan dalam kalangan pekerja asing, pelancongan kesihatan, isu Perjanjian Perdagangan Bebas (PPB)/Perjanjian Kerjasama Trans-Pasifik (PKTP), penswastaan pemeriksaan kesihatan pekerja asing dan cadangan penswastaan dispensari di hospital kerajaan. Perbincangan ringkas berhubung dengan isu-isu berkenaan adalah seperti yang berikut:-

4.5.1 Caj Rawatan Terhadap Pekerja Asing

Pembangunan ekonomi yang pesat telah menarik minat pekerja asing untuk memilih Malaysia sebagai destinasi pekerjaan mereka. Menyedari bahawa kerajaan berdepan dengan peningkatan kos kesihatan, termasuk kos kesihatan melibatkan pekerja asing,

University of Malaya

maka pada 22 Oktober 2005, Kementerian Kesihatan menerusi Menteri Kesihatan, Dr Chua Soi Lek pada masa itu telah mengumumkan pekerja asing yang menggunakan perkhidmatan di premis kerajaan akan dikenakan caj mengikut kadar swasta (Netto, 2015).

Sebelum ini, warganegara asing dikenakan caj yang sama dengan rakyat tempatan. Hal ini tentunya memberikan kesan terhadap perbelanjaan kerajaan yang sebahagian besarnya diperuntukkan melalui subsidi. Kos pembiayaan kesihatan yang semakin meningkat dari tahun ke tahun yang ditanggung oleh kerajaan telah menyebabkan rancangan ini dikemukakan.

Sekilas pandang, rancangan tersebut amat wajar. Namun, terdapat beberapa kumpulan yang berpandangan bahawa langkah berkenaan menyebabkan pelbagai masalah dan melibatkan isu diskriminasi. Isu ini telah menimbulkan pelbagai reaksi dalam kalangan kumpulan masyarakat madani, termasuklah pihak Gabungan.

Beberapa asas telah dikemukakan oleh pihak gabungan untuk menyokong bantahan mereka terhadap cadangan ini. Asas yang pertama adalah meliputi aspek akses dan kemampuan untuk membiayai kos pembiayaan kesihatan dalam kalangan pekerja asing. Langkah kerajaan menaikkan kadar caj rawatan dikhuatiri akan menjejaskan mutu dan kualiti kesihatan pekerja asing. Tambahan pula, pihak gabungan melihat bahawa pekerja asing wajar diberikan peluang untuk menggunakan perkhidmatan di premis kerajaan dengan kadar sedia ada sebagai tanda menghargai sumbangan mereka terhadap pembangunan negara.

Asas yang kedua yang dikemukakan adalah memandangkan kebanyakan pekerja asing terdiri daripada golongan yang berpendapatan rendah. Oleh itu, sebarang kenaikan caj rawatan yang tinggi memungkinkan pekerja asing mengelakkan diri daripada

University of Malaya

mendapatkan rawatan. Sekiranya perkara ini terjadi, maka bukan sahaja tahap kesihatan pekerja asing akan terjejas, bahkan rakyat Malaysia akan turut menerima impak yang negatif.

Manakala asas yang ketiga pula adalah dari segi hak dan akses terhadap perkhidmatan kesihatan itu merupakan hak asasi bagi setiap manusia yang perlu dilunaskan oleh setiap kerajaan. Penyataan ini termaktub dalam Deklarasi Alma Ata 1978, yang diadaptasi oleh *World Health Organisation* (WHO). Malaysia sebagai salah sebuah negara yang menandatangani deklarasi ini sewajarnya menghormatinya dan melaksanakannya.

Bantahan berhubung dengan isu ini telah dikemukakan kepada kerajaan menerusi beberapa medium seperti sesi dialog dengan pegawai kanan Kementerian Kesihatan, petisyen kepada Perdana Menteri, pembentangan kertas kerja menerusi bengkel, penerangan kepada orang ramai menerusi forum awam dan sebagainya.

Isu ini merupakan antara agenda yang dibangkitkan semasa sesi dialog antara GMPPK dengan Dr Ismail Merican, iaitu bekas Ketua Pengarah Kesihatan pada 14 Mac 2006 di Putrajaya. Seterusnya, isu ini juga merupakan satu daripada enam isu yang dimasukkan dalam petisyen yang bertajuk Selamatkan Sistem Kesihatan Awam Negara, bertarikh 23 November 2006 yang dikemukakan kepada bekas Perdana Menteri, Abdullah Ahmad Badawi.

Bagi pihak GMPPK, isu kerajaan terpaksa memberikan subsidi kepada pekerja asing untuk menanggung kos kesihatan sebenarnya tidak timbul. Gabungan menjelaskan bahawa kerajaan boleh menggunakan levi yang dikutip daripada pekerja asing yang dianggarkan sekitar RM1.6 billion (anggaran pada tahun 2006) untuk membiayai kos

University of Malaya

rawatan pekerja asing di hospital kerajaan. Sebagai impaknya, mutu kesihatan pekerja asing dapat ditingkatkan dan sekaligus kesihatan rakyat Malaysia terjamin.

Walau bagaimanapun, meskipun Gabungan lantang membantah, namun didapati dari segi tindakbalas kerajaan adalah sebaliknya. Dalam hal ini, kerajaan semasa pembentangan bajet 2016 telah mengumumkan caj rawatan perubatan untuk bukan warganegara akan mula dikuatkuasakan mulai 1 Januari 2016. Kenaikan ini akan menyebabkan peningkatan sebanyak 70 peratus. Menteri Kesihatan ketika itu, Dr S.Subramaniam berkata ekoran dari kenaikan ini maka caj untuk rawatan pesakit luar termasuk ubat-ubatan, akan dinaikkan daripada RM23.50 kepada RM40 manakala bayaran untuk rawatan pakar akan naik kepada RM132.60 daripada RM78. Beliau menambah bahawa ianya bukan satu isu untuk pekerja asing yang sah kerana mereka dilindungi insurans (Fong, Oktober 2006). Caj berkenaan adalah sebagaimana yang dinyatakan menerusi Kadar Caj Perubatan Bagi Warga Asing yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM, 2018).

4.5.2 Pelancongan Kesihatan

Beberapa faktor telah dikenal pasti sebagai pendorong kepada perkembangan industri pelancongan kesihatan di Malaysia. Antara faktornya ialah galakan yang diberikan oleh kerajaan kepada sektor swasta sejak awal tahun 80an untuk melabur secara giat dalam sektor kesihatan dengan membina hospital swasta. Liberalisasi ekonomi juga didapati mendorong pertumbuhan hospital swasta (Wilson, 2011; Sengupta, 2011; Chee, 2010) dan ini terbukti apabila daripada hanya 10 buah hospital pada tahun 1980 (dengan kebanyakan darinya adalah hospital berbentuk kebajikan), telah meningkat kepada 128 buah pada tahun 2003, mewakili 26.7 peratus daripada keseluruhan jumlah katil (Chee, 2008).

University of Malaya

Situasi ini didapati semakin ketara dengan berdasarkan statistik pada tahun 2018 apabila direkodkan lebih 250 hospital swasta telah diwujudkan (MHTC, 2018). Walau bagaimanapun, pertumbuhan dalam pelancongan kesihatan didapati tidak direkodkan secara bertulis dalam mana-mana dokumen kerajaan sehinggalah negara dilanda krisis kewangan pada tahun 1997 apabila perancangan dan pembangunan pelancongan kesihatan dibincangkan secara spesifik dalam Rancangan Malaysia Kelapan.

Krisis ini telah memberikan kesan yang ketara kepada hospital swasta. Berdasarkan kajian yang dijalankan oleh Wong (2008), sebanyak 18 peratus penurunan pelanggan dikesan telah berlaku di hospital dan klinik swasta pada masa tersebut. Kemerosotan Ringgit bukan sahaja menyebabkan kuasa membeli merosot, malah turut mendorong majikan untuk mengurangkan faedah kesihatan dalam kalangan pekerja. Keadaan ini bukan sahaja menyebabkan berlaku pengurangan terhadap penggunaan kemudahan kesihatan swasta, malah harga produk farmaseutikal, kemudahan perubatan dan sebagainya yang diimport telah meningkat antara 20 hingga 120 peratus. Fenomena ini sekaligus menyumbang kepada kemerosotan keuntungan hospital swasta antara 4 hingga 9 peratus (Rabobank International, 1999).

Selain itu, kajian oleh *United Nations Population Fund* (UNFPA) (1998) pula mendapati bahawa berlakunya peningkatan antara 10 hingga 30 peratus (malah terdapat kes sehingga 50 peratus) terhadap ubat-ubatan yang diimport yang menjadi sumber kepada hampir 60 peratus ubatan negara. Dengan berdasarkan senario ini, hospital swasta di Malaysia telah beralih arah dengan memulakan penglibatan dalam sektor pelancongan kesihatan (KKM, 2002). Strategi ini amat penting, khususnya untuk memastikan mereka kekal dalam industri.

Lantas, pihak kerajaan telah mengambil inisiatif untuk melaksanakan beberapa polisi menerusi Rancangan Malaysia Kelapan bagi mendokong kemajuan pelancongan

University of Malaya

kesihatan. Antaranya adalah penubuhan *National Committee on Health Tourism* ditubuhkan pada tahun 1997 (Malaysia, 2001), sebelum ditukar kepada *National Committee for the promotion of Medical and Tourism in Malaysia* pada tahun 1998 dan diikuti *National Committee for the promotion of Health Tourism in Malaysia* (NCPHT) pada tahun 2001. Kemuncak dalam pengupayaan institusi sektor pelancongan kesihatan di Malaysia termaktub pada 3 Julai 2009 dengan tertubuhnya *Malaysia Healthcare Tourism Council* (MHTC) setelah mendapat persetujuan daripada Kabinet dan dilancarkan secara rasminya oleh Dato' Seri Najib Tun Razak, Perdana Menteri Malaysia pada 21 Disember 2009 (MHTC, 2018).

Langkah yang diambil oleh kerajaan untuk mempromosikan dan menggalakkan pelancongan kesihatan atas pertimbangan ekonomi didapati amat mengecewakan pihak Gabungan. Beberapa faktor telah dikemukakan bagi menjustifikasikan pendirian ini dan telah dilakukan oleh GMPPK menerusi beberapa saluran. Bagi pihak Gabungan, langkah kerajaan ini akan menafikan perkhidmatan kesihatan yang berkualiti kepada rakyat tempatan. Selain itu, pelancongan kesihatan yang dipelopori oleh sektor swasta akan menyebabkan berlakunya peningkatan pengaliran keluar doktor-doktor berpengalaman di sektor awam yang tertarik untuk berkhidmat dengan mereka disebabkan tawaran upah yang lumayan. Keadaan ini sekaligus memberikan kesan kepada kualiti perkhidmatan di hospital kerajaan serta menyebabkan bebanan kerja semakin meningkat dalam kalangan doctor muda yang kurang berpengalaman. Perkara yang lebih membimbangkan Gabungan ialah keselamatan pesakit mungkin terjejas.

Pendirian Gabungan untuk membantah perkembangan sektor pelancongan kesihatan di negara ini telah diterjemahkan menerusi beberapa saluran. Antaranya termasuklah menerusi Petisyen 8000 Rakyat Malaysa kepada YAB Dato Seri Abdullah Badawi, Perdana Menteri Malaysia yang bertajuk Selamatkan Sistem Kesihatan Awam

University of Malaya

Malaysia. Petisyen yang bertarikh 23 November 2006 ini secara jelas menzahirkan kebimbangan pihak Gabungan terhadap kecenderungan kerajaan yang ingin meneruskan beberapa rancangan berbentuk neo-liberal dalam sektor kesihatan, yang akan menjejaskan kesihatan orang awam, dan sektor pelancongan kesihatan ialah satu daripadanya.

Selain itu, pihak GMPPK turut mendesak kerajaan agar tidak lagi mempromosikan pelancongan kesihatan dan perkara ini telah dimasukkan sebagai salah satu sub-resolusi pada akhir *Forum on Healthcare Financing* yang diadakan pada 25 Mac 2007. Susulan itu, resolusi ini turut dikemukakan kepada Perdana Menteri.

Kerajaan didapati tidak memberikan respon yang positif berhubung bantahan Gabungan dalam isu ini. Selain daripada memperkukuhkan industri ini dengan menubuhkan *Malaysian Health Tourism Council* (MHTC) pada tahun 2009, usaha untuk mempromosikan pelancongan kesihatan, samada didalam atau luar negara terus rancak. Ini dilakukan mislanya menerusi agenda *National Transformation Programme* (NTP) sebagai salah satu usaha untuk terus meletakkan Malaysia sebagai destinasi utama pelancongan kesihatan di rantau ini. Ironinya, *Malaysian Medical Association* menerusi kenyataan Presidennya, Dr Ravindran Naidu kepada *The New Straits Times* pada 27 April 2018 menyatakan sokongan pihak mereka terhadap usaha kerajaan (Husman & Fiona, 2018).

ltizam kerajaan ini adalah tentu sekali bersandarkan kepada hujah bahawa pelancongan kesihatan berpotensi tinggi menjana pendapatan kepada negara. Malah dalam ucapan bajet 2018, Perdana Menteri mengumumkan bajet sebanyak RM30 juta kepada MHTC bagi menjalankan aktiviti promosi mereka (Kementerian Kewangan Malaysia, 2018).

University of Malaya

Dalam hal yang sama, menurut Ketua Pegawai Eksekutif MHTC, Sherene Azli, semenjak tahun 2011 industri ini telah mengalami pertubuhan dua angka, iaitu antara 16 hingga 17 peratus setahun. Malahan bagi tahun 2016, ianya berkembang sebanyak 23 peratus, berbanding purata pertumbuhan antara tahun 2011 hingga 2015 sebanyak hanya 15 peratis. Dengan kehadiran seramai 921,500 pelancong pada tahun 2016 ke Malaysia bagi mendapatkan menunjukkan perkhidmatan kesihatan, ianya telah menyumbang sekitar RM4 hingga RM5 billion setahun pendapatan kepada negara ("*2018 Budget: Medical*", 2017). Justeru adalah sesuatu yang boleh difahami mengapakah kerajaan dilihat tidak mengendahkan bantahan-bantahan yang telah dilakukan.

4.5.3 Perjanjian Perdagangan Bebas (PPB)

GMPPK mengambil perhatian yang serius terhadap sebarang perjanjian perdagangan bebas yang dirangka oleh kerajaan dengan mana-mana negara. Kekhuatiran pihak Gabungan didapati tertumpu kepada beberapa elemen seperti yang melibatkan penularan perkembangan neo-liberalisme yang terhasil menerusi perjanjian perdagangan berkenaan. Kebimbangan ini dihujahkan Gabungan berdasarkan andaian bahawa perjanjian tersebut akan memberikan kesan yang buruk kepada industri dan rakyat tempatan. Dalam konteks ini, sekurang-kurangnya dua perjanjian perdagangan didapati telah menarik perhatian pihak GMPPK iaitu Perjanjian Perdagangan Bebas (PPB) di antara Malaysia dan Amerika Syarikat pada tahun 2007 dan juga Perjanjian Kerjasama Trans-Pasifik (PKTP) yang mula dirundingi sejak tahun 2005 dan dimuktamadkan pada tahun 2015. Namun kini setelah Amerika Syarikat menarik diri pada tahun 2017, PKTP kini sedang dirundingkan semula dikalangan 11 buah negara terlibat.

Sebagai respon terhadap PPB antara Malaysia dan Amerika Syarikat, suatu resolusi telah dicapai sebaik-baik sahaja *Forum on Healthcare Financing* di Universiti Malaya pada 25 Mac 2007 berakhir. GMPPK ternyata amat kecewa apabila difahamkan

University of Malaya

Kementerian Kesihatan bahawa tiada sebarang halangan dengan keputusan kerajaan untuk perjanjian ini ditandatangani dan dikuatkuasakan. Beberapa pemerhatian terhadap kesan daripada perjanjian perdagangan bebas ini telah dikemukakan. Antara isu paling utama yang dibangkitkan ialah berhubung dengan kesan terhadap status kesihatan rakyat Malaysia yang mungkin terjejas disebabkan oleh peningkatan harga ubat-ubatan, susulan daripada perjanjian ini.

Harga ubat yang meningkat disebabkan PPB bebas Malaysia-Amerika Syarikat akan mewujudkan tiga situasi, iaitu, (a) tempoh paten akan dilanjutkan, (b) peraturan berhubung pendaftaran ubatan generik akan diketatkan (contoh, klausa berhubung hak ekslusiviti data) dan (c) menghalang hak ekslusif kepada kerajaan untuk membawa masuk ubatan generik meskipun atas sebab kepentingan nasional. Jelas, bagi pihak GMPPK persoalan ini akan memberikan kesan yang besar kepada sebahagian besar rakyat Malaysia yang berada dalam kelompok berpendapatan sederhana dan rendah.

Dalam hal ini, GMPPK telah menyerahkan memorandum bertarikh 1 Mac 2007 dengan tajuk Memorandum kepada Datuk Seri Chua Soi Lek, Menteri Kesihatan: Kerajaan Harus Memastikan Syarat-Syarat PPB US-Malaysia Tidak Menjejaskan Kesihatan Rakyat Malaysia kepada kerajaan. Memorandum ini bertujuan bagi mengetengahkan pendirian dan pandangan mereka terhadap PPB antara Amerika Syarikat dan Malaysia. Beberapa aspek seperti syarat berkaitan hak milik intelektual, kesan membuka pasaran kepada syarikat Amerika Syarikat dalam sektor kesihatan dan syarat-syarat-syarat yang dilihat akan menyekat kuasa kerajaan mengawal amalan yang boleh menjejaskan kesihatan rakyat (GMPPK, 2007). Ianya disusuli dengan suatu resolusi berhubung PPB ini yang turut diserahkan kepada kerajaan (GMPPK, 2007).

Selain itu, PPB ini juga akan membuka ruang yang seluas-luasnya kepada rangkaian hospital swasta di Amerika Syarikat untuk memasuki pasaran Malaysia, sama ada secara

University of Malaya

bersendirian atau menerusi kerjasama dengan hospital swasta sedia ada di Malaysia. Meskipun ini didakwa kerajaan sebagai memberikan manfaat dari segi ekonomi kepada negara, dalam masa yang sama situasi ini bakal menjejaskan kualiti perkhidmatan kesihatan di sektor awam kelak. Hal ini dikatakan demikian kerana perkembangan pesat dalam sektor kesihatan swasta akan menyebabkan berlaku pengaliran keluar doktor pakar yang memilih untuk berkhidmat dalam sektor swasta, yang jelas berkemampuan menawarkan pakej gaji yang lebih menarik berbanding dengan sektor awam.

GMPPK juga secara konsisten menolak elemen yang disifatkannya sebagai satu bentuk penjajahan ekonomi cara baharu apabila PKTP diperkenalkan sungguhpun perjanjian melibatkan dua belas buah negara ini yang ditandatangani pada 4 Februari 2016 ini tidak lagi berkuat kuasa (apabila Presiden Donald Trump yang memenangi kerusi Presiden Amerika Syarikat menarik diri pada 23 Januari 2017). Sebagaimana juga alasan yang dikemukakan semasa menolak PPB antara Malaysia-Amerika Syarikat pada tahun 2007, kesan terhadap kenaikan harga farmaseutikal terus menjadi kekhuatiran utama Gabungan. Komersialisasi dijangka akan terus berkembang pesat hasil liberalisasi yang akan dilaksanakan menerusi PKTP dan keadaan ini sekaligus menyuburkan neo-liiberalisme, iaitu sesuatu yang ditentang selama ini oleh GMPPK.

4.5.4 Penswastaan perkhidmatan pemeriksaan kesihatan pekerja asing

Menurut Khairul Anuar & Nooriah (2012), sebelum bulan Disember 1997, urusan berkaitan dilakukan oleh Kementerian Kesihatan Malaysia dengan kerjasama lain-lain pihak berkuasa di negara asal pekerja terbabit. Berdasarkan prosedur ditetapkan akan dikenalpasti dan dilantik klinik atau hospital bagi tujuan mengadakan pemeriksaan kesihatan sebelum pekerja berkenaan dibenarkan untuk bekerja di Malaysia. Kerajaan Malaysia telah mewajibkan pemeriksaan kesihatan ini dan keputusan pemeriksaan

University of Malaya

kesihatan oleh doktor di negara asal pekerja berkenaan adalah sah bagi tempoh tiga bulan.

Apabila telah memasuki Malaysia, majikan digalakkan untuk melakukan pemeriksaan kesihatan semula keatas pekerja berkenaan sebelum memulakan pekerjaan masing-masing. Namun demikian, dalam banyak keadaan majikan didapati terlepas pandang terhadap saranan ini dan majoriti dari mereka hanya akan mendaftarkan pekerja mereka untuk melakukan pemeriksaan kesihatan selepas sembilan bulan sejurus apabila permit pekerja itu perlu diperbaharui. Selain itu, sistem ini turut mendatangkan pelbagai masalah umpamanya dari segi pemalsuan dan manipulasi terhadap laporan pemeriksaan kesihatan memandangkan ianya dilakukan di negara asal pekerja dan sesuatu yang sukar untuk mengawalnya.

Mengambilkira permasalahan diatas serta implikasi yang boleh dicetuskan dari segi kesihatan awam kepada negara, serta bagi memperkemaskan prosedur ini, pada 1 Disember 1997 kerajaan telah memutuskan segala prosedur berkait dengan pemeriksaan kesihatan bagi pekerja asing diswastakan. Program penswastaan ini diharapkan akan membolehkan pemantauan dan koordinasi yang lebih sistematik dilakukan sekaligus memastikan segala isu dan permasalahan yang timbul sebelum ini tidak lagi berulang. Penswastaan ini telah dianugerahkan kepada konsortium *Foreign Workers Medical Examination Agency* (FOMEMA) (Barraclough, 2000; Nambiar, 2009).

Salah seorang daripada pengarah FOMEMA juga didapati terlibat dalam Sistem Hospital Awasan Taraf, iaitu konsortium yang terlibat dalam pemantauan kepada program penswastaan perkhidmatan sokongan bukan perubatan di hospital kerajaan (Barraclough, 2000). Sehingga akhir tahun 2011, konsortium tersebut merupakan sebahagian daripada subsidiari kepada Khazanah Nasional Berhad. Namun demikian selari dengan program liberalisasi yang dilaksanakan oleh kerajaan dibawah kepimpinan

University of Malaya

Najib, agensi ini kini telah diletakkan dibawah pengurusan Unitab Medic Sdn Bhd (FOMEMA, 2018).

Pendekatan neo-liberal yang diambil oleh kerajaan dengan menswastakan perkhidmatan kerajaan kepada pihak korporat sebagaimana dilakukan menerusi urusan pemeriksaan kesihatan terhadap pekerja asing kepada Fomema turut mendapat perhatian GMPPK. Setiausaha Gabungan, Dr Jeyakumar Devaraj, misalnya semasa membentangkan kertas kerja bertajuk Perkhidmatan Kesihatan: Pertindihan Pendekatan Neoliberal Sesama Pendekatan Hak Asasi Manusia pada seminar kesihatan anjuran Kerajaan Negeri Selangor pada bulan Ogos 2009 secara konsisten mengkritik pendekatan yang digunakan oleh kerajaan ini (GMPPK, 2016). Bantahan juga didapati turut disampaikan menerusi lain-lain medium seperti memorandum kepada Ahli Parlimen pada tahun 2006.

Walaubagaimanapun, setelah hampir dua dekad berlalu, pihak kerajaan didapati masih yakin dengan pendekatan yang diambil dan sebaliknya didapati telah memutuskan untuk meneruskan perjanjian penswastaan ini dengan perlanjutan kontrak dengan FOMEMA. Kontrak baru telah ditandatangani pada 18 Januari 2017. Ianya bukan sahaja menarik perhatian pihak Gabungan tetapi juga beberapa kumpulan masyarakat madani yang lain, antaranya adalah *Medical Practitioners Coaliton Association of Malaysia* (MPCAM). Malahan pertubuhan yang mewakili pengamal perubatan am ini menerusi Timbalan Presiden Dr Raj Kumar Maharajah menyelar keputusan ini dengan melihat ianya merupakan suatu monopoli yang menjadikan FOMEMA begitu berkuasa ("*Part One: Increasing*", 2017).

Berdasarkan kepada perbincangan diatas adalah jelas bahawa segala pandangan dan saranan pihak GMPPK berhubung pelaksanaan penswastaan pemeriksaan kesihatan terhadap pekerja asing yang diswastakan kepada FOMEMA tidak mendapat perhatian

University of Malaya

sewajarnya daripada kerajaan. Sebaliknya kerajaan didapati terus menggunakan pendekatan ini.

4.5.5 Penswastaan dispensari di hospital kerajaan

Bekas Menteri Kesihatan, Dr Chua Soi Lek menerusi kenyataan akhbar pada 4 Disember 2004 telah menyatakan bahawa kerajaan akan mewujudkan suatu entiti swasta bagi melaksanakan pengedaran ubat-ubatan di hospital kerajaan, disamping mengekalkan dispensari awam sediada. Hospital Selayang dan Hospital Putrajaya telah diumumkan sebagai projek perintis dengan pelaksanaannya dijangka dimulakan pada tahun 2005 (Cruez, 2004). Langkah ini diambil dengan tujuan untuk menjimatkan kos. Kerajaan mendakwa sebanyak RM800 juta telah dibelanjakan setiap tahun keatas subsidi ubat-ubatan. Kerajaan percaya cadangan penswastaan ini adalah antara langkah bagi mengurangkan beban perbelanjaan kerajaan. Disamping itu, ianya diharap dapat mendidik pesakit untuk lebih menghargai dan tidak membazirkan ubat-ubatan yang dibekalkan pada kadar yang disifatkan oleh kerajaan adalah diperolehi secara percuma.

Cadangan ini bukan sahaja ditentang oleh Ahli Parlimen samada dari parti kerajaan atau pun pembangkang semasa persidangan Dewan Rakyat pada 13 Disember 2004 ("*Continue with*", 2004) tetapi juga turut mendapat perhatian perhatian pelbagai kumpulan masyarakat madani. Cadangan penswastaan dispensari inilah antara pemangkin kepada tertubuhnya GMMPK. Ianya berlaku apabila usaha telah diselaraskan untuk mengadakan demonstrasi dan menyerahkan memorandum bantahan kepada Kementerian Kesihatan berhubung isu ini.

Dengan menggunakan nama *Concerned Citizens of Malaysia*, sepucuk surat telah dikemukakan kepada Perdana Menteri Malaysia, Abdullah Ahmad Badawi berhubung pembentangan suatu Rang-rang Undang-Undang berhubung penswastaan dispensari di hospital kerajaan. Rasional yang dikemukakan menerusi surat ini didapati konsisten

University of Malaya

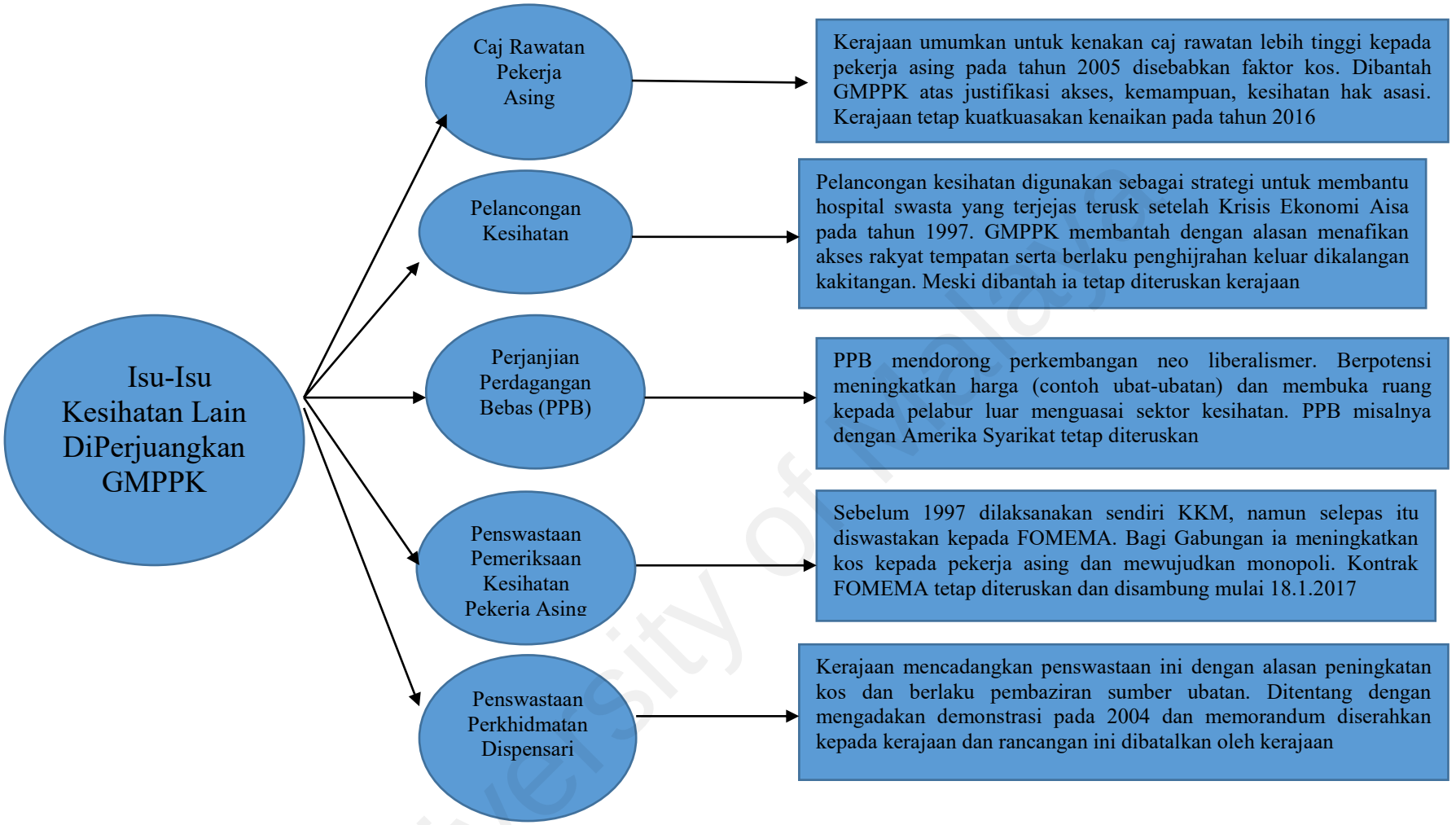
dengan suatu memorandum kepada Kerajaan Malaysia bertajuk Hentikan Penswastaan Dispensari di Hospital Kerajaan (Sekretariat PSM, 2004). Memorandum bertarikh 23 Disember 2004 telah dikemukakan kepada Menteri Kesihatan susulan daripada suatu demonstrasi secara aman yang diadakan pada hari yang sama melibatkan hampir 200 orang di hadapan pejabat Kementerian Kesihatan, Putrajaya ("*Protester greet Chua*", 2004).

Kemuncak kepada demonstrasi ini seramai 12 orang wakil dari kumpulan yang menamakan diri mereka sebagai 81 Organisasi Badan Bukan Kerajaan (NGO), Kesatuan Sekerja, Persatuan Pengguna, Kumpulan Masyarakat dan Parti Politik telah diberikan kebenaran untuk bertemu Menteri Kesihatan bagi menyerahkan sendiri memorandum bantahan berkenaan. Dr Jeyakumar Devaraj dari Parti Sosialis Malaysia (PSM), Tian Chua, SD Johari dan Badrul Hisham Shaharin dari Parti Keadilan Rakyat, Dr Hatta Ramli dari Parti Islam SeMalaysia (PAS) serta wakil dari *Democratic Action Party* (DAP), DEMA dan beberapa buah PBK lain telah direkodkan menyerahkan sendiri memorandum berkenaan yang bertajuk Hentikan Penswastaan Dispensari di Hospital Kerajaan (Mustaffa, 2004).

Kemuncak kepada perjuangan ini kerajaan telah membatalkan cadangan tersebut dan bagi Dr Jeyakumar Devaraj, ini adalah merupakan suatu kejayaan dalam perjuangan kumpulan masyarakat madani menentang hegemoni pemerintah, terutama demi melindungi kepentingan rakyat terbanyak (komunikasi peribadi, Mac, 28, 2016).

Tindakbalas terhadap isu-isu yang disentuh ini bukan sahaja diberikan perhatian oleh Gabungan. Malahan beberapa kumpulan masyarakat madani yang lain juga didapati turut sama. Lihat Rajah 4.1.

University of Malaya



Rajah 4.1: Lain-Lain Isu Kesihatan Lain Diperjuangkan GMPPK

University of Malaya

Sebagaimana perbincangan dan perincian yang telah dilakukan serta digambarkan menerusi Rajah 4.1, beberapa isu lain dalam kesihatan turut diberikan perhatian oleh GMPPK. Ianya adalah melibatkan isu caj rawatan yang lebih tinggi kepada pekerja asing, galakan kerajaan terhadap perkembangan pelancongan kesihatan, isu Perjanjian Perdagangan Bebas, penswastaan pemeriksaan pekerja asing kepada FOMEMA dan juga penswastaan perkhidmatan dispensari di hospital kerajaan. Semua ini dibantah dan disertakan dengan justifikasi berkaitan dari pihak Gabungan.

4.6 Kesimpulan

Menerusi bab ini penelitian telah dilakukan secara sepintas lalu terhadap perkembangan kumpulan masyarakat madani di Malaysia. Analisis mendapati terdapat tiga tahap perkembangan iaitu meliputi era pra kemerdekaan sehingga tahun 1957, diikuti era pasca kemerdekaan dari tahun 1957 hingga 1980 dan era ketiga dari 1981 hingga 2016. Gabungan sebagai salah satu dari kumpulan masyarakat madani yang khusus memperjuangkan isu kesihatan telah ditubuhkan pada tahun 2005 dengan menumpukan perhatian terhadap beberapa isu utama. Antaranya adalah seperti isu-isu penswastaan seperti pemeriksaan kesihatan pekerja asing dan cadangan penswastaan dispensari, pelancongan kesihatan, caj rawatan pekerja asing dan juga PPB. Perincian turut dilakukan terhadap latar belakang penubuhan, ideologi, keanggotaan dan juga kekangan yang dihadapi Gabungan. Bab berikutnya akan memulakan perbincangan analitikal meliputi aktiviti bantahan GMPPK terhadap tiga isu utama dan ianya dimulakan dengan isu penswastaan dan komersialisasi perkhidmatan kesihatan di Malaysia.

University of Malaya

BAB 5: AKTIVITI BANTAHAN GMPPK TERHADAP KOMERSIALISASI SEKTOR KESIHATAN

5.1 Pengenalan

Di Malaysia dan sebagaimana juga di beberapa buah negara maju seperti United Kingdom, Amerika Syarikat, Jepun, Korea Selatan dan Singapura serta negara-negara membangun seperti Thailand, Filipina dan Vietnam, adalah didapati unsur komersialisasi kesihatan semakin ketara. Ini dikaitkan dengan berkembangnya pengaruh neo-liberal dalam pentadbiran awam pasca pengenalan model Pengurusan Awam Baru (PAB) dalam pentadbiran awam. Neo-liberal banyak dikaitkan dengan meluasnya pro pasaran, dan antara ciri utamanya adalah komersialisasi. Aspek-aspek yang diperbaharui itu termasuklah penyediaan perkhidmatan kesihatan, pembiayaan dan juga insentif kerja. Sungguhpun pembaharuan dari satu segi penting bagi memastikan pemerintah respon terhadap tuntutan baru masyarakat, namun sebahagian daripada perubahan berkenaan didapati mendatangkan kesan yang buruk kepada kualiti perkhidmatan kesihatan rakyat.

Di Malaysia misalnya, mulai tahun 80an sistem pentadbiran awam telah dikemaskini dan pendekatan PAB mula diamalkan secara beransur-ansur, dan kemudiannya mulai meluas pada tahun 90an. Dalam memastikan penyampaian perkhidmatan secara cekap serta kos yang rendah, terdapat kemungkinan nilai-nilai awam sebahagian daripada masyarakat telah dijejaskan. Justeru itu terdapat beberapa kumpulan yang prihatin dengan beberapa isu masyarakat baik yang berkait dengan kualiti perkhidmatan dan akses kesihatan. Antaranya adalah kumpulan GMPPK yang menjadi fokus tesis ini dengan menonjolkan strategi-strategi dalam mengetengahkan isu berkait komersialisasi dan penswastaan perkhidmatan kesihatan di Malaysia.

University of Malaya

Dalam sebuah negara yang mengamalkan demokrasi, polisi sesebuah pemerintahan mendapat input daripada masyarakat dan gerakan-gerakan seperti Pertubuhan Bukan Kerajaan (PBK) serta gerakan sosial yang lain. Ini merupakan teras penting dalam sebuah negara bagi memastikan unsur demokrasi substantif dilaksanakan.

Dalam mengemukakan pandangan, kumpulan masyarakat madani boleh memilih untuk menggunakan pendekatan bekerjasama dengan memanfaatkan modal sosial atau memberikan tekanan dengan menggunakan pendekatan yang berkonfrontasi secara kaunter-hegemoni. Satu lagi pendekatan yang boleh digunakan adalah berteraskan komuniti.

Bab ini akan membincangkan beberapa komponen. Antaranya adalah mengenai perbezaan antara penswastaan dan komersialisasi sebagaimana dibincangkan oleh Starr. Seterusnya perbincangan mengenai takrif, faedah, kaedah dan perkembangan komersialisasi dan penswastaan di Malaysia akan dilakukan. Perincian juga dilakukan melibatkan faktor-faktor perkembangan komersialisasi dan penswastaan perkhidmatan kesihatan di negara ini. Perbincangan berikutnya akan dilakukan terhadap aspek dinamika peranan dan kegiatan yang dimainkan oleh pihak GMPPK terhadap isu komersialiasi dan penswastaan kesihatan. Ini dilakukan dengan menganalisis tiga isu utama yang diperjuangkan GMPPK iaitu komersialisasi sektor kesihatan menerusi kemunculan hospital swasta, penswastaan perkhidmatan sokongan di hospital kerajaan dan penswastaan perkhidmatan farmaseutikal.

University of Malaya

5.2 Perbezaan Komersialisasi dan Penswastaan Menurut Starr

Sungguhpun perkataan penswastaan dan komersialisasi sering diguna secara bersama atau secara bertukar ganti, namun terdapat perbezaan antara keduanya. Perbincangan mengenainya didapati ada dilakukan oleh Starr (1988). Sebagaimana penegasan yang dilakukan oleh Starr, para ahli ekonomi melihat dari segi makna bahawa penswastaan adalah merupakan perpindahan dari segi pemilikan harta dari pihak awam ke pihak persendirian. Pencirian penting yang digagaskan oleh Starr adalah operasinya yang bersifat pasaran dan mempunyai nilai komersial.

Rasional ekonomi berkait dengan pemilikan harta, sebagaimana perbincangan yang dipelopori oleh Demsetz (1967) dan Alchian dan Demsetz (1973) dalam mentakrifkan hak keatas harta adalah merupakan sudut pandang yang dikongsi oleh ahli sosiologi. Pun demikian, mereka didapati berbeza pandangan khususnya melibatkan tafsiran mengenai pasaran. Disini mereka mengambilkira bahawa pasaran itu adalah apa sahaja organisasi dan individu yang bukan dibawah kawalan negara, dan ianya termasuklah koperasi tidak bersifat komersial, persatuan keagamaan, orang persendirian dan keluarga.

Sebagaimana ditegaskan oleh Starr (1988: 14), penswastaan itu boleh dilihat dari dua perspektif iaitu, pertama, menurut sudut pandang umum sebagai, (1) "*any shift of activities or functions from the state to the private sector*"; dan, kedua, menerusi definisi yang lebih spesifik, ianya adalah, (2) "*any shift of the production of goods and services from public to private*".

Justeru, terma komersialisasi itu jika ditinjau berdasarkan kepada hujahan yang dikemukakan oleh Starr bukanlah semata-mata melihat dari sudut perpindahan pemilikan dari awam ke swasta, tetapi matlamat akhirnya adalah melibatkan satu unsur yang penting dalam komersialisasi iaitu motif keuntungan. Ini bermakna, tidak kiralah

University of Malaya

samada ianya dilakukan oleh swasta atau awam, selagi ianya mempunyai elemen atau motif keuntungan maka ianya adalah komersialisasi.

Disini ternyata bahawa komersialisasi dalam sektor kesihatan di Malaysia cukup ketara. Bukan sekadar sektor swasta sendiri yang didapati begitu rancak melibatkan diri dalam sektor kesihatan, malahan sektor awam juga tidak ketinggalan dalam melakukannya. Penglibatan GLC dan juga pihak perbadanan awam negeri seperti Pantai dan kumpulan KPJ yang beroperasi sebagai entiti swasta bermotif keuntungan adalah antara contoh yang jelas (Chee, 2008). Komersialisasi itu tidaklah terhad kepada elemen penyediaan perkhidmatan seperti hospital dan klinik swasta semata-mata, malahan dengan semakin meluasnya industri insurans kesihatan misalnya juga boleh disifatkan sebagai antara dari ciri-ciri komersialisasi yang boleh diambilkira.

Pandangan ini disokong oleh Mosenbach (2009) yang mengambil pendekatan bahawa komersialisasi dalam sektor kesihatan yang difahami oleh beliau adalah merupakan suatu konsep yang lebih luas berbanding apa yang disarankan PAB (dipetik dari Mackintosh & Koivusalo, 2004). Komersialisasi disini juga turut berperanan membenarkan penggunaan aplikasi dari sektor swasta kedalam sektor awam, sekaligus menekankan aspek keuntungan dikalangan penyedia perkhidmatan sektor awam, termasuklah sektor kesihatan.

Oleh itu, sebagai suatu konsep, komersialisasi menurut Mosenbach menggabungkan dua aspek, iaitu pertama ianya menekankan kepentingan untuk meningkatkan keuntungan kewangan atau dari segi insentif kewangan kepada organisasi dan pengurusan pihak penyedia perkhidmatan. Manakala aspek kedua ialah berkait dengan pengurangan secara signifikan peranan pihak kerajaan dalam menjalankan tanggungjawab terhadap penyediaan perkhidmatan kesihatan kepada rakyat. Justeru,

University of Malaya

adalah lazim komersialisasi dipandang secara skeptikal oleh pendokong faham sosialis dan dikatakan sebagai bercanggah dengan hak asasi manusia.

5.3 Takrif, Faedah, Kaedah dan Perkembangan di Malaysia

Selanjutnya, perincian terhadap definisi penswastaan boleh ditinjau dari beberapa perspektif. Misalnya dari perspektif ahli ekonomi, penswastaan adalah, "*tend to equate the public sector with the state and the private sector with the market*". Manakala dari perspektif sosiologi pula, penswastaan ditakrifkan sebagai, "*distinction between public and private is to associate private with private life and public with the world outside private life*" (Weintraub & Kumar 1997: 11-12).

Selain itu, takrif penswastaan juga boleh dibahagikan kepada dua, iaitu secara khusus atau pun umum. Dari perspektif yang khusus, penswastaan didefinisikan sebagai aktiviti yang meliputi penjualan keseluruhan atau sebahagian daripada sesuatu perbadanan milik awam kepada pelabur swasta. Takrif ini didapati konsisten dengan takrif penswastaan yang dimuatkan dalam *Webster Dictionary* pada tahun 1983 yang mendefinisikannya sebagai, "*the process of changing from public to private control or ownership*" (Webster Dictionary, 1983).

Manakala menurut perspektif yang lebih umum sifatnya, beberapa pendekatan telah digunakan oleh pengkaji dalam mendefinisikan konsep penswastaan. Martin (1993: 11) misalnya mencadangkan penswastaan adalah, "*a change in the role, responsibilities, priorities and authority of the state, rather than simply a change of ownership*". Selain itu Donahue & Donahue (1989: 4) pula mencadangkan perkataan penswastaan sebagai sesuatu yang boleh "*signify something as broad as shrinking the welfare state while promoting self-help and volunteerism*".

University of Malaya

Gardner dan Scheffler (1988) pula mendefinisikan penswastaan dari dua perspektif iaitu perspektif yang sempit dan juga perspektif yang luas. Dari sudut yang sempit, ianya didefinisikan sebagai "*a tool used by public sector agencies to improve efficiency or lower costs*" (Gardner & Scheffler, 1988: 216). Manakala dari sudut yang luas pula ianya ditakrifkan sebagai "*a philosophy of government that advocates a greater role for private market incentives and the mechanism of competition in achieving public purposes*" (Gardner & Scheffler, 1988: 216). Adalah didapati, terdapat persamaan diantara takrif ini dengan apa yang dibincangkan oleh Savas (perbincangan akan dilakukan selepas ini), khususnya melibatkan falsafah yang dipegang oleh kerajaan dalam menggalakkan peranan lebih besar dimainkan oleh sektor swasta.

Savas (2000: 1731) mentakrifkan penswastaan sebagai, "*greater reliance on the private institutions of society and less dependence on government to satisfy people needs*". Dua komponen utama dapat difahami berdasarkan takrif yang dikemukakan ini, iaitu pertama, kebergantungan yang lebih ketara kepada institusi swasta dalam menyediakan perkhidmatan kepada masyarakat, dan kedua sekaligus melibatkan pengurangan kebergantungan yang selama ini dimainkan oleh sektor awam dalam memenuhi keperluan rakyat.

Perincian selanjutnya akan meneliti definisi penswastaan kesihatan. Perbincangan mengenainya didapati ada dilakukan oleh pengkaji seperti Scarpaci (1989) dan Muschell (1995; 1996). Menurut Scarpaci (1989: 5), penswastaan perkhidmatan kesihatan adalah, "*is equated with reduced levels of public provision, subsidy, or regulation of either preventive or curative health services*". Berdasarkan takrif yang diberikan ini, penswastaan perkhidmatan kesihatan menurut sudut pandang Scarpaci adalah melibatkan pengurangan tanggungjawab pada pihak kerajaan. Pengurangan tanggungjawab berkenaan pula didapati melibatkan tiga aspek utama iaitu penyediaan

University of Malaya

perkhidmatan, subsidi dan juga peraturan. Bagi Scarpaci, kesemua pengurangan tanggungjawab oleh pihak kerajaan ini berlaku samada melibatkan perkhidmatan kesihatan pencegahan atau pun kuratif.

Manakala Muschell (1995: 40) pula mentakrifkan penswastaan perkhidmatan kesihatan sebagai "*the encouragement of the financing and provisions of health services by the private sector*". Secara ketara berdasarkan definisi ini, penswastaan dalam perkhidmatan kesihatan adalah merupakan suatu bentuk tindakan atau galakan yang diberikan kepada sektor swasta untuk terlibat samada dalam aspek penyediaan perkhidmatan atau aspek pembiayaan kesihatan secara langsung.

Berdasarkan perbincangan oleh sarjana, beberapa hujah telah dikemukakan bagi menjustifikasikan faedah penswastaan. Muschell (1995) misalnya menyatakan bahawa faedah penswastaaan kesihatan adalah seperti berikut:-

a) Penswastaan akan membantu meningkatkan pengurusan sumber manusia;
b) Meningkatkan keberkesanan dan kecekapan perkhidmatan; dan
c) Sektor swasta berupaya menawarkan lebih fleksibiliti dalam pembuatan keputusan berbanding sektor awam yang disifatkan terlalu struktural, birokratik dan rigid.

Bagi Gardner & Scheffler (1998) pula, dua faedah penswastaan telah dikemukakan iaitu:-

a) Penswastaan akan meningkatkan keupayaan untuk menyediakan suatu sistem pasaran bebas yang mendorong kepada persaingan diantara penyedia perkhidmatan; dan

University of Malaya

b) Penswastaan adalah merupakan antara strategi terbaik yang boleh dilaksanakan oleh kerajaan bagi mencapai matlamat untuk penyediaan perkhidmatan kesihatan terbaik dan berkualiti kepada rakyat.

Berikut pula adalah perbincangan mengenai bagaimanakah dari segi kaedah sesuatu penswastaan dalam sektor kesihatan itu dilaksanakan. Perbincangan mengenainya didapati ada dilakukan antara lain oleh Maarse (2006), Gardner dan Scheffler (1988). Starr (1988) dan Savas (2000).

Maarse (2006) misalnya menyatakan bahawa penswastaan boleh dilakukan menerusi empat kaedah iaitu:-

a) Penswastaan pembiayaan kesihatan berlaku apabila terdapat peralihan dari segi penggunaan perbelanjaan awam kepada pihak swasta dan persendirian, atau dalam lain perkataan apabila perbelanjaan kerajaan semakin menurun, dan sebaliknya didominasi oleh sektor swasta dan persendirian. Perbelanjaan awam disini merujuk kepada perbelanjaan oleh kerajaan di pelbagai peringkat (pusat, negeri, kerajaan tempatan), dan lain-lain agensi serta program insurans kesihatan dikendalikan oleh kerajaan. Manakala perbelanjaan swasta dan persendirian terdiri dari insurans syarikat swasta, syarikat dan perbadanan swasta, perbelanjaan persendirian isi rumah dan lain-lain agensi yang dikelaskan sebagai swasta dan persendirian (OECD, 2004);

b) Penswastaan perkhidmatan kesihatan pula melibatkan perubahan dari segi penyedia perkhidmatan dalam sektor kesihatan dari pihak kerajaan kepada ejen swasta samada mereka beroperasi bukan bermotif keuntungan atau pun atas asas komersial Ini antara lain melibatkan skop perkhidmatan seperti penjagaan rawatan di hospital, serta sebahagian perkhidmatan kesihatan

University of Malaya

primer (perubatan keluarga, pergigian dan pesakit luar farmasi) dan juga perkhidmatan dikalangan warga emas;

c) Penswastaan pengurusan kesihatan pula melibatkan kecenderungan pihak hospital kerajaan untuk melaksanakan kontrak ke luar perkhidmatan bukan klinikal kepada pihak swasta. Perkhidmatan bukan klinikal yang lazim diswastakan adalah seperti dobi, katering, pembersihan, keselamatan dan perkhidmatan pentadbiran. Malah ada juga hospital kerajaan yang menswastakan ujian diagnostik. Malahan, penswastaan juga boleh melibatkan aspek pengurusan. Sebagai contoh, hospital awam di Jerman didapati mengkontrakkan sepenuhnya pengurusan strategik dan operasinya kepada pihak swasta dengan tujuan untuk meningkatkan kecekapan; dan

d) Penswastaan pelaburan kesihatan juga merupakan satu lagi bentuk penswastaan dalam sektor kesihatan. Pelaburan dalam sektor kesihatan terbahagi kepada pelbagai model, dengan salah satu yang utama melibatkan pelaburan dari pihak kerajaan. Pun begitu, penglibatan sektor swasta misalnya dengan melabur untuk membina dan membangunkan hospital juga termasuk dalam kategori ini.

Kajian ini didapati relevan berdasarkan kepada definisi oleh Maarse khususnya melibatkan aspek penswastaan pembiayaan, penswastaan perkhidmatan kesihatan dan penswastaan pengurusan kesihatan.

Manakala Gardner dan Scheffler (1988) pula berpendapat bahawa penswastaan dalam sektor kesihatan boleh dilakukan menerusi tiga kaedah ini iaitu:-

a) Kontrak ke luar berlaku apabila perkhidmatan yang lazimnya dijalankan oleh kerajaan diserahkan kepada sektor swasta. Contohnya adalah sebagaimana berlaku menerusi *Medicaid* dan *Medicare* di Amerika

University of Malaya

Syarikat. Menerusi kaedah ini kerajaan dapat memindahkan risiko kewangan dan tanggungjawab mereka kepada pihak swasta, dengan membolehkan penumpuan diberikan terhadap tugasan hakiki mereka untuk memantau dan kawalselia;

b) Kedua adalah pengurusan kontrak yang melibatkan hospital awam. Menerusi kaedah ini, penyediaan dan kawalan terhadap operasi beberapa komponen hospital, seperti pengurusan, dobi, makanan dan seumpamanya dikendalikan oleh sektor swasta; dan

c) Ketiga, pemisahan beban merupakan keadah penswastaan dalam sektor kesihatan yang paling ekstrem. Kaedah ini melibatkan keseluruhan penyediaan dan kualiti perkhidmatan serta tanggungjawab berkaitan diserahkan secara total untuk dikendalikan oleh swasta (Gardner & Scheffler, 1988; Smith & Lipsky 1992).

Manakala Starr (1988) mencadangkan empat kaedah bagaimana penswastaan itu boleh dilakukan yang boleh diringkaskan seperti berikut:-

a) Pemberhentian program yang sebelum ini dilaksanakan oleh kerajaan serta melibatkan pengurangan penglibatan kerajaan dalam menyediakan tanggungjawab yang sebelum ini dilakukan olehnya, sebaliknya peranan ini dipindahkan kepada sektor swasta;

b) Pemindahan hakmilik aset kerajaan kepada sektor swasta, samada dijual atau dipajak;

c) Berbanding dengan kerajaan bertindak mengeluarkan perkhidmatan berkenaan secara langsung, penswastaan boleh dilaksanakan apabila kerajaan memilih untuk membiayai perkhidmatan yang disediakan oleh sektor swasta, sebagai contoh menerusi penyumberluaran atau baucer; dan

University of Malaya

d) Penswastaan juga boleh berlaku menerusi deregulasi yang membenarkan sesuatu aktiviti yang sebelum itu dikuasai secara monopoli oleh sektor kerajaan dibuka kepada lain-lain pihak untuk turut terlibat.

Savas (2000) pula menjelaskan bahawa penswastaan boleh dilaksanakan menerusi beberapa kaedah, antaranya kontrak ke luar, francais dan baucer, penjualan dan pajakan aset kepunyaan kerajaan kepada sektor swasta, pemisahan beban serta deregulasi.

Mat Wajib (1992) telah menulis bahawa dalam konteks Malaysia, sekurang-kurangnya lima kaedah didapati lazim digunakan dalam melaksanakan penswastaan dalam sektor kesihatan iaitu:-

a) Penswastaan secara jualan,

b) Pengurusan kontrak,

c) *Management by-Out* (MBO),

d) Pajakan; dan

e) Pengkorporatan.

Di antara diatas, keprihatinan utama GMPPK adalah khusus melibatkan tiga yang utama iaitu penswastaan secara jualan, pengurusan kontrak dan pengkorporatan.

Dalam konteks Malaysia, berdasarkan penelitian langkah kearah komersialisasi dan penswastaan perkhidmatan kesihatan mula ketara sejak dari tahun 70an lagi. Perbincangan terhadap perkembangan dalam komersialisasi dan penswastaan dalam sektor kesihatan di Malaysia boleh dibahagikan kepada dua fasa. Fasa pertama adalah meliputi tahun 1970 hingga 1990 (pra pelaksanaan dasar penswastaan dalam sektor kesihatan di Malaysia yang secara pesat bermula awal tahun 90an). Manakala fasa

University of Malaya

kedua pula melibatkan tempoh di antara 1990 hingga 2016 bilamana dasar penswastaan dalam sektor kesihatan mula rancak dilaksanakan. Lihat (Jadual 5.1 dan 5.2).

Jadual 5.1: Komersialisasi Sektor Kesihatan di Malaysia (1970-1990)

Tahun	Perkara
1970an	Kerajaan mula menawarkan kontrak kecil-kecilan seperti kerja membersihkan kawasan hospital kepada syarikat swasta
1972	*Association of Private Hospitals of Malaysia* (APHM) ditubuhkan
1973	Hospital swasta iaitu *Penang Medical Centre* ditubuhkan
1974	Hospital Pantai dan Hospital Sentosa ditubuhkan
1975	*Loh Guan Lye Specialist Centre* ditubuhkan
1981	Perbadanan Kemajuan Ekonomi Negeri Johor (PKENJ) menubuhkan Kumpulan Perubatan Johor (KPJ)
1983	Kajian separuh Penggal Rancangan Malaysia Ke4 mencadangkan Skim Pembiayaan Kesihatan Kebangsaan (SPKK)
1983	Dasar Penswastaan dilancarkan
1985	*Privatisation Guideline* dilancarkan
1984	Perunding Westinghouse dilantik untuk mengkaji sistem pembiayaan kesihatan
1985	Dua jawatankuasa mengkaji penswastaan perkhidmatan perubatan dan bukan perubatan
1985	Sime Darby menubuhkan *Subang Jaya Medical Centre* (SJMC)

Sumber: Penulis berdasarkan dari pelbagai sumber

Jadual 5.1 menunjukkan era dimana komersialisasi dalam sektor kesihatan didapati bermula lebih rancak berbanding era sebelum ini. Misalnya, semasa era ini beberapa orang doktor swasta telah bergabung membuka *Penang Medical Centre* (PMC) pada tahun 1973 dengan kemudahan 132 buah katil (Barraclough, 1997). Hospital ini kemudiannya telah dijual kepada *Gleneagles International*, subsidiari milik penuh *Parkway Holdings* dari Singapura pada tahun 1989 dan dikenali kini sebagai Hospital Gleneagles.

Kemudian Hospital Pantai pula ditubuhkan pada tahun 1974 dengan kemudahan 68 buah katil dan dua puluh orang doktor pakar (kemudian dijual kepada kumpulan Pantai) (Chee & Barraclough, 2007). Hospital Sentosa dan *Loh Guan Lye Specialist Centre* pula masing-masing ditubuhkan pada tahun 1974 dan 1975 di Pulau Pinang (Abdullah, 2005). Malahan persatuan khas yang memayungi dan menjaga kepentingan hospital

University of Malaya

swasta iaitu *Association of Private Hospitals of Malaysia* (APHM) (1972) juga telah ditubuhkan dalam era ini.

Cabaran dihadapi negara ekoran kemerosotan ekonomi global pada akhir tahun 70an serta perubahan tampuk pemerintahan pada awal tahun 80an telah mengubah falsafah pentadbiran negara dengan elemen pro pasaran dan neoliberisme, serta PAB seperti amalan penswastaan dan komersialisasi semakin diberikan perhatian oleh kerajaan.

Jadual 5.2: Komersialisasi Sektor Kesihatan di Malaysia (1990-2017)

1990	Dokumen Rangka Rancangan Jangka Panjang 2 atau *Outline Perspective Plan* (OPP 2) (1991-2000) yang meletakkan penswastaan sebagai antara dasar utama dalam sektor kesihatan dilancarkan
1990	Kebenaran kepada doktor swasta untuk menggunakan fasiliti di sektor awam dimulakan
1990	Kontrak ke luar perkhidmatan radiologi dan *Magnetic Resonance Imaging (MRI)* kepada sektor swasta
1991	*Privatisation Master Plan* dilancarkan
1992	Klinik hemodialisis di 6 hospital awam diletakkan dibawah dibawah pengurusan swasta melalui kaedah kontrak ke luar
1992	Institut Jantung Negara (IJN) dikorporatkan
1993	Kajian Separuh Penggal Rancangan Malaysia Keenam (1991-1995) mensasarkan agihan sumber lebih seimbang antara sektor awam dan swasta dicapai
1993	Cadangan pengkorporatan 5 hospital awam dikemukakan
1994	Skim pengeluaran caruman untuk perubatan menerusi Kumpulan Wang Simpanan Pekerja (KWSP) diperkenalkan)
1994	Penswastaan *General Medical Store* (GMS) atau farmaseutikal
1994	Cadangan penswastaan pembangunan semula Hospital Kuala Lumpur
1994	Penswastaan perkhidmatan sokongan dihospital kerajaan melibatkan 5 skop dilaksanakan
1994	Penswastaan syarikat pemantauan bagi kerja-kerja perkhidmatan sokongan bukan perubatan kepada SIHAT
1994	Sayap pelaburan kerajaan Khazanah Nasional menguasai menguasai IHH Healthcare Berhad yang merupakan operator perkhidmatan kesihatan swasta ke dua terbesar di dunia
1994	Konglomerat Lions Group menguasai 70 peratus saham dalam Salient Care Berhad yang menguruskan *Mahkota Medical Centre* di Melaka
1994	Kumpulan Perubatan Johor (KPJ), antara operator terbesar penyedia kemudahan kesihatan di Malaysia disenaraikan di Bursa Saham Kuala Lumpur (BSKL)
1994	*Penang Development Centre* (PDC) menguasai *Penang Medical College* bersama-sama Pantai Hospital Berhad, Geh Sim Wah Sdn Bhd dan Disted College
1995	Konglomerat Berjaya Group membeli 87.53 peratus saham Hospital Pantai Berhad
1995	Tan & Tan Development Berhad menguasai 35 peratus ekuiti Gleaneagles Medical Centre (Kuala Lumpur) Sdn Bhd dan Gleaneagles Hospital (KL) Sdn Bhd. Tan & Tan turut menguasai Gleaneagles Medical Centre (sebelum ini dikenali sebagai *Penang Medical Centre*) di Pulau Pinang

‘Jadual 5.2, sambungan’

1995	*Penang Development Centre* (PDC) menguasai 30 peratus Medicare Specialist Centre Holdings Sdn Bhd
1996	Bajet 1996 memngumumkan insentif cukai khas kepada hospital swasta
1996	Cadangan pengkorporatan 14 buah hospital awam
1997	Penswastaan pemeriksaan pekerja asing kepada FOMEMA
1997	Pelancongan kesihatan mula diberikan galakan
1997	*Managed Care Organisation* (MCO) mula beroperasi di Malaysia
1997-98	Pengkorporatan Pusat Perubatan Universiti Malaya (PPUM) dan diikuti lain-lain hospital pengajar seperti Pusat Perubatan Universiti Kebangsaan Malaysia (PPUKM) dan Hospital Universiti Sains Malaysia (HUSM), Kubang Kerian
1998	*Private Healthcare Facilities and Services Act 1998* (PHFSA) (Akta 568) diluluskan Parlimen
1999	Cadangan pengkorporatan 14 buah hospital awam dibatalkan
2004	Cadangan penswastaan dispensari di hospital awam
2004	Cadangan penubuhan sayap swasta (*private wing*) di hospital awam
2004	Cadangan SPKK dibangkitkan kembali
2006	*Private Healthcare Facilities and Services Act 1988* (PHFSA) (Akta 568) *and Regulations* dikuatkuasakan, hampir setelah lapan tahun diluluskan Parlimen
2007	Pelaksanaan secara rintis Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh (PPBP) di Hospital Putrajaya dan Hospital Selayang
2009	Cadangan perluasan PPBP di lain-lain hospital tetapi tergendala akibat bantahan kumpulan masyarakat madani
2009	Cadangan pembaharuan sektor kesihatan menerusi *1Care for 1Malaysia* (1Care) diluluskan oleh kerajaan
2009	Konsesi penswastaan farmaseutikal kepads Pharmaniaga dilanjutkan lagi bagi tempoh 10 tahun
2015	Konsesi penswastaan perkhidmatan sokongan kepada lima konsesi dilanjutkan lagi bagi tempoh 15 tahun
2015	Pekeliling pemakluman Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh (PPBP) diperluaskan ke lapan buah lagi hospital dikeluarkan
2017	PPBP di lapan buah hospital mula dilaksanakan dalam Fasa 2
2017	Kontrak FOMEMA dilanjutkan

Sumber: Penulis, berdasarkan dari pelbagai sumber, Barraclough, 1997

Sebagaimana dinyatakan menerusi Jadual 5.2 ternyata program penswastaan dan perkembangan komersialisasi dalam sektor kesihatan boleh disifatkan mencapai kemuncaknya dalam tempoh ini. Sekaligus ianya telah mencetuskan bantahan dan bangkangan dari pelbagai pihak terutama kumpulan masyarakat madani seperti GMPPK yang berpendapat ianya mengabaikan elemen demokrasi substantif dalam pelaksanaan dasar penting seperti kesihatan. Penyertaan dan dialog didakwa sebagai pudar dan mengetepikan nilai-nilai serta elemen Perkhidmatan Awam Baru (PeAB). Lantas ianya menyaksikan pelbagai aktiviti bantahan yang telah ditonjolkan GMPPK.

University of Malaya

Susulan daripada pengenalan program-program penswastaan yang dinyatakan dalam Jadual 5.2 dan Jadual 5.1 juga telah menyebabkan beberapa isu berbangkit. Antara yang menjadi keprihatinan kumpulan masyarakat madani seperti Gabungan terutama melibatkan kemunculan yang pesat dari segi hospital swasta adalah seperti isu akses, ekuiti, kemampuan dan sebagainya yang akan diperincikan dalam bahagian-bahagian yang berikutnya. Manakala dalam konteks penswastaan pula tentu sekali peningkatan kos dipihak kerajaan, isu monopoli oleh syarikat yang mempunyai hubungan rapat dengan ahli politik serta masalah dari segi ketelusan dan akauntabiliti antara yang ditekankan.

5.4 Perkhidmatan Sistem Kesihatan Di Malaysia

Malaysia mengamalkan sistem kesihatan dua lapis dimana ianya terdiri daripada pihak kerajaan yang menyediakan perkhidmatan kesihatan primer, sekunder dan lanjutan serta dalam masa yang sama turut membenarkan kewujudan sektor swasta yang menawarkan perkhidmatan kesihatan kepada kelompok rakyat yang berkemampuan. Dikotomi diantara kedua-dua sektor ini didapati telah mencorakkan sistem penyampaian perkhidmatan di negara ini dan menjadi antara ciri utama sistem kesihatan Malaysia sebagaimana yang ada hari ini. Selain dua penyedia perkhidmatan diatas, dalam jumlah yang lebih kecil satu lagi komponen yang menyediakan perkhidmatan kesihatan di Malaysia adalah terdiri daripada kumpulan pertubuhan bukan kerajaan (Merican & Yon, 2002; Thomas, Beh & Nordin, 2011; Jaafar, Noh, Muttalib, Othman & Healy, 2012).

Walau bagaimanapun, dari segi Perlembagaan Persekutuan, Kementerian Kesihatan adalah merupakan penyedia perkhidmatan, pembiaya dan pihak kawalselia utama sektor kesihatan di negara ini. Justeru ianya memainkan peranan utama dalam hal-hal seperti aspek kawalan penyakit, promosi kesihatan, penguatkuasaan dan sebagainya. Pun begitu, terdapat juga beberapa buah agensi kerajaan lain yang turut memainkan peranan

University of Malaya

dalam aspek kesihatan. Antaranya adalah seperti Kementerian Pendidikan Malaysia yang melibatkan hospital pengajar di universiti, Kementerian Pertahanan melibatkan kemudahan kesihatan di premis tentera, Kementerian Kemajuan Luar Bandar dan Wilayah melibatkan kemudahan kesihatan orang Asli dan lain-lain agensi.

Sistem kesihatan Malaysia secara umumnya diiktiraf secara relatifnya sebagai suatu model yang berjaya. *World Health Organisation* (WHO, 2012) misalnya memberikan pengiktirafan diatas keupayaan Malaysia untuk menyediakan satu akses rawatan diperingkat kuratif, rehabilitatif, pencegahan yang baik kepada penduduk. Shepard et al. (2002) pula menerusi kajiannya memberi perakuan bahawa prestasi taraf kesihatan Malaysia adalah baik berbanding negara lain, dengan mengambilkira perbelanjaan yang relatif rendah. Ini adalah terbukti sebagaimana perbelanjaan untuk sektor kesihatan adalah pada kadar 4.4 peratus berbanding purata antarabangsa yang dicadangkan oleh WHO adalah sekitar 6 hingga 7 peratus (WHO, 2012). Pengiktirafan ini tentu sekali menjadi cerminan kepada kemajuan yang dicapai oleh Malaysia dalam meningkatkan taraf kesihatan rakyat.

Ini dapat dilihat menerusi beberapa indikator kesihatan seperti pertambahan bilangan kemudahan kesihatan, pertambahan doktor dan kakitangan perubatan, jangka hayat bayi yang lebih tinggi, jangka hayat penduduk juga semakin bertambah baik dan sebagainya. Lihat (Jadual 5.3). Selain itu Malaysia juga diiktiraf sebagai antara negara yang mampu mencapai kemajuan yang agak baik dari segi liputan kesihatan universal terhadap perkhidmatan kesihatan berbanding dengan perbelanjaan kesihatan yang relatifnya lebih rendah berbanding yang disyorkan sendiri oleh WHO.

University of Malaya

Jadual 5.3: Petunjuk Prestasi Kesihatan Malaysia (beberapa indikator terpilih)

Bil	Indikator	Pencapaian
1.	Kadar Kematian Bayi (KKB)	1957 (75.5 kematian bagi 1,000 kelahiran) 2013 (6.5 kematian bagi 1,000 kelahiran)
2.	Jangka Hayat	2011 (Lelaki 72.1 tahun, Perempuan 76.8 tahun) 2017 (Lelaki 72.7 tahun, Perempuan 77.4 tahun)
3.	Klinik Kesihatan Awam	1970 (1,167 buah) 2014 (2,871 buah)
4.	Hospital Awam	1970 (72 buah) 2014 (150 buah)
5.	Hospital Swasta	1970 (6 buah) 2014 (291 buah)
6	Doktor	1970 (2,370) atau pada nisbah 0.22 bagi 1,000 penduduk 2014 (45,565) atau pada nisbah 1.47 bagi 1,000 penduduk

sumber: Health Facts, MOH; Malaysia Health Systems Review 2013, WHO; NHEWS Malaysia Health System Report Vol 1, 2016

Berdasarkan kepada statistik di Jadual 5.3 menunjukkan terdapat peningkatan dalam pelbagai aspek samada dari segi peningkatan jangka hayat penduduk serta bilangan hospital dan juga doktor di Malaysia. Sebagai contoh, bilangan doktor pada tahun 1970 adalah hanya 2,370 namun ianya melonjak dengan begitu ketara pada tahun 2014 dengan 45,565 doktor. Begitu juga aspek-aspek lain sebagaimana dinyatakan didalam jadual diatas.

5.5 Kepentingan Dari Perspektif Kerajaan

Sebelum analisis tentang dinamika Gabungan terhadap isu komersialisasi dan penswastaan perkhidmatan kesihatan di Malaysia dilakukan, terlebih dahulu tinjauan akan dilakukan terhadap faktor-faktor yang menyumbang kepada berlakunya komersialisasi dan penswastaan dalam sektor kesihatan di negara ini. Ini adalah merupakan kupasan bagi menjawab objektif keempat kajian ini. Sesungguhnya, ramai sarjana seperti Jomo (1995; 2008), Jomo & Syn (2005); Gomez (1997; 2003), Tan (2007); Rasiah et al., (2009); Rasiah et al., (2017), Barraclough (2000), Chee (2010),

University of Malaya

Nambiar (2009) dan lain-lain didapati telah melakukan pelbagai kajian dan menulis mengenai perkara ini.

Kerajaan Malaysia semasa melancarkan dasar penswastaan telah menetapkan lima faktor bagi menjustifikasikan pelaksanaannya. Ini adalah sebagaimana dinyatakan didalam *Guidelines on Privatization* (Malaysia, 1985). Pertama, penswastaan diharapkan akan dapat mengurangkan beban kewangan dan pentadbiran kerajaan, terutamanya melibatkan aspek pembinaan dan penyelenggaraan perkhidmatan dan infrastruktur. Kedua, penswastaan juga dijangka akan mempromosikan persaingan, meningkatkan kecekapan dan produktiviti. Ketiga, penswastaan juga dijangka akan dapat menggalakkan pelaburan sektor swasta dan perniagaan, sekaligus menjana pertumbuhan ekonomi negara. Keempat, penswastaan juga diyakini membantu mengurangkan saiz sektor awam yang besar, dengan kecenderungan monopolistik dan sokongan birokrat. Kelima, penswastaan digariskan untuk membantu mencapai objektif Dasar Ekonomi Baru (DEB) dengan melahirkan usahawan Bumiputra.

Secara ringkasnya, dasar penswastaan dilaksanakan berdasarkan faktor-faktor sebagai penjana pertumbuhan ekonomi negara, meningkatkan kecekapan dan produktiviti, mengecilkan sektor awam, mengurangkan beban perbelanjaan kerajaan dan peranan pentadbirannya serta memastikan pengagihan kekayaan yang lebih adil khususnya dikalangan Bumiputra.

Hujah disebalik pelaksanaan komersialisasi dan penswastaan perkhidmatan kesihatan telah dinyatakan oleh pihak kerajaan menerusi dokumen rasmi, antaranya adalah Rancangan Pembangunan Lima Tahun negara. Menerusi Rancangan Malaysia Kelima (1986-1990), kerajaan berhujah bahawa adalah pelaksanaan dasar penswastaan perlu diteruskan (termasuklah dalam sektor kesihatan) dengan tujuan untuk menangani

University of Malaya

peningkatan kos yang semakin ketara yang terpaksa ditanggung saban tahun oleh kerajaan (Malaysia, 1986).

Rancangan Malaysia Ketujuh (1996-2000) pula mengemukakan antara lain soal ketidakseimbangan dari segi pengagihan sumber, khususnya di hospital dan klinik milik kerajaan, khusus dikalangan golongan miskin. Kerajaan percaya bahawa dengan berkembangnya komersialisasi menerusi kemunculan hospital swasta yang lebih banyak, maka golongan kaya dan berkemampuan akan menggunakannya, sekaligus memberi ruang kepada yang tidak berkemampuan untuk menggunakan kemudahan di hospital kerajaan (Malaysia, 1996).

Peningkatan kualiti perkhidmatan adalah antara fokus yang diberikan kerajaan adalah antara intipati dalam Rancangan Malaysia Kelapan (2001-2005). Justeru, pelaksanaan program-program penswastaan, termasuklah melibatkan sektor kesihatan juga merupakan antara langkah yang diambil kearah mencapai matlamat tersebut. Menurut kerajaan, apabila perkhidmatan-perkhidmatan tertentu, misalnya yang melibatkan perkhidmatan sokongan di hospital kerajaan yang sebelum ini dilakukan secara dalaman dan kini dilakukan oleh pihak swasta, maka sekaligus ianya akan pengurusan hospital mengkhusus secara lebih terhadap aktiviti teras mereka, sekaligus meningkatkan kualiti perkhidmatan (Malaysia, 2001).

Dalam Rancangan Malaysia Kelapan juga, sebagaimana dengan pelaksanaan dasar penswastaan dalam lain-lain sektor, penswastaan yang dilaksanakan melibatkan sektor kesihatan juga bermatlamat untuk memenuhi agenda dan dasar kerajaan khusus melibatkan penyertaan dan penglibatan usahawan Bumiputra dalam bidang perniagaan (Malaysia, 2001).

University of Malaya

Rancangan Malaysia Kelapan turut menyaksikan dasar penswastaan dalam sektor kesihatan juga turut mempunyai matlamat untuk mengekalkan kakitangan berpengalaman. Ini misalnya dilakukan menerusi pengkorporatan Institut Jantung Negara (IJN) dan juga pelaksanaan Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh (PPBP) di hospital kerajaan. Pelaksanaan dasar penswastaan akan membolehkan skim upah fleksibel dapat ditawarkan kepada kakitangan dalam usaha menyaingi skim upah ditawarkan oleh pihak swasta (Malaysia, 2001).

Sebagaimana ditegaskan didalam dokumen Rancangan Malaysia Kesembilan (2006-2010), kerajaan menyatakan bahawa komersialisasi perkhidmatan kesihatan merupakan antara penyumbang kepada pendapatan negara. Ini menurut kerajaan begitu ketara apabila peranan yang dimainkan oleh salah satu subsektor dalam pelancongan iaitu pelancongan kesihatan. Subsektor ini menurut kerajaan berjaya bukan sahaja menyumbang hasil dari segi tukaran wang asing yang diperolehi tetapi juga turut merancakkan sektor pelancongan sekaligus mewujudkan peluang-peluang pekerjaan (Malaysia, 2006).

5.6 Aktiviti dan Strategi Bantahan

Bahagian berikutnya adalah merupakan perbincangan bagi menjawab objektif pertama dan kedua kajian ini iaitu melibatkan aktiviti dan strategi GMPPK dalam menangani isu ini. Pada amnya, bolehlah dihujahkan bahawa penswastaan dan komersialisasi kesihatan telah memberikan beberapa masalah. Antara masalah yang lazim dikaitkan dengan penswastaan perkhidmatan kesihatan adalah peningkatan kos, aspek urustadbir serta ketirisan wang rakyat. Manakala dalam konteks komersialisasi kesihatan pula, antara permasalahan yang sering dibahaskan adalah meliputi isu-isu seperti akses, ekuiti atau kesamarataan dan kemampuan untuk membayar kos perubatan

University of Malaya

yang semakin meningkat dikalangan rakyat, khusus dikalangan golongan rakyat yang berpendapatan sederhana dan rendah.

Sebagai tindakbalas terhadap kemungkinan timbulnya masalah-masalah yang berkait dengan penswastaan dan komersialisasi kesihatan, sebagaimana yang disebutkan diatas, pihak Gabungan didapati telah memberikan beberapa reaksi. Sebagaimana yang telah dibincangkan dalam bahagian metode bab 3 tesis ini, reaksi Gabungan ini telah diterjemahkan menerusi pelbagai medium. Antaranya adalah menerusi siri-siri perbincangan, perbahasan dan perdebatan yang dilakukan oleh wakilnya di pelbagai forum, seminar dan sebagainya. Tidak terhad setakat itu, pandangan Gabungan juga boleh diakses menerusi dokumen yang dikeluarkan seperti memorandum, petisyen, kertas kerja, kenyataan akhbar, artikel, minit-minit mesyuarat dan sebagainya. Dalam konteks ini aktiviti bantahan Gabungan didapati lebih menonjolkan ciri-ciri kaunter-hegemoni. Pun begitu pendekatan modal sosial turut digunakan menerusi dialog dan mesyuarat. Manakala bagi pendekatan berteraskan komuniti pula ianya didapati berlaku apabila siri jelajah awam misalnya didapati ada digunakan.

Bagi menjawab objektif kajian yang pertama dan kedua iaitu meliputi analisis aktiviti-aktiviti bantahan GMPPK serta strategi bantahan yang diketengahkan dalam penswastaan dan komersialisasi kesihatan, maka, perincian dan fokus akan ditumpukan terhadap tiga perkara sahaja iaitu:-

i. Muncul dengan banyaknya hospital-hospital swasta sekaligus mencambahkan komersialisasi dalam sektor kesihatan;
ii. Penswastaan perkhidmatan sokongan di hospital kerajaan; dan
iii. Penswastaan perkhidmatan farmaseutikal.

Perincian terhadap setiap satu daripada isu-isu diatas adalah sebagaimana berikut.

University of Malaya

5.7 Bantahan Terhadap Kemunculan Hospital Swasta

Hospital swasta di Malaysia boleh dibahagikan kepada empat kumpulan utama. Kumpulan pertama adalah melibatkan hospital-hospital swasta yang dibiayai dan diuruskan sepenuhnya oleh sektor swasta (contohnya adalah seperti Hospital Pantai, *Columbia Asia Hospital*, *Sunway Medical Centre* dan lain-lain). Kategori kedua adalah melibatkan hospital swasta yang dimiliki oleh perbadanan awam (contohnya adalah KPJ Healthcare yang merupakan syarikat milik Perbadanan Kemajuan Ekonomi Negeri Johor (PKENJ). Kategori ketiga pula melibatkan hospital swasta yang dimiliki oleh syarikat berkait kerajaan (*Government Linked Companies*) (GLC) seperti *Prince Court Hospital* di Kuala Lumpur yang dimiliki oleh syarikat petroleum negara, Petronas. Seterusnya, kategori keempat adalah melibatkan klinik-klinik swasta yang dimiliki dan diuruskan secara persendirian oleh pengamal perubatan.

Kewujudan entiti swasta dalam sektor kesihatan di negara ini bukan perkara yang baru memandangkan ianya telah wujud sekitar akhir abad ke 19 lagi. Walau bagaimanapun, kewujudan ini didapati pada skala yang kecil serta dimiliki oleh doktor persendirian dengan kebanyakan darinya tertumpu di bandar-bandar besar. Pun begitu, perkembangan ini didapati mulai mencapai kepesatan yang semakin ketara khususnya mulai tahun 80an ekoran daripada perubahan dasar oleh kerajaan. Ini dapat dibuktikan menerusi statistik bilangan hospital dan jumlah katil dari tahun 1970-2014, sebagaimana ditunjukkan di (Jadual 5.4).

University of Malaya

Jadual 5.4: Statistik Hospital Swasta dan Kerajaan di Malaysia 1970-2014

Tahun	Hospital Kerajaan		Hospital Swasta		Klinik Kerajaan	Klinik Swasta
	Jumlah	Bil katil	Jumlah	Bil Katil		
1970	72	17,063	6	Tiada data	1,167	Tiada data
1980	88	33,901	14	Tiada data	2,234	Tiada data
1990	95	33,901	63	4,675	2,588	Tiada data
2000	118	34,573	224	9,547	2,871	Tiada data
2010	145	37,793	251	13,186	2,886	6,442
2014	150	43,822	291	13,797	2,871	6,978

Sumber: Health Facts, MOH; Malaysia Health Systems Review 2013, WHO; NHEWS.
Nota: Maklumat hospital swasta mungkin tidak lengkap dan mungkin tidak termasuk dengan hospital yang mungkin beroperasi pada masa lepas tetapi telah ditutup

Berdasarkan Jadual 5.4, ianya jelas menggambarkan terdapat peningkatan bilangan hospital swasta di negara ini, berbanding hospital kerajaan. Misalnya pada tahun 1970 hanya terdapat 6 buah hospital swasta, tetapi dalam masa 20 tahun jumlahnya didapati meningkat sebanyak 57 buah atau hampir 90 peratus pada tahun 1990, Peningkatan ini menjadi semakin besar apabila pada tahun 2014 terdapat 291 hospital swasta telah dibina, berbanding hanya 150 buah hospital kerajaan pada tahun yang sama.

Begitu juga dengan bilangan katil apabila jika dibandingkan jumlahnya di hospital kerajaan jauh mengatasi bilangan di hospital swasta. Contoh, pada tahun 2014 direkodkan 43,822 katil di 150 buah hospital kerajaan berbanding 13,797 di hospital swasta. Keadaan ini adalah berkemungkinan disebabkan saiz hospital swasta dan bilangan katilnya lebih kecil berbanding hospital kerajaan. Statistik-statistik ini menunjukkan bahawa komersialisasi sektor kesihatan kian berkembang di negara ini dan berpotensi menyumbang kepada beberapa isu seperti aksesibiliti, ekuiti atau kesamarataan dan kemampuan, terutama dikalangan masyarakat berpendapatan sederhana dan rendah serta pengaliran keluar doktor pakar.

Menerusi jadual yang sama, peningkatan dari segi penglibatan sektor swasta dalam sektor kesihatan juga turut terserlah menerusi pembukaan klinik-klinik yang diuruskan oleh doktor persendirian. Misalnya, pada tahun 2014 direkodkan terdapat sebanyak

University of Malaya

6,978 klinik swasta di seluruh negara berbanding hanya 2,871 sahaja yang dimiliki oleh pihak kerajaan. Statistik ini membuktikan bahawa sepanjang lebih tiga dekad, sektor swasta didapati begitu pesat berkembang dengan menubuhkan samada hospital atau klinik masing-masing. Penglibatan sektor swasta melabur sejumlah wang yang besar dalam sektor kesihatan mencerminkan keyakinan mereka bahawa ianya adalah suatu cabang perniagaan yang boleh dikomersialkan serta mampu menjana pulangan hasil yang lumayan. Ini ditambah lagi dengan pelbagai insentif dan galakan yang diberikan oleh pihak kerajaan sendiri.

Analisis terhadap aktiviti bantahan terhadap pendirian Gabungan dalam isu melibatkan kemunculan secara pesat hospital-hospital swasta di negara ini mendapati terdapat tiga faktor utama yang telah dikemukakan sebagai hujahan terhadap bantahan mereka. Pertama, kemunculan hospital swasta secara tidak terkawal ini menyebabkan berlakunya penghijrahan kakitangan keluar dari hospital kerajaan ke hospital swasta. Kedua, lanjutan daripada berlakunya penghijrahan kakitangan maka ianya berpotensi menyumbang kepada kemerosotan kualiti perkhidmatan kesihatan dan melemahkan aspek penyampaian perkhidmatan di hospital kerajaan. Ketiga, GMPPK juga melahirkan kebimbangan bahawa kemunculan hospital swasta ini berpotensi menyumbang kepada masalah akses, ekuiti atau kesamarataan dan kemampuan bagi mendapatkan rawatan kesihatan, khusus dikalangan rakyat berpendapatan sederhana dan rendah. Perincian bagi setiap satu hujah Gabungan diatas adalah dikemukakan sebagaimana berikut:-

5.7.1 Berlaku Penghijrahan Kakitangan

Kemunculan hospital swasta yang cenderung menawarkan skim upah yang lebih tinggi berbanding apa yang ditawarkan oleh hospital kerajaan dikatakan antara punca yang mendorong kepada penghijrahan keluar kakitangan perubatan dan separa

University of Malaya

perubatan yang berpengalaman di hospital kerajaan untuk berkhidmat dengan hospital swasta.

Dalam hal ini, berdasarkan analisis, kritikan Gabungan terhadap keputusan kerajaan membenarkan perkembangan pesat hospital swasta di Malaysia serta kesan buruk darinya didapati telah dibincangkan sejak tahun 2004 lagi.

Dalam kritikannya, pihak GMPPK mendakwa pengaruh neo liberalisme yang dibawa oleh Thatcher dan Reagan telah kuat mempengaruhi Mahathir menerusi dasar Persyarikatan Malaysia dan pelaksanaan dasar penswastaan yang menyentuh tentang kerjasama antara sektor kerajaan serta swasta telah mula dilaksanakan pada awal tahun 80an. Pelaksanaan dasar ini yang antara lain memberikan penekanan kepada penglibatan sektor swasta sebagai penyedia perkhidmatan telah menyebabkan pembangunan dan kemunculan hospital swasta secara ketara di Malaysia. Hospital swasta, sebagai salah satu strategi pemasaran bersedia mengupah doktor pakar berpengalaman serta sanggup membayar kadar upah sehingga lima hingga sepuluh kali berbanding dengan apa yang mereka perolehi semasa berkhidmat di hospital kerajaan. Penegasan Gabungan terhadap perkara ini adalah sebagaimana yang dikemukakan menerusi artikel tulisan Setiausahanya, Dr Jeyakumar Devaraj yang dimuatkan didalam majalah bulanan Aliran Monthly pada tahun 2004. Antara lain beliau didapati mengemukakan pandangan sebagaimana berikut:-

> *"…… the Thatcherism revolution in the West found a strong adherent in Dr Mahathir who with his policies of Malaysia Incorporated and Public Private Partneship allowes the widespread development of private hospitals. These private hospitals led to a massive brain drain from the public sector, for incomes for private specialists were five to ten times higher than those in government sector specialist…"* (Devaraj, 2004: 12)

University of Malaya

Selanjutnya, bagi mengukuhkan bantahannya, Gabungan juga mengemukakan data-data empirikal. Data yang digunakan oleh Gabungan adalah merupakan data yang diperolehi dari dokumen kerajaan sendiri iaitu melibatkan peratusan statistik doktor pakar yang berkhidmat di hospital kerajaan dan hospital swasta pada tahun 1999. Pihak Gabungan mengaitkan ketidakseimbangan ini berikutan dari kemunculan hospital swasta yang telah mendorong penghijrahan keluar kakitangan di hospital kerajaan. Pandangan ini disampaikan juga oleh Setiausaha Gabungan sebagaimana ilustrasi di Jadual 5.5.

Jadual 5.5: Statistik Doktor Pakar Tahun 1999

Keterangan	Hospital Kerajaan	Hospital Swasta
Pakar*		
-Perubatan	33%	67%
-Pembedahan	34%	66%
-Sakit Puan (O & G)	20%	80%

*Sumber: Jeyakumar, 2005, Kertas kerja bertajuk "*The National Health Financing Scheme*" yang dibentangkan di Forum Khas Penswastaan Kesihatan MTUC pada 28 April 2005, Subang Jaya

Berdasarkan kepada Jadual 5.5 diatas didapati hanya 34 peratus doktor pakar perubatan berkhidmat di hospital kerajaan, berbanding 67 peratus pula di hospital swasta. Manakala bagi pakar pembedahan dan pakar sakit puan pula, masing-masing 34 peratus dan 20 peratus kekal berkhidmat dengan hospital kerajaan, berbanding 68 peratus dan 80 peratus masing-masing berkhidmat dengan pihak swasta. Statistik-statistik ini secara tidak langsung menyokong dakwaan Gabungan bahawa hospital swasta itulah merupakan antara punca kepada berlakunya ketidakseimbangan dari segi bilangan doktor pakar di kedua-dua buah hospital yang berkenaan, sekaligus menyumbang kepada beberapa permasalahan yang lain.

Senada dengan pernyataan yang dikemukakan oleh Jeyakumar, Presiden GMPPK, Subramaniam Pillay didapati mengemukakan hujah yang sama menerusi artikel beliau

University of Malaya

dalam Aliran Monthly keluaran tahun 2005. Antara lain beliau mengemukakan pandangan bahawa permasalahan yang dihadapi oleh sektor kesihatan di negara ini adalah kesan dari dasar-dasar yang dilaksanakan oleh Dr Mahathir Mohamad semasa pemerintahannya sebagai Perdana Menteri ke 4 mulai awal tahun 80an. Dasar penswastaan yang dilaksanakan misalnya tidak hanya terhad kepada lain-lain sektor ekonomi, tetapi turut juga dilaksanakan dalam sektor sosial, seperti pendidikan dan kesihatan.

Ini didapati berlaku ekoran daripada kemunculan hospital swasta yang kian ketara swasta di negara ini. Sungguhpun kerajaan mendakwa bahawa sektor swasta perlu memainkan peranan aktif khususnya bagi mengurangkan permintaan di hospital kerajaan tetapi dari segi Gabungan, sebagaimana pandangan beliau bahawa ini adalah faktor paling utama yang menyumbang kepada berlakunya penghijrahan kakitangan yang berkenaan, sebagaimana dinyatakan menerusi transkripsi temubual di Aliran Monthly seperti berikut:-

> *Issue: "Why then is the health care system facing so many problems now?"*
>
> *Answe: "There are many causes for this, most of which originated during the era of Dr Mahathir's tenure as prime minister When he came to power in 1981, he introduced policies which permitted the private sector to play greater role in non-traditional areas like health and higher education. Thus, during the 1980s and 1990s, Malaysia witnessed a sharp increase in the number of profit-seeking private hospitals. Prior to this, most of the private hospitals were run by non-profit community and religious organisation. The governments's justification for its support of profit-oriented private hospitals was that it would reduce the demand on government hospitals; the rich would go to the private hospitals and thus the poorer patients would have better and faster services at the government hospitals.....The main reason for this was the massive brain drain of highly qualified and experienced medical personnel from the public sector to the private sectors."*(Pillay, 2005: 4)

Dalam memperkukuhkan hujahnya, Presiden GMPPK menerusi artikel yang sama telah mengemukakan pandangan bahawa kemunculan hospital swasta merupakan antara

University of Malaya

penyumbang kepada persaingan tidak sihat antara kedua-dua hospital swasta dan kerajaan. Ini adalah apabila hospital swasta yang berorientasikan keuntungan sepenuhnya telah menggunakan insentif kewangan dengan menawarkan upah yang tinggi bagi memancing doktor pakar di hospital kerajaan. Ianya antara punca utama berlakunya penghijrahan keluar kakitangan. Malahan Presiden GMPPK mendakwa bahawa terdapat sesetengah doktor pakar di hospital swasta yang pendapatannya mampu mencecah sehingga RM200,000 sebulan, berbanding hanya RM4,000 hingga RM12,000 yang diterima oleh doktor pakar di hospital kerajaan. Kenyataan beliau dari temubual adalah seperti berikut:-

> *Issue: "Why did the brain drain happen?"*
>
> *Answer: "There are both pull and push factors involved. Firstly, income differences are enormous; a specialist in the public sector earns between RM4,000-RM12,000 per month while those in the private sector earn between RM10,000-RM100,000 per month. Some surgical specialists can even earn more than RM200,000 per month!....."* (Pillay, 2005: 4)

Sungguhpun pendekatan secara kaunter-hegemoni menerusi pelbagai medium dilaksanakan oleh pihak Gabungan, namun didapati pihak kerajaan tidak mengendahkannya. Misalnya, pihak Gabungan mendakwa bahawa pada bulan April 2008, sebanyak 45 lesen kepada pihak swasta untuk membina hospital swasta baru telah dikeluarkan oleh Kementerian Kesihatan. Menurut pihak Gabungan lagi, hospital-hospital swasta ini apabila siap dan hendak beroperasi akan mengambil jalan mudah untuk mendapatkan kakitangan perubatan berpengalaman dengan mensasarkan mereka yang berkhidmat di hospital kerajaan. Akibat tindakan ini dianggarkan seramai 10 orang doktor pakar kerjaaan "dicuri" oleh setiap sebuah hospital swasta yang baru dibuka. Pandangan Gabungan ini telah dihujahkan menerusi suatu forum sebagaimana berikut:-

> "*...He informed the audience that in April 2008, the Health Ministry had given licenses to build 45 new private hospitals. He asked, where*

University of Malaya

> *would so many new hospitals look in order to recruit new medical and nursing staff? These new hospitals would not be teaching hospitals where they would be committed to educate medical and nursing students and produce more doctors and nurses for the country. Their sole aim would be to provide services for profit. As such, they would most likely recruit their staff from government hospitals. It is estimated that for each private hospital established, about 10 senior medical experts would be poached from a government hospital in the same vicinity……*" (Devaraj, 2010: 4)

Tidak sekadar menggunakan pendekatan kaunter-hegemoni samada menerusi penganjuran aktiviti seperti seminar, forum dan sebagainya dalam mengemukakan bantahan, pendekatan secara modal sosial juga turut digunakan oleh Gabungan. Misalnya, Gabungan didapati menggunakan saluran komunikasi rasmi dengan pihak kerajaan dalam mengetengahkan bantahan. Antaranya adalah dengan menulis surat rasmi. Dalam hal ini pihak Gabungan dalam surat bertarikh 4 Mei 2005 yang dihantar kepada Ketua Pengarah Kesihatan dan Menteri Kesihatan telah menyentuh beberapa perkara berhubung isu penghijrahan keluar kakitangan di hospital kerajaan (GMPPK, 2005).

Pihak Gabungan menegaskan bahawa keputusan kerajaan untuk menggalakkan komersialisasi dalam sektor kesihatan sejak awal tahun 80an secara tidak langsung telah melemahkan hospital kerajaan itu sendiri. Ianya adalah kerana disebabkan tawaran upah yang tinggi serta beberapa faktor yang lain telah mendorong doktor pakar di hospital kerajaan berhijrah untuk berkhidmat dengan hospital swasta. Perincian yang dikemukakan menerusi surat tersebut adalah sebagaimana berikut:-

> "……Satu contoh adalah keputusan dalam tahun 1980an untuk membenarkan syarikat swasta bersifat komersial untuk membuka hospital swasta. Sampai itu hanya badan-badan kebajikan (*non-profit organisation*) yang dibenarkan menjalankan Hospital Swasta. Pada takat itu, kami, rakyat Malaysia diberitahu oleh kerajaan bahawa keputusan ini akan membantu lapisan sederhana dan miskin kerana jika orang kaya pergi ke hospital swasta, pakar-pakar di hospital awam dapat lebih masa untuk jaga lapisan-lapisan sederhana dan miskin. Sekarang selepas 25 tahun, kita semua sedar bahawa keputusan membenarkan hospital swasta telah melemahkan hospital

University of Malaya

> awam kerana pendapatan yang jauh lebih tinggi di sektor swasta telah menyebabkan "*brain drain……*" (GMPPK, 2005: 1)

Pandangan ini turut dikongsi oleh Dr Jayakumar, Ahli Jawatankuasa Pemandu Gabungan menerusi wawancara yang diadakan. Antara lain beliau menyatakan bahawa, "…..*So when your private hospitals is go up of course here government talking about healthcare and welfare on the other side you doing private care and you pushing the standard higher and attracting more specialist into the private healthcare…..*" (komunikasi peribadi, Mac 15, 2016).

5.7.2 Menjejaskan Kualiti Perkhidmatan Hospital Kerajaan

Selain dari masalah penghijrahan kakitangan, kemunculan hospital swasta menurut pihak Gabungan juga turut berpotensi mencetuskan isu kualiti, khususnya melibatkan hospital kerajaan. Ini kerana menurut pihak Gabungan, penghijrahan kakitangan perubatan yang berpengalaman ini mengakibatkan mereka yang tinggal dan masih berkhidmat di hospital kerajaan terdiri dari doktor muda yang kurang berpengalaman. Sekaligus ini dikhuatiri boleh menjejaskan tahap penyampaian perkhidmatan rawatan kesihatan kepada para pesakit. Isu ini adalah amat serius kepada Gabungan terutama apabila ianya melibatkan keselamatan dan nyawa pesakit.

Perkara ini telah dibangkitkan oleh Dr Subramaniam, Presiden GMPPK yang antara lain menggambarkan betapa realiti sebenar perkhidmatan di hospital kerajaan didapati nyata berbeza berbanding dengan apa yang dilaporkan oleh kerajaan. Permasalahan seperti waktu menunggu yang lama serta kualiti perkhidmatan yang semakin merosot, pada pihak Gabungan adalah merupakan suatu isu serius yang amat membimbangkan. Pandangan ini boleh didapati menerusi artikel tulisan Presiden Gabungan, Dr Subramaniam dalam Aliran Monthly Vol 25(4) iaitu,*"….The reality, of course was different. The waiting time and quality of service in the government hospitals actually deteriorated during this period…."* (Pillay, 2005: 4).

University of Malaya

Berdasarkan pandangan Gabungan juga, kualiti perkhidmatan sektor kesihatan terutama di sektor awam dijangka akan terus merosot ekoran daripada permasalahan penghijrahan kakitangan yang difahamkan terus berlaku. Kebimbangan ini ditunjukkan menerusi suatu memorandum yang telah dikemukakan kepada Ahli-ahli Parlimen (GMPPK, 2006). Antara yang ditimbulkan oleh pihak Gabungan adalah dari segi peratusan doktor pakar yang semakin berkurangan di hospital kerajaan. Umpamanya pada tahun 2009, sekitar 75 peratus doktor pakar di Malaysia didapati berkhidmat dengan hospital swasta, berbanding hanya 25 peratus di hospital kerajaan. Ironinya jumlah kemasukan pesakit ke hospital kerajaan adalah 75 peratus berbanding 25 peratus sahaja ke hospital swasta.

Ketidakseimbangan yang berlaku di hospital kerajaan khususnya melibatkan bilangan pesakit yang dirawat dan bilangan doktor pakar yang merawat begitu ketara. Justeru, berdasarkan analisisnya, pihak Gabungan percaya ianya menyumbang kepada beberapa permasalahan lain terutama dari segi kualiti perkhidmatan di hospital kerajaan. Antara yang dikaitkan adalah adalah waktu menunggu yang lebih lama. Seterusnya ianya bakal menjejaskan kualiti perkhidmatan, apatah lagi dikaitkan dengan bilangan doktor pakar yang jauh berkurangan di hospital kerajaan, dan terpaksa pula merawat bilangan pesakit yang jauh lebih ramai berbanding hospital swasta dan menyumbang kepada kesesakan. Pendirian Gabungan sebagaimana yang dinyatakan menerusi memorandum tersebut adalah seperti berikut:-

> "…mengikut angka-angka dari dokumen RM ke 8, lebih kurang 75% daripada pakar di Malaysia telah berada di sektor swasta pada tahun 1999.. Hospital awam hanya ada 25% daripada jumlah doktor pakar di negara ini, tetapi hospital awam merawati 75% daripada pesakit yang dimasukkan dalam hospital. Selain daripada beban klinikal yang berat ini, doktor pakar di hospital awam juga ditugaskan melatih dan membimbing doktor-doktor siswazah dan juga doktor-doktor yang sedang berlatih menjadi pakar! Kualiti doktor pakar di hospital awam adalah suatu sebab utama mengapa kualiti rawatan untuk orang awam telah berbeza daripada lapisan kaya dapat di hospital-hospital swasta…" (GMPPK, 2006: 2)

University of Malaya

Kemerosotan kualiti perkhidmatan di hospital kerajaan juga turut dikaitkan dengan perkembangan dan galakan yang diberikan oleh kerajaan terhadap pelancongan kesihatan. Menurut Gabungan, pelancongan kesihatan telah menjadi punca kepada penghijrahan doktor pakar dari sektor awam ke sektor swasta. Ini adalah disebabkan hospital swasta baru yang dibangunkan dan terlibat dalam sektor pelancongan kesihatan mensasarkan doktor pakar berpengalaman di hospital kerajaan untuk berkhidmat dengan mereka.

Sebagaimana hujahan yang telah dikemukakan sebelum ini ianya akan meninggalkan hanya doktor muda yang kurang berpengalaman bagi merawat hampir 75 peratus pesakit di hospital-hospital kerajaan. Sekaligus Gabungan berpandangan ini hanya menyumbang kepada kemerosotan kualiti perkhidmatan kesihatan di hospital kerajaan. Pandangan ini ada dinyatakan dalam memorandum kepada Ahli-ahli Parlimen, sebagaimana berikut:-

> "…Pada analisa kami punca utama untuk kemerosotan kualiti rawatan untuk 75% rakyat Malaysia adalah penghijrahan doktor pakar daripada sektor awam ke sektor swasta. Kekurangan doktor pakar yang berpengalaman di hospital kerajaan sedang menjejaskan kualiti rawatan yang diterima oleh orang awam yang bergantung kepada hospital awam. Pada analisa GMPPK, jika Health Tourism diperluaskan, sempatan bekerja di sektor swasta akan berkembang, dan penghijrahan doktor ke sektor swasta akan bertambah serius. Oleh ini GMPPK berpendapat bahawa Health Tourism ini tidak harus digalakkan. Rawatan yang berkualiti kepada rakyat kita harus menjadi tujuan utama……." (GMPPK, 2006: 3)

Keseriusan Gabungan dalam menyatakan pendirian mereka berhubung isu kemerosotan kualiti perkhidmatan di hospital kerajaan didapati turut dinyatakan dilain-lain medium. Contohnya, dalam suatu forum di Pulau Pinang pada tahun 2010, Dr Jeyakumar, Setiausaha GMPPK dengan tegas menyatakan bahawa hanya satu pertiga dari doktor di negara ini berkhidmat di hospital kerajaan. Namun mereka terpaksa merawat tiga per empat pesakit dan situasi ini amat membebankan dari segi beban kerja

University of Malaya

dikalangan doktor di hospital awam. Sekaligus ia berpotensi untuk menyumbang kepada waktu menunggu yang semakin lama dan sekaligus menjejaskan piawaian perkhidmatan. Pandangan Jeyakumar adalah dipetik sebagai berkata:-

> "*..Only one third of the country's medical doctors are serving in government hospitals amd they have to serve three quarters of the population. As such they are overwhelmed by the ever-increasing workload. Patients seeking treatment at public hospitals have to endure long quees and a deteriorating standard of service…*" (Devaraj, 2010: 4)

Menerusi forum di Pulau Pinang itu juga Dr Jeyakumar menambah bahawa penghijrahan kakitangan yang berpengalaman di hospital kerajaan ke hospital swasta hanya akan menyumbang kepada beberapa masalah tertentu. Antara masalah yang dikemukakan pihak Gabungan adalah melibatkan aspek pertambahan beban tugas kepada kakitangan yang sediada dan masih berkhidmat di hospital kerajaan. Lagi pula kebanyakan yang masih berkhidmat terdiri dari mereka yang kurang berpengalaman dan terpaksa melakukan tugas seperti pembedahan kompleks di luar kebolehan dan kepakaran mereka. Senario ini tidaklah hanya terhad dikalangan para doktor tetapi juga turut berlaku dikalangan para jururawat, paramedik, juruteknik makmal dan staf kejuruteraan hospital awam. Pendirian Gabungan sebagaimana disampaikan Jeyakumar adalah seperti berikut:-

> *".. The departure of senior medical consultants from public hospitals would result in shifting the already heavy workload to medical staff who choose to remain behind. Many less experienced doctors would be called upon to perform surgeries and duties which are beyond their capabilities. Similar situations would result in further shortage of nurses, paramedical staff, laboratory technicias and engineering staff in the public hospitals…."* (Devaraj, 2010: 5)

Peningkatan kualiti perkhidmatan dalam sektor kesihatan, sebagaimana juga dalam lain-lain sektor pekerjaan memerlukan suatu program latihan yang berterusan. Setiap doktor sewajarnya senantiasa berusaha untuk memastikan tahap pengetahuan dan kemahirannya tidak statik, apalagi bidang perubatan didapati berkembang dengan pesat

University of Malaya

ekoran kemajuan teknologi dan penyakit yang kian kompleks. Dalam hal ini, doktor-doktor pakar sediada di hospital kerajaan adalah merupakan sumber tenaga manusia terlatih sediada yang amat penting memandangkan kepada merekalah kerajaan bergantung harap untuk menyediakan latihan kepada bakal doktor.

Walau bagaimanapun, dengan berlakunya penghijrahan doktor pakar berpengalaman yang lazimnya berperanan sebagai tenaga pengajar, maka, secara langsung aspek latihan dan pengajaran berpotensi terjejas. Sekaligus kemungkinan terhadap berlakunya kemerosotan dari aspek kualiti doktor yang dikeluarkan juga tinggi. Jika ini berlaku tentu sekali mutu kualiti perkhidmatan juga turut terkesan. Pada pandangan Gabungan, kepentingan hospital kerajaan sebagai institusi utama yang menyediakan latihan perubatan kepada pelajar perubatan, para doktor muda dan staf paramedik tidak harus dikompromi. Ini semua amat penting terutama dalam usaha-usaha ke arah memastikan kualiti perkhidmatan kesihatan terus dipertingkatkan. Ini didapati selari dengan kenyataan Jeyakumar menerusi forum di Pulau Pinang pada tahun 2010 iaitu sebagaimana berikut:-

> *"…that government hospitals are important institutions for training medical students, young doctors and para-medical staff. They are the centres for passing on skills and experience to the next generatios of health care providers……"* (Devaraj, 2010: 5)

Pendekatan secara modal sosial didapati turut dilaksanakan oleh pihak Gabungan. Ini diterjemahkan menerusi saluran komunikasi secara rasmi dengan pihak kerajaan. Antaranya adalah menerusi sepucuk surat yang telah dihantar ke pejabat Perdana Menteri pada 22 Ogos 2006. Tujuan surat ini adalah bagi mendapatkan tarikh temujanji dengan Perdana Menteri setelah usaha-usaha Gabungan untuk berjumpa Menteri Kesihatan sebelum ini tidak mendapat maklumbalas positif. Sebagaimana ditegaskan didalam surat tersebut pihak Gabungan menjelaskan betapa mereka begitu khuatir dan bimbang terhadap cadangan-cadangan berasaskan pendekatan neoliberal yang diambil

University of Malaya

oleh kerajaan dalam sektor kesihatan. Ini kerana pada pendirian GMPPK ini hanya akan melemahkan perkhidmatan kesihatan awam dan sekaligus menjejaskan kebajikan orang ramai. GMPPK menyatakan misalnya menerusi surat tersebut dipetik sebagai menyatakan bahawa, "……cadangan *Health Tourism* akan membawa beberapa kesan buruk terhadap kesihatan awam yang harus kita pelihara" (GMPPK, 2006: 2).

Implikasi terhadap kemungkinan kemerosotan kualiti perkhidmatan kesihatan didapati tidaklah hanya dikemukakan oleh Gabungan semata-mata. Malahan isu ini turut menarik perhatian bekas pegawai kanan kerajaan sendiri. Ini adalah sebagaimana yang dikemukakan oleh bekas Ketua Pengarah Kesihatan sendiri, Dr Abdul Khalid Sahan semasa menyampaikan ucaptama dalam forum anjuran GMPPK dan FOMCA pada than 2005 di Universiti Malaya. Isu kebanjiran hospital swasta dalam pasaran, kecenderungan mereka menarik doktor pakar kerajaan dengan menawarkan gaji yang lumayan sekaligus meninggalkan doktor muda yang kurang berpengalaman dengan gaji yang lebih rendah telah dibangkitkan oleh belaiu. Ketidakseimbangan ini hanya menyumbang kepada kemerosotan moral, dan menjejaskan kecekapan dan kualiti perkhidmatan kesihatan di hospital kerajaan. Pendirian Dr Khalid telah dimuatkan dalam keluaran khas Aliran Monthly tahun 2005 dan ianya boleh dipetik sebagai berikut:-

> "*....the growth of the private sector has continued to encourage the exodus of doctors, specialiast and other professionals from the government to the more lucrative private sector. A much larger government sector is now run by a much smaller number of lower paid staff. This imbalance obviously does not contribute towards building good morale, efficiency and quality of service...*" (Aliran, 2005: 12)

University of Malaya

5.7.3 Isu Akses, Ekuiti dan Kemampuan

Menurut Gabungan, dasar kerajaan yang menggalakkan kewujudan hospital swasta di negara ini juga berkemungkinan memberi beberapa lagi kesan buruk kepada sektor kesihatan. Antaranya melibatkan isu akses, ekuiti dan kemampuan bagi membayar perkhidmatan kesihatan. Kesan ini dipercayai lebih buruk khususnya dikalangan rakyat yang berpendapatan sederhana dan rendah.

Beberapa medium secara kaunter-hegemoni didapati telah digunakan Gabungan dalam menyuarakan pendirian mereka terhadap isu diatas. Antaranya adalah menerusi petisyen. Sungguhpun pada peringkat awalnya petisyen berkenaan mensasarkan tandatangan 100,000 rakyat, namun sehingga mesyuarat jawatankuasa Gabungan pada 18 September 2005 didapati hanya 3,000 tandatangan sahaja yang mampu diperoleh. Akhirnya, sejumlah 8,000 tandatangan berjaya diperolehi petisyen ini telah dikemukakan pada 23 November 2006 ke pejabat Perdana Menteri (GMPPK, 2006).

Isu kemampuan untuk membayar kos perubatan menurut pihak Gabungan merupakan antara kesan segera yang lahir ekoran daripada kemunculan hospital swasta di negara ini. Gabungan melihat bahawa inisiatif dan galakan kerajaan kepada sektor swasta untuk menceburkan diri dalam sektor kesihatan hanyalah menyumbang kepada elemen komersialisasi yang berleluasa, sekaligus menjadikan kesihatan sebagai satu komoditi atau bahan untuk diperdagangkan. Akhirnya, kesan buruk daripada dasar sebegini adalah bilamana beban bayaran yang lebih tinggi dipindahkan kepada rakyat yang terpaksa membayar suatu kadar yang lebih tinggi apabila menggunakan perkhidmatan di hospital swasta. Ianya bukan suatu perkara yang luar biasa memandangkan keuntungan merupakan motif utama mereka. Sesungguhnya bagi pihak Gabungan senario seumpama ini hanyalah sebahagian daripada cara yang menjurus

University of Malaya

kehancuran sistem kesihatan awam. Pendirian Gabungan sebagaimana dinyatakan menerusi petisyen tersebut adalah seperti berikut:-

> "…Yang Amat Berhormat, kami GMMPK, beranggap sistem kesihatan awam negara kita adalah suatu aset yang amat penting bagi rakyat dan harus dipelihara dan diperkukuhkan. Perkhidmatan kesihatan bukanlah suatu komoditi yang boleh diniagakan dalam pasaran bebas seperti yang diingini oleh pihak neoliberal. Rancangan-rancangan yang disenaraikan diatas (merujuk kepada rancangan neoliberal seperti promosi pelancongan kesihatan dan sebagainya) adalah bertujuan untuk menukar perkhidmatan perubatan kepada suatu komoditi dan memindahkan beban bayaran untuk rawatan ke bahu orang awam" (GMPPK, 2006: 1)

Satu lagi perkara utama yang ditimbulkan oleh pihak Gabungan melibatkan kesan yang timbul dari perkembangan pesat hospital swasta adalah melibatkan isu akses. Sebagaimana ditegaskan oleh Gabungan menerusi memorandum kepada Ahli-ahli Parlimen, satu senario telah dipaparkan bagaimana isu akses memberi kesan buruk, terutama melibatkan golongan berpendapatan sederhana dan rendah yang tidak berkemampuan membayar kos yang tinggi bagi mendapatkan perkhidmatan kesihatan di hospital swasta.

Menggunakan suatu kes melibatkan pesakit jantung sebagai analogi, Gabungan percaya bahawa bagi pesakit dari kalangan berpendapatan tinggi, mereka tidak akan menghadapi masalah untuk rawatan segera di hospital swasta. Situasi juga didapati lebih baik jika melibatkan pesakit dikalangan kakitangan kerajaan memandangkan mereka boleh mendapatkan rawatan di IJN. Tetapi pihak Gabungan mempersoalkan bagaimanakah nasib dengan lebih 75 peratus rakyat yang mempunyai pendapatan dibawah RM3,000 sebulan apabila perlu berhadapan dengan situasi seperti ini. Ditambah dengan isu kewangan dan mungkin juga tidak dilindungi insurans, Gabungan percaya mereka dari kelompok ini memerlukan sekurang-kurangnya empat bulan waktu menunggu untuk mendapatkan rawatan. Huraian terhadap pandangan Gabungan dalam hal ini adalah sebagaimana berikut:-

University of Malaya

> "….Pada takat ini, akses rakyat pada perkhidmatan kesihatan adalah bergantung pada taraf sosio-ekonomi keluarga pesakit. Umpamanya, seorang berpendapatan tinggi dengan penyakit *Ischemic Heart Disease* boleh dapatkan perkhidmatan pakar dan kardiologi pada hari itu juga di hospital-hospital swasta. Tetapi 75% rakyat Malaysia yang berpendapatan sekeluarga dibawah RM3000 sebulan terpaksa menunggu 4 bulan atau lebih untuk rawatan pakar kardiologi kerana bilangan kardiologist tidak mencukupi di hospital-hospital kerajaan. Situasi kakitangan kerajaan adalah lebih senang sedikit kerana mereka ada akses pada hospital-hospital yang telah dikorporatkan seperti IJN dan University Malaya Medical Centre dan mereka boleh dapat appointment dalam seminggu atau dua jika memerlukan rawatan pakar kardiologi……..Situasi adalah sama untuk pesakit yang mengidap kerosakan buah pinggang……Pada masa ini ramai orang awam tersepit antara kekurangan kepakaran dalam hospital kerajaan dan kos rawatan yang tinggi di sektor swasta…" (GMPPK, 2006: 1)

Pandangan bahawa hospital swasta berpotensi menimbulkan masalah dari segi akses dikalangan rakyat khusus yang berpendapatan sederhana dan rendah bukan sahaja disuarakan oleh pihak Gabungan. Adalah didapati selain dari GMPPK, terdapat kumpulan masyarakat madani, misalnya *Worker's Health & Safety Penang* yang tidak ketinggalan membangkitkannya. Wakil kumpulan ini iaitu T Jayabalan semasa menjadi ahli panel forum *Whats is wrong with our health care system* pada 20 Mac 2010 di Pulau Pinang misalnya mengkritik tindakan kerajaan mempromosikan pelancongan kesihatan. Ini adalah kerana menurut beliau pelancongan kesihatan secara tidak langsung menyekat dan melambat-lambatkan akses dikalangan warganegara bagi mendapatkan rawatan di hospital swasta memandangkan keutamaan diberikan kepada pesakit asing yang mampu membayar kos yang dikenakan. Pandangan beliau adalah sebagaimana berikut:-

> "*….the government recent drive to promote medical tourism, which he said is indirecltly delaying local citizens access to medical services because private hospital wooing more foreigners to seek medical treatment here. .."* (Jayabalan, 2010: 2)

Menerusi forum yang sama, Setiausaha Gabungan, Dr Jeyakumar menambah bahawa sistem pasaran bebas yang lahir dari penekatan neo liberal yang digalakkan oleh kerajaan hanya membawa kepada keburukan. Beliau mendakwa bahawa sistem ini tidak

University of Malaya

memberi suatu jaminan bahawa suatu akses yang saksama kepada perkhidmatan kesihatan dapat diwujudkan. Malahan beliau mengingatkan kerajaan bahawa adalah menjadi tugas utama mereka untuk memastikan setiap rakyat dipastikan mendapat akses yang sewajarnya terhadap perkhidmatan kesihatan. Jeyakumar dipetik sebagai berkata seperti berikut:-

> *"…that the free market system cannot guarantee equiatable access to health care services and it is the duty of the government to ensure that the people get access to services they deserve and need*". (Devaraj, 2010:5)

Rumusan dan pandangan Gabungan terhadap kesan akibat dari kemunculan hospital swasta di negara ekoran galakan kerajan menerusi polisinya sendiri boleh dilihat menerusi suatu kertas kerja dibentangkan oleh Jeyakumar pada tahun 2009 dalam satu seminar di Selangor.

Kepesatan pembangunan hospital swasta, membawa kepada senario dimana doktor pakar dan kakitangan separa perubatan seperti jururawat dan paramedik terlatih di hospital kerajaan "dicuri" oleh hospital swasta. Pengaliran keluar kakitangan yang berlaku ini merupakan antara faktor penyumbang kepada kemerosotan yang berlaku terhadap aspek kualiti perkhidmatan di hospital kerajaan. Gabungan percaya jika ianya tidak dibendung, maka situasi yang lebih buruk boleh berlaku pada masa hadapan. Ini adalah sebagaimana petikan dari kertas kerja berkenaan iaitu:-

> "*….More private hospitals – will pinch specialists, doctors, and paramedical staff from the government hospitals, brain drain from government hospitals will get worse and quality of care in Government hospital will deteriorate further….*" (Devaraj, 2009: 3)

Dr Jeyakumar, Setiausaha Gabungan dalam wawancara juga merumuskan bahawa komersialisasi perkhidmatan kesihatan adalah suatu idea yang salah dari segi halatuju dalam dasar kesihatan Malaysia. Ianya adalah pendekatan neo liberal yang

University of Malaya

menguntungkan pasaran dan merugikan rakyat berpendapatan rendah. Ini adalah sebagaimana dinyatakan oleh beliau iaitu:-

> "*…….I think we going in a wrong direction. Basically it is a neoliberal approach. Idea is government should out of the provision of health services and give it to the private sector. That is the basic philosophy behind it. The government just regulate, lets the private sector run it, market run things better than government. So the idea is to transfer more and more things to the private sector. So that's what we against that. So you can see that support services been privatised. They want to set up private wings. They want to corporatize the hospital. They want to integrate the internal market within the health services. All of this basically make things run more on money and poorer people will be left out. So that's why we against it…..*" (komunikasi peribadi, Mac 28, 2016)

Pendapat Dr Jeyakumar turut disokong oleh Dr Xavier Jayakumar, Ahli Jawatankuasa Pemandu GMPPK apabila mencadangkan supaya pemberian lesen hospital swasta dihentikan. Ini berkait dengan kecenderungan dari segi perkembangan hospital swasta akan juga menyebabkan penggalakan industri pelancongan kesihatan yang sekaligus menyumbang kepada penghijrahan kakitangan. Dalam hal ini beliau dipetik sebagai berkata:-

> "*……I think we should stop from giving license to new private hospital, because private hospital will drag the specialist in public hospital to fill up the private hospital so that is also a huge problem. And the private hospitals don't serve as teaching hospital and all the teaching is burden on public hospital. We also fighting health tourism also. The more you do health tourism the more you attract the specialist to cross over…*" (komunikasi peribadi, Mac 15, 2016)

Sungguhpun percaya bahawa masih banyak yang perlu dilakukan oleh kerajaan bagi mengawalselia pertumbuhan pihak swasta dalam sektor kesihatan, salah satu kumpulan masyarakat madani yang mewakili pengamal perubatan swasta yang utama iaitu *Federation of Private Medical Practitioners Association of Malaysia* (FPMPAM) tidak bersetuju dengan pandangan GMPPK yang mahukan moratorium dan sekatan kepada pertumbuhan sektor swasta dalam sektor kesihatan dilakukan.

University of Malaya

Sebaliknya, salah seorang Ahli Majlis FPMPAM menerusi satu wawancara dengan penyelidik telah mengemukakan cadangan menggesa pihak kerajaan untuk memainkan peranan yang lebih aktif dengan memperkenalkan suatu mekanisme yang lebih telus terhadap aspek kawalan kos melibatkan tuntutan bil hospital di hospital swasta. Ini adalah agar pihak hospital swasta tidak mengambil kesempatan mengenakan caj berlebihan bagi kos hospital seperti caj wad, makanan dan sebagainya dengan tujuan untuk mengaut keuntungan berlebihan (komunikasi peribadi, Ogos 18, 2015). Namun apa yang berlaku sekarang adalah didapati kawalan dilakukan terhadap tuntutan melibatkan kos perubatan oleh para doktor yang berdasarkan kepada fi yang telah diluluskan oleh Parlimen. Namun perkara yang serupa didapati tidak berlaku melibatkan kos-kos bukan perubatan seperti makanan, caj wad dan sebagainya (komunikasi peribadi, Ogos 18, 2015).

Penelitian terhadap isu perkembangan hospital swasta dan komersialisasi dalam sektor kesihatan di Malaysia juga turut diteliti oleh para sarjana. Antaranya adalah sebagaimana hasil kerja oleh Barraclough (1997), Chee & Barraclough (2007), Chee (2010), Nwagbara & Rasiah (2015) dan Rasiah et al., 2017). Dalam hal ini, sebagai contoh hasil dari kajian yang dijalankan yang dilaksanakan oleh Nwagbara & Rasiah mendapati bahawa komersialisasi dalam sektor kesihatan tidak menyumbang kepada peningkatan prestasi hospital. Dapatan kajian mendapati bahawa 60 peratus daripada hospital kerajaan tidak efisien dan tidak beroperasi secara optimum.

Purata *Bed Occupancy Rates* (BOR) di kalangan hospital kerajaan adalah 56 peratus pada tahun 2006 berbanding 61 peratus pada tahun 2010. Terdapat lebihan ketara dari segi *Bed Turnover Rates* (BTR) iaitu antara 65 dan 73 kali bagi tempoh yang sama di hospital kerajaan. Secara keseluruhan didapati *Average Length of Stay* (ALOS) adalah merosot, iaitu jatuh dari 3.4 hari dalam tahun 2006 kepada 3.1 hari pada tahun 2010.

University of Malaya

Penemuan-penemuan ini jelas mengesahkan bahawa komersialisasi secara tidak lansgung telah melemahkan prestasi hospital kerajaan.

5.8 Bantahan Terhadap Penswastaan Perkhidmatan Sokongan Hospital

Perkhidmatan sokongan adalah merupakan komponen perkhidmatan bukan klinikal yang ditawarkan di sesebuah hospital bagi membolehkan kakitangan klinikal dan bukan klinikal hospital memberikan rawatan dan perkhidmatan terbaik kepada pesakit khasnya dan lain-lain pengguna hospital amnya. Dalam konteks perkhidmatan sokongan di hospital kerajaan di Malaysia, terdapat lima skop perkhidmatan yang terlibat. Kelima-lima skop perkhidmatan tersebut adalah penyelenggaran bangunan, penyelenggaran kejuruteraan bio perubatan, linen dan dobi, perkhidmatan pengurusan sisa pepejal dan perkhidmatan pembersihan.

Sebelum penswastaan dilaksanakan, perkhidmatan ini dikendalikan secara dalaman oleh pihak hospital sendiri. Kerajaan Malaysia mengambil keputusan untuk menswastakan perkhidmatan sokongan ini sebagai salah satu daripada usaha untuk mengurangkan beban kewangan kerajaan sekaligus untuk meningkatkan kualiti perkhidmatan kejuruteraan dan fasiliti di hospital kerajaan. Penswastaan ini menurut bekas Perdana Menteri Malaysia keenam, Najib Razak semasa adalah sesuai dengan mengambilkira keadaan semasa kerana ianya perlu kearah mengoptimumumkan kitaran hayat fasiliti. Ini adalah sebagaimana dinyatakan beliau seperti berikut:-

> *"...Malaysia has progressively undertaken various initiatives and programmes to improve the healthcare facility and engineering services. The development of public hospitals in Malaysia has migrated from the traditional design and built contract through to turnkey concept and most recently the public-private partnership approach. The latter is expected to provide long term private sector commitment in developing and maintaining quality healthcare facility in partnership with the government. This approach will provide optimum life cycle management of the healthcare facility from initial planning, design, procument, construction, equipping, installation,*

University of Malaya

> *tearting and commisisoning, maintenance, replacement and de-commisisonning*." (Razak, 2013: 1)

Cadangan penswastaan perkhidmatan sokongan di hospital kerajaan sebenarnya telah mula dirancang sejak tahun 1991 lagi. Ianya mula timbul apabila Unit Perancang Ekonomi (UPE) menerima beberapa kertas cadangan dari beberapa buah syarikat. Susulan dari itu, Kementerian Kesihatan telah mengumumkan satu projek penswastaan perkhidmatan sokongan di hospital kerajaan akan mula dilaksanakan pada tahun 1994.

Penswastaan ini telah dianugerahkan kepada tiga buah syarikat berasingan melibatkan tiga zon geografi yang berbeza, dengan setiap syarikat memonopoli kawasan yang telah dipertanggungjawabkan (Barraclough, 2000). Tiga buah syarikat tersebut adalah Syarikat Faber Mediserve bagi Zon Utara dan Malaysia Timur, Syarikat Redicare pula meliputi Zon Tengah dan Pantai Timur dan Syarikat Tongkah Medivest Sdn. Bhd. dipertanggungjawabkan bagi Zon Selatan. Faber Mediserve misalnya adalah merupakan sebuah konsortium dari empat syarikat termasuk Medlux (Guernsey) Ltd. Pemegang saham utamanya adalah *Faber Health Care Management Services* adalah syarikat milik penuh syarikat milik penuh Faber Group, yang dikuasai sebanyak 60 peratus oleh Renong, iaitu sebuah konglomerat yang dikaitkan dengan UMNO. Faber dari Amerika Syarikat dibawa masuk bagi mendapatkan kepakaran antarabangsanya melalui "*sub-contracting specialized work to companies in U.S. involvement*" (Barraclough, 2000: 348).

Manakala Tongkah Medivest pula dikaitkan dengan Mokhzani Mahathir, anak kepada bekas Perdana Menteri, Dr Mahathir Mohamad, dimana beliau pernah memegang jawatan sebagai Pengarah Urusan. Mokhzani juga terlibat dalam penubuhan sebuah lagi syarikat dalam konsortium ini iaitu Medivest. Mokhzani kemudiannya turut dikaitkan dengan dengan penguasaan dalam Hospital Pantai, sebelum menjual kepentingannya kepada Khazanah/Parkway (Barraclough 2000; Nambiar, 2009).

University of Malaya

Radicare yang memenangi jumlah kontrak paling besar dalam program penswastaan ini pula pada asalnya dianugerahkan kepada Asia Lab, sebuah syarikat yang dimiliki oleh dua orang ahli perniagaan Melayu iaitu, Sulaiman Aris dan Azmi Jaafar. Kedua-duanya mempunyai kaitan dengan UMNO dan pernah bekerja dengan Tun Musa Hitam (yang merupakan Timbalan Perdana Menteri dan Timbalan Presiden UMNO antara tahun 1981-1985) (Nambiar, 2009).

Penegasan Gabungan terhadap kesan buruk yang berpotensi timbul akibat dari keputusan kerajaan untuk menswastakan perkhidmatan sokongan di hospital kerajaan didapati telah dibangkitkan menerusi pelbagai platform. Dalam hal ini dua hujah utama telah dikemukakan oleh pihak Gabungan bagi mengukuhkan pendirian mereka dalam menentang pelaksanan penswastaan ini. Hujah yang pertama adalah penswastaan ini hanya mengakibatkan berlakunya peningkatan kos kepada pihak kerjaaan yang sekaligus membebakan pengguna, dan hujah kedua yang digunakan oleh pihak Gabungan adalah melibatkan aspek urustadbir dan ketelusan penswastaan tersebut. Perincian terhadap reaksi-reaksi Gabungan dalam hal ini adalah sebagaimana berikut:-

5.8.1 Berlaku Peningkatan Kos

Matlamat asas penswastaan sebagaimana yang telah dinyatakan oleh kerajaan menerusi dokumen rasminya adalah sebagai sebahagian daripada usaha untuk mengurangkan kos. Menurut kerajaan ini dapat dicapai menerusi penswastaan apabila kerajaan tidak perlu lagi melaksanakan sesuatu perkhidmatan yang sebelum ini dilakukan sendiri oleh kakitangan secara dalaman. Pelaksanaan secara konvensional yang diamalkan kerajaan sebelum ini didakwa hanya mengakibatkan kerajaan terpaksa menanggung kos operasi yang tinggi melibatkan gaji, kerja lebih masa, kos kesihatan, pencen, latihan dan sebagainya. Sebaliknya, apabila penswastaan dilakukan maka semua kos berkenaan dapat dikeluarkan daripada butiran perbelanjaan memandangkan

University of Malaya

ianya telah dipindahkan kepada syarikat konsesi yang dilantik untuk melaksanakan perkhidmatan berkenaan.

Walau bagaimanapun, dari segi realitinya Gabungan mendakwa ianya tidak berlaku sebagaimana dakwaan kerajaan. Sebaliknya didapati pelaksanaan penswastaan ini telah menyebabkan perbelanjaan kerajaan meningkat. Ini adalah kerana kerajaan terpaksa membayar suatu kos yang jauh lebih tinggi kepada syarikat konsesi berbanding dengan pelaksanaan secara dalaman yang dilakukan oleh kerajaan sendiri sebelum ini. Mengambil contoh penswastaan perkhidmatan sokongan di hospital kerajaan, Gabungan memetik bahawa penswastaan tersebut telah menyebabkan kerajaan membayar sebanyak RM450 juta selepas penswastaan pada tahun 1997, berbanding RM140 juta sebelum penswastaan pada tahun 1996.

Kesimpulannya, pihak Gabungan tidak nampak bahawa asas yang digunakan bagi melaksanakan penswastaan sebagai jalan untuk mengurangkan kos, memandangkan apa yang berlaku berdasarkan kajian-kajian empirikal adalah sebaliknya. Ini adalah sebagaimana pandangan dikemukakan oleh Presiden GMMPK, Subramaniam Pillay menerusi artiikel beliau didalam majalah Aliran Monthly pada tahun 2005. Antara lain ianya adalah seperti berikut:-

> *Issue: "Given the scale of this disaster, did the government abandon the privatisation of other servces in the government health care system?"*
>
> *Answer: "Not at all. In fact, worse was yet to come. Support services such as laundry and linen, clinical waste management, cleaning, facility engineering and maintenance were privitised in 1996 to three highly connected companies: Faber Mediserve, Radicare and Tongkah Medivest. In this case, the increase in in MOH expenditures on these services after privatisation was even more mind-blogging! In 1996, the government spent RM140 million on these services but in 1997 it jumped to RM450 million! Thus, after privatization the MOH ended up paying many more times more for pharmaceutical and support services"* (Pillay, 2006: 5)

University of Malaya

Menerusi satu forum, Presiden Gabungan dengan menggunakan statistik yang sama seperti diatas, secara konsisten mendakwa bahawa penswastaan ini tidak sekali-kali menjimatkan kos, sebaliknya hanya menyebabkan kerajaan terpaksa mengeluarkan lebih banyak perbelanjaan berbanding sebelum ianya diswastakan. Isu ini turut ditegaskan oleh Jeyakumar dalam satu forum khas mengenai penswastaan kemudahan kesihatan pada tahun 2005.

Isu peningkatan kos akibat dari penswastaan perkhidmatan sokongan di hospital kerajaan didapati juga ada dikemukakan menerusi saluran komunikasi rasmi secara terus kepada pihak Kementerian Kesihatan. Pendekatan modal sosial ini antara lain secara jelas mengkritik keputusan kerajaan untuk menswastakan beberapa bahagian dalam sistem kemudahan awam, termasuklah dalam sektor kesihatan. Ianya secara spesifik merujuk kepada penswastaan perkhidmatan sokongan di hospital kerajaan yang dilaksanakan pada tahun 1997.

Meskipun kerajaan mendakwa bahawa faktor utama penswastaan ini dilaksanakan adalah dengan alasan bahawa sektor swasta lebih efisien dan mampu menjimatkan perbelanjaan wang kerajaan yang kemudiannya penjimatan ini boleh digunakan bagi lain-lain maksud, namun sebaliknya yang berlaku. Gabungan menyatakan bahawa berdasarkan statistik didapati perbelanjaan kerajaan meningkat berlipat kali ganda, dengan syarikat konsesi terus mencatatkan keuntungan yang lumayan saban tahun. Pandangan Gabungan secara jelas dinyatakan didalam perenggan enam surat berkenaan, iaitu seperti berikut:-

> ".....Suatu lagi contoh keputusan untuk menswastakan beberapa bahagian sistem kemudahan awam, termasuk .....lima perkhidmatan sokongan (1997). Bila ide ini dikemukakan pada negara, alasannya adalah syarikat swasta adalah lebih efisien, dan akan menyelamatkan wang kerajaan yang boleh diguna untuk membantu rakyat dalam cara-cara lain. Tetapi sebaliknya perbelanjaan hospital awam telah berlipat

University of Malaya

> ganda manakala syarikat yang menerima penswastaan mencatatkan keuntungan lumayan" (GMPPK, 2005: 1-2)

Penegasan pihak Gabungan terhadap hujah mereka bahawa penswastaan hanya sekadar meningkatkan kos didapati turut ditonjolkan beberapa forum yang lain. Antaranya menerusi forum anjuran Suruhanjaya Hak Asasi Manusia (SUHAKAM), keprihatinan Gabungan bahawa penswastaan ini mengakibatkan peningkatan kos sebanyak 300 peratus pada tahun 1997 telah dizahirkan seperti berikut:-

> "…*The privatization of the 5 support service to 3 companies in 1996, which was done without calling of open tender, and for a period of 15 years, saw the cost of these services soaring 300% the following year…."* (GMPPK, 2005: 6)

Pihak Gabungan tidak bersendirian dalam menyuarakan pandangan berhubung perkara ini. Dalam tahun 2006 misalnya, *Malaysian Medical Association* (MMA) merupakan antara kumpulan masyarakat madani yang berpengaruh serta mewakili sebahagian besar doktor doktor perubatan di negara ini didapati senada dengan GMPPK berhubung isu penswastaan perkhidmatan sokongan di hospital. Pendirian MMA didapati terkandung dalam suatu risalah khas. MMA berpandangan bahawa penswastaan tersebut hanyalah menyebabkan peningkatan kos terhadap perbelanjaan kerajaan sehingga tiga atau empat kali ganda sejak ianya dimulakan pada tahun 1995. Petikan dari risalah yang dikeluarkan oleh MMA itu adalah:-

> "*.....Privatisation of support sevices in the Ministry of Health such as linen and laundry, clinical waste management, cleaning, facility engineering has resulted in costs to government going up by 3 to 4 times since 1995*!....." (MMA, 2006: 1)

Walau bagaimanapun, pendirian MMA dalam hal ini didapati mulai berubah. Perubahan ini dapat dikesan khususnya menerusi satu sesi wawancara yang telah dijalankan dengan Presiden MMA pada tahun 2015. Melalui wawancara berkenaan, bekas Presiden MMA pada masa itu berpandangan bahawa penswastaan sebagaimana yang dilaksanakan terhadap perkhidmatan sokongan di hospital kerajaan sekarang

University of Malaya

adalah sesuatu yang wajar untuk diteruskan. Pandangan oleh MMA ini adalah mengambilkira keupayaan kerajaan untuk mengendalikannya secara dalaman. Lagi pula MMA berpendirian bahawa dengan menyerahkan urusan perkhidmatan sokongan kepada pihak luar iaitu syarikat konsesi, maka ini akan membolehkan kerajaan memberikan fokus untuk memperkukuhkan aspek kualiti perkhidmatan klinikal (komunikasi peribadi, Julai 25, 2015).

Walau bagaimanapun, sungguhpun bersetuju bahawa penswastaan dalam perkhidmatan sokongan di hospital kerajaan wajar diteruskan, namun beberapa aspek seperti ketelusan dan akauntabiliti pengurusan perolehan penswastaan masih diberikan penekanan serius oleh MMA. Pun demikian adalah didapati diantara kedua-dua buah kumpulan masyarakat madani ini terdapat perbezaan ketara dari segi pendekatan yang digunakan dalam berurusan dengan pemerintah. MMA misalnya didapati MMA lebih yakin kepada kaedah perundingan ataupun dialog dalam mencari penyelesaian terhadap sesuatu isu, atau disini menggunakan kaedah modal sosial. Manakala Gabungan lebih selesa menggunakan pendekatan yang didominasi dengan kaedah kaunter-hegemoni.

Berdasarkan kepada penegasan dan kekhuatiran yang ditimbulkan oleh pihak Gabungan berhubung penswastaan ini, perkara paling pokok yang menjadi hujah mereka adalah tindakan kerajaan menswastakan perkhidmatan sokongan di hospital kerajaan tidak membuktikan bahawa ianya boleh menjimatkan kos. Sebaliknya, dengan menggunakan data-data sediada, samada dari sumber kerajaan atau pun kajian-kajian yang dilakukan oleh ahli akademik, Gabungan tegas berpegang dengan pendirian bahawa ianya hanya menyebabkan peningkatan perbelanjaan kepada kerajaan. Lebih penting dari itu menurut sisi pandang Gabungan, ianya merupakan pembaziran, apa lagi menggunakan duit pembayar cukai.

University of Malaya

5.8.2 Ketelusan, Akauntabiliti dan Kronisme

Pihak Gabungan mengaitkan urusan penswastaan ini dengan beberapa aspek urustadbir terutama melibatkan aspek ketelusan, akauntabiliti, kronisme serta kemungkinan berlakunya salah guna kuasa. Hujahan ini didapati telah disampaikan oleh Gabungan menerusi pelbagai aktiviti antaranya adalah menerusi pembentangan kerja oleh Presiden GMPPK di dalam forum khas berkaitan pembaharuan sistem pembiayaan kesihatan anjuran Gabungan dan FOMCA pada tahun 2007. Gabungan sebagaimana dinyatakan Presidennya berpendirian bahawa penswastaan dalam perkhidmatan kesihatan hanyalah menguntungkan segelintir pihak tertentu yang mepunyai hubungan rapat dengan pihak pemerintah. Ini dinyatakan seperti berikut, *"..thus, again the well-connected companies benefited at the expense of the taxpayer!*" (Pillay, 2007: 12).

Fakta ini didapati turut digunakan di pelbagai forum, seminar dan persidangan yang dihadiri oleh wakil Gabungan. Antaranya adalah pendedahan oleh Setiausaha GMPPK bahawa penswastaan ini hanya menyebabkan berlakunya peningkatan kos kepada pihak kerajaan apabila perlu menampung peningkatan sehingga 300 peratus, berbanding sebelum penswastaan (Devaraj, 2005).

Ini juga ditegaskan oleh Setiausaha Gabungan, Dr Jeyakumar apabila beliau memberikan contoh terhadap penswastaan dalam perkhidmatan kesihatan yang cenderung meningkatkan kos dan melibatkan kronisme. Beliau dipetik sebagai:-

> "….*When they privatise five support services, and also privatisation GMS it shot the price of drug up few many times, Radicare, Pharmaniaga they make a lot of money. All of the privatisation are end up to certain clique*…." (komunikasi peribadi, Mac 28, 2016)

Hujah yang digunakan oleh pihak Gabungan terhadap implikasi dari penswastaan perkhidmatan sokongan dihospital kerajaan ini turut dikaji dan dibuat penelitian oleh

University of Malaya

para ahli akademik. Antara yang terlibat adalah seperti Jomo (1995; 2008), Nur (2003), Abdullah (2010), Barraclough & Kit (2011) dan ramai lagi.

Kontrak ke luar seperti ini turut mendapat reaksi yang pelbagai dari rakyat serta kumpulan masyarakat madani yang prihatin kepada kebajikan rakyat berpendapatan rendah, warga tua dan orang kurang upaya (Sangaralingam & Raman, 2003; Khoon, 2003). Dalam perspektif yang lain pula Khoon (2000) misalnya telah membangkitkan isu berkenaan kos operasi yang tinggi melibatkan kontrak perkhidmatan sokongan di hospital kerajaan.

Selain itu Mustapa, Mustapa, Ismail & Ali (2006) juga telah melakukan kajian terhadap kenaikan kos operasi ekoran dari penswastaan ini. Kajian dilakukan dengan meneliti jumlah perbelanjaan diperuntukan kerajaan kepada tiga konsesi tersebut meliputi tahun 1997-2001. Penemuan kajian mendapati bagi tempoh tersebut sebanyak £362,450,000 telah dibelanjakan dengan penyelenggaraan bangunan menggunakan hampir 40 peratus dari keseluruhan jumlah diatas. Kajian ini juga mendapati bahawa peningkatan kos berlaku disebabkan oleh beberapa item baru dibawah kontrak yang dimasukkan setelah mendapati ianya tidak diambilkira dalam kontrak asal. Ianya berkait dengan kelemahan penyediaan spesifikasi kerja kepada konsesi yang dilihat tidak menyeluruh, sekaligus menyebabkan berlaku peningkatan kos.

GMPPK dalam maklumbalas terhadap laporan oleh perunding SPKK antara lain mengemukakan beberapa cadangan untuk pertimbangan kerajaan. Antara cadangan tersebut adalah agar kerajaan melantik sekumpulan ahli akademik bebas bagi melaksanakan kajian berhubung keberkesanan dan output daripada program penswastaan yang dilaksanakan dalam sektor kesihatan awam. Gabungan meminta agar dapatan kajian ini boleh dimaklumkan secara terbuka kepada rakyat dan pandangan rakyat sewajarnya diambilkira dalam memutuskan samada pelaksanaan penswastaan

University of Malaya

dalam perkhidmatan kesihatan relevan untuk diteruskan atau tidak pada masa depan (GMPPK, 2007). Sementara hasil dapatan kajian itu dikemukakan kepada awam, GMPPK mencadangkan kepada kerajaan untuk melaksanakan suatu moratorium terhadap semua program penswastaan atau kontrak ke luar dalam perkhidmatan kesihatan awam, termasuklah penswastaan ini.

Pun begitu, cadangan yang dikemukakan oleh Gabungan, khususnya melibatkan moratorium terhadap semua projek penswastaan dalam sektor kesihatan didapati mempunyai beberapa implikasi tertentu. Memandangkan syarikat-syarikat swasta berkenaan mempunyai suatu kontrak rasmi dengan kerajaan, maka ianya berhadapan dengan kemungkinan tuntutan dari segi perundangan. Jika ini berlaku kerajaan berhadapan kemungkinan suatu kes mahkamah yang panjang dan melibatkan suatu bayaran pampasan yang amat tinggi. Sekaligus jika ini berterusan ianya akan menjejaskan perkhidmatan yang bekaitan.

Meskipun GMPPK didapati lantang mempertahankan pandangannya agar penswastaan dan kontrak ke luar yang dilaksanakan dalam sektor kesihatan awam ditarik balik, dan dikembalikan semula tanggungjawab ini kepada pihak kerajaan, namun didapati ianya tidak mendapat dokongan yang sama dari lain-lain kumpulan masyarakat madani. FPMPAM dan MMA umpamanya dilihat cenderung supaya kaedah kontrak ke luar perkhidmatan sokongan di hopsital awam ini diteruskan. Menerusi wawancara yang dilakukan dengan bekas Presiden MMA misalnya, beliau mempersoalkan dari segi keupayaan kerajaan samada dari segi kakitangan dan kepakaran sekiranya perlu melakukannya sendiri. Meskipun mengakui terdapat beberapa aspek seperti penguatkuasaan dan kawalselia terhadap pengurusan kontrak tersebut perlu dipertingkatkan, tetapi bagi MMA untuk kembali kepada pendekatan

University of Malaya

dimana kerajaan melakukannya sendiri dilihat sesuatu yang tidak praktikal dan dilihat munasabah dalam keadaan sekarang (komunikasi peribadi, Julai 25, 2015).

Rumusan ini ditumpukan kepada beberapa perkara. Antaranya adalah apabila urustadbir tender yang didakwa GMPPK berkemungkinan tidak telus, serta melibatkan kroni dikhuatiri menyumbang kepada faktor peningkatan kos apabila isu-isu salahguna dan ketirisan berpotensi berlaku. Justeru peningkatan kos ini didapati berlaku berkemungkinan daripadda wujudnya elemen ketidaktelusan yang jelas dari pihak kerajaan apabila mengendalikan perolehan sebesar ini. Implikasinya, ianya akan menyebabkan berlakunya monopoli yang ketara dengan tiga dari lima konsesi yang mendapat kontrak ini, adalah konsesi yang sama untuk tempoh sehingga hampir tiga dekad. Ini sekaligus menutup peluang kepada lain-lain syarikat yang mungkin lebih berpengalaman untuk terlibat.

5.9 Bantahan Terhadap Penswastaan Perkhidmatan Farmaseutikal

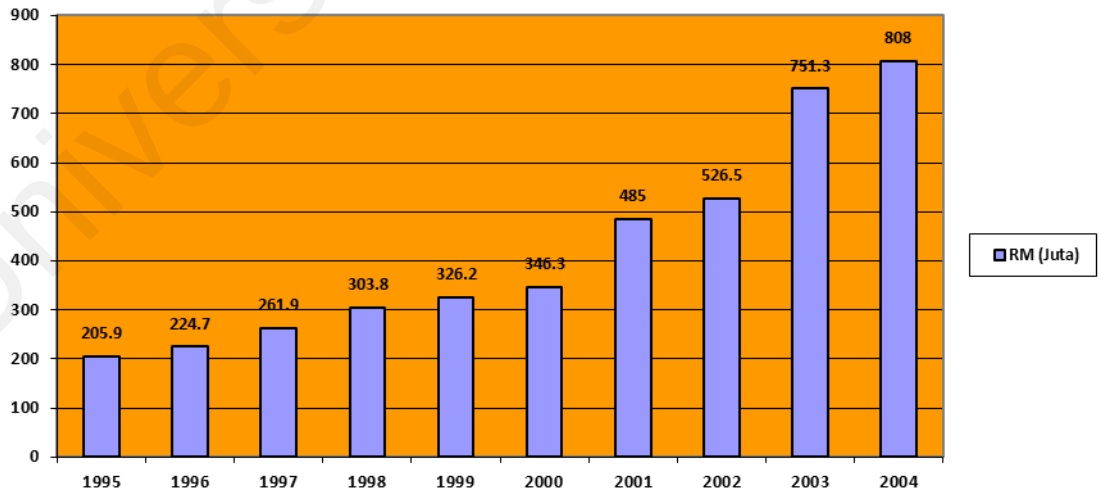
Di Malaysia, dari tahun 1964 hingga tahun 1994, segala urusan melibatkan pembelian dan pengedaran ubat-ubatan ke hospital dan klinik kerajaan dilakukan secara dalaman oleh Kementerian Kesihatan (Babar, Ibrahim & Bukhari, 2005). Tugasan ini diamanahkan kepada *Government Medical Store* (GMS) atau juga kadang-kadang disebut sebagai *General Medical Store* (GMS) yang terletak di Petaling Jaya. Dalam konteks ini GMS berfungsi sebagai pengeluar atau pembekal dengan membeli ubat dari sumber domestik mahu pun antarabangsa demi memenuhi kehendak pelanggan di hospital dan klinik kerajaan.

Dari segi pengedaran ianya dilakukan menerusi rangkaian pengedar yang ditubuhkan diperingkat wilayah dan negeri. Stor ini akan bertindak sebagai orang tengah dengan memastikan bekalan sampai pada masa ditetapkan. Manakala hospital yang besar turut bertindak sebagai stor sokongan kepada pusat kesihatan yang lebih kecil.

University of Malaya

Sebagai sebuah agensi kerajaan yang terletak diabawah Kementerian Kesihatan, GMS adalah merupakan oganisasi yang tidak bermotifkan keuntungan. Oleh yang demikian, ianya mampu membekalkan ubat pada harga kos dan ini menjamin harga ubat yang lebih rendah dapat dibekalkan. Sepanjang pelaksanaannya, pendekatan ini dipercayai merupakan suatu model yang berupaya untuk mengawal kos, selain dapat memastikan produk yang dibekalkan adalah berkualiti tinggi.

Namun demikian, pada tahun 1994, kerajaan telah mengambil keputusan untuk melakukan perubahan dari aspek pengedaran ubat-ubatan dengan menswastakan GMS. Meneliti kembali apakah sebab disebalik keputusan kerajaan ini, ianya didapati berkait dengan beberapa faktor. Antara faktor utama yang dihujahkan oleh kerajaan adalah melibatkan peningkatan kos. Adalah didapati trend peningkatan ini agak konsisten dengan tahun 1995 kerajaan didapati membelanjakan sekitar RM200 juta untuk tujuan ini dan pada tahun 2004 meningkat sebanyak empat kali ganda kepada lebih RM800 juta. Untuk maklumat lanjut lihat (Rajah 5.1).



Rajah 5.1: Statistik peruntukan membeli ubat Kementerian Kesihatan 1995-2004

Sumber: diadaptasi dari Laporan Tahunan Kementerian Kesihatan Malaysia Tahun 2002 dan 2004

University of Malaya

Rajah 5.1 merupakan antara manifestasi utama bagi pihak kerajaan untuk meneruskan perancangan ini. Selain kos, diharapkan menerusi penswastaan ianya adalah antara satu cara untuk meningkatkan aspek kecekapan dan kualiti perkhidmatan.

Meneliti kembali latarbelakang penswastaan farmaseutikal ini, ianya dikesan bermula pada tahun 1994 apabila Southern Task Sdn Bhd (STSB) yang mempunyai kaitan dengan syarikat Renong telah diberikan tanggungjawab tersebut. Dalam hal ini sebagaimana telah dinyatakan dalam hal penswastaan perkhidmatan sokongan di hospital kerajaan, Renong adalah merupakan sebuah syarikat yang dikaitkan dengan parti *United Malay Nation Organisation* (UMNO), menerusi sayap pelaburannya iaitu Fleet Holdings (Barraclough, 2000). Namun, disebabkan kegagalan STSB mematuhi piawaian perjanjian penswastaan sebagaimana yang telah ditetapkan, maka pada tahun 1996, perubahan telah dilakukan dengan melibatkan penubuhan entiti baru dikenali sebagai Remedi Pharmaceutical Sdn Bhd (RPSB) (Ibrahim, Razak & Che Embee, 1997).

Seterusnya, syarikat ini telah ditukar sekali lagi dan dikenali sebagai Pharmaniaga Bhd dan kekal sehingga kini. Beberapa perubahan dari segi pemilikan terhadap syarikat ini telah direkodkan. Antaranya adalah apabila Pharmaniaga Berhad pernah diambil alih oleh sayap pelaburan kerajaan, Khazanah Holdings Berhad. Kemudian, anak syarikat Lembaga Tabung Angkatan Tentera (LTAT) iaitu Boustead Holdings Berhad telah membeli Pharmaniaga dari UEM Group dengan perolehan sebanyak RM534 juta pada tahun 2010 (Pharmaniaga, 2018).

Konsesi dengan Pharmaniaga adalah ditetapkan bagi tempoh selama lima belas tahun. Antara skop penswastaan adalah meliputi aspek pengeluaran, perbekalan, penstoran, pengedaran dan semua aktiviti berkait ubat-ubatan di hospital dan klinik kerajaan. Penswastaan ini melibatkan anggaran tahunan sebanyak US$100 juta atau 8

University of Malaya

peratus dari keseluruhan bajet Kementerian Kesihatan (Khoon, 2003). Dari segi pelaksanaan, sebuah jawatankuasa yang diketuai oleh Kementerian Kewangan telah dibentuk bagi memantau dan menilai prestasi syarikat. Jawatankuasa ini turut dianggotai oleh beberapa kementerian dan agensi, antara lain termasuklah Unit Perancang Ekonomi dan Kementerian Kesihatan Malaysia.

Merujuk kepada penswastaan farmaseutikal ini, tiga isu utama telah ditonjolkan oleh pihak Gabungan sebagai membantah pelaksanaannya. Pertama, pihak GMPPK mendakwa bahawa penswastaan ini hanya menyebabkan berlakunya peningkatan perbelanjaan atau kos di pihak kerajaan. Kedua, penswastaan ini menyebabkan kenaikan harga pada harga ubat-ubatan sekaligus membebankan pengguna. Ketiga, pihak Gabungan turut mengkritik dari segi pengurusan perolehan, dengan menekankan keperluan untuk mematuhi aspek urustadbir tender, ketelusan dan akauntabiliti. Perincian adalah sebagaimana berikut:-

5.9.1 Meningkatkan Perbelanjaan Kerajaan

Gabungan mempersoalkan hujah kerajaan bagi meneruskan penswastaan farmaseutikal dengan alasan untuk menjimatkan perbelanjaan kerajaan. Ini adalah kerana menurut Gabungan ianya tidak berlaku sebagaimana yang dinyatakan. Perkara ini telah disuarakan oleh seorang lagi Ahli Jawatankuasa Pemandu Gabungan iaitu Xavier Jayakumar semasa membentangkan kertas kerja pada tahun 2005.

Beliau menyatakan bahawa pada tahun 1994 bajet untuk pembelian ubat bagi Kementerian Kesihatan meningkat dua kali ganda disebabkan oleh proses penswastaan perkhidmatan farmaseutikal yang dilakukan secara rundingan terus dengan syarat penswastaan sebahagian besar ubat hanya boleh dibeli dari Pharmaniaga. Jayakumar dipetik dalam kertas kerja tersebut bahawa berlaku kes, "*sharp mark-ups (as much as 1000%) in some cases*" (Jayakumar, 2005: 2). Sesungguhnya peningkatan ini tentu

University of Malaya

membebankan pihak kerajaan yang terpaksa mengeluarkan bajet tambahan untuk membayarnya.

Perbincangan terhadap kesan penswastaan perkhidmatan farmaseutikal ini juga dilakukan oleh Setiausaha GMPPK, Dr Jeyakumar menerusi satu kertas kerja yang disampaikan didalam forum anjuran Suruhanjaya Hak Asasi Manusia (SUHAKAM) pada 22 Ogos 2005.

Sepertimana dinyatakan menerusi kertas kerja berkenaan, Gabungan mengakui bahawa terdapat peningkatan dari perbelanjaan perbekalan ubat-ubatan serta berlakunya kepesatan teknologi dalam bidang farmaseutikal yang menyebabkan telah tidak ekonomi bagi pihak kerajaan untuk melakukannya sendiri secara dalaman. Walau bagaimanapun, Gabungan berpandangan bahawa penswastaan farmaseutikal hanya berpotensi meningkatkan kos dipihak kerajaan. Malahan menerusi pembentangan dalam forum berkenaan wakil Gabungan memetik maklumat yang diperolehi dari kakitangan dari jabatan farmasi dari kementerian sendiri yang mendedahkan bahawa kebanyakan ubat yang dibekalkan oleh Pharmaniaga dibeli pada terma yang tidak begitu menguntungkan kerajaan, berbanding jika ubat tersebut dibeli terus dari farmasi swasta yang lain.

Perkara ini sepatutnya tidak berlaku memandangkan Pharmaniaga membeli secara pukal, dan sepatutnya mereka boleh merundingkan suatu kadar harga pada paras yang lebih baik dan menguntungkan kerajaan. Namun ini tidak berlaku dan pendirian Gabungan adalah sebagaimana dinyatakan dibawah:-

> *"...Yes, the Minister is right when he talks of the increasing cost of medicines and modern technologies.*
>
> *But we never hear from him or his officers admitting that the policy of privatization of several components of MOH operations has played a large part in causing this problem of escalating costs.*

University of Malaya

> *The privatization of the Government Medical Store to a subsidiary of Renong in 1993 underpinned a major proportion of the escalation in drug costs. Even today, MOH pharmacists will tell you that there are many drugs that theyu have to buy from Pharmaniaga at terms that are worse than if they secured these medicine from private pharmacies.*
>
> *This is despite the fact that Pharmaniaga should be able to drive a hard bargain for the medicines and supplies it purchases because of the large volume of its purchases!* (Devaraj, 2005: 6)

Kesan dari pelaksanaan penswastaan perkhidmatan farmaseutikal ini melalui *Generel Medical Store* atau Bahagian Membeli Ubat, Kementerian Kesihatan ini jelas Gabungan telah menyebabkan berlakunya peningkatan kos. Justeru, kesan langsungnya ditanggung oleh rakyat, terutama mereka dari yang berpendapatan sederhana dan rendah. Pandangan GMPPK juga didapati turut dinyatakan menerusi saluran rasmi kepada pihak kerajaan. Pendirian ini telah dikemukakan Gabungan menerusi saluran rasmi apabila sepucuk surat bertarikh 4 Mei 2005 yang dihantar kepada Menteri Kesihatan dan turut disalinkan kepada Perdana Menteri.

Dalam hal ini, Gabungan tidak bersendirian apabila MMA didapati turut mempunyai pendirian yang hampir sama. MMA mendakwa bahawa penswastaan ini telah menyumbang kepada peningkatan antara 30 hingga 40 peratus kos yang terpaksa ditanggung oleh kerajaan. Pendirian MMA ini dinyatakan menerusi suatu risalah khas sebagaimana berikut:-

> "*Privatisation of pharmaceutical services in 1993 has led to a 30-40% increased costs to government" (sumber: risalah MMA bertajuk "Health Care is For All Malaysians: What every Malaysian shoudl know about healthcare andits cost")* (MMA, 2006: 1)

5.9.2 Menyebabkan Kenaikan Harga Ubat

Gabungan turut mengemukakan hujah bahawa penswastaan farmaseutikal akan menjadi punca kepada berlakunya kenaikan harga ubat. Perkara ini andainya berlaku

University of Malaya

tentu sekali menyukarkan rakyat terutama dikalangan mereka berpendapatan rendah. Pendirian Gabungan ini dikemukakan berasaskan kepada antara kajian terawal bagi menilai kesan penswastaan farmaseutikal di Malaysia yang telah dijalankan oleh sekumpulan penyelidik dari Sekolah Farmasi, Universiti Sains Malaysia. Menerusi kajian tersebut para pengkaji membuktikan bahawa harga ubat telah meningkat sebanyak 3.3 kali ganda berbanding sebelum *General Medical Store* diswastakan (Ibrahim et al., 1997). Dapatan dari kajian ini telah digunakan oleh Gabungan menerusi pelbagai kertas kerja dan medium.

Isu penswastaan GMS dan kesannya, khusus melibatkan isu peningkatan harga ubat didapati terus dinyatakan menerusi lain-lain medium, antaranya adalah menerusi forum khas anjuran MTUC. Pandangan Gabungan telah dinyatakan menerusi satu kertas kerja dimana antara lain isu penswastaan GMS mengakibatkan peningkatan kos ubat-ubatan diketengahkan (Devaraj, 2005).

Isu ini terus dibangkitkan oleh ahli jawatankuasa pemandu iaitu Dr Xavier Jayakumar semasa mewakili GMPPK sebagai ahli panel dalam forum anjuran FOMCA dan Yayasan Friedrich Naumann pada 23 Jun 2005. Beliau berpendirian bahawa penswastaan merupakan antara punca kepada berlakunya kemerosotan dalam kualiti penyampaian perkhidmatan kesihatan kini. Ini turut ditegaskan beliau menerusi wawancara yang telah dilakukan. Selanjutnya beliau menambah bahawa penswastaan ini hanya akan menyebabkan berlakunya kenaikan kos. Misalnya sebagaimanaa yang berlaku dalam penswastaan perkhidmatan farmaseutikal apabila kenaikan harga ubat memberi kesan yang ketara kepada majoriti rakyat, khususnya dari kalangan rakyat yang miskin. Ini sekaligus membebankan, samada dari segi ekonomi atau pun kesihatan (komunikasi peribadi, Mac 15, 2016).

University of Malaya

Gabungan didapati sekali lagi mengkritik penswastaan farmaseutikal tentang bagaimana ianya mengubah bagaimana perkhidmatan kesihatan beroperasi di negara ini. Daripada sebelum era Dr Mahathir, sehinggalah pada awal 80an, menyaksikan penyuburan model berasaskan pasaran bebas kian ketara dalam sistem kesihatan Malaysia (Devaraj, 2009). Kesannya yang amat dikesalkan oleh GMPPK menerusi pendekatan ini tentu sekali melibatkan golongan berpendapatan miskin.

5.9.3 Aspek Urustadbir, Ketelusan dan Akauntabiliti

Isu seterusnya yang dibangkitkan oleh Gabungan adalah berhubung dengan aspek urustadbir, ketelusan dan akauntabiliti, terutama melibatkan proses perolehan tender penswastaan. Ini telah disampaikan oleh Presiden GMPPK, Dr Subramaniam dalam forum anjuran GMPPK pada tahun 2007. Beliau mendakwa bahawa proses pelaksanaan penswastaan perkhidmatan farmaseutikal ini difahamkan telah tidak melalui tender terbuka. Sebaliknya ianya dilakukan secara rahsia menerusi rundingan terus melibatkan salah sebuah anak syarikat Renong, yang dikaitkan sebagai mempunyai hubungan rapat dengan pihak pemerintah pada masa tersebut. Pendirian Gabungan boleh dilihat menerusi apa yang dinyatakan menerusi kertas kerja tersebut, iaitu:-

> "*.....privatisation of pharmaceutical services in 1993..Done in a secretly negotiated deal to Pharamaniaga, a subsidiary of Renong the (in) famous crony company…"*(Pillay, 2007: 1)

Seterusnya, Jeyakumar, Setiausaha GMPPK menegaskan bahawa implikasi penswastaan yang kurang disenangi Gabungan adalah melibatkan aspek ketelusan. Ianya dizahirkan beliau seperti berikut:-

> "*……issues related to the privatisation of Pharmaceutical and Prosthetics Supply to the public hospitals. Recently their contract has been renewed for another ten years. Many sectors of the public hospitals have been privatised…..Such privatised sector are examples of the crony capitalist systems with contracts awarded to government-*

University of Malaya

> *linnked corporations run by political supporters. The lack of competition and accountability has resulted in inefficiency, inflated prices and leakages….*" (Devaraj, 2010: 6)

Pendirian ini tidak hanya dikongsi oleh Gabungan, malahan juga beberapa kumpulan masyarakat madani yang lain. Misalnya, T Jayabalan dari *Worker's Health & Safety*, turut menarik perhatian terhadap kesan penswastaan perkhidmatan farmaseutikal, khususnya melibatkan kenaikan harga ubat (Jayabalan, 2010).

Selain itu, beberapa buah kumpulan masyarakat madani yang lain seperti MMA dan CAP juga didapati mempunyai beberapa pandangan tertentu terhadap program penswastaan yang dijalankan oleh kerajaan dalam sektor kesihatan. MMA, misalnya menerusi dokumen secara jelas menegaskan tentang ketidakyakinan mereka terhadap keberkesanan kaedah ini (MMA, 1999). Namun demikian, pendirian ini didapati berubah mengikut masa dan berdasarkan pandangan kepimpinan terkini MMA menerusi satu temubual dengan Presidennya pada tahun 2015. MMA sebaliknya percaya bahawa penswastaan terutama melibatkan aspek bukan klinikal boleh diteruskan. Antara alasan yang diberikan adalah pihak kerajaan tidak mempunyai cukup sumber khususnya dari aspek tenaga manusia serta kepakaran untuk melakukannya secara dalaman sebagaimana dituntut oleh pihak Gabungan (komunikasi peribadi, MMA, 2015).

Pun begitu, satu lagi kumpulan masyarakat madani yang terkenal lantang iaitu *Consumer Association of Penang* (CAP) didapati agak kritikal berhubung penswastaan perkhidmatan farmaseutikal. Pertubuhan ini berpandangan bahawa janji yang ditawarkan oleh kerajaan bahawa penswastaan sektor kesihatan awam adalah merupakan pendekatan paling tuntas dalam meningkatkan kualiti perkhidmatan ternyata tidak benar, sekurang-kurangnya menurut pandangan CAP. Selain isu peningkatan kos, penswastaan hanyalah merupakan suatu ruang kepada sebilangan kecil elit dalam

University of Malaya

masyarakat yang didapati mempunyai kepentingan dengan pemerintah mengaut untung berlebihan dan mencetuskan monopoli. Retorik bahawa penswastaan membantu mengawal perbelanjaan fiskal negara didapati sebaliknya apabila kos penswastaan jauh lebih tinggi dari sebelumnya (Sangaralingam & Raman, 2003).

Selain daripada pandangan-pandangan yang dikemukakan oleh beberapa buah kumpulan masyarakat madani, sebagaimana diperincikan diatas, penelitian mengenai implikasi penswastaan perkhidmatan farmaseutikal ini juga turut menerima perhatian ahli akademik untuk mengkajinya. Justeru beberapa kajian mengenainya telah dilakukan misalnya oleh Ibrahim et al., (1997), Barraclough (2000); Babar, Ibrahim & Bukhari (2005) dan Rasiah et al. (2009). Misalnya, sebagaimana penemuan oleh sekumpulan penyelidik dari Sekolah Farmasi Universiti Sains Malaysia pada tahun 1996/1997 telah mendapati bahawa penswastaan ini tidak menghasilkan peningkatan ketara dari segi sistem pengedaran ubatan. Sebaliknya, dapatan dari kajian ini mendapati berlaku peningkatan sebanyak 3.2 kali harga ubat, berbanding sebelum penswastaan (Ibrahim et al., 1997).

Keadaan didapati tidak banyak berubah. Ini adalah terbukti menerusi kajian oleh Babar et al., (2005) terhadap kesan penswastaan perkhidmatan farmaseutikal di Malaysia ke atas harga ubat anti-infektif di negara ini. Hasil kajian mendapati penswastaan ini mempunyai kesan keatas sistem pengedaran ubat dan penulis mendakwa bahawa kajian mereka adalah yang pertama seumpamanya meneliti secara mendalam dari segi harga ubat. Setelah meneliti hampir 101 data harga ubat anti-infektif dari keseluruhan 500 jenis ubat, dapatan kajian menunjukkan harga ubat telah naik sebanyak 21,513 peratus pada tahun 1995, dan 51,531 peratus pada tahun 1997, dengan penurunan sebanyak 1.86 peratus dicatatkan antara tahun 2001-2003. Daripada

University of Malaya

60 ubat, 52 menunjukkan peningkatan harga sebanyak 39.91 peratus, manakala baki lapan lagi jenis ubat menurun sebanyak 10.71 peratus.

5.10 Respon Kerajaan

Bagi menjawab objektif ketiga kajian ini, penelitian terhadap respon dan keputusan kerajaan berhubung isu-isu dibangkitkan oleh GMPPK akan dibincang sebagaimana berikut. Meskipun pihak Gabungan telah mengambil satu posisi yang cukup lantang dalam mengetengahkan bantahan mereka dalam isu ini menerusi beberapa aktiviti dan strategi, namun didapati respon kerajaan tidak begitu memberangsangkan. Ini adalah sebagaimana yang dapat dikesan menerusi keputusan yang diambil kerajaan dengan perbincangan seperti berikut:-

5.10.1 Kemunculan Hospital Swasta

Dalam isu ini kerajaan didapati terus menggalakkan sektor swasta untuk terus terlibat dan melabur dalam sektor kesihatan. Saranan kerajaan dapat dilihat menerusi dokumen rasmi kerajaan seperti dalam rancangan pembangunan lima tahun negara, kenyataan akhbar oleh kepimpinan negara, samada Menteri Kesihatan atau pun Perdana Menteri sendiri serta tindakan-tindakan yang diambil. Hospital swasta yang baru terus dibenarkan dan lesen berkaitan terus dikeluarkan. Pelancongan kesihatan terus menjadi antara teras utama dalam sektor kesihatan dengan insentif cukai dan sebagainya terus dinikmati oleh hospital swasta yang terlibat. Malahan, syarikat perbadanan negeri seperti Perbadanan Kemajuan Ekonomi Negeri Johor (PKEnJ) menerusi KPJ misalnya terus mengembangkan operasinya. Begitu juga dengan GLC juga didapati mengambil pendekatan yang sama meningkatkan pelaburan dalam sektor kesihatan.

Malahan keseriusan kerajaan dalam hal melibatkan komersialisasi sektor kesihatan terserlah apabila kepimpinan Najib Tun Razak misalnya telah melancarkan Program Transformasi Ekonomi (PTE) pada 25 Spetember 2010 sebagai sebahagian daripada

University of Malaya

usaha untuk mentransformasikan Malaysia menuju kearah negara berpendapatan tinggi menjelang tahun 2010 (PEMANDU, 2016). Pelaksanaan PTE ini dipacu oleh dua komponen utama iaitu pertama melibatkan 12 Bidang Keberhasilan Utama Ekonomi (BKUE) mewakili setiap sektor yang diyakini mampu menyumbang pertumbuhan ekonomi negara dan komponen kedua adalah pelaksanaan Projek Titik Permulaan (PTP) bagi setiap BKUE. Ironinya, sektor kesihatan merupakan antara salah satu dari bidang tersebut.

Dalam konteks menjawab objektif kajian keempat, rasional disebalik pendirian kerajaan ini adalah diambil dengan perspektif bahawa sektor kesihatan merupakan suatu industri dan memberikan pulangan ekonomi kepada kerajaan. Justeru, ini menyebabkan galakan kepada sektor swasta untuk terlibat aktif dan melabur dalam pengeluaran produk farmaseutikal, peralatan perubatan, penyelidikan klinikal dan sebagainya terus diberikan kerajaan. Misalnya, sebanyak 40 projek melibatkan sektor kesihatan dibawah BKUE Kesihatan diumumkan dengan keupayaan mencipta 26,986 peluang pekerjaan dan menjana pendapatan sebanyak RM6.96 billion, dan ini tidak termasuk RM4.96 billion pelaburan baru menjelang tahun 2020 (PEMANDU, 2016).

Kementerian Kesihatan sendiri umpamanya telah menggariskan strategi untuk memangkinkan pertumbuhan pelancongan kesihatan dan membangunkan metropolis kesihatan sebagai usaha kearah menjana pertumbuhan industri penjagaan kesihatan yang mampan di negara ini. Usaha-usaha ini yang dikemukakan menerusi Pelan Strategik Kementerian Kesihatan 2011-2015 adalah antara usaha yang digariskan bagi memenuhi teras strategik Bidang Keberhasilan Utama Kementerian dibawah BKUE Penjagaan Kesihatan (KKM, 2011).

Gesaan dan galakan terhadap perkembangan sektor swasta dalam sektor kesihatan juga telah dinyatakan oleh bekas Menteri Kesihatan, Dato Dr S. Subramaniam semasa

University of Malaya

menjawab soalan Ahli Parlimen Bakri dari parti DAP, YB Er Teck Hwa pada 29 Mac 2017, Beliau menjelaskan bahawa pada tahun 2016 sahaja sebanyak RM1.12 billion hasil telah dijana melibatkan kemasukan 996,000 pelancong kesihatan, manakala statistik tahun 2015 melibatkan 859,000 pelancong kesihatan dengan rawatan yang menjadi pilihan adalah kardiologi, ortopedik, onkologi, neurologi, pergigian dan pembedahan plastik (Arukesamy, 2017).

Dalam satu lagi respon kepada soalan di Dewan Rakyat, bekas Timbalan Menteri Kesihatan, Dr Hilmi Yahaya menyatakan bahawa kerajaan mensasarkan RM2.8 billion pendapatan bakal diperolehi dari sektor ini ("*Government targeting RM2.8 billion*", 2017). Ini semua secara ketara menerangkan bagaimana kerajaan memberi reaksi terhadap isu penswastaan dan komersialisasi di negara ini.

5.10.2 Penswastaan Perkhidmatan Sokongan Hospital Awam

Ternyata segala desakan dan bantahan pihak GMPPK tidak menghalang pihak kerajaan dalam meneruskan program penswastaan tersebut. Sehingga tesis ini ditulis adalah didapati kontrak penswastaan perkhidmatan sokongan di hospital kerajaan didapati masih diteruskan. Berdasarkan laporan akhbar *The New Straits Times* pada 11 Mac 2015, kerajaan dilaporkan telah menandatangani perjanjian konsesi baru bagi kontrak penswastaan perkhidmatan sokongan di hospital kerajaan. Berbanding sebelum ini yang hanya tiga konsesi terlibat, kali ini ianya terdiri daripada lima konsesi. Konsesi-konsesi berkenaan adalah Faber Medi-Serve Sdn Bhd, Radicare (M) Sdn Bhd, Medivest Sdn Bhd, Sedaflat Sdn Bhd dan One Medicare Sdn Bhd.

Skopnya masih meliputi lima yang sebelum ini dengan tempoh kontrak untuk selama 10 tahun efektif dari 1 April 2015 melibatkan 148 buah hospital kerajaan (Abas, 2015). Dr Subramaniam, Menteri Kesihatan dipetik sebagai berkata, "*...Under the new agreement, the government will pay RM1.3 billion yearly to these five companies for the*

University of Malaya

hospital support services provided by them….". Kerajaan menegaskan bahawa pemantauan rapi akan dilakukan terhadap prestasi konsesi dan mereka diingatkan untuk memastikan tahap perkhidmatan berkualiti tinggi diberikan, dengan mengambilkira perbelanjaan besar yang dikeluarkan oleh kerajaan (Abas, 2015).

5.10.3 Penswastaan Perkhidmatan Farmaseutikal

Meskipun berhadapan dengan kritikan dan bantahan terutama daripada GMPPK, didapati ianya tidak menjejaskan pendirian kerajaan berhubung pelaksanaan dasar penswastaan ini. Sebaliknya, Pharmaniaga Berhad telah menerima perlanjutan konsesi berkaitan penswastaan farmaseutikal bagi tempoh sepuluh tahun lagi, bergantung kepada terma dan syarat yang bakal dirundingkan dalam tempoh enam bulan, berkuatkuasa dari 1 Disember 2009 ("Konsesi Pharmaniaga dilanjutkan, 2009; Pharmaniaga, 2018).

Kerajaan didapati tidak tergugat dengan aktiviti bantahan yang dijalankan oleh GMPPK dalam isu ini. Sebagaimana yang telah dinyatakan sebaliknya kerajaan didapati mengambil tindakan untuk meneruskan penswastaan ini. Hujah dan aktiviti bantahan yang ditonjolkan oleh GMPPK sebaliknya dilihat oleh kerajaan sebagai berbentuk subversif dan dianggap sebagai satu percubaan untuk menyebarkan fitnah memburuk-burukkan tindakan dan dasar yang dilaksanakan oleh kerajaan. Pendekatan kerajaan menurut pihak Gabungan tidak mencerminkan apa yang disebut sebagai nilai awam didalam PeAB dan kaedah bagaimana keputusan dibuat yang tidak mencerminkan demokrasi substantif dan konsultansi turut dibangkitkan.

5.11 Rumusan Hasil Kajian dan Objektif Kajan

Rumusan terhadap hasil kajian dan objektif kajian melibatkan aktiviti bantahan Gabungan terhadap aspek komersialisasi kesihatan adalah seperti di Jadual 5.6.

University of Malaya

Jadual 5.6: Ringkasan Rumusan Hasil Kajian dan Objektif Kajian: Komersialisasi Sektor Kesihatan

Objektif	Hasil Kajian
Objektif Kajian 1 Menganalisis aktiviti-aktiviti bantahan GMPPK terhadap isu berkaitan pembaharuan sektor kesihatan di Malaysia	Bantahan Terhadap Kemunculan Hospital Swasta -menyebabkan berlakunya penghijrahan kakitangan -menyumbang kepada kemerosotan kualiti perkhidmatan -isu akses, ekuiti/kesamarataan dan kemampuan rakyat mendapatkan perkhidmatan kesihatan Penswastaan Perkhidmatan Sokongan Hospital Awam -berlaku peningkatan kos -isu ketelusan, akauntabiliti dan ketirisan Penswastaan Perkidmatan Farmaseutikal -meningkatkan perbelanjaan kerajaan -menyebabkan kenaikan harga ubat -aspek urustadbir, ketelusan dan akauntabiliti
Objektif Kajian 2 Mengetengahkan strategi-strategi penentangan yang dimanfaatkan oleh GMPPK dalam memperjuangkan isu pembaharuan sektor kesihatan di Malaysia	-strategi secara kaunter-hegemoni menggunakan kaedah *war of position* antaranya menyebarkan pandangan menerusi penulisan di akhbar atas talian, memberikan idea menerusi pembentangan kertas kerja di forum dan seminar, mengemukakan memorandum, menghantar petisyen -pendekatan secara modal sosial turut digunakan menerusi komunikasi rasmi dengan menghantar surat kepada pihak kerajaan
Objektif Kajian 3 Meneliti apa respon kerajaan terhadap isu dalam pembaharuan sektor kesihatan yang diketengahkan oleh GMPPK	Kemunculan Hospital Swasta - kerajaan didapati meneruskan dasar yang menggalakkan pembukaan hospital swasta dengan pelancongan kesihatan dan insentif berkaitan diteruskan Penswastaan Perkhidmatan Sokongan Hospital Awam - kerajaan dilaporkan telah menandatangani perjanjian konsesi baru pada 11 Mac 2015 melibatkan liam buah syarikat konsesi Penswastaan Perkhidmatan Farmaseutikal - syarikat konsesi tersebut telah diberikan perlanjutan kontrak untuk tempoj 10 tahun mulai 1 Disember 2009
Objektif Kajian 4 Menghuraikan mengapa kerajaan memberikan respon yang sedemikian rupa terhadap isu-isu yang diperjuangkan oleh GMPPK	-menangani peningkatan kos; mengatasi soal ketidakseimbangan dari segi pengagihan sumber; meningkatkan kualiti perkhidmatan kesihatan; memenuhi agenda dan dasar kerajaan; mengekalkan kakitangan berpengalaman; menyumbang pendapatan negara

Sumber: Hasil penyelidikan, 2018

5.12 Kesimpulan

Berdasarkan kepada penelitian dan analisis terhadap aktiviti yang dilaksanakan oleh GMPPK menerusi pelbagai medium, beberapa konklusi dapat dihasilkan. Antaranya adalah seperti berikut:-

University of Malaya

a) Penswastaan menjadi punca kepada peningkatan kos, sebagaimana didakwa berlaku terhadap penswastaan perkhidmatan sokongan di hospital kerajaan dan penswastaan farmaseutikal;

b) Peningkatan kos yang berlaku bukan sahaja menyebabkan perbelanjaan fiskal kerajaan meningkat, tetapi lebih utama bagi GMPPK adalah ianya memberi kesan buruk kepada rakyat, khususnya dari golongan berpendapatan sederhana dan rendah;

c) Isu berkait dengan akses terhadap perkhidmatan kesihatan turut berbangkit. Ini didapati mewujudkan jurang antara yang kaya dan miskin, apalagi perkembangan hospital swasta dan pelancongan kesihatan menyebabkan terdapat rakyat Malaysia sendiri yang sekadar menjadi "penonton" terhadap fasiliti dan rawatan yang ada, tetapi tidak mampu disebabkan kos yang tinggi;

d) Tentu sekali ini semua menjejaskan isu ekuiti dan kesaksamaan terhadap perkhidmatan kesihatan, sekaligus menjejaskan solidariti dikalangan rakyat, yang mana pada GMPPK ianya tidak baik untuk negara seperti Malaysia;

e) Penswastaan dan komersialisasi kesihatan ini mendedahkan kepada suatu urustadbir, ketelusan dan akauntabiliti yang boleh dipertikaikan; dan

f) Dalam hal tertentu, ianya menyumbang kepada melemahkan institusi hospital kerajaan itu sendiri dan memungkinkan perkhidmatan berkualiti kepada rakyat dikompromi.

Gabungan didapati secara konsisten menyatakan pendirian mereka berhubung perkara ini, dan dalam perkara-perkara tertentu didapati turut sealiran dengan beberapa kumpulan masyarakat madani yang lain, pun begitu, pendirian kerajaan didapati tidak jauh berubah. Penerusan kepada pelaksanaan beberapa program penswastaan dan

University of Malaya

komersialisasi, sebagaimana dibincangkan diatas mencerminkan hasrat kerajaan untuk tidak sekali-kali berundur dari meneruskannya. Justeru, persoalan terhadap keberkesanan peranan dimainkan oleh GMPPK berhubung isu setelah dilakukan sejak tahun 2005 tentulah amat menarik untuk diteliti.

University of Malaya

BAB 6: AKTIVITI BANTAHAN GMPPK TERHADAP CADANGAN PEMBAHARUAN SISTEM PEMBIAYAAN KESIHATAN

6.1 Pengenalan

Setiap negara didapati beriltizam untuk memastikan setiap rakyatnya mempunyai perlindungan dari segi kewangan yang sewajarnya bagi menghadapi kesulitan apabila berdepan masalah kesihatan. Ini adalah penting bagi memastikan mereka akan menikmati akses yang menyeluruh terhadap perkhidmatan kesihatan. Konsep ini yang juga dikenali sebagai liputan kesihatan universal (LKU) adalah merupakan antara sasaran terpenting yang digagaskan *World Health Organisation* (WHO). Tujuan utamanya adalah bagi memastikan ekuiti atau kesamarataan dalam perkhidmatan kesihatan tercapai. Justeru, perbincangan kearah memastikan kelestarian terhadap pembiayaan kesihatan adalah merupakan antara isu yang paling utama dibincang dan diperdebatkan di peringkat global.

Dalam hal ini, sedaya mungkin setiap negara, samada dikalangan negara maju yang berpendapatan tinggi seperti United Kingdom, Amerika Syarikat, Perancis dan Jepun didapati melaksanakan pembaharuan terhadap sistem pembiayaan kesihatan. Ini juga dikesan berlaku dikalangan negara berpendapatan sederhana seperti Thailand, Taiwan dan Indonesia. Malahan negara berpendapatan rendah seperti Malawi dan Kemboja sekalipun tidak terkecuali. Pembaharuan ini dilakukan sebagai antara matlamat untuk mencapai LKU.

Dalam hal ini, pelbagai negara didapati telah mengambil langkah-langkah tertentu untuk melaksanakan pembaharuan dalam aspek pembiayaan. Agensi seperti *World Health Organisation* (WHO), *World Bank* dan *International Monetary Fund* (IMF) misalnya sejak tahun 80an begitu proaktif menggalakkan pembaharuan ini. Beberapa pendekatan misalnya telah diperkenalkan oleh WHO khusus bagi melaksanakan

University of Malaya

pembaharuan pembiayaan kesihatan. Antaranya, pada tahun 2005, WHO telah mengemukakan cadangan bagi menggalakkan pelaksanaan Insurans Kesihatan Sosial (IKS) sebagai salah satu daripada kaedah menangani cabaran besar yang dihadapi melibatkan pembiayaan kesihatan.

Tindakan kearah melaksanakan pembaharuan melibatkan aspek pembiayaan kesihatan ini juga turut tidak terkecuali berlaku di Malaysia. Berdasarkan literatur, usaha ini didapati dikesan berlaku sejak pertengahan tahun 80an lagi dan sehingga tesis ini ditulis kajian-kajian berkenaan didapati masih berlangsung. Apabila kerajaan mula menyuarakan hasrat ini, ianya telah menerima reaksi dari pelbagai pihak, termasuklah kumpulan masyarakat madani. Ada yang positif terhadap cadangan ini dan tidak kurang juga yang sebaliknya. Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK) adalah merupakan antara salah satu daripada kumpulan masyarakat madani yang mempunyai pandangan berbeza terhadap cadangan ini. Oleh itu, tesis ini akan memberikan tumpuan terhadap aktiviti-aktiviti bantahan Gabungan berhubung cadangan kerajaan untuk melaksanakan pembaharuan sistem pembiayaan kesihatan.

Bab ini akan memperincikan komponen-komponen berikut:-

a) Cadangan pembaharuan sistem pembiayaan kesihatan di Malaysia;

b) Keperluan kerajaan memperkenalkan sistem pembiayaan kesihatan baharu;

c) Faktor-faktor bantahan GMPPK;

d) Peranan dan aktiviti GMPPK; dan

e) Cadangan balas GMPPK;

University of Malaya

6.2 Cadangan Pembaharuan Sistem Pembiayaan Kesihatan di Malaysia

Kerajaan Malaysia bercadang untuk mengadakan perubahan terhadap sistem pembiayaan kesihatan sediada dari hanya semata-mata bergantung kepada sumber percukaian kepada suatu sistem gabungan, melibatkan beberapa sumber baru. Menerusi sistem baru yang dicadangkan oleh kerajaan, pembiayaan awam akan melibatkan perkongsian dikalangan semua kumpulan yang disebut sebagai Insurans Kesihatan Sosial (IKS). Disamping itu, sistem pembiayaan yang baharu ini masih mengekalkan sumber pembiayaan sediada yang menggunakan hasil percukaian dan bayaran bersama. Ini bermaksud, kerajaan Malaysia berhasrat untuk memperkenalkan suatu sistem pembiayaan kesihatan hibrid atau campuran.

Bayaran bersama adalah suatu bayaran tetap yang dilindungi oleh sesuatu pelan insurans seseorang individu (yang juga dikategorikan sebagai perbelanjaan luar saku). Manakala perbelanjaan luar saku pula bayaran yang dikeluarkan sendiri oleh pesakit bagi perbelanjaan perubatan meliputi konsultansi dengan doktor, kelengkapan, ubatan dan sebagainya.

Faktor-faktor yang mendorong kerajaan utuk melakukan perubahan akan dibincangkan dalam seksyen yang berikutnya. Dalam bahagian ini, perbincangan ditumpukan tentang latar belakang cadangan kerajaan beserta dengan isi kandungan sistem pembiayaan baru, terutama melibatkan komponen yang dikenali sebagai IKS.

Idea tentang IKS itu telah tergambar dalam polisi-polisi kerajaan. Sebagai contoh, mulai tahun 2009, kerajaan telah meluluskan cadangan Kementerian Kesihatan untuk memperkenalkan IKS. Ini adalah tergambar menerusi suatu kertas konsep yang dikenali sebagai *1Care for Malaysia* (selepas ini dirujuk sebagai 1Care). Sebenarnya, cadangan untuk mengadakan skim pembiayaan kesihatan menggunakan kaedah IKS telahpun dikemukakan oleh beberapa kumpulan sejak lama lagi. Sebagai contoh, sejak tahun

University of Malaya

1960an lagi perkara ini pernah dikemukakan oleh *Malaysian Trade Union Congress* (MTUC). Cadangan ini dikesan menerusi suatu surat oleh Setiausaha Agung MTUC, K.V. Thaver kepada Menteri Buruh pada 15 November 1956 yang antara lain mencadangkan skim *National Health Insurance* bagi faedah pekerja di Persekutuan Tanah Melayu diperkenalkan. Risalah bertajuk *National Insurance Act Sickness Benefit* yang dikeluarkan oleh Kementerian Pencen dan Insurans Kebangsaan Scotland telah disertakan bersama-sama surat berkenaan Resolusi ini diluluskan oleh *MTUC 6th Delegates Conferences* pada 26-28 Oktober 1956, namun ditolak selepas tiga bulan kemudian oleh Menteri Buruh (Arkib Negara Malaysia, 1958, dipetik dari Hong, 2014: 244).

Cadangan ini antara lain adalah bagi memastikan kakitangan swasta mendapat faedah pembiayaan kesihatan sepertimana yang dinikmati oleh kakitangan kerajaan. Kakitangan kerajaan mendapat rawatan secara percuma di hospital kerajaan. Dengan adanya sistem sebagaimana diamalkan menerusi IKS, maka kos rawatan secara prinsipnya akan dikongsi secara bersama oleh semua masyarakat. Ini adalah bagi membolehkan kakitangan swasta boleh juga mendapat rawatan dengan lebih baik lagi. Perbincangan mengenainya didapati berterusan sehinggalah akhir tahun 60an.

Namun begitu, memandangkan pada masa tersebut kerajaan didapati mengamalkan sistem pembiayaan kesihatan yang diwarisi dari penjajah British iaitu suatu sistem yang berteraskan kebajikan dan tidak pula berhadapan dengan masalah yang serius, maka tiada keperluan difikirkan untuk melaksanakannya. Lagipun kerajaan berpendapat bahawa sebarang pertukaran sistem sediada kepada suatu sistem yang baru tidak boleh dilakukan secara tergesa-gesa tanpa mengambilkira implikasinya. Sebaliknya suatu kajian yang mendalam perlu dilakukan terlebih dahulu. Disamping itu kerajaan berpandangan bahawa pelaksanaan sistem baru menggunakan sistem yang dicadangkan

University of Malaya

MTUC akan melibatkan perbelanjaan yang besar kepada pihak kerajaan. Disamping itu, isu kekurangan doktor dan ketidakyakinan kerajaan terhadap kemampuan pekerja untuk membayar premium disebabkan gaji yang kecil juga telah menyebabkan pihak kerajaan pada masa itu menolak cadangan yang dikemukakan oleh MTUC (Arkib Negara Malaysia, 1958, dipetik dari Hong, 2014: 244).

Cadangan tentang IKS ini secara amnya tidak kedengaran sehinggalah kerajaan mula memikirkan untuk mengadakan Skim Pembiayaan Kesihatan Kebangsaan (SPKK) pada tahun 1980an. Sekurang-kurangnya terdapat dua perkara penting yang berlaku dalam tahun 1980an baik di peringkat antarabangsa mahupun di peringkat tempatan. Di peringkat antarabangsa misalnya, berlakunya pengaruh neoliberalisme yang menuntut negara membangun supaya mengadakan dasar yang lebih terbuka bagi memastikan kemajuan dunia. Di peringkat tempatan atau di dalam negara pula, berlaku masalah kemelesetan ekonomi dan di masa yang sama juga berlaku pertukaran pucuk pimpinan daripada Tun Hussein Onn kepada Mahathir Mohamad. Perubahan-perubahan berkenaan telah menukar landskap politik Malaysia dalam beberapa perkara. Sebagai contoh, kerajaan di bawah pimpinan Mahathir mula melancarkan dasar penswastaan dan pengkorporatan. Perubahan-perubahan berkenaan itu juga telah mempengaruhi sistem kesihatan. Justeru itu, skim pembiayaan kesihatan kebangsaan yang telah disebut tadi mula dirancang kembali oleh pihak kerajaan.

Demikian itu, mulai tahun 1980an, melalui Rancangan Malaysia Keempat dan Kelima, pelbagai langkah telah diambil oleh pihak kerajaan untuk menghasilkan satu skim pembiayaan kesihatan yang baru. Beberapa agensi antarabangsa, antaranya *Birch & Davis International Inc.* dan *Westinghouse Overseas Service Corporation* telah dilibatkan dalam usaha menghasilkan skim pembiayaan berkenaan. Sebagai contoh,

University of Malaya

kajian mengenainya ada dilaporkan di dalam Kajian Separuh Penggal Rancangan Malaysia Keempat dan Kajian Separuh Penggal Rancangan Malaysia Kelima.

Pada tahun 1988, Dana Sekuriti Kebangsaan telahpun dicadangkan bagi meletakkan pembiayaan kesihatan di bawah institusi ini. Mulai tahun 1990, kerajaan telah memperkenalkan penswastaan kesihatan melalui pengkorporatan IJN dan beberapa aspek yang lain. Penswastaan dalam sektor kesihatan telah dilaksanakan oleh kerajaan, meskipun agak lewat berbanding lain-lain sektor dan dilaksanakan secara begitu berhati-hati. Ianya diteruskan juga oleh kerajaan dengan beberapa faktor yang telah dipertimbangkan. Antaranya adalah dari segi peningkatan kos yang ditanggung kerajaan serta isu-isu kecekapan perkhidmatan. Perincian mengenai penswastaan telah dilakukan dalam Bab 5.

Lanjutan daripada perkembangan inilah, maka suatu skim pembiayaan kesihatan yang berteraskan kepada IKS telah dikemukakan. Contohnya, kajian Rashid Hussein Bhd dan William Hsiao umpamanya telah memperakukan agar pembaharuan terhadap sistem pembiayaan kesihatan yang akan dilancarkan berkenaan adalah menggunakan model IKS. Melalui perbincangan dengan pelbagai pihak, dan sebagaimana telah dinyatakan sebelum ini, akhirnya pada tahun 2009 pihak Kementerian Kesihatan telah membentangkan kertas cadangan 1Care kepada Majlis Ekonomi yang dipengerusikan Perdana Menteri yang kemudiannya telah diluluskan Kabinet. Selanjutnya pada tahun 2010 1Care telah dimuktamadkan pelaksanaannya menerusi RM Ke 10.

Secara umumnya, terdapat tiga aspek utama pembaharuan sistem kesihatan Malaysia yang dicadangkan menerusi 1Care iaitu seperti berikut:-

a) Pembiayaan;
b) Penyampaian perkhidmatan; dan

University of Malaya

c) Urustadbir dan kawalselia.

Namun dalam tesis ini, tumpuan hanya dikhususkan kepada aspek pembiayaan sahaja.

Pelaksanaan pembaharuan sektor kesihatan Malaysia menerusi 1Care didapati telah diperhalusi menerusi beberapa dokumen kerajaan. Antaranya adalah Rancangan Malaysia Ke 10 (2010-2015). Selain itu, 1Care ianya turut dibincangkan secara mendalam oleh pihak Kementerian Kesihatan sendiri. Perincian ini dapat diteliti menerusi Kertas Konsep 1Care, *Country Health Plan: 10th Malaysia Plan 2011-2015, 1Care for 1Malaysia* dan Pelan Strategik KKM 2011-2015. Walau bagaimanapun selepas tahun 2015 dan semasa tesis ini ditulis didapati perkataan 1Care telah agak kurang diperkatakan. Sebaliknya difahamkan suatu terminologi baru iaitu Transformasi Kesihatan atau *Healthcare Transformation* telah dibincangkan diperingkat kementerian untuk digunakan bagi menggantikan 1Care. Namun demikian bagi maksud tesis ini perbincangan adalah masih menggunakan nama 1Care.

Terdapat empat perkara penting yang menjadi tumpuan dalam skim pembiayaan yang baharu melalui 1Care. Ianya adalah melibatkan aspek sumber kewangannya, badan berautoriti yang bertanggungjawab menguruskannya, perlaksanaan dan kebaikan.

a) Sumber Kewangan

Berbanding sistem sedia ada yang bergantung kepada sumber dari percukaian semata-mata, mekanisme pembiayaan yang dicadangkan menerusi 1Care terdiri dari gabungan tiga sumber utama.

Berbeza dengan skim pembiayaan yang lama, skim pembiayaan yang baru ini adalah berdasarkan sistem percukaian yang sediada dan dua sumber yang baharu. Sumber tersebut adalah caruman IKS dan bayaran bersama. Premium daripada IKS tidak

University of Malaya

meliputi penyakit kronik. Justeru itu, sistem bayaran bersama diperkenalkan pada kadar tertentu bagi suatu manfaat pakej kesihatan yang bakal ditetapkan. Sumber percukaian yang sedia ada akan digunakan untuk menanggung perbelanjaan rawatan kakitangan kerajaan dan orang-orang miskin.

b) Badan berautoriti

Semua sumber ini disatukan ke dalam satu tabung yang akan diuruskan oleh sebuah agensi berautonomi di bawah Kementerian Kesihatan Malaysia. Agensi ini dikenali sebagai Pihak Berkuasa Pembiayaan Kesihatan Kebangsaan (PBPKK). Perlulah dicatatkan disini bahawa, caruman daripada IKS adalah bersifat wajib dan dikuatkuasakan menerusi satu undang-undang yang diluluskan oleh Parlimen dan dikuatkuasakan pelaksanaannya oleh agensi berkanun yang ditubuhkan dan terletak di bawah Kementerian Kesihatan.

c) Kaedah Pelaksanaan

Sebagaimana dinyatakan dalam kertas konsep 1Care, terdapat dua opsyen bagi menentukan jumlah premium, samada ditentukan pada nisbah 2/3:1/3 atau 50:50. Nisbah ini adalah berasaskan kepada pembahagian melibatkan pihak majikan dan pekerja. Sepertimana dinyatakan didalam kertas konsep 1Care, ada dinyatakan bahawa premium bagi IKS adalah "dianggarkan pada kadar 9.5 peratus dari jumlah keseluruhan pendapatan keluarga, dan akan dipotong secara bulanan dari gaji peserta. IKS menekankan suatu bentuk pendekatan subsidi-silang yang tinggi apabila yang kaya menampung yang miskin, yang produktif dari segi ekonomi menampung mereka yang sebaliknya dan yang sihat menampung yang sakit" (KKM, 2009).

Dalam konteks ini, terdapat tiga ciri utama IKS, pertama penyertaan mandatori dengan membayar sejumlah kadar premium yang akan ditetapkan, kedua manfaat akan

University of Malaya

hanya sah kepada peserta sahaja dan ketiga pakej manfaat kesihatan bakal ditentukan terlebih dahulu.

Mengambilkira struktur dan sumber pembiayaan baru yang dicadangkan, sebanyak 62 peratus sumber pembiayaan kesihatan akan dijana dari skim IKS yang diperolehi dari sumbangan peserta serta hasil dari percukaian. Manakala baki 23 peratus lagi diperolehi daripada perbelanjaan luar saku dan 15 peratus pula dari percukaian bagi fungsi kesihatan awam yang baru. Berbanding struktur dan sumber dari sistem sediada yang diperolehi dari sistem percukaian (44 peratus) dan perbelanjaan luar saku (41 peratus), pihak kerajaan berpendapat sistem baru yang dicadangkan ini adalah lebih mampan (KKM, 2009).

Sistem pembiayaan kesihatan yang dicadangkan ini masih mengandungi elemen perbelanjaan luar saku, namun dalam peratusan yang lebih kecil berbanding sistem sediada. Perbelanjaan luar saku ini akan digunakan bagi menampung kos ubat-ubatan, rawatan pergigian dan mana-mana perkhidmatan yang tidak termasuk dalam pakej manfaat kesihatan. Selain itu, perbelanjaan luar saku juga digunakan bagi individu yang turut serta secara sukarela didalam skim insurans kesihatan swasta. Pembiayaan perkhidmatan perubatan ini menggunakan konsep *capitation with casemix adjsutment* yang berdasarkan kepada profil kesihatan komuniti.

Manakala pendapatan yang diperolehi dari sistem percukaian negara akan digunakan oleh pihak kerajaan untuk membiayai beberapa aspek seperti: 1) kesihatan awam dan lain-lain aktiviti Kementerian Kesihatan Malaysia, 2) membiayai kos premium IKS untuk Rawatan Kesihatan Primer (RKP) meliputi sebahagian populasi, 3) premium bagi IKS bagi warganegara dari golongan miskin yang berdaftar, golongan kurang upaya, warga emas (60 tahun ke atas), pesara dan kakitangan kerajaan (termasuk lima yang dibawah tanggungan), di mana disini kerajaan kelak berperanan sebagai majikan.

University of Malaya

1Care akan turut mengubah kaedah pembayaran dalam sistem kesihatan Malaysia apabila ianya akan menggantikan sistem fi-untuk-perkhidmatan sediada kepada kaedah baru secara fi-sebelum-perkhidmatan. Konsep bayar sebelum guna adalah antara ciri utama skim 1Care dimana pesakit tidak lagi perlu membayar pada titik mendapatkan perkhidmatan. Sebaliknya tuntutan akan dikemukakan oleh para doktor yang berkenaan kepada agensi yang menguruskan dana ini, iaitu PBPKK. Pesakit bagaimanapun mungkin perlu membayar sedikit bayaran dari perbelanjaan luar saku, contohnya bagi pembelian ubatan yang tiada dalam senarai, perkhidmatan yang tidak termasuk dalam pakej manfaat kesihatan atau jika mereka berhasrat mendapatkan perkhidmatan sektor swasta (KKM, 2009).

Mekanisme pembayaran menerusi skim ini juga dijangka menggunakan kaedah Diagnostik Berasaskan Kumpulan (DBK). Kaedah ini merupakan antara metodologi terawal yang diperkenalkan untuk mengkategorikan pesakit dan proses rawatan yang diterima agar dapat digunakan secara meluas bagi kumpulan pesakit yang sama (Fetter, Shin, Freeman & Thompson, 1980). Kaedah ini turut ditambahbaik menerusi penggunaan sistem pengukuran berasaskan *casemix*, yang merupakan satu sistem bagi mengkategorikan pesakit mengikut keperluan kepada perkhidmatan atau penggunaan sumber. Matlamat utama *casemix* menurut Fetter et al. (1991) adalah supaya mampu mewujudkan ekuiti terhadap pengagihan sumber dikalangan pesakit.

Manakala c*apitation* iaitu satu kadar tetap bayaran bagi setiap orang bagi perkhidmatan untuk satu tempoh tertentu akan digunakan bagi tujuan mengawal kenaikan kos di pihak penawaran. Kawalan terhadap aspek permintaan dilakukan menerusi kaedah-kaedah bayaran ini yang dikaitkan dengan sistem rujukan, dengan maksud untuk merasionalisasikan penggunaan perkhidmatan kepakaran (KKM, 2010).

University of Malaya

Insentif bakal diberikan kepada pengamal perubatan yang berjaya mencapai sasaran prestasi yang telah ditetapkan serta mereka yang berkesanggupan berkhidmat di kawasan pedalaman serta terpencil. Satu pakej manfaat kesihatan juga akan dibangunkan dimana ia merupakan senarai rawatan kesihatan yang akan dibiayai menerusi mekanisme yang akan disediakan di bawah 1Care. Manakala perkhidmatan pergigian serta preskripsi ubat-ubatan disediakan secara berasingan dengan bayaran secara bersama dikenakan. Menurut kertas konsep 1Care, bayaran ini diperkenalkan bagi memastikan perkhidmatan yang digunakan tidak disalahgunakan. Sebagaimana dinyatakan oleh kertas konsep, kumpulan seperti golongan miskin dikecualikan dari membuat bayaran tambahan ini.

d) Kebaikan

Sebagaimana penegasan yang dilakukan oleh kerajaan menerusi Kertas Konsep 1Care (KKM, 2009), skim ini diyakini memberi kebaikan tertentu, khususnya kepada negara, rakyat dan juga penyedia perkhidmatan.

Bagi negara, sebanyak enam kebaikan telah dikenalpasti. Pertama, skim ini dipercayai akan dapat memperkukuhkan perpaduan nasional. Ini dapat dicapai menerusi dua kaedah, iaitu pertama, solidariti sosial akan terhasil menerusi sumbangan ke dana IKS yang diwujudkan. Sumbangan dari masyarakat ini akan dapat membantu semua golongan termasuk yang miskin dan terpinggir, dan elemen subsidi silang seumpama ini akan memperkukuhkan lagi tanggungjawab sosial. Skim 1Care juga akan memberi penekanan kepada aspek penyampaian perkhidmatan yang beretika, dan ianya sekaligus meningkatkan aspek kebajikan rakyat dan menjamin akses serta ekuiti.

Kebaikan kedua skim 1Care kepada negara sebagaimana dinyatakan pihak kerajaan adalah bilamana ianya akan dapat merangsang pasaran sektor kesihatan menerusi peningkatan perbelanjaan sejajar dengan status Malaysia sebagai sebuah negara dalam

University of Malaya

berstatus pendapatan sederhana tinggi. Integrasi yang berlaku antara sektor awam dan sektor swasta dijangka meningkatkan produktiviti sekaligus meningkatkan tahap responsif sektor ini.

Ketiga, pembaharuan sistem kesihatan ini akan memberi peluang kepada Malaysia untuk mengoptimakan proses liberalisasi dan globalisasi dalam sektor kesihatan yang berlaku secara pesat di peringkat global. Ini penting demi memastikan sistem kesihatan negara kekal kompetitif, dengan keupayaan untuk menarik minat tenaga kerja mahir dalam bidang perubatan dan juga memajukan pelancongan kesihatan.

Kebaikan keempat kepada negara sebagaimana dinyatakan dalam kertas konsep tersebut adalah ianya akan membantu mengurangkan kebergantungan kepada dana kerajaan dalam membiayai perbelanjaan kesihatan. Ini dilakukan apabila ketirisan yang berlaku selama ini dan juga subsidi tidak bersasar apabila mereka yang tidak layak juga menikmati subsidi dapat dikawal. Segmen masyarakat yang menyumbang menerusi IKS akan dapat memastikan setiap subsidi yang dikeluarkan oleh kerajaan untuk menampung perbelanjaan perkhidmatan kesihatan benar-benar sampai ke golongan sasar.

Kelima, sistem baru ini diyakini akan dapat memperkasakan sistem jaringan keselamatan kewangan khususnya kepada golongan berpendapatan rendah dan juga kelas pertengahan menerusi pengurusan risiko yang lebih baik. Menggunakan kaedah pembayaran secara fi-untuk-perkhidmatan dijangka akan membantu mengurangkan perbelanjaan luar saku apabila pesakit tidak lagi perlu menyediakan bayaran semasa menerima perkhidmatan, berbanding sistem sebelum ini. Konsep IKS itu sendiri menurut kerajaan akan menyediakan suatu kumpulan dana yang besar dan tersedia membantu mereka yang memerlukan.

University of Malaya

Keenam, skim 1Care akan membantu meningkatkan keberkesanan dan kecekapan perkhidmatan kesihatan menerusi peningkatan kualiti rawatan, kos yang lebih efektif, mengurangkan pertindihan tugas dan fungsi, dan sekaligus meningkatkan persaingan. Secara tidak langsung ini semua akan dapat membantu mengawal peningkatan kos dan inflasi dalam sektor kesihatan.

Dalam kertas konsep itu juga, kerajaan memberikan kebaikan terhadap rakyat hasil dari pelaksanaan 1Care. Kerajaan percaya bahawa 1Care akan membantu memberikan perkhidmatan kesihatan yang lebih baik kepada rakyat. Ini diyakini akan dapat dicapai menerusi perluasan dan fleksibiliti dari segi akses kepada rakyat apabila mereka bebas memilih untuk mendapatkan rawatan, samada di hospital kerajaan atau pun swasta. Hujah kerajaan ini adalah bersandarkan kepada integrasi yang akan berlaku diantara kedua-dua entiti ini apabila 1Care dilaksanakan.

Disamping itu, pada pandangan kerajaan, caruman yang dikenakan menerusi IKS tidaklah membebankan rakyat. Sebaliknya kerajaan percaya bahawa rakyat yang berkelayakan akan mampu untuk membayarnya, demi untuk mendapat perlindungan kesihatan yang lebih meluas. Manakala bagi kumpulan rakyat yang kurang berkemampuan masih lagi menerima subsidi dari kerajaan. Justeru, kerajaan yakin 1Care akan memungkinkan mutu kesihatan dikalangan rakyat akan meningkat.

Seterusnya, dari perspektif kerajaan khususnya dalam konteks penyedia perkhidmatan, beberapa kebaikan telah dikenalpasti. Antara yang paling signifikan adalah usaha kearah merapatkan jurang antara hospital kerajaan dan swasta. Penstrukturan yang dicadangkan merupakan antara usaha kerajaan bagi merapatkan jurang terutama dari segi upah dan beban kerja di kalangan kakitangan diantara sektor awam dan swasta. Sekaligus ini dijangka dapat mengurangkan masalah penghijrahan tenaga kerja dari sektor awam ke swasta, sebagaimana yang berlaku sebelum ini.

University of Malaya

Penstrukturan ini juga akan memastikan tenaga kerja profesional dan sumber dikedua-dua sektor dapat dioptimakan sepenuhnya. Masalah yang dihadapi melibatkan kurangnya kakitangan yang bersedia berkhidmat dikawasan luar bandar dan terpencil dijangka dapat diatasi dengan penyediaan insentif khas. Latihan dan pengiktirafan akan dibangunkan dalam usaha untuk memastikan pengamal perubatan memiliki kompetensi yang sejajar dengan piawaian yang telah ditetapkan.

6.3 Keperluan Sistem Pembiayaan Kesihatan Baru Dari Perspektif Kerajaan

Bahagian berikutnya akan mengupas objektif keempat kajian ini iaitu bagi meneliti faktor mengapa kerajaan melihat terdapat keperluan bagi melaksanakan pembaharuan sistem pembiayaan kesihatan di Malaysia. Dalam hal ini tidak dapat dinafikan bahawa taraf hidup masyarakat di negara ini telahpun meningkat. Ini sebahagiannya disebabkan oleh semakin meningkatnya tahap pendidikan yang sekaligus meningkatkan kesedaran terhadap kesihatan. Sebagai jawapan kepada objektif keempat kajian ini, terdapat lapan faktor utama telah digunakan sebagai rasional dipihak kerajaan sebagai penegasan terhadap keperluan bagi kerajaan untuk meneruskan pembaharuan sistem pembiayaan kesihatan baharu di bawah *1Care for 1Malaysia*. Perkara ini ada dicatatkan di dalam pelbagai dokumen kerajaan seperti Kajian Separuh Penggal Rancangan Malaysia keempat, Rancangan Malaysia kelima, Kajian Separuh Penggal Rancangan Malaysia kelima, Rancangan Malaysia keenam.

Berikut adalah perincian terhadap faktor-faktor yang dikemukakan oleh pihak kerajaan, iaitu:-

6.3.1 Peningkatan Perbelanjaan Dalam Sektor Kesihatan

Sebagaimana telah dibincangkan menerusi Bab 1, isu peningkatan perbelanjaan dalam sektor kesihatan terutama semenjak tahun 1980an lagi amat membimbangkan

University of Malaya

kerajaan. Justeru, pelbagai langkah telah diambil oleh kerajaan untuk mengurangkan perbelanjaan misalnya dengan memperkenalkan dasar penswastaan dan pengkorporatan.

Peningkatan kos ini sebahagiannya disebabkan oleh faktor pertambahan jumlah golongan tua di negara ini. Apa lagi menjelang tahun 2020, Malaysia dianggap sebagai negara "tua" apabila hampir 7 peratus daripada populasinya terdiri daripada warganegara yang berumur 65 tahun ke atas (MHSR, 2016). Sungguhpun pencapaian negara dalam aspek peningkatan jangka hayat semakin baik, iaitu 77.2 tahun bagi wanita, manakala bagi lelaki pula adalah 72.5 tahun (Health Fact, 2012), namun begitu ianya memberikan kesan tertentu kepada negara. Ini adalah kerana warga tua lebih terdedah kepada pelbagai penyakit kronik dan penjagaan kesihatan mereka memerlukan kos yang lebih tinggi. Situasi ini sekaligus mendatangkan beban kewangan kepada negara. Disebabkan itu maka pihak kerajaan percaya sudah tiba masanya untuk satu skim pembiayaan kesihatan yang baharu diperkenalkan.

Peningkatan tekanan dalam konteks pembiayaan dan kewangan khususnya terhadap sistem kesihatan awam adalah merupakan antara faktor utama yang dinyatakan oleh kerajaan, khusus bagi menjustifikasikan keperluan untuk mengubah sistem pembiayaan kesihatan sediada di Malaysia. Ini adalah sebagaimana ditegaskan oleh kerajaan menerusi kertas cadangan pelaksanaan 1Care bilamana kerajaan menyatakan telah berlaku peningkatan yang kian ketara dalam perbelanjaan sektor kesihatan sejak negara mencapai kemerdekaan. Misalnya, menurut satu kajian, perbelanjaan sektor swasta di Malaysia telah meningkat dari 24 peratus pada tahun 1980an (Health Services Financing Study, 1985) kepada 55.2 peratus dalam tahun 2000an (HIC, 2009). Sebagai contoh, pada tahun 2007, perbelanjaan kesihatan awam adalah RM13.5 billion, berbanding RM16.7 billion di sektor swasta. Peningkatan yang berlaku ini mempunyai kesan kurang baik memandangkan akan berlaku kurang kawalan yang sekaligus boleh

University of Malaya

menyumbang kepada inflasi. Selanjutnya ianya akan memberi kesan kepada kenaikan kos yang lebih tinggi (World Bank Institute, 2007).

Seterusnya, satu lagi isu besar yang dihadapi dalam sistem pembiayaan kesihatan di Malaysia adalah peningkatan ketara perbelanjaan luar saku. Sebagai contoh, perbelanjaan luar saku Malaysia telah meningkat sebanyak 32 peratus dalam tahun 2001 ke 40 peratus dalam tahun 2006 atau bersamaan RM10.05 billion. Perbelanjaan luar saku yang tinggi merupakan trend sebagaimana di negara-negara berpendapatan rendah. Sebaliknya, bagi Malaysia yang sudah berada di dalam kategori negara berpendapatan sederhana atas sewajarnya langkah-langkah tertentu diambil untuk mengekangnya, sebagaimana saranan WHO sendiri.

Perbelanjaan luar saku yang tinggi memberi kesan dari segi pilihan yang ada di kalangan pesakit dalam mendapatkan rawatan dimana terdapat indikator di mana kos dikongsi bersama dikalangan mereka yang mampu. Oleh itu, kerajaan berpendapat amat penting untuk mengekang perbelanjaan luar saku yang tinggi bagi memastikan sistem jaringan sosial negara kukuh dan sekaligus menjamin perlindungan kesihatan bersifat menyeluruh, khusus dikalangan mereka yang kurang berkemampuan.

Situasi ini nyata menekan kewangan kerajaan apalagi jika dibandingkan dengan sistem kesihatan swasta yang berorientasi keuntungan dan lebih menekankan kawasan bandar. Ketidakseimbangan ini mendorong pembaharuan ini dicadangkan oleh kerajaan.

6.3.2 Perubahan Kehendak Masyarakat dan Gaya Hidup

Sebagaimana yang telah disebut sebelum ini, menjelang tahun 1990an, tahap kehidupan rakyat telah meningkat sebahagiannya disebabkan kemajuan dalam tahap pendidikan warganegara. Perkembangan ini sekaligus telah mendorong kepada peningkatan kesedaran kesihatan. Rakyat sudah semakin peka tentang keperluan

University of Malaya

mengambil langkah-langkah pencegahan dan segera untuk ke pusat rawatan sekiranya menghadapi simptom-simptom penyakit tertentu.

Keadaan ini telah menyebabkan semakin ramai yang mendapatkan rawatan, baik melalui hospital awam mahupun swasta. Dalam hal ini juga didapati semakin ramai pesakit yang mendapatkan rawatan berkait kesihatan mereka khususnya di hospital awam. Ini dipercayai disebabkan oleh beberapa faktor antaranya kos yang lebih murah, serta akses kemudahan kesihatan kerajaan yang lebih baik dan meluas serta khidmat kepakaran yang lebih berpengalaman berbanding di hospital swasta. Situasi ini bagaimanapun telah menyumbang kepada beberapa isu antaranya adalah masa menunggu yang begitu lama serta beberapa isu lain melibatkan penyampaian perkhidmatan kesihatan seperti kesesakan (sebagaimana perbincangan dalam Bab 1). Kebenaran terhadap dakwaan ini adalah terbukti sebagaimana dapatan kajian yang diperolehi melibatkan tahap kepuasan hati pesakit di klinik awam dan swasta pada tahun 2015. Rujuk Jadual 6.1.

Jadual 6.1: Tahap Kepuasan Perkhidmatan Klinik Awam dan Swasta di Malaysia, 2015

Indikator	**Klinik Awam**			**Klinik Swasta**		
	STB/TB*	S*	B/C*	STB/TB*	S*	B/C*
Keselesaan dari segi lokasi klinik	4	27	69	6	31	63
Keselesaan dari segi waktu operasi	4	30	66	3	26	71
Keselesaan klinik	3	23	74	1	21	78
Keberadaan makmal untuk ujian	3	28	69	3	27	70
Keberadaan doktor pakar	5	28	67	3	27	70
Dibenarkan untuk memilih doktor	18	40	42	5	28	67
Waktu menunggu bagi mendapat khidmat doktor	26	41	33	4	28	68
Jumlah masa yang diperuntukkan doktor untuk merawat pesakit	6	33	61	2	28	70
Kebolehan untuk memberikan diagnosis dan rawatan	2	24	74	2	22	76
Kejelasan penerangan diberi doktor	2	24	74	2	21	77
Keramahan dan sikap membantu ditunjukkan kakitangan	2	21	77	1	18	81
Hasil perkhidmatan/rawatan	2	23	75	1	20	79
Caj rawatan	1	9	90	26	47	27
Tanggapan keseluruhan	1	21	78	3	25	72

Sumber: National Health & Mordibity Survey, 2015 (KKM)
Petunjuk

University of Malaya

Angka dalam bentuk (%)
*STB/TB- Sangat tidak berpuashati/Tidak berpuashati
*S-Sederhana
*B/C-Baik/Cemerlang

Berdasarkan Jadual 6.1 diatas adalah didapati isu waktu menunggu yang lama begitu ketara di sektor kerajaan apabila statistik yang sangat tidak berpuashati/tidak berpuashati agak besar (iaitu sekitar 26 peratus), berbanding hanya 4 peratus diikalangan pesakit di sektor swasta. Manakala dari segi caj rawatan yang dikenakan oleh klinik swasta pula mendatangkan rasa tidakpuas hati dikalangan 26 peratus pesakit. Isu-isu serta ekpektasi yang semakin tinggi dari kalangan pesakit sudah tentu perlu ditangani dengan begitu proaktif oleh kerajaan.

Sungguhpun ada perkhidmatan daripada hospital swasta, namun ianya hanya dapat diakses oleh golongan yang berpendapatan tinggi. Memandangkan adanya ekspektasi masyarakat inilah, kerajaan mula memikirkan untuk mencadangkan sistem pembiayaan yang baru bagi menampung tuntutan-tuntutan yang baharu.

Di dalam dokumen kerajaan terlihat ekpektasi dan gaya hidup masyarakat dibincangkan sebagai dua perkara yang berlainan. Namun dapat diulas di sini bahawa sebahagian daripada isu ekspektasi ini juga terkait dengan isu gaya hidup. Sebagai contoh, oleh kerana peningkatan pendapatan serta kemudahan pengangkutan udara yang semakin moden, maka mobiliti warganegara untuk bergerak dari satu negara ke negara yang lain didapati berlaku lebih mudah dan pantas.

Dengan ini juga ianya meningkatkan risiko penyakit berjangkit seperti *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS), penyakit Influenza A dikenali sebagai H1N1 dan termasuk juga HIV/AIDS yang boleh menular ke dalam negara. Gaya hidup yang berkaitan dengan cara makan, senaman dan lain-lain juga telah mempengaruhi tahap kesihatan masyarakat. Isu-isu ini memerlukan kerjasama pelbagai pihak baik di kalangan

University of Malaya

penyedia perkhidmatan awam atau swasta begitu juga dengan kumpulan-kumpulan yang lain dalam kalangan masyarakat madani.

6.3.3 Peningkatan Beban Tugas Kakitangan Perubatan Awam

Peningkatan ekspektasi yang dibincangkan sebelum ini dan semakin meningkatnya tumpuan masyarakat untuk mendapatkan rawatan di sektor awam telah sekaligus menambahkan beban tugas dikalangan kakitangan kerajaan. Data Kementerian Kesihatan Malaysia juga menunjukkan 41 peratus dari bilangan hospital pada tahun 2013 adalah milik awam, berbanding bakinya 59 peratus adalah dimiliki sektor swasta. Sebaliknya, meskipun bilangan hospital di sektor awam lebih kecil, tetapi bilangan katilnya jauh lebih besar iaitu pada kadar 76 peratus berbanding hanya 24 peratus di sektor swasta. Ini jelas menunjukkan beban yang ditanggung oleh doktor dan kaktitangan di sektor awam jauh lebih besar (MHSR, 2016). Ini disokong lagi dengan data yang dikeluarkan oleh *National Health Morbidity Survey* (NHMS) (2011) bahawa kadar penggunaan katil disektor awam adalah 82 peratus berbanding hanya 18 peratus disektor swasta.

Isu beban tugas khususnya dikalangan doktor pakar di hospital kerajaan adalah merupakan antara perkara yang diberikan perhatian utama. Jadual berikut menunjukkan statistik doktor pakar di Malaysia bagi tahun 2009, 2010 dan 2011 melibatkan doktor di hospital KKM, universiti dan swasta, iaitu seperti (Jadual 6.2):-

Jadual 6.2: Jumlah Doktor Pakar di Hospital di Malaysia 2009 – 2011

Tahun	Hospital KKM	Hospital Universiti	Hospital Swasta	Jumlah
2009	2,992	698	3,665	6,335
2010	3,010	760	2,925	6,695
2011	3,009	911	3,080	7,000

Sumber:
National Healthcare Establishment and Workforce Statistics (Hospital) 2008-09, Clinical Research Centre, Kuala Lumpur. 2010.
National Healthcare Establishment and Workforce Statistics (Hospital) 2010, Clinical Research Centre, Kuala Lumpur. 2012
National Healthcare Establishment and Workforce Statistics (Hospital) 2011, Clinical Research Centre, Kuala Lumpur. 2013

University of Malaya

Berdasarkan statistik di Jadual 6.2 menunjukkan bahawa doktor pakar di hospital kerajaan ternyata mempunyai beban tugas yang jauh lebih berat berbanding rakan sekerja mereka di hospital swasta. Sebagai contoh, pada tahun 2011 dengan bilangan doktor pakar di hospital swasta melebihi doktor pakar di hospital kerajaan pada jumlah 3,080 (swasta) dan 3,009 (awam). Bebanan ini ditambahkan lagi dengan bilangan pesakit yang perlu dirawat oleh doktor di hospital awam jauh lebih besar. Sebagai contoh berdasarkan Health Facts 2016 terbitan KKM, bilangan pesakit dalam di hospital awam pada tahun 2015 adalah 2,466,727 berbanding swasta, 1,064,718 (Health Facts, 2016).

Cuba banding dan kaitkan dengan jumlah kakitangan (khususnya doktor pakar) dan bayangkan bagaimanakah bebanan kerja doktor di sektor awam, iaitu peningkatan beban tugas sebanyak sekali setengah ganda dikalangan doktor di hospital kerajaan, berbanding doktor di hospital swasta. Senario ini diburukkan lagi dengan waktu bertugas yang lama di hospital kerajaan, mengendalikan kes-kes yang lebih kompleks, serta keperluan mengawasi dan melatih doktor pelatih serta doktor pakar yang baru, dan lebih memberikan tekanan dengan gaji yang jauh lebih kecil berbanding rakan sejawat mereka di sektor swasta.

Cerminan terhadap beban tugas kakitangan perubatan di hospital kerajaan dapat dilihat menerusi perspektif nisbah kakitangan dan penduduk. Sebagai contoh, nisbah doktor 1:1000 penduduk dan jururawat 1.35:1000 penduduk di Malaysia agak rendah berbanding kadar ditetapkan WHO (1.23 dan 2.56: 1000 penduduk) (World Health Report, 2007). Ini ditambah pula dengan hakikat bahawa Malaysia berhadapan dengan masalah kekurangan doktor (pada kadar 1:1000), berbanding nisbah 1:800 diperingkat global. Ini jauh jika hendak dibandingkan dengan Jepun (1:500) atau negara-negara

University of Malaya

Organisation for Economic Co-Operation Development (OECD) iaitu 1:350 (MHSR, 2016).

Peningkatan tekanan kerja doktor di sektor awam didapati berterusan apabila berlaku pengaliran keluar doktor di sektor berkenaan yang keluar untuk berkhidmat di sektor swasta, yang menawarkan ganjaran yang jauh lebih baik. Ditambah pula dengan kemajuan dalam aspek teknologi yang memaksa mereka di sektor awam bekerja lebih keras untuk memberikan perkhidmatan terbaik, ia turut menjadi faktor pendorong peningkatan tekanan kerja.

Keadaan ini mendorong kerajaan untuk mencadangkan perubahan ini khusus bagi membentuk keseimbangan di antara perkhidmatan di sektor awam dan swasta, sekaligus memastikan perkhidmatan kesihatan terbaik disalurkan kepada rakyat.

Tambahan pula, adalah didapati gaji yang diterima oleh kakitangan perubatan di sektor awam tidak sepadan dengan gaji yang diterima oleh para doktor di sektor swasta. Banyak laporan yang menyebut bahawa sesetengah pakar di sektor swasta menerima pendapatan mencecah RM100,000 sebulan. Bagi maksud menyelesaikan masalah ini, kerajaan bercandang untuk memperkenalkan sistem pembiayaan baru termasuk memperkenalkan Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh (perbincangan tentang program ini ada dimuatkan di dalam Bab 7).

6.3.4 Penggunaan Teknologi Yang Terkini

Sesuai dengan kepesatan teknologi, pelbagai alat baik bagi tujuan diagnosis dan prognosis telahpun direka dan sebahagian besarnya telah mula digunakan di negara-negara maju dan membangun. Misalnya, antara beberapa contoh kemajuan dalam teknologi perubatan masa kini adalah bagi rawatan kardiak misalnya antara peralatan moden yang digunakan seperti *STEMI Programme*, *3Teslar MRI Machine for Neurology*

University of Malaya

and Cardiology Investigations dan *128-Slice CT Scanner*. Ini tidak termasuk dengan penggunaan lain-lain peralatan seperti *Digital Mammography* dan sebagainya.

Tentulah sebagai pesakit mereka mahukan diagnosis dan prognosis yang tepat dan di pihak kerajaan akan mencuba sedapat mungkin untuk menyediakan perkhidmatan yang terbaik. Namun menyediakan semua peralatan ini memerlukan perbelanjaan yang tinggi. Ini terzahir menerusi statistik perbelanjaan bagi pembelian peralatan dan kelengkapan perubatan yang diimport oleh Malaysia bagi tahun 2001-2007. Maklumat lanjut seperti (Jadual 6.3).

Jadua 6.3: Perbelanjaan Peralatan dan kelengkapan perubatan import di Malaysia

Tahun	**Jumlah (RM Juta)**
2001	227.5
2002	230.4
2003	293.1
2004	330.3
2005	401.5
2006	425.8
2007	520.0

Sumber: Kertas Konsep 1Care, KKM, 2009

Berdasarkan Jadual 6.3 diatas ternyata setiap tahun perbelanjaan kerajaan bagi membeli peralatan ini semakin meningkat dari tahun ke tahun. Dari hanya RM227.5 juta pada tahun 2001 adalah didapati peningkatan hampir sekali ganda kepada RM520 juta pada tahun 2007. Mengambilkira kos yang amat tinggi yang perlu ditanggung kerajaan saban tahun, maka pendekatan menerusi integrasi antara sektor awam dan swasta dijangka akan membenarkan perkongsian dan kerjasama lebih erat, termasuklah juga dalam soal memanfaatkan teknologi moden perubatan yang dimiliki oleh pihak swasta. Sekaligus pendekatan ini difikirkan dapat meringankan sebahagian daripada beban kerajaan.

University of Malaya

6.3.5 Memperbaiki Aksesibiliti dan Ekuiti

Matlamat utama kerajaan mencadangkan perubahan terhadap model pembiayaan kesihatan sediada adalah antara lain dengan tujuan untuk memperbaiki aspek aksesibiliti dan kesamarataan atau ekuiti dikalangan rakyat. Ini adalah bagi memastikan perkhidmatan penjagaan kesihatan yang disediakan adalah bersifat menyeluruh, bermutu tinggi, efisien dan bersepadu. Kerajaan yakin bahawa ini dapat dicapai menerusi mekanisme pembiayaan kesihatan yang berasaskan perkongsian kos dikalangan pemegang kepentingan sektor kesihatan dan mengoptimakan komitmen serta sumbangan kerajaan, dengan matlamat untuk meningkatkan lagi kualiti kesihatan rakyat.

Komitmen kerajaan ini didapati dizahirkan menerusi dokumen RM Ke 10, khususnya Bab 6 bertajuk Membina Persekitaran kearah Meningkatkan Kualiti Hidup di bawah bab kecil Transformasi Sektor Kesihatan kearah Meningkatkan Kualiti dan Menyediakan Liputan Universal, soal mengenai perubahan ini telah disentuh. Perkara ini diperincikan lagi secara spesifik di bawah tajuk Mentransformasikan Sistem Penyampaian Perkhidmatan Kesihatan (Malaysia, 2011).

Iltizam kerajaan untuk memberikan perkhidmatan yang baik dengan memastikan isu ekuiti dapat diselesaikan dan keperluan mendapat kerjasama dengan pihak swasta dalam menjayakan 1Care ini tergambar dalam kenyataan sebagaimana yang terdapat dalam dokumen yang berikut:-

> "….transformasi dalam sistem penyampaian kesihatan adalah dengan hasrat untuk melaksanakan penstrukturan semula sistem kesihatan kebangsaan, meliputi sektor awam dan swasta, demi untuk mempertingkatkan liputan untuk semua. Ianya juga bertujuan untuk memastikan pengoptimuman sumber dan mewujudkan suatu sistem yang responsif, memberi pilihan perkhidmatan rawatan berkualiti dan berpaksikan prinsip ekuiti. Pendekatan ini memerlukan kolaborasi lebih erat antara sistem kesihatan awam dan swasta bagi membolehkan penyampaian perkhidmatan yang lebih efektif dan efisien pada kos yang berpatutan…" (Malaysia, 2011 : 47).

University of Malaya

6.3.6 Mewujudkan Integrasi Antara Sektor Awam dan Swasta

Selain itu, perubahan yang dicadangkan oleh kerajaan terhadap model sistem kesihatan sediada ini, termasuklah melibatkan aspek pembiayaan kesihatan ini adalah dengan objektif untuk meningkatkan integrasi diantara sektor awam dan swasta.

Dikotomi yang wujud di antara sektor awam-swasta dalam sektor kesihatan perlu dimansuhkan kerana ianya membezakan tahap penyampaian perkhidmatan di antara kedua-duanya, samada dari segi kos, kualiti, masa menunggu, teknologi dan sebagainya. Kerajaan percaya bahawa integrasi mendatar di antara kedua-dua sektor ini serta integrasi menegak melibatkan penyedia perkhidmatan kesihatan dalam sistem 1Care akan memberi kesan positif. Integrasi ini akan dapat memastikan pembangunan sistem kesihatan kebangsaan yang mampan yang sekaligus mempromosikan kecekapan teknikal dan kecekapan peruntukan.

6.3.7 Mengadakan Sistem Kawalan Yang Lebih Cekap

Satu daripada kesukaran yang dihadapi oleh sebuah kementerian besar yang mengakaun sendiri operasinya, Kementerian Kesihatan Malaysia mendapati adalah amat kompleks khususnya usaha untuk mengawal dan memantau para pembekal kesihatan dengan lebih berkesan. Oleh yang demikian, berdasarkan struktur baru sistem kesihatan yang dicadangkan, kerajaan yakin ianya dapat memperkemaskan lagi usaha secara sistematik melibatkan aspek pemantauan.

Agensi khas seperti PBPKK, serta komponen-komponen lain yang mendokong aspek penyampaian perkhidmatan yang bakal ditubuhkan membuktikan aspirasi kerajaan bagi meningkatkan kualiti perkhidmatan. Justeru bagi kerajaan ini adalah antara faktor penting mengapa pembaharuan yang dicadangkan tidak sewajarnya tertangguh lagi.

University of Malaya

6.3.8 Memperkukuhkan Solidariti Sosial

Kerajaan menaruh harapan yang tinggi terhadap keupayaan sistem pembiayaan baru yang dicadangkan ini berkemampuan untuk memperkukuhkan solidariti sosial dikalangan masyarakat. Ianya adalah berdasarkan pembentukan dana bagi membiayai kesihatan menerusi insurans kesihatan sosial yang melibatkan caruman premium oleh golongan pekerja, majikan swasta dan kerajaan akan dapat membantu meringankan bebanan golongan berkemampuan. Konsep subsidi-silang yang diterapkan disini sekaligus berupaya untuk mengukuhkan pembentukan masyarakat penyayang di negara ini.

Berdasarkan kenyataan diatas adalah jelas bahawa isu pembiayaan kesihatan telah dinyatakan secara jelas dibahagian akhir pernyataan ini apabila kerajaan mahukan suatu bentuk sistem kesihatan yang mampu dibiayai semua dengan kos yang berpatutan.

Mengambilkira kenyataan kepada kenyataan di atas juga, dapat dirumuskan bahawa terdapat empat objektif utama pelaksanaan 1Care adalah seperti berikut:-

a) Menyediakan rawatan yang saksama dan adil tanpa mengira status, pendapatan dan bangsa kepada semua;
b) Meringankan beban kewangan di kalangan rakyat;
c) Mengoptimakan sumber sediada di sektor awam dan swasta bagi memaksimakan perkhidmatan berkualiti kepada masyarakat; dan
d) Meningkatkan kecekapan dan keberkesanan sistem penyampaian perkhidmatan kesihatan di Malaysia.

University of Malaya

6.4 Aktiviti-Aktiviti Bantahan GMPPK

Bagi menjawab objektif kajian yang pertama, maka perbincangan dimulakan dengan menganalisis aktiviti bantahan Gabungan. Analisis ini akan membawa kepada tinjauan dari segi faktor-faktor yang dikemukakan oleh GMPPK. Perincian ini juga sekaligus akan menganalisis objektif kajian kedua kajian iaitu meliputi strategi-strategi yang diketengahkan oleh Gabungan dalam mengemukakan bantahan serta respon pihak kerajaan. Selanjutnya perbincangan turut dilakukan melibatkan cadangan-cadangan yang dikemukakan GMPPK kepada kerajaan.

Bantahan GMPPK terhadap cadangan pembaharuan sistem pembiayaan kesihatan di Malaysia yang dicadangkan oleh kerajaan menerusi 1Care boleh dibahagikan kepada lapan faktor utama. Menerusi penelitian dan analisis yang dilakukan, faktor pertama yang menjadi punca bantahan utama pihak Gabungan adalah bahawa pembaharuan dalam sistem pembiayaan baharu dikhuatiri membebankan rakyat dari segi kewangan. Isu kedua adalah berkaitan dengan akses. Keprihatinan Gabungan adalah khususnya melibatkan pakej manfaat kesihatan yang dilihat mempunyai potensi dari segi menghadkan akses terhadap perkhidmatan kesihatan. Ketiga, Gabungan amat kecewa apabila aspek ketelusan dan keterbukaan kerajaan untuk berunding berhubung pelaksanaan pembaharuan yang dicadangkan didapati berada pada tahap yang kurang memuaskan. Faktor keempat adalah melibatkan isu integrasi di antara perkhidmatan sektor awam dan sektor swasta menerusi pembaharuan yang dicadangkan.

Seterusnya lain-lain faktor bantahan oleh Gabungan adalah melibatkan kegusaran mereka terhadap aspek akauntabiliti dan urustadbir PBPKK. Faktor bantahan keenam melibatkan kritikan terhadap mekanisme pembayaran. Seterusnya faktor ketujuh adalah melibatkan kebimbangan GMPPK terhadap pelaksanaan sistem Pengawal Pintu. Selanjutnya faktor bantahan terakhir adalah apabila Gabungan mendakwa pembaharuan

University of Malaya

ini hanya akan mengakibatkan pertimbangan komersial melebihi pertimbangan klinikal. Ini kerana menurut Gabungan sistem baharu dipercayai terlalu menekankan aspek pasaran dan *homo-economics*.

Sebahagian besar dari pandangan dan pendirian GMPPK dalam hal ini akan merujuk kepada memorandum *The People's Proposal for Healthcare Financing* (diselang seli disebut *The People's Proposal* selepas ini), iaitu antara dokumen terpenting dihasilkan oleh pihak Gabungan. Memorandum ini telah dibincang dan diperincikan dalam forum kali pertama anjuran GMPPK bersama-sama UMGSU di Universiti Malaya pada tahun 2005. Kemudian ianya dimurnikan sebelum dikemukakan kepada kerajaan pada tahun 2006. Pun begitu analisis ini tidak terhad setakat itu apabila kertas kerja, minit-minit mesyuarat, resolusi, petisyen, kenyataan akhbar dan sebagainya turut dirujuk. Rujukan silang turut dilakukan terhadap data sekunder dengan menggunakan data primer yang diperolehi menerusi wawancara.

Analisis ini akan memberikan fokus terhadap pendekatan-pendekatan yang digunakan oleh Gabungan dalam mengetengahkan bantahannya berhubung isu ini. Antara lain pendekatan seperti kaunter-hegemoni, modal sosial dan berteraskan komuniti yang digunakan akan ditinjau. Selanjutnya, ini akan diselarikan dengan penggunaan model Pentadbiran Awam Baru dan juga demokrasi substantif serta demokrasi prosedural.

Perincian serta perbincangan terhadap faktor-faktor bantahan Gabungan dalam isu ini adalah sebagaimana berikut:-

6.4.1 Struktur Pembiayaan Baru Membebankan Rakyat

Melalui 1Care akan berlaku perubahan terhadap struktur sumber pembiayaan kesihatan sediada apabila ianya akan memperkenalkan beberapa elemen baru dengan tidak sekadar bergantung kepada sumber percukaian semata-mata, sebagaimana sistem

University of Malaya

sebelum ini. Dalam hal ini, satu tabungan khas yang diwujudkan akan berfungsi untuk mengumpul semua kutipan premium yang diterima secara bulanan daripada pihak yang terlibat.

Sifat skim ini banyak dipengaruhi model Insurans Kesihatan Sosial (IKS). Antara ciri utama IKS adalah ianya melibatkan keperluan penguatkuasaan dari segi undang-undang yang mewajibkan para pekerja dan majikan untuk menyumbang secara terus ke dalam tabung kesihatan yang bakal diwujudkan.

Meskipun kerajaan difahamkan masih belum memuktamadkan jumlah premium, namun berdasarkan sumber kerajaan, sebagaimana dinyatakan menerusi kertas konsep 1Care, dianggarkan 9.5 peratus daripada pendapatan kasar bulanan setiap individu akan dikenakan. Peratusan caruman seumpama ini amat tinggi yang mana individu terpaksa mencarum hampir 10 peratus pendapatan setiap bulan. Manakala bagi kumpulan yang terdiri daripada kakitangan awam, pesara, orang miskin dan Orang Kurang Upaya (OKU) pula penyertaan mereka akan disubsidi oleh kerajaan.

Justeru, pada pandangan GMPPK, pengenalan tabung baru kesihatan yang dananya akan diperolehi daripada caruman wajib orang awam adalah merupakan suatu bentuk tindakan yang hanya akan menambahkan lagi beban kehidupan rakyat, khususnya mereka yang bekerja di sektor swasta. Lagipun, amatlah sukar bagi kerajaan untuk menentukan pendapatan bagi mereka yang bekerja di sektor tidak formal seperti nelayan, petani dan penoreh getah. Satu lagi isu adalah dalam menentukan tahap pendapatan bagi seseorang itu mencarum. Selanjutnya ianya akan membawa kepada satu lagi isu iaitu berkaitan dengan taraf kemiskinan. Menentukannya tentu sekali sulit kepada pihak kerajaan.

University of Malaya

Tambahan pula, skim pembiayaan sekarang yang menggunakan sumber percukaian menurut pandangan Gabungan tidaklah menunjukkan wujud masalah yang besar. Meskipun mengakui bahawa menerusi sistem sediada mungkin terdapat sedikit cabaran namun Gabungan percaya yang ianya boleh diatasi dengan mempelbagaikan sumber, tetapi tidak sesekali dengan menyebabkan rakyat perlu membayar kos tambahan bagi membiayai urusan kesihatan mereka, sebagaimana disarankan kerajaan menerusi 1Care.

Berasaskan kepada hujah diatas, maka pihak Gabungan menzahirkan aktiviti bantahan mereka terhadap pelaksanaan pembaharuan sistem pembiayaan kesihatan yang mempunyai elemen IKS. Pelaksanaan IKS ini menurut Gabungan tidak lain hanyalah merupakan suatu bentuk jenis cukai baru yang dikenakan kepada rakyat. Saranan ini didapati selari dengan perakuan oleh pihak perunding yang dilantik kerajaan iaitu *Karol Consulting*, sebagaimana berikut:-

> "…*The main features of the Health Financing Model proposed by the Consultants are:-*
>
> 1. *A National Health Financing Fund that that will be owned by and controlled by the government through the "National Health Financing Authority" that will be set up by Parliament.*
> 2. *This Fund will receive income from an "ear-marked" VAT (Vale Added Tax or GST). It may also receive some input from General Taxation especially in the initial period…..*" (GMPPK, Health Financing The Consultants Interim Report, 2007: 1)

Pendirian Gabungan terhadap isu ini didapati telah dinyatakan menerusi maklumbalas dikemukakan kepada perunding SPKK iaitu *Karol Consulting*. Menerusi dokumen tersebut, kritikan Gabungan terhadap pembaharuan sistem pembiayaan kesihatan yang dicadangkan telah dikemukakan. Sebagaimana diatas, Gabungan mengambil posisi membantah suatu sistem yang akan menyebabkan rakyat kemudiannya perlu membayar kos tambahan dengan mendakwa bahawa IKS itu tidak lebih daripada suatu bentuk Cukai Barang dan Perkhidmatan (CPB) bagi kesihatan.

University of Malaya

Bantahan oleh pihak Gabungan adalah berdasarkan kepada premis bahawa peratusan penduduk Malaysia yang masih berada pada tahap pendapatan yang sederhana dan rendah masih besar. Oleh itu, sebarang bentuk cukai baru sebagaimana premium yang dikenakan menerusi IKS hanya menambahkan lagi bebanan kehidupan mereka.

Bersandarkan statistik tahun 2007, Gabungan mengemukakan hujah bahawa jurang pendapatan dikalangan rakyat di Malaysia masih besar. Buktinya, pada tahun 2007 dianggarkan 20 peratus dari penduduk negara ini terdiri dari kalangan orang kaya yang menguasai lebih dari 50 peratus kekayaan negara. Ini jauh lebih besar berbanding baki 40 peratus penduduk yang hanya memperolehi 12.5 peratus dari sumber kekayaan negara. Jurang pendapatan yang ketara antara yang kaya dan miskin di negara ini menurut GMPPK adalah suatu isyarat jelas mengapa suatu struktur cukai kesihatan baru atau CBP untuk kesihatan pada kadar cadangan sekitar 10 peratus merupakan sesuatu yang diluar kemampuan rakyat terbanyak. Ini dikemukakan Gabungan menerusi dokumen tersebut sebagaimana berikut:-

> "***GMPPK Critique***
>
> *The GMPPK is strongly against several aspect of the Health System Model proposed by the Consultant. Our reasons are:-*
>
> *A. The GST is a regressive tax*
>
> *Income distribution in Malaysia is getting increasingly skewed in favour of the rich in all communities. At present the richest 20% of the population get more than 50% of the national income whereas the bottom 40% only gets 12.5%. A GST would further worsen the situation because a GST burdens the poor proportionately more.*
>
> *Table One: Impact of GST of 10%*

Economic Class	% of income spent	% of income invested or save	% income taxed by GST
Richest 10%	40%	60%	4%
Poorest 40%	90%	10%	9%
Poorest 10%	130%	-	13%

(GMPPK, Health Financing The Consultants Interim Report, 2007: 3)

University of Malaya

Dalam menghuraikan jadual yang dikemukakan diatas ini menunjukkan bahawa pengenalan IKS yang akan beroperasi menerusi suatu kadar premium (atau dilihat sebagai Cukai Barang dan Perkhidmatan - CBP) atau cukai khas kesihatan hanya akan menyebabkan jurang di antara golongan kaya dan golongan miskin semakin melebar.

Selanjutnya, berdasarkan statistik yang ditunjukkan diatas, pihak Gabungan selaku kumpulan masyarakat madani yang pro rakyat berpendapatan rendah dan sederhana terkesan dengan cadangan mengenakan caj tambahan bagi mengisi tabung khas untuk membiayai sektor kesihatan. Jelas Gabungan bahawa mengambilkira statistik diatas bahawa kumpulan 10 peratus rakyat termiskin membelanjakan lebih dari pendapatan mereka, sehinggakan tiada sebarang simpanan atau pelaburan. Malahan mereka akan menjadi kumpulan yang paling terkesan apabila 13 peratus dari pendapatan mereka akan digunakan bagi membayar CBP kesihatan yang dicadangkan ini.

Begitu juga dengan kumpulan 40 peratus yang lain apabila 90 peratus dari pendapatan dibelanjakan, dengan hanya 10 peratus sahaja yang boleh disimpan, dengan 9 peratus dari pendapatan perlu digunakan bagi membayar CBP khas bagi kesihatan. Berbanding dengan baki 10 peratus penduduk terkaya, mereka didapati hanya menggunakan 40 peratus sahaja dari pendapatan mereka dengan baki 60 peratus disimpan atau dilaburkan, dan hanya 4 peratus digunakan bagi membayar CBP kesihatan. Amat jelas berlaku jurang yang amat melebar diantara ketiga-tiga kumpulan ini. Dalam konteks ini, Gabungan berpandangan bahawa golongan yang berpendapatan sederhana dan rendah adalah yang paling tertekan.

Pendirian dan bantahan Gabungan berhubung perkara ini didapati telah diteruskan menerusi pelbagai strategi. Antaranya adalah menerusi satu kertas kerja yang telah dibentangkan semasa penganjuran *Health Financing Forum* oleh GMPPK dan FOMCA pada 25 Mac 2007 di Universiti Malaya.

University of Malaya

Wakil Gabungan semasa membentangkan kertas kerja tersebut, selain dari menolak sebarang usaha untuk memperkenalkan sebarang bentuk cukai baru untuk kesihatan, lantang mendesak kerajaan untuk melakukan beberapa pembaharuan terhadap struktur pembiayaan kesihatan sediada. Gabungan berpendapat bahawa sekiranya peruntukan adalah masalah utama, maka beberapa pendekatan boleh dilakukan untuk mengatasinya dengan beberapa cadangan yang akan dibincangkan dalam bahagian berikutnya..

Menggunakan premis bahawa elemen IKS yang akan mengenakan premium tertentu atas pendapatan rakyat menjadi antara sebab utama mengapa pihak Gabungan menentang. Bagi pihak Gabungan cadangan ini adalah amat tidak bertanggungjawab dan menyumbang kepada bebanan tambahan dari segi kewangan kepada rakyat, terutama golongan berpendapatan rendah dan sederhana. Ini adalah selari dengan apa yang telah dinyatakan oleh Gabungan menerusi memorandum *The People's Proposal for Healthcare Financing* apabila dirumuskan bahawa pelaksanaan IKS ini hanyalah, "*talk abaout Malaysian paying extra money into an unaccountable fund*" (The People's Proposal, 2006: 7). Natijah akhirnya adalah rakyat biasa yang akan menanggungnya, sedangkan bagi pihak Gabungan soal kesihatan adalah merupakan antara komponen sosial terpenting yang sewajarnya dibiayai kerajaan sepenuhnya.

Pendirian ini didapati turut ditegaskan sekali lagi menerusi wawancara dengan kepimpinan Gabungan. Setiausaha Gabungan, Dr Jeyakumar misalnya membidas sebarang usaha untuk mengenakan sebarang caj tambahan atau premium dari sebahagian pendapatan yang berupa "ala KWSP" sebagai sesuatu yang hanya membebankan rakyat. Ini adalah sebagaimana yang dinyatakan oleh beliau iaitu:-

> *"……when we start adding like EPF for everyone and its mean everyone you know. Our wages is not very good. We are on allow wage regime and now we want to tax people extra it is regressive if you compare to happening now when you running on taxes. You switch to EPF regime. It is not appropriate. Malaysian is unequal.*

University of Malaya

Burden to the people. Burdens to poor…." (komunikasi peribadi, Mac 28, 2016)

Dalam nada yang sama, seorang Ahli Jawatankuasa Pemandu Gabungan iaitu Dr Xavier pula melihat bahawa IKS mempunyai unsur cukai berganda kepada rakyat tertentu apabila dalam masa yang sama mereka dikehendaki membayar cukai pendapatan. Ini tentu sekali membebankan rakyat dan pendapat beliau adalah sebagaimana berikut:-

"*…..So the argument is like this. I'm a tax payer and I pay the tax at maximum level and the government does not allow me to go to the public hospital. Doesn't matter either I'm government servant or non-government servant, I'm paid tax. So you double taxing me. Why I can't get as what government servant get. Because my income is above the bracket and you tell me to get the treatment at private hospital. I'm citizen of this country and I am pay tax. I am supposed to get health care treatment in public hospital equal to everybody. I don't have to pay extra. Must be same and it is not there in this country. That's why the disparity between the public and private healthcare is still on widening basis…..*" (komunikasi peribadi, Mac 15, 2016)

6.4.2 Pakej Manfaat Kesihatan

Sebagaimana lazimnya dalam pelaksanaan IKS, salah satu daripada ciri utamanya adalah melibatkan kewujudan pakej manfaat kesihatan. Pakej ini akan menyenaraikan dan menentukan apakah jenis rawatan yang akan diterima oleh setiap daripada pesakit yang tersenarai sebagai peserta skim insurans berkenaan. Pakej ini secara umumnya berbeza-beza di antara satu negara dengan negara yang lain. Dalam hal ini, Malaysia menerusi skim 1Care turut mencadangkan suatu pakej manfaat kesihatan diperkenalkan. Antara lain pakej ini itu melibatkan aspek rawatan diperingkat primer dan juga sebahagian kecil rawatan sekunder.

University of Malaya

Pakej manfaat kesihatan akan menyenaraikan rawatan-rawatan yang layak diperolehi oleh para peserta. Namun pihak kerajaan semasa mengemukakan cadangan pakej ini yang bakal dikenali sebagai Pakej Manfaat Kesihatan Penting (PMKP) apabila beroperasi didapati masih gagal untuk memuktamadkan apakah jenis-jenis rawatan yang layak diperolehi oleh para pesakit kelak. Bagi pihak Gabungan ini adalah merupakan suatu isu yang penting terutama melibatkan aspek akses terhadap kemudahan rawatan kesihatan. Pihak Gabungan telah menzahirkan tentang ketidakpuasanhati mereka berhubung perkara ini menerusi pelbagai saluran sebagaimana perincian berikut.

Antara tindakan diambil oleh pihak Gabungan adalah dengan melobi ahli-ahli Parlimen, khususnya dikalangan parti pembangkang pada tahun 2006 untuk membangkitkan berkenaan isu ini di Parlimen. Misalnya sepucuk surat telah dihantar kepada Ahli Parlimen seperti Chong Eng, Teresa Kok dan Dr Wan Azizah pada 12 Mei 2005 meminta mereka agar dapat membangkitkan isu berkaitan SPKK kepada pihak kerajaan (terutama berkait dengan pakej manfaat dan bayaran sampingan) (GMPPK, 2005). Ini adalah contoh lobi yang digunakan GMPPK yang turut termasuk dalam kaedah kaunter-hegemoni.

Menerusi surat tersebut satu senarai soalan yang berkait isu kesihatan telah dikemukakan. Isu pakej manfaat kesihatan adalah antara yang menjadi perhatian. Persoalan mengenai sejauh manakah senarai atau jenis-jenis rawatan telah dikenalpasti dan dimuktamadkan oleh pihak kerajaan dalam pakej manfaat kesihatan dikemukakan. Adakah ianya kelak akan melibatkan beberapa skop rawatan bagi penyakit-penyakit kritikal yang tertentu atau pun bagaimana? Ini adalah sebagaimana dinyatakan didalam soalan tersebut yang disediakan oleh GMPPK iaitu:-

> "…*Has the list of conditions that will qualify for free treatment under the New Health Financing Package been drawn up yet? Are the following included in this list?:-*

University of Malaya

- *Laser treatment for diabetic retinopathy?*
- *Angiography to evaluate ischaemic heart disease?*
- *Leukimia treatment?…*"

(GMPPK, Questions for Parliament Oct 2006, 2006: 2)

Pandangan berhubung isu yang sama juga didapati telah dimasukkan didalam memorandum *The People's Proposal for Healthcare Fnancing*. Sungguhpun pada prinsipnya Gabungan bersetuju bahawa satu pakej kesihatan asas untuk semua rakyat Malaysia wajar diperkenalkan, namun mereka mengkritik kerajaan kerana didapati tidak jelas dari segi halatujunya. Disebabkan kelemahan kerajaan untuk menyakinkan pihak rakyat terhadap apakah liputan penyakit yang akan diliputi kelak maka ianya telah menimbulkan kegusaran dan persepsi negatif. Gabungan sebaliknya menerusi dokumen tersebut telah membuat beberapa desakan kepada kerajaan melibatkan isu ini.

Antara desakan berkenaan adalah supaya liputan rawatan hendaklah tidak kurang sebagaimana yang dinikmati pesakit apabila mendapatkan rawatan diklinik dan hospital kerajaan sekarang. Ianya termasuklah komponen seperti imunisasi dan kawalan vektor, rawatan unit jagaan rapi, pintasan jantung dan juga dialisis. Disamping itu Gabungan juga mahukan pakej ini terbuka kepada semua warganegara, termasuklah pekerja asing yang boleh dikenakan bayaran tertentu yang boleh ditentukan kemudian. Akses bagi pakej kesihatan ini juga hendaklah meliputi semua rakyat Malaysia tanpa mengira lokasi mereka tinggal.

Penegasan terhadap pandangan Gabungan berhubung sebagaimana dinyatakan menerusi *The People's Proposal* adalah seperti berikut:-

> "*…A Comprehensive Essential Package: We agree with the government that there needs to be a basic health package available to all Malaysians. The government however seems a little unclear on what this package will cover. To safeguard the health care of all Malaysias this package needs to have the following:*
>
> - *It must consists of all treatment options available in our government clinics and hospitals at present; it must include all the primary health*

University of Malaya

care components such as immunisation and vector control, as well as all the currently offered tertiary care components such as ICU care, by-pass surgery and dialiysis.

- *It must be available to all Malaysians residents including foreign workers for small co-payment like what we pay for out-patient treatment now, the actual quantum of payment can be determined after discussions and consultations with all concerned groups; the co-payment is necessary to discourage the over use of health care facilities.*
- *The treatment modlaities in the essential package must be accessible to all Malaysian irrespective of location of residence…..*"
(GMPPK, The People's Proposal, 2006: 6-7)

Keprihatinan Gabungan berhubung isu berkait dengan apakah manfaat yang bakal diperolehi oleh pesakit menerusi PKMP yang bakal diperkenalkan terus dibincangkan menerusi pelbagai medium. Jelas sekali bahawa kegusaran Gabungan terhadap isu ini berkait rapat dengan isu akses terhadap rawatan yang boleh dan tidak boleh diterima pesakit. Ini telah dinyatakan menerusi beberapa wacana antaranya adalah menerusi suatu forum bertajuk *Health Care Financing* anjuran GMPPK dan FOMCA yang telah diadakan pada 25 Mac 2007 di Universiti Malaya. Di akhir forum tersebut, suatu resolusi telah dikeluarkan dan antara yang berkait dengan isu akses adalah antaranya:-

"… It is the responsibility of the Government to ensure that all citizens and other residents of Malaysia have equitable access to safe and equitable health care. No one must be denied proper care because of lack of means..."

(GMPPK, Resolusi *Forum Health care Financing*, 2007: 1)

Isu ini juga turut menggunakan pendekatan modal sosial apabila saluran rasmi digunakan oleh pihak Gabungan. Dalam hubungan ini, sepucuk surat telah dihantar oleh pihak GMPPK dan dialamatkan kepada Ketua Pengarah Kesihatan dan juga Menteri Kesihatan. Menerusi surat bertarikh 21 Jun 2005 itu, Gabungan telah membangkitkan isu yang berkait dengan skop dan jenis penyakit yang akan diliputi oleh pakej ini. Persoalan bagaimanakah mekanisme pakej ini akan dilaksanakan turut dikemukakan,

University of Malaya

khususnya melibatkan penggunaan insurans kesihatan swasta, samada ianya dibenarkan atau sebaliknya bagi digunakan bagi membiayai kos rawatan penyakit yang terdapat dalam pakej yang disediakan. Kegusaran Gabungan berhubung perkara ini seperti dinyatakan menerusi surat tersebut adalah seperti perkara berikut:-

> "….2. Apakah penyakit-penyakit yang diliputi oleh "essential health care package"? Adakah penyakit/rawatan yang disenaraikan dibawah diluputi?
>
> - Haemodialysis dan chronic ambulatory peritoneal dialysis
> - Coronoray angiogram dan pembedahan by-pass
> - Cataract surgery
> - Rawatan barah seperti leukimia dll
>
> ….3. Adakah insurans swasta tambahan dibenarkan untuk penyakit-penyakit yang diliputi dibawah "essential package"?....."
> (GMPPK, 2005: 1)

Pandangan Gabungan terhadap perkara ini didapati turut disokong oleh beberapa pihak antaranya sebagaimana dikemukakan oleh Dr Hsu Darren. Pendirian dan persoalan ini didapati selari dengan apa yang dikemukakan oleh pihak Gabungan, khususnya melibatkan apa jaminan yang boleh diberikan terhadap penyakit yang tidak termasuk dalam pakej manfaat kesihatan penting berkenaan. Ianya adalah sebagaimana berikut:-

> *"….If certain illnesses are left out, who is going to pay for the illnesses? The rich perhaps can resort to buying private insurance but the poor and the not-so-poor will be hard pressed to come up with money for these types of illnesses if they have the misfortunate of contracting them.*
>
> *If certain illnesses are left out of the essential packages, people may have to resort to private insurance to cover these illnesses. This may lead to a situation where an average person may end up paying for both the NHFS as well as the private medical insurance cover. For those who cannot afford private insurance but does not quality to be the hard core poor, who is going to foot for them?...*" (Darren, 2007: 22)

University of Malaya

Keprihatinan terhadap isu ini turut ditonjolkan menerusi wawancara dengan kepimpiman Gabungan. Setiausaha Gabungan misalnya menyatakan bahawa kerajaan tidak memberikan jawapan yang tuntas terhadap pertanyaan mereka berhubung pakej ini. Ini dipetik dari wawancara beliau iaitu, *"..... Essential benefit packages. You didn't tell us what are the benefit packages until now. Is it everything on package or there are something you need to tambah. In which not clear on that one…. "* (komunikasi peribadi, Mac 28, 2016).

6.4.3 Ketelusan dan Keterbukaan Kerajaan

Berdasarkan analisis yang dilakukan adalah didapati Gabungan begitu kritikal dalam isu yang berkait dengan ketelusan dan keterbukaan pihak kerajaan untuk berunding dengan kumpulan masyarakat madani. Ianya sekaligus mencerminkan rendahnya interaksi antara negara dan kumpulan masyarakat madani, sesuatu yang menjadi keprihatinan dalam model PeAB dan demokrasi substantif. Pengalaman ini ternyata merupakan sesuatu yang dialami secara langsung oleh pihak Gabungan sendiri sepanjang memperjuangkan isu-isu kesihatan. Hal yang sama juga didapati turut berlaku melibatkan perkara yang berkait dengan cadangan pembaharuan sistem pembiayaan kesihatan yang dikemukakan oleh pihak GMPPK.

Perasaan tidak puashati pihak Gabungan terutamanya melibatkan layanan yang diberikan kerajaan kepada mereka terutama melibatkan soal perundingan telah dibangkitkan menerusi banyak medium. Gabungan mengkritik apa yang disifatkan oleh mereka sebagai suatu sikap yang terlampau berahsia dipihak kerajaan. Misalnya, susulan daripada keputusan yang dicapai dalam forum yang telah diadakan pada tahun 2005, pihak Gabungan telah menulis surat kepada Unit Perancang Ekonomi, Jabatan Perdana Menteri bagi memohon untuk mendapatkan Terma Rujukan (TR) pakar perunding yang dilantik oleh kerajaan untuk melaksanakan kajian terhadap SPKK.

University of Malaya

Surat berkenaan telah dihantar pada 14 Disember 2005 yang antara lain memohon agar terma rujukan perunding yang dilantik kerajaan dapat dizahirkan. Namun demikian, Gabungan jelas dukacita apabila Unit Perancang Ekonomi menerusi maklumbalas yang dikemukakan terhadap surat GMPPK menyatakan bahawa permohonan Gabungan untuk mendapatkan terma tersebut tidak dapat diluluskan kerana ia adalah suatu dokumen yang diklasifikasikan sebagai sulit. Ini adalah dapat diteliti menerusi surat UPE bertarikh 24 Januari 2005 kepada Gabungan iaitu seperti berikut:-

> "….Unit Perancang Ekonomi (UPE) mengucapkan berbanyak terima kasih diatas cadangan dan saranan yang dikemukakan oleh pihak tuan. Sehubungan ini, cadangan dan saranan tersebut akan diambilkira dalam pelantikan juruperunding dan pelaksanaan Skim Pembiayaan Kesihatan Kebangsaan (National Health Financing Scheme) di negara ini. Merujuk kepada permohonan untuk mendapatkan salinan Term of Reference (TOR), UPE tidak dapat mengedarkan TOR tersebut kerana ia adalah dokumen sulit. Untuk makluman pihak tuan juga, juruperunding dijangka akan memulakan kajian pada Februari 2006…" (UPE, 2006: 1)

Kritikan GMPPPK terhadap kaedah bagaimana kerajaan menangani isu ini didapati terus dinyatakan menerusi beberapa lagi surat menyurat. Ini termasuklah aduan berhubung peranan dimainkan oleh UNDP Malaysia berkait dengan perlantikan *Karol Consulting* yang telah dilantik sebagai perunding SPKK. Surat didapati telah dihantar oleh pihak Gabungan kepada pihak *United Nation Development Programme* (UNDP) di Geneva, Switzerland pada 24 April 2007 (GMPPK, 2007),

Selain itu, Gabungan juga mengkritik melibatkan isu kesukaran dipihak mereka untuk mendapatkan laporan interim pakar perunding SPKK (GMPPK, 2006). Selain itu kekecewaan Gabungan kerana tidak dijemput sebagai ahli dalam bengkel mengenai Dasar Kesihatan Negara anjuran pihak kementerian juga dibangkitkan (GMPPK, 2007). Surat-surat berkenaan bagi menyatakan kekecewaan Gabungan telah masing-masing dihantar pada 12 Oktober 2006 dan 15 Mei 2007.

University of Malaya

Keterbukaan pihak kerajaan untuk lebih proaktif melakukan perundingan dan dialog dengan pelbagai pihak berkepentingan adalah sesuatu yang begitu penting serta antara elemen penting dalam PeAB. Perkara ini didapati telah dinyatakan pihak Gabungan menerusi *The People's Proposal*. Menerusi dokumen tersebut pihak Gabungan secara jelas menyatakan bahawa sebarang cadangan untuk melakukan pembaharuan secara komprehensif terhadap sistem kesihatan (termasuklah aspek pembiayaan) hendaklah dilaksanakan secara berhati-hati. Gabungan percaya bahawa bukanlah keperluan yang mendesak untuk melakukan sebarang perubahan. Perundingan dan dialog dengan pelbagai pihak termasuklah rakyat, kesatuan sekerja, kumpulan pengguna dan persatuan berkait kesihatan perlu dilaksanakan. Pandangan ini adalah sebagaimana berikut yang terkandung dalam *The People's Proposal* iaitu:-

> "…***Need for consultation****: A comprehensive overhaul of the health care system such as that being proposed by the MOH must be undertaken with great care. Nothing should be rushed. Full and prior consultation with the rakyat, unions, consumer groups and health personnel as mentioned above is absolutely fundamental, nothing should be done without that being carried out. This consultation will also mean paying close attention to our proposals and if there are rejected; the MOH needs to explain to the people of Malaysia on what basis it is rejected. Piece-meal poorly thought out schemes that being announced by the Health Ministers from time to time must stop. The plan must be comprehensive and deliberate*.
>
> *However, the recent incident has confirmed our fears that transparency and open consultation is not going to be there in process. Given our concern above, in our forum held on 11th December 2005, there were requests from the floor that the government must release the terms of reference for the appointment of the consultant. Accordingly we wrote to the Economic Planning Unit and we told that the terms of reference are confidential! (please see accompanying stories on this matter). This is why we are insisting on consultation before things are decided……*" (GMPPK, The People's Proposal, 2006: 4).

Gabungan menyambut baik sikap yang diambil oleh pihak Kementerian Kesihatan Malaysia yang bersedia mengadakan dialog tersebut. Walau bagaimanapun bagi pihak Gabungan masa selama hanya satu jam yang diperuntukkan oleh Ketua Pengarah

University of Malaya

Kesihatan itu tidak mencukupi bagi mereka untuk mengemukakan pandangan secara lebih menyeluruh. Ini bagi Gabungan tdak mencerminkan hasrat PeAB dan demokrasi substantif yang sebenar.

Ketidakpuasan hati Gabungan terhadap isu ini didapati telah dipanjangkan kepada Menteri Kesihatan menerusi surat yang dihantar pada 12 April 2006. Surat ini yang bertujuan untuk memohon temujanji bagi pertemuan dengan Menteri turut disalinkan ke pejabat Perdana Menteri. Antara lain, kandungan surat berkenaan berhubung isu dialog selama sejam itu adalah seperti berikut:-

> "…. Dato Dr Ismail hanya memperuntukkan 1 jam untuk perbincangan dengan kami dan tidak dapat berbincang isu yang amat penting ini secara dalam…." (GMPPK, 2006: 2)

Gabungan juga didapati turut menyuarakan kegusaran mereka berhubung keengganan pihak tertentu dalam kerajaan terutama kepimpinan tertinggi Kementerian Kesihatan yang dilihat begitu sukar untuk menggunakan pendekatan modal sosial dengan berdialog dan berbincang. Justeru, sebagai tindakbalas pihak Gabungan cenderung untuk menggunakan pendekatan kaunter-hegemoni. Ini adalah terserlah menerusi petisyen yang dikemukakan kepada Perdana Menteri dan petikan dari petisyen berkenaan adalah seperti berikut:-

> .."**Pihak-Pihak Kerajaan Enggan Berdialog Kumpulan Rakyat**
>
> Kami telah mencuba membawa beberapa isu ini ke perhatian Dato Dr Ismail Merican, Ketua Pengarah Kesihatan, dalam mesyuarat yang diadakan pada 14/3/2006. Malangnya beliau hanya memperuntukkan 1 jam untuk berjumpa kami dan beberapa perkara tidak dapat dibincang. Apabila kami memohon tarikh lain untuk melanjutkan perbincangan terhadap Skim Pembiayaan Kesihatan Baru, Dato Ismail menjawab tidak perlu kerana Pakar Perunding belum dilantik lagi.
>
> Setelah itu kami telah memohon kepada Dato Chua Soi Lek, Menteri Kesihatan supaya mendapat satu tarikh untuk bermesyuarat dengan beliau. Malangnya hingga sekarang kami tidak menerima sebarang

University of Malaya

> jawapan daripada Menteri Kewangan walaupun kami telah memohon beberapa kali untuk menentukan tarikh berjumpa beliau.
>
> Permohonan kami kepada Unit Perancang Ekonomi (UPE) untuk mendapat salinan Terms of Reference bagi pakar perunding yang telah dilantik untuk mengkaji Sistem Pembiayaan Kesihatan tidak berjaya. Anehnya, kami diberitahu oleh pihak UPE bahawa TOR ini adalah dokumen sulit dan tidak boleh diberitahu kepada kami.
>
> Walaupun pakar perunding bagi Sistem Pembiayaan Kesihatan Baru telah memulakan kajian beliau dalam bulan Jun 2006, hingga sekarang, pihak Kementerian Kesihatan dan UPE belum menjemput kami, gabungan terbesar yang memfokuskan sistem kesihatan negara, bermesyuarat bersama pakar perunding tersebut. Apa lagi salinan Laporan Interim yang telah dikeluarkan oleh pakar Karol Konsulting dalam bulan September 2006, belum lagi dipanjangkan pada kami untuk komen dan maklumbalas walaupun kami telah meminta laporan tersebut daripada Kementerian Kesihatan.
>
> Sikap kerajaan merahsiakan proses perancangan membentukkan suatu Sistem Kesihatan Baru adalah amat mengecewakan!....." (GMPPK, Petisyen kepada PM, 23 Nov 2006:1-2)

Jeyakumar, Setiausaha Gabungan turut menarik perhatian bahawa amat kritikal bagi pihak kerajaan untuk sentiasa terbuka serta telus dalam membincangkan apa jua isu berkait dengan pembaharuan sektor kesihatan dengan pelbagai pihak berkepentingan. Kenyataan beliau ini telah dipetik menerusi sebuah rencana tulisan Anil Netto yang disiarkan dalam IPNNEWS. Antara lain, penegasan yang dibuat Jeyakumar adalah betapa perlunya bagi kerajaan membawa kepada pengetahuan rakyat mengenai isu berkaitan, sebelum suatu keputusan konkrit dicapai. Apalagi keputusan mengenai kesihatan amat penting apabila ianya melibatkan setiap rakyat dan Jeyakumar dipetik sebagai berkata:-

> "*… These larger issues have to be debated and sorted out first before concrete planning can be undertaken to revamp health care financing. Such a major decision is going to have an impact on the future of Malaysian health care. The coalition's wants these concern brought to the people – the academics, the health profesions, and civil society. According to Devaraj, "the issues are not so complex that you can't discuss it with public and they can be easily debated. We should not*

University of Malaya

decide in haste and under pressure to commercial interest." (Netto, 2006: 1)

Berdasarkan analisis terhadap dokumen Gabungan juga mendapati suatu kronologi terhadap kesukaran yang dihadapi pihaknya untuk mengadakan pertemuan bagi berunding dan mengemukakan pandangan berkaitan telah disediakan. Kronologi ini meliputi tempoh antara bulan Mei 2006 sehingga Jun 2007, melibatkan sembilan usaha yang berkaitan dengan ringkasan berkenaan seperti di Jadual 6.4. Apa yang ketara dan boleh dirumuskan adalah sepanjang dua tahun itu pihak Gabungan tidak terletak dalam radar kerajaan sebagai salah satu kumpulan masyarakat madani yang dijemput dan dirundingi oleh kerajaan. Maklumat seperti di (Jadual 6.4):-

Jadual 6.4: Ringkasan Usaha Untuk Berdialog dengan kerajaan oleh GMPPK

Tarikh	Percubaan oleh GMPPK	Hasil
14/1/2006	Memohon secara rasmi dengan Unit Perancang Ekonomi bagi mendapatkan Terma Rujukan (TR) perunding Karl Karol dari Australia yang dilantik bagi melaksanakan kajian mengenai cadangan merombak sistem pembiayaan kesihatan	UPE menjawab pada 24 Januari 2006 maklumat tersebut adalah sulit
Mei 2006	Penglibatan dalam kajian oleh Karl Karol terhadap sistem pembiayaan negara	GMPPK tidak dijemput untuk berbincang dengan perunding. Sebaliknya FOMCA dan MTUC dijemput
Ogos 2006	Laporan Interim kajian oleh Karl Karol	Tiada salinan laporan diberikan meskipun surat dikemukakan
Ogos 2006	Surat mohon temujanji dengan Perdana Menteri bagi berbincang tentang PPBP dan pelancongan kesihatan	Tiada maklumbalas
23/11/2006	Petisyen 8000 Rakyat Malaysia kepada Perdana Menteri. Memohon tarikh untuk perjumpaan	Tiada maklumbalas
1/3/2007	Memorandum kepada Menteri Kesihatan, Dr Chua Soi Lek berhubung PPB AS-Malaysia	Tiada maklumbalas
12/4/2007	Permohonan tarikh awal berjumpa YB Menteri Kesihatan untuk berbincang mengenai skim Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh (PPBP)	Tiada maklumbalas
3/5/2007	Surat kepada Dr Chua Soi Lek memohon tarikh mesyuarat bagi berbincang mengenai Perjanjian Perdagangan Bebas	Tiada maklumbalas
30/5-2/6/2007	Mesyuarat/bengkel mengenai *National Health Policy Meeting* di Sunway	GMPPK tidak dijemput meskipun menulis surat secara rasmi untuk dilibatkan

Sumber: GMPPK, 2007

Sebagaimana dilaporkan menerusi laman web Aliran pada 12 Mei 2007, Gabungan begitu kecewa apabila tidak dijemput oleh pihak kerajaan untuk berunding berhubung cadangan memperkenalkan SPKK. Selain itu, respon dari pihak Kementerian Kesihatan berhubung beberapa permintaan Gabungan untuk mengadakan pertemuan rasmi, samada dengan Menteri Kesihatan dan Perdana Menteri juga tidak diberikan perhatian yang serius. Gabungan, menerusi suatu sebagaimana berikut:-

> "…*Our letter to the Health Ministry, the Health Minister as well to the Prime on these issues have elicted no replies thus far…..*" ("*Value-added tax*", 2007)

Berdasarkan kronologi yang dinyatakan diatas, menurut Gabungan ini adalah bukti bilamana kerajaan dilihat tidak mengiktiraf kepentingan untuk berunding dengan kumpulan masyarakat madani, terutama jika kumpulan tersebut dilihat lantang mengkritik kerajaan dan tidak sependapat. Hinggakan, pada suatu peringkat Gabungan tidak juga dipelawa untuk terlibat dalam perbincangan mengenai *Malaysian National Health Policy*. Ini telah menyebabkan Gabungan terpaksa meminta bantuan daripada rakan-rakan dari kumpulan masyarakat madani yang lain untuk turut serta. Ini terpaksa dilakukan bagi membolehkan Gabungan mempunyai platform untuk mengetengahkan pandangan.

Sebagaimana yang telah dinyatakan semasa diwawancara, Setiausaha Gaaungan percaya bahawa pendekatan kurang mesra oleh pihak kerajaan terhadap GMPPK adalah disebabkan beberapa faktor dan antaranya adalah kerana sikapnya yang agresif dan radikal, berbanding kumpulan lain seperti MMA yang dilihat lebih sopan. Ini menjadikan GMPPK tidak begitu digemari dan dilihat oleh kerajaan sebagai "budak nakal" (komunikasi peribadi, Mac 28, 2016).

Seperkara lagi, juga ditekankan oleh beliau adalah kecenderungan dikalangan kakitangan di Kementerian Kesihatan itu sendiri yang pro pasaran dan neoliberal,

University of Malaya

sekaligus menipiskan harapan kepada demokrasi substantif dan PeAB mendapat tempat. Ini juga berkait dengan soal kepercayaan kepada kakitangan KKM sendiri. Pernyataan berkaitan adalah sebagaimana yang telah dinyatakan oleh beliau menerusi wawancara tersebut iaitu:-

> *".....A lot of MOH planners in 90 are neo liberal. IMF, World Bank, the proponent of government are inefficient and leave it to the private, market handle it, market the best. That is the ideological thinks and there is a big corporation who are interested in making money out of this. And top guys in government also may had an interest once they are retire they can come in and be chairman or something of it. So the issue is trust. We don't trust them……*" (komunikasi peribadi, Mac 28, 2016)

Dalam satu lagi pandangan, Dr Jeyakumar, Setiausaha Gabungan melihat kakitangan kementerian sebagai suatu kumpulan yang agak sukar untuk berunding serta telah menetapkan suatu keputusan didalam minda mereka dan ini perlu ditentang secara kaunter-hegemoni supaya lebih berkesan. Ini sebagaimana kenyataan beliau semasa wawancara iaitu:-

> *"....They are difficult people. We believe this guys are compromise the decision. They already had a decision they want to go with it. So if coalition go to talk to them nicely won't work so the things will work is only public pressure, so we need to let them know the adverse affect and how it will affect them badly and we need to make noise. And people are alerted and they frightened they will lose the popularity this will stop them down. Its work on them…..*" (komunikasi peribadi, Mac 28, 2016)

Menurut pihak kerajaan, mereka telah memberi ruang kepada kumpulan-kumpulan masyarakat madani termasuk GMPPK untuk berbincang dan mengemukakan pandangan. Ini adalah sebagaimana dua pertemuan atau dialog yang telah diadakan di antara kedua-dua belah pihak, masing-masing pada tahun 2005 dan 2006. Manakala dalam keadaan tertentu, terutama melibatkan dokumen sulit, kerajaan menegaskan bahawa ianya tertakluk kepada Akta Rahsia Rasmi dan bukanlah hasrat kerajaan untuk

University of Malaya

merahsiakannya. Namun pihak Gabungan tidak dapat menerima baik penjelasan ini dan kecewa kerana misalnya usaha mereka untuk berdialog secara langsung dengan Menteri Kesihatan dan Perdana Menteri tidak diberikan perhatian. Jika diteliti ini tidak mencerminkan semangat sebenar yang ditekan oleh PeAB dan demokrasi substantif.

6.4.4 Integrasi Hospital Awam dan Hospital Swasta

Menurut kerajaan, hospital swasta dan kerajaan perlulah digabungkan. Ini perlu untuk mewujudkan pilihan dan akses yang lebih luas dikalangan pesakit untuk mendapatkan rawatan.

Melalui gabungan ini maka satu sistem pembayaran tunggal diperkenalkan. Menerusi sistem ini pesakit tidak perlu membayar pada titik awal mereka mendapat perkhidmatan, sebagaimana biasa, sebaliknya pengamal perubatan mendapat bayaran balik kos berkaitan dari dana yang telah ditubuhkan.

Selaras dengan perubahan ini, maka, beberapa kaedah baru dijangka diperkenalkan. Antaranya adalah melibatkan perlantikan doktor keluarga di kalangan pengamal perubatan bagi setiap pesakit meliputi kawasan atau zon tertentu yang ditetapkan. Pesakit hanya boleh mendapatkan rawatan dari doktor keluarga yang telah mendaftarkan mereka sahaja. Rujukan kepada pakar di hospital hanya boleh dilakukan oleh doktor keluarga sahaja. Kaedah ini bertujuan untuk mengelakkan berlakunya penyalahgunaan dari segi kecenderungan pesakit untuk terus ke hospital untuk mendapatkan rawatan. Kerajaan berpendapat ini hanya menyebabkan berlaku pembaziran sumber apabila tenaga pakar tidak digunakan secara optimum merawat penyakit yang kritikal.

Namun demikian, pihak Gabungan mempunyai beberapa kerisauan dengan sistem baru ini. Pengenalan konsep doktor keluarga misalnya bilamana setiap doktor keluarga diberikan sejumlah pesakit dengan sejumlah dana tertentu berasaskan kaedah *capitation*

University of Malaya

iaitu (bayaran tetap bagi satu kepala bagi tempoh setahun), dikhuatiri akan menjejaskan penyampaian perkhidmatan. Ini adalah kerana rawatan diberi berdasarkan siling dana yang telah diperuntukkan. Sekiranya doktor berkenaan gagal mengawal dengan baik dana berkenaan, disebabkan mereka berbelanja atau merawat lebih pesakit dari jumlah dana yang diperuntukkan, atau terlalu banyak merujuk pesakit kepada pakar, maka penalti akan dikenakan.

Sebaliknya jika mereka berjaya mengawal dana berkenaan dengan baik, maka bonus boleh dipertimbangkan kepada mereka. Mekanisme yang terlalu cenderung menekankan insentif kewangan ini serta membolehkan seseorang doktor keluarga dikenakan penalti, dikhuatiri oleh GMPPK boleh menjejaskan hubungan pesakit-doktor. Keadaan ini boleh menyebabkan kelewatan merujuk pesakit kepada pakar sekaligus memberi kesan dari segi kualiti perkhidmatan kesihatan.

Pembaharuan yang dirancang menurut GMPPK berkemungkinan menjurus kepada penswastaan. Perkara ini adalah menurut GMPPK didapati sebagaimana dilaporkan dalam Laporan Interim yang disediakan *Karol Consulting* bahawa pengkorporatan hospital kerajaan akan dilakukan. Bagi pihak GMPPK, pengkorporatan hospital kerajaan, suatu cadangan yang pernah ditimbulkan pada akhir tahun 90an namun dibatalkan oleh kerajaan menjelang pilihanraya umum 1999 adalah merupakan langkah awal kearah penswastaan dan ianya kekhuatiran utama GMPPK. Ini kerana bila dikorporatkan keutamaan adalah pertimbangan keuntungan dengan nasib pesakit (khususnya yang miskin) akan dikompromi dimana isu kecekapan dan keberkesanan perkhidmatan kesihatan merupakan sesuatu yang begitu kritikal, dimana menurut Gabungan kualiti perkhidmatan kesihatan diperjudikan.

Dalam hal ini, Dr Jeyakumar, Setiausaha GMPPK berpendapat bahawa ianya bukan lah sesuatu yang mudah untuk dilaksanakan, dan jika berlaku ianya tentu sekali

University of Malaya

"membunuh" hospital kerajaan. Ini adalah kerana menurut Dr Jeyakumar apabila integrasi ini berlaku, semua hospital akan diuruskan secara sistem satu lapis. Bajet dan peruntukan akan dikongsi bersama oleh kedua-dua entiti ini dan jelas hospital swasta jauh lebih ketara dari segi keuntungannya. Atas asas itulah kenapa beliau berkata langkah ini hanya "membunuh" hospital kerajaan (komunikasi peribadi, Mac 15, 2016).

Ahli Jawatankuasa Pemandu Gabungan, Dr Jayakumar turut sependapat bahawa ianya bukanlah sesuatu yang mudah untuk dilaksanakan. Setelah sekian lama dibenarkan berkembang dan mengaut keuntungan yang lumayan, langkah integrasi ini tentu mendapat tentangan pihak hospital swasta yang melihat ianya sebagai usaha kerajaan meningkatkan aspek kawal selia dan regulatori. Usaha untuk meletakkan had terhadap caj oleh pihak swasta yang bakal berlaku apabila integrasi dilaksanakan dilihat ironi sekali. Ini kerana dalam masa yang sama pihak kerajaan iaitu menerusi perbadanan awam seperti PKENJ (dengan KPJ), dan GLC turut terlibat sebagai pelabur dan penyedia perkhidmatan kesihatan. Pandangan beliau adalah seperti berikut:-

> "……*It is not so easily done. They allow the private healthcare to mushroom and grow at the very big level now and to cap the private treatment is the most difficult thing. The private centres will fight you because if you don't want to escalate the cost of healthcare you need to cap the private care charges and increase the standard of public health care, you won't succeed so that's why I said how you want to cap the private healthcare because at the same time you also involve in private healthcare yourself. You invest in private healthcare, you had a conflict of interest. Sime Darby in healthcare, Petronas in health care, KPJ in healthcare, EPF in healthcare, PNB in healthcare so how you want to cap it*……." (komunikasi peribadi, Mac 15, 2016)

Dr Jeyakumar, Setiausaha Gabungan menambah lagi bahawa sistem pembiayaan kesihatan yang baru yang mempromosikan integrasi hospital awam dan swasta akan menyebabkan kualiti hospital kerajaan merosot. Kenyataan beliau mengenai perkara ini seperti berikut:-

> "*.....People go to private, and because of that more government doctors go to private, because demand is there. So that's will run down the government sector, the government sector will get really depleted, will get more damage because people will go out, and the doctor follow. So the health financing scheme will weakened the government side*…."(komunikasi peribadi, Mac 28, 2016)

6.4.5 Akauntabiliti dan Urustadbir PBPKK

Sebagaimana yang dibincangkan sebelum ini, sebuah badan iaitu Pihak Berkuasa Pembiayaan Kesihatan Kebangsaan (PBPKK) akan ditubuhkan dan bertanggungjawab untuk menguruskan skim pembiayaan ini. PBPKK adalah merupakan sebuah agensi yang ditubuhkan mengikut Akta Parlimen dan dibawah kawalselia Kementerian Kesihatan. Fungsi badan ini telah dinyatakan oleh sepucuk surat bertarikh 30 Mac 2005 yang dikirimkan oleh pihak kementerian kepada Dr Jeyakumar Devaraj.

Surat tersebut yang ditandatangani oleh Dr Hj Mohd Ismail Merican, Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Penyelidikan dan Sokongan Teknikal) pada masa itu antara lain telah menjelaskan secara umum fungsi PBPKK. Antara lain disebut bahawa, "…antara perkara yang perlu diambil tindakan ialah penubuhan *National Healthcare Financing Agency* selaku badan governan untuk menyelenggara mekanisma pembiayaan kesihatan Negara yang bakal diwujudkan oleh kerajaan. Adalah disarankan agar badan ini diletakkan dibawah Kementerian Kesihatan dan tidak diswastakan…" (KKM, 2005: 1).

Penerangan tentang PBPKK diteruskan KKM menerusi suatu kertas kerja bertajuk Mekanisma Pembiayaan Penjagaan Kesihatan Negara yang telah dilampirkan bersama-sama dengan surat diatas. Sebagaimana dinyatakan dibawah tajuk kecil kertas kerja berkenaan iaitu Ciri-ciri Mekanisma Pembiayaan Kesihatan Negara, diberikan penegasan sekali lagi bahawa agensi ini adalah sebuah badan berkanun, yang diletakkan dibawah bidnag kuasa KKM dan berfungsi secara tanpa laba dan tidak diswastakan. Antara fungsi khusus agensi ini yang disebut antara lain adalah seperti berikut iaitu:-

University of Malaya

i) Mentadbir Dana Kesihatan Kebangsaan;

ii) Agensi tunggal pembayar yang membuat setiap bayaran terhadap perkhidmatan penjagaan kesihatan samada di peringkat penjagaan kesihatan primer mahupun di hospital, sejajar dengan anjakan paradigma kesejahteraan; dan

iii) PBPKK dituntut untuk memastikan mencapai tahap kecekapan dan keberkesanan yang tinggi dalam menguruskan sumber mekanisma pembiayaan kesihatan negara.

GMPPK ternyata tidak berpuashati dengan penjelasan pihak kementerian. Oleh itu, pada 4 Mei 2005 Gabungan telah mengutuskan surat sekali dengan membangkitkan beberapa kekhuatiran mereka (GMPPK, 2005). Respon ini adalah lanjutkan kepada penjelasan kementerian pada 30 Mac 2005 kepada Gabungan menerusi surat dan kertas kerja. Malahan pihak kementerian sekali lagi pada 25 Mei 2005 telah menulis surat bagi memberikan penegasan terhadap jaminan bahawa PBPKK akan diletakkan dibawah pengawasan kementerian, dan berfungsi sebagai entiti yang tidak bermotifkan keuntungan serta tidak diswastakan.

Perakuan utama mengenai PBPKK didapati turut dimuatkan didalam Laporan Interim *National Healthcare Financing Mechanism in Malaysia*. Dokumen ini telah dikemukakan oleh perunding *Karol Consulting* kepada Unit Perancang Ekonomi (UPE), Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) dan *United Nation Development Programme* (UNDP) pada bulan Ogos 2006. Antara lain, sebagaimana dinyatakan dalam *Summary for Key Recommendation* laporan berkenaan, perunding menyebut:-

> "*The NHFA should be established as statutory body, governend by a Board which reports to Parliament through the Minister of Health. Board membership should comprise people with varies skills and backgrounds and represent: government finance and planning functions, the MoH, trade unions, the health profession, employer*

University of Malaya

groups and accosiations, consumer groups and academic and researchers" (KKM, UPE & UNDP, 2006: 153).

Fungsi PBPKK turut dinyatakan menerusi laporan tersebut iaitu:-

i) PBPKK hendaklah mempunyai keupayaan dan kebolehan untuk mengambil bahagian dalam setiap keputusan berkait pembangunan dasar kesihatan yang antara lain melibatkan aspek implikasi kewangan dalam sektor kesihatan;
ii) Sebarang urusan berkait dengan pengurusan kontrak ke luar hendaklah berdasarkan proses yang jelas dan tertakluk kepada penelitian mendalam dari segi ketelusan dan integriti; dan
iii) Strategi pengurusan PBPKK antara lain mungkin termasuk meneliti aspek penawaran, mengawal penggunaan pakej manfaat kesihatan, perkongsian risiko dengan penyedia perkhidmatan, kawalan rujukan dan pengawal pintu, pengurusan kes untuk penyakit kronik dan kompleks, menyediakan maklumbalas dan pendidikan serta latihan berhubung praktis klinikal.

Fungsi PBPKK terus diperinci dan dikemaskini menerusi kertas konsep 1Care yang disediakan oleh KKM pada tahun 2009, dimana antaranya adalah; (1) bertanggungjawab mengutip, mengumpul dan membayar semua perkara berkait dengan dana kesihatan, (2) merekabentuk pakej manfaat bersama-sama dengan KKM dan penyedia perkhidmatan, (3) memantau prestasi fiskal penyedia perkhidmatan dan (4) membangunkan formula bagi bayaran premium, mekanisme pembayaran, bayaran atas prestasi dan kos unit/yuran atau lain-lain yang berkaitan (KKM, 2009, 2011).

Melalui skim 1Care ini, kerajaan perlu menubuhkan sebuah agensi baru yang fungsinya menyamai badan-badan pengurusan dana seperti Kumpulan Wang Simpanan Pekerja (KWSP). Sebarang langkah penubuhan agensi baru memerlukan peruntukan yang besar dan ini bertentangan dengan tujuan asal kerajaan mengadakan skim bagi maksud mengurangkan kos atau bebanan kewangan kerajaan pada masa ini.

University of Malaya

Adalah didapati GMPPK agak sangsi terhadap peranan agensi ini. Pihak Gabungan jelas khuatir dan bimbang khususnya berhubung aspek ketelusan, akauntabiliti dan integriti dengan badan yang dicadangkan ini.

Kegusaran GMPPK diterjemahkan sebagaimana kenyataan yang dinyatakan didalam memorandum *The People's Proposal*. GMPPK dengan tegas menyatakan bahawa badan seperti SPKK yang bakal dibentuk menerusi pembaharuan sistem pembiayaan kesihatan ini wajar ditentang kerana ianya tidak lebih daripada, "*talk about a new Body that is similarly unaccountable, full of government-appointees and a recipe for cronyism and corruption*" (GMPPK, 2007: 7).

Kekhuatiran ini diperkukuhkan lagi menerusi *The People's Proposal* apabila Gabungan menyatakan seperti berikut:-

> "*.....A fund totalling more than RM 20 billion per year can easily be plundered to enrich corporate cronies given the current culture in government. We must have an effective mechanism to prevent this from happening. Given the extent and persiveness of corruption, and given that it has taken away so much money from the services that could have benefited millions of ordinary Malaysians, any scheme which continues the tradition of unaccountable bodies in charge of massively large funds must be resisted. Accountability and proper representation is an essential element of any proposal, and here it is not good enough for the Government to offer bland reassurances. Health is the last big cake that has escaped the grasp of cronies...*" (GMPPK, The People's Proposal, 2006: 5)

Isu ketidakpercayaan terhadap prestasi kerajaan pada masa tersebut, khusus dalam menangani isu-isu berkait salahguna kuasa dan penyelewangan merupakan antara faktor yang dilihat menghakis kepercayaan dan keyakinan Gabungan. Pihak GMPPK amat khuatir apabila tabung yang besar yang akan terkumpul menerusi PBPKK kelak tidak digunakan secara sewajarnya, tetapi sebaliknya disalahguna oleh pihak-pihak yang berkepentingan. Justeru, GMPPK bimbang perkara seumpama ini boleh berlaku

University of Malaya

sekiranya mekanisme kawalan yang lemah serta pentadbiran yang tidak amanah wujud, sekali gus meletakkan kesihatan dan kepentingan rakyat dalam keadaan terancam.

Isu ketirisan, penyelewangan, rasuah dan sebagainya begitu sinonim dengan kerajaan Barisan Nasional (BN). Rekod ini ambat membimbangkan Gabungan apatah lagi ianya melibatkan wang rakyat. Sistem yang boleh dimanipulasi dan sebagainya amat mengkhuatirkan dan tidak mustahil ianya boleh berlaku terhadap dana dalam PBPKK. Ini seperti kenyataan Dr Jeyakumar, Setiausaha Gabungan iaitu sebagaimana berikut:-

> "……*One thing you can see from 90s there is a lot of leakages. If you let this nation have that financing thing probably giving it to privatise body all UMNO elite will makan it lah. A lot of leakages. A lot of contract on how they give it. Not a very efficient system. Not the very honest system*….." (komunikasi peribadi, Mac 28, 2016)

Kekhuatiran bahawa kemungkinan salahguna kuasa, akauntabiliti dan ketelusan telah ditegaskan oleh Dr Jeyakumar seperti berikut:-

> "*……30, 40 billion dollars in NFA, and hospital had so much budget and Malaysia is really can't handle it. Mismanagement, transparency is questionable and even you want to give them more money……*" (komunikasi peribadi, Mac 28, 2016)

6.4.6 Mekanisme Pembayaran

Antara ciri-ciri utama skim baru yang dicadangkan ini adalah melibatkan aspek pembayaran terhadap perkhidmatan kesihatan yang diterima oleh pesakit. Berbanding amalan fi-untuk-perkhidmatan sekarang, dimana pesakit membayar perkhidmatan semasa menerima perkhidmatan, skim baru dijangka akan memperkenalkan konsep fi-sebelum-perkhidmatan. Kaedah ini menekankan kepada konsep dimana pesakit tidak perlu membayar semasa perkhidmatan diterima, sebaliknya penyedia perkhidmatan dikehendaki menuntut bayaran yang berkenaan kepada agensi khas yang telah

University of Malaya

ditetapkan mengumpul dan menguruskan dana insuran kesihatan yang berkaitan. Dalam konteks ini di Malaysia, PBPKK dicadangkan sebagai agensi tunggal yang menguruskan pembayaran.

GMPPK menerusi Pengerusinya secara jelas menyatakan bantahan terhadap mekanisme bayaran rawatan bagi sistem pembiayaan yang dicadangkan. Sebagaimana telah dinyatakan, samada menerusi SPKK atau 1Care, pembayaran tidak dilakukan oleh pesakit sebaliknya tuntutan dilakukan kepada agensi yang menguruskan dana berkenaan. Justeru, ini akan menyebabkan hospital dan klinik swasta juga akan turut mengemukakan tuntutan bayaran bagi perkhidmatan mereka menerusi dana ini.

Pihak Gabungan menyifatkan idea ini hanya memberi keuntungan kepada hospital swasta, bilamana Presiden GMPPK dipetik sebagai berkata, "*the private sector will thrive if government funding goes to private sector*" (NST, 11 April 2006). Beliau memberi amaran bahawa situasi ini juga bakal menyebabkan berlaku pengaliran keluar dikalangan doktor di hospital kerajaan untuk berkhidmat di hospital swasta. Jika pun hendak dilaksanakan juga, skim sebagaimana diamalkan di Kanada boleh dipertimbangkan apabila hospital swasta tidak dibenarkan untuk mengenakan bayaran melebihi kadar yang ditetapkan oleh kerajaan.

Menerusi wawancara dengan Setiausaha Gabungan, isu ini juga turut disentuh oleh beliau. Sebagaimana dinyatakan diatas bahawa sistem pembayaran kini yang diamalkan dalam sistem pembiayaan kesihatan Malaysia adalah secara fi-untuk-perkhidmatan. Usaha untuk mengubahnya kepada fi-sebelum-perkhidmatan menerusi cadangan pembaharuan sistem pembiayaan kesihatan ini tentu sekali berpotensi mendapat reaksi yang pelbagai dari hospital swasta. Ini adalah kerana menurut Dr Jeyakumar sistem fi-untuk-perkhidmatan cenderung untuk dimanipulasi demi keuntungan yang menjurus

University of Malaya

kepada rawatan dan penyiasatan berlebihan. Ini sebagaimana dinyatakan oleh beliau iaitu::-

> "……*Private sector is fee for service so the clinical decision and financial decision become merge…..For example, if you had chest pain and go to government hospital, you do stress test and if found not to bad ok you can go back and maintain diet. If you go to private site, or better do angiogram and if you do angiogram you will be charge more isn't it and doing angiogram, the hospital will earn more. You do stress test cost 400, angiogram 5000, you do stent also 5000. So when your doctor in the hospital they are paid on what they do.. Its cost further. Not all but money will play a part* ……" (komunikasi peribadi Mac 28, 2016)

6.4.7 Pengawal Pintu

Apabila kerajaan melaksanakan skim pembiayaan kesihatan yang baru, ianya juga turut menyebabkan berlakunya beberapa perubahan dari segi penyampaian perkhidmatan kesihatan di negara ini. Sebagaimana yang telah dinyatakan menerusi kertas konsep 1Care beberapa perubahan tersebut adalah bertujuan untuk meningkatkan kualiti penyampaian perkhidmatan kesihatan kepada rakyat. Beberapa pendekatan baharu yang bakal diperkenalkan antara lain adalah melibatkan beberapa komponen penting seperti wujudnya doktor keluarga yang bakal berperanan sebagai Pengawal Pintu, serta sistem rujukan yang tidak lagi membenarkan pesakit untuk terus ke hospital. Ini adalah antara yang dikritk oleh Gabungan.

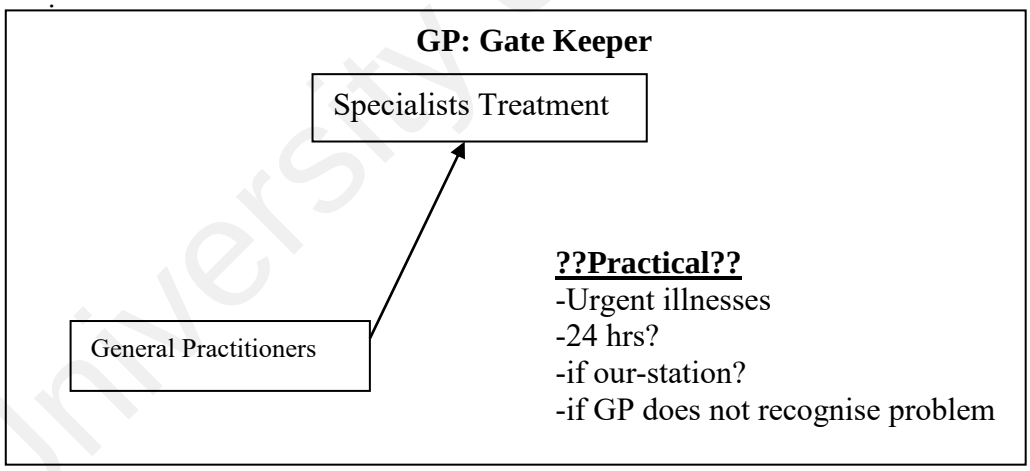
Pandangan terhadap pendekatan baru yang dinyatakan diatas didapati telah ditimbulkan oleh wakil Gabungan semasa membentangkan kertas kerja bertajuk *Health Financing Reform* dalam forum khas mengenai pembaharuan sistem pembiayaan kesihatan yang telah diadakan pada 25 Mac 2007 di Universiti Malaya. Persoalan samada ianya adalah merupakan suatu kaedah yang praktikal dan boleh dilaksanakan telah ditimbulkan. Peranan Pengawai Perubatan Am (PPA) yang akan bertindak sebagai

University of Malaya

doktor keluarga bagi suatu senarai pesakit yang bakal ditentukan menurut sudut pandang Gabungan didapati bakal berhadapan beberapa masalah dari segi pelaksanaan.

Antara yang dipersoalkan adalah dari beberapa aspek seperti isu untuk menangani penyakit yang memerlukan rawatan kecemasan dan segera, adakah perkhidmatan PPA tadi dilaksanakan secara 24 jam, bagaimana jika mereka di luar kawasan dan apakah yang bakal terjadi kepada pesakit sekiranya mereka gagal mengenalpasti masalah dihadapi pesakit mereka. Pada pandangan Gabungan ianya adalah suatu sistem yang tidak praktikal dan hanya akan menyebabkan apa yang disebut didalam kertas kerja tersebut sebagai *create bureaucratic tangles*. Ini dapat diringkaskan berdasarkan input menerusi slaid persembahan *power point* kertas kerja berkenaan seperti di (Rajah 6.1) dibawah:-

Rajah 6.1: Kritikan Gabungan Terhadap Sistem PPA Sebagai Gate Keeper



Sumber: (GMPPK, kertas kerja dibentangkan semasa forum Healthcare Financing, 2007)

Selain itu menerusi kertas kerja tersebut pihak Gabungan mengemukakan dua kekhuatiran yang boleh wujud akibat dari sistem Pegawai Perubatan Am (PPA) sebagai Pengawal Pintu. Pertama, pesakit mungkin mendapatkan rawatan bagi setiap penyakit yang ringan. Kedua, bagi doktor pakar pula dibimbangi akan menyalahgunakan sistem ini dengan melaksanakan pemeriksaan dan rawatan berlebihan.

University of Malaya

Ini adalah kerana menerusi sistem ini PPA akan diperuntukkan sejumlah peruntukan tahunan berdasarkan jumlah peskait yang berdaftar dibawahnya. Kemudian dari segi bayaran, para PPA akan dibayar menggunakan kaedah yang dikenali sebagai *capitation* secara bulanan. Sekiranya pesakit memerlukan rawatan kepakaran, hanya PPA yang berkenaan sahaja boleh mengesahkan keperluan pesakit dan mengeluarkan surat untuk pesakit dirujuk kepada pakar. Berbeza dengan sistem sediada bilamana pesakit boleh melepasi dan terus berjumpa dengan mana-mana doktor pakar untuk rawatan.

Sistem baru yang dicadangkan ini adalah bertujuan untuk mengelakkan kepakaran doktor pakar itu dari disalahgunakan. Sebaliknya ia dikhususkan bagi maksud untuk merawat penyakit yang benar-benar kompleks. Meskipun begitu, memandangkan sistem baru ini didakwa oleh Gabungan sebagai terlalu bergantung kepada insentif ekonomi, maka ianya cenderung untuk berkemungkinan disalahgunakan segelintir doktor yang tidak bertanggungjawab, demi untuk mengaut keuntungan kewangan yang lebih. Ini sebagaimana dinyatakan didalam pembentangan tersebut sebagaimana berikut:-

> *"…… Over-reliance on Economic incentives*
> - *Create a system wehich relies almost exclusively on money incentives*
> - *Create an unwieldly and expensive bureaucracy*
> - *Will inevitably lead to making the main players more money minded*
> - *Need to create safeguards against abuse and quirky behaviour…."*
>
> (GMPPK, 2007)

Gabungan berpendapat bahawa beberapa pembaharuan yang dicadangkan menerusi sistem baru ini dengan mengurangkan insentif kewangan kepada doktor yang gagal mengawal jumlah konsultansi dan rujukan kepada doktor pakar bagi pesakit adalah sesuatu yang kurang bijak. Sungguhpun bersetuju dalam keadaan tertentu bahawa suatu sistem kesihatan primer yang baik berupaya mengurangkan kos dengan pesakit tidak melangkaui doktor keluarga mereka untuk mendapat rawatan kepakaran. Namun

University of Malaya

kewujudan mekanisme penahanan dana serta penalti jika doktor keluarga didapati merujuk terlalu ramai pesakit mereka ke doktor pakar, namun Gabungan berpendapat ini hanya merendahkan hubungan doktor-pesakit dan boleh menyebabkan kelewatan seseorang pesakit itu dirujuk kepada pakar. Jika ini berlaku ia adalah sesuatu yang malang memandangkan kesihatan dan nyawa manusia dipertaruhkan.

Kritikan terhadap sistem Pengawal Pintu menerusi cadangan sistem yang baru ini turut disentuh dalam wawancara yang diadakan dengan Setiasuaha GMPPK. Perbandingan dengan sistem *National Health Service* (NHS) di United Kingdom dalam penjelasan beliau yang seperti berikut:-

> "…..*Gatekeeper, Like in UK, when you refer certain patient for test, you had budget, you had certain allocation, maybe 50000 dollars for investigation for the first 6 month of the year. So you spend it and if you exceed it then you penalize. If you keep it you get a bonus. If you exceed you still been paid by NHS but you won't get bonus. Mean doctor will hesitate for financial reason to send patient for CT Scan, to send for stress test, to send for blood test, because it is sump to an amount if exceed you will lose the bonus. So the first doctor, the gate keeper should be on patient side, and try to find out what's wrong with the patient, and not worry if need to send for ct scan for worry to lose bonus. The patient health is far more important. This all turn the gatekeeper doctor from patient advocate to patient controller…..*" (komunikasi peribadi, Mac 28, 2016)

Dalam hal ini kemungkinan ianya disalahguna tetap ada. Antara lain para PPA mungkin akan menghadkan rujukan kepada pihak hospital dengan tujuan untuk mengelakkan mereka berbelanja dan menuntut lebih dari bajet yang ditetapkan kepada PBPKK. Berbelanja lebih boleh menyebabkan mereka dikenakan penalti, dan kehilangan bonus. Menerusi sistem baru yang dicadangkan, difahamkan PPA akan beroperasi berdasarkan zon yang telah dietapkan beserta dengan bajet yang mengambil kira jumlah pesakit berdaftar (atau bakal pelanggan mereka). Memandangkan kawalan terhadap bajet adalah ditangan mereka dan demi keuntungan kewangan maka adalah

University of Malaya

tidak mustahil perkara ini boleh dimanipulasi oleh segelintir PPA yang tidak beretika. Jika ini berlaku tentulah amat malang sekali kepada pesakit memandangkan ianya berkait dengan nyawa.

6.4.8 Kritikan Terhadap Insentif Ekonomi Berlebihan

Berdasarkan analisis Gabungan, cadangan pihak perunding yang dilantik kerajaan didapati terlalu menekankan aspek insentif ekonomi. Pandangan perunding ini dilihat selari dengan faham neo-liberal yang didokong oleh kerajaan.

Bukti-bukti yang dikemukakan oleh Gabungan bagi menyokong hujah ini dapat dilihat menerusi dokumen yang dikeluarkannya sebagai maklumbalas terhadap Laporan Interim Perunding. Antara lain ianya memberikan contoh bagaimana cadangan dimana PPA sebagai doktor keluarga akan memainkan peranan sebagai pemegang dana kepada rawatan pakar akan menimbulkan suatu keadaan iaitu, "…..*rises out of an explicitly stated perception that specialists will otherwise over-investigate and over-treat*…." (GMPPK, 2007: 5). Keadaan ini jika berlaku akan menyebabkan sistem yang ada akan disalahguna oleh pihak yang tidak bertanggungjawab (dirujuk kepada doktor pakar) dan digunakan secara berlebihan dalam penyiasatan dan rawatan.

Sebaliknya, Gabungan dalam menghujahkan sebagaimana dinyatakan menerusi laporan tersebut, sebagaimana berikut:-

> "…*Homo Economicus: Over-Reliance on Economic Incentives*
>
> *In the consultant's own report there is an awareness that relying on financial incentives and market mechanisms will make the main players more money minded. This in turn may lead to abuse and over-use of the systems. Therefore there is a need to create safeguards. For example, the proposal that GPs should become "fund-holders" for specialist treatment rises out an explicitly stated perception that speciilsists will otherwise over-investigate and over-treat!*

University of Malaya

To counter these perceptions the GMPPK would like to point out that :-

1. *Doctors and other health staff have been working sincerely in the public hospitals for the past 50 years and more. Many doctors and other health staff work past their official hours as they want to get the job done. Financical reward is not the only motivation for work. People take pride in their work, in improving their skill and competence, and in solving problems. Peer recognition and patient satisfaction are also important incentives. Of course people like to get a decent income, and the GMPPK want sto review of the pay-scales for public sector health staff. But this is far removed from the consultant's thrust to revamp the entire system to make it run on the financial incentive alone…..*" (GMPPK, 2007: 5)

Gabungan berhujah bahawa insentif kewangan bukanlah satu-satunya yang menjadi perkara yang diberikan perhatian dikalangan kakitangan perubatan awam. Sebaliknya kesetiaan dan tahap profesionalisme tinggi dikalangan mereka akan turut memberikan kepuasan menerusi pengiktirafan yang diberikan dikalangan rakan sekerja dan pesakit.

6.5 Cadangan GMPPK

Sebagai respon terhadap cadangan yang dikemukakan oleh kerajaan untuk merombak sistem pembiayaan kesihatan sediada, pihak Gabungan telah sebagaimana diperincikan melalui analisis diatas mengadakan pelbagai aktiviti dan program dengan tujuan untuk menggambarkan reaksi mereka. Selanjutnya berdasarkan pemerhatian yang dilakukan mendapati beberapa cadangan balas telah dikemukakan oleh GMPPK. Cadangan ini dapat dikesan menerusi pelbagai dokumen dan antara yang paling utama menerusi *The People's Proposal for Healthcare Financing*.

Dokumen ini yang mula didraf sebaik GMPPK ditubuhkan, serta diperkemaskan dalam forum yang kali pertama dianjurkannya pada tahun 2005. Selain itu, pihak Gabungan turut mendapatkan maklumbalas berhubung isi kandungan memorandum ini dari ahli gabungannya. Kemuncaknya, memorandum ini yang telah diperakukan oleh

University of Malaya

hampir 81 ahli gabungannya telah dikemukakan kepada Perdana Menteri, Abdullah Ahmad Badawi pada tahun 2006.

Sungguhpun *The People's Proposal* boleh dianggap sebagai antara dokumen terpenting yang dihasilkan oleh pihak GMPPK khususnya dalam menyentuh isu pembiayaan kesihatan di negara ini, namun beberapa cadangan Gabungan turut dapat dikesan menerusi pelbagai kertas kerja yang dibentangkan, petisyen, resolusi dan sebagainya.

Terdapat lima cadangan yang telah dikemukakan oleh pihak Gabungan kepada kerajaan berhubung dengan sistem pembiayaan kesihatan. Antara cadangan tersebut, pertama, adalah menubuhkan Dana Kesihatan Kebangsaan (DKK), kedua, penubuhan Pihak Berkuasa Pembiayaan Kesihatan Kebangsaan (PBPKK) dan ketiga mewujudkan Pihak Berkuasa Rawatan Primer dan Pihak Berkuasa Hospital. Lain-lain cadangan adalah dengan menubuhkan Perbadanan Kesihatan Komuniti Peringkat Negeri dan cadangan terakhir adalah gesaan Gabungan kepada kerajaan untuk memastikan pakej manfaat kesihatan yang bakal diperkenalkan bersifat komprehensif. Perincian cadangan-cadangan ini adalah seperti berikut:-

6.5.1 Dana Kesihatan Kebangsaan (DKK)

Berbanding cadangan kerajaan untuk memperkenalkan struktur pembiayaan baru berdasarkan pengumpulan dana daripada beberapa sumber baru bagi membiayai perbelanjaan kesihatan, pihak Gabungan sebaliknya berpendapat bahawa ianya adalah sesuatu yang tidak perlu. Pihak GMPPK berpandangan masih terdapat banyak alternatif dari sumber-sumber sediada yang tidak dioptimumkan sepenuhnya oleh kerajaan.

Pandangan terhadap perkara ini telah digambarkan GMPPK menerusi *The People's Proposal*. Pihak gabungan telah mengesyorkan satu formula pembiayaan kesihatan yang

University of Malaya

baru untuk dilaksanakan oleh kerajaan. Pihak Gabungan yakin bahawa matlamat ini membolehkan pembiayaan kesihatan dilakukan tanpa perlu menyebabkan rakyat mengeluarkan kos tambahan. Formula tersebut dikenali sebagai DKK dan diwujudkan bagi menggantikan formula sumber pembiayaan sediada. Penegasan pihak gabungan berhubung perkara ini dipetik sebagai berikut:-

> "……*We therefore propose a new funding formula to safeguard the health of all Malaysian. It could be called the National Health Fund, but it should not be financed from the pockets of indiviual Malaysians. There are plenty of viable and present alternatives…..:"* (GMMPK, 2006: 6)

GMPPK menerusi kenyataan diatas dengan jelas mengingatkan kerajaan bahawa masih terdapat sumber-sumber sediada yang berada dibawah kawalan kerajaan didapati tidak digunakan sepenuhnya. Menurut pihak Gabungan lagi, sekurang-kurangnya terdapat empat sumber tersebut yang boleh digunakan iaitu, bajet kerajaan Persekutuan dari sumber cukai sediada, cukai alkohol dan rokok, sebahagian keuntungan Petronas dan levi pekerja asing.

Sebagai contoh, dalam memperkukuhkan hujah mereka, bagi pihak GMPPK, penggunaan levi bagi kesihatan pekerja asing bukanlah sesuatu yang merugikan, malahan ianya bakal memberi manfaat bukan sahaja kepada pekerja terbabit tetapi juga kepada negara (GMMPK, 2006). Justifikasi pihak GMPPK bagi menyokong cadangan ini telah dibincangkan pada bahagian awal Bab ini (meliputi isu seperti hak asasi manusia, kesihatan awam, pembangunan negara dan sebagainya).

Kerajaan sewajarnya mengambil pendekatan untuk meningkatkan perbelanjaan kesihatan, iaitu sekurang-kurangnya 3 peratus, berbanding 1.8 peratus dari Keluaran Dalam Negara Kasar (KDNK) (angka tahun 2005). Mengambilkira KDNK pada tahun 2005 yang dianggarkan sebanyak RM530 billion, maka 3 peratus adalah RM15.9 billion. Seterusnya, menerusi memorandum tersebut, GMPPK mencadangkan agar cukai alkohol

University of Malaya

dan rokok (angka tidak dinyatakan) serta sebahagian keuntungan Petronas (anggaran sebanyak RM5 billion keseluruhan keuntungan tahun 2004 sebanyak RM30 billion) turut digunakan. Ini ditambah lagi dengan sumbangan dari levi yang diperolehi dari pekerja asing yang dianggarkan antara RM1.6 hingga RM2 billion.

Berdasarkan cadangan ini, dianggarkan RM20.9 billion (tidak termasuk cukai alkohol dan arak) dapat dijana bagi pembiayaan kesihatan. Jika termasuk levi dari pekerja asing, maksima jumlah pembiayaan bagi sektor kesihatan bagi tahun 2005 adalah sekitar RM22.9 billion dan pada GMPPK ianya suatu jumlah yang memadai melaksanakan program-program berkaitan kesihatan. Perincian terhadap formula ini dikemukakan pihak gabungan menerusi muka surat 7, dokumen *The People's Proposal*. Lihat (Jadual 6.5).

Jadual 6.5: Sumber alternatif cadangan GMPPK menerusi DKK

Sumber	**Deksripsi**	**Anggaran jumlah setahun (RM)**
Bajet kerajaan Persekutuan	Pada masa sekarang, Kerajaan Persekutuan hanya membelanjakan sebanyak 1.8% dari keseluruhan Keluaran Dalam Negara Kasar (KDNK) untuk kesihatan. Pihak Pertubuhan Kesihatan Dunia telah menasihatkan negara-negara membangun untuk membelanjakan sebanyak 5% dari KDNK untuk kesihatan. Kami mencadangkan kerajaan Malaysia meningkatkan peruntukan untuk kesihatan kepada 3% dari KDNK mulai tahun hadapan. KDNK = RM530 billion; 3% = RM15.9 billion	15.9 billion
Cukai Alkohol dan Rokok	Aktiviti ini hanya mendatangkan risiko penyakit dan memerlukan dana untuk tujuan rawatan. Oleh itu keseluruhan kutipan cukai bagi 2 item ini dicadangkan disalurkan keseluruhannya untuk kesihatan	Jumlah tidak dinyatakan didalam *The People's Proposal*
Keuntungan Petroleum	Petronas direkodkan mencatatkan keuntungan lebih dari RM30 billion dalam tahun 2004. GMPPK mencadangkan RM5 billion dari keuntungan Petronas ini disalurkan kepada sektor kesiahatan agar ianya memberi manfaat kepada seluruh penduduk	RM5 billion

sumber: (GMPPK, 2006 : 4)

University of Malaya

Apabila ditanya adakah cadangan ini masih relevan dengan mengambilkira harga minyak global yang didapati tidak stabil dan menjejaskan pendapatan Petronas, sekaligus memberi kesan kepada pendapatan negara, Dr Jeyakumar ada jawapannya. Dalam wawancara yang diadakan beliau menyatakan bahawa "…..*May be not PETRONAS now lah but we are rich country a lot of we wealth in the country and how you manage the wastage 30 billion is lost by corruption*…." (komunikasi peribadi, Mac 28, 2016).

Ini bererti sejauh manakah kekayaan negara diuruskan secara penuh tanggungjawab adalah jawapan kepada persoalan ini. Rasuah, penyelewangan, ketirisan yang didakwa selama ini berlaku dalam sistem pentadbiran negara wajar dipulihkan kembali. Beliau yakin jika ini dapat dilakukan maka soal defisit kepercayaan yang merosot sebagaimana dialami oleh kerajaan BN dikalangan rakyat akan dapat dikembalikan semula (komunikasi peribadi, Mac 28, 2016).

6.5.2 Pihak Berkuasa Pembiayaan Kesihatan Kebangsaan (PBPKK)

Salah satu komponen penting yang dicadangkan oleh kerajaan bagi menguruskan sistem kesihatan menerusi pembaharuan yang dicadangkan adalah penubuhan Pihak Berkuasa Pembiayaan Kesihatan Kebnagsaan (PBPKK). Beberapa penelitian dan pandangan telah dikemukakan oleh pihak GMPPK terhadap penubuhan institusi ini dalam sistem kesihatan kebangsaan. Antaranya, sebagaimana dinyatakan didalam *The People's Proposal* bahawa anggaran dana dari cadangan pelaksanaan skim pembiayaan kesihatan baru ini dijangka sebnayak RM20 billion (anggaran tahun 2006) dan ini dikhuatiri terdedah kepada penyelewangan. Justeru GMPPK mendesak agar suatu mekanisme yang efektif diwujudkan sebagai langkap proaktif untuk menangani kemungkinan ini dari berlaku.

University of Malaya

Dalam konteks perwakilan, ahli lembaga PBPKK hendaklah mencerminkan perwakilan yang menyeluruh. GMPPK tidak bersetuju sekiranya ahli Lembaga Pengarah PBK hanya dipilih hanya oleh Perdana Menteri atau pun Menteri Kesihatan semata-mata. Walau bagaimanapun berdasarkan *The People's Proposal* khususnya dari segi kaedah pemilihan Ahli Lembaga Pengarah tidak pula dinyatakan secara jelas. Walaupun begitu, pihak Gabungan didapati mengemukakan cadangan dari segi komposisi ahli Lembaga Pengarah iaitu seperti berikut:-

a) 50 peratus ahli dari parti politik berdasarkan kepada jumlah undi yang diperolehi dari pilihanraya umum terkini;
b) 20 peratus dicalonkan oleh kerajaan;
c) 10 peratus dari kesatuan sekerja;
d) 10 peratus dari kumpulan pengguna dan pertubuhan bukan kerajaan dari sektor kesihatan; dan
e) 10 peratus dari persatuan penyedia kesihatan.

GMPPK juga turut mencadangkan supaya PBPKK mempunyai kuasa dalam aspek seperti semakan semula kontrak sebelum ianya diluluskan. PBPKK juga haruslah mempunyai akses terhadap sebarang data dan maklumat yang berkaitan dalam melaksanakan fungsinya dengan berkesan. Begitu juga pada pandangan GMPPK, pihak PBPKK hendaklah disediakan staf dan bajet yang bersesuaian bagi tujuan untuk melaksanakan tugas dan pemantauan di seluruh negara dengan lebih berkesan. Cadangan ini mencerminkan perbezaan dengan aspirasi kerajaan yang didapati tidak meletakkan kumpulan masyarakat madani dalam sebarang perancangan mereka untuk dilantik ke dalam mana-mana majlis pun.

University of Malaya

6.5.3 Pihak Berkuasa Rawatan Primer dan Pihak Berkuasa Hospital

GMPPK turut menyarankan supaya kemudahan kesihatan milik kerajaan boleh dipisahkan kepada dua bahagian iaitu Pihak Berkuasa Rawatan Primer dan Pihak Berkuasa Hospital. Dengan kaedah ini ianya akan mewujudkan suatu sistem kesihatan awam yang akan memacu aspek latihan dan penyelidikan, yang sekaligus menjadi kayu pengukur kearah peningkatan kualiti rawatan. Ini juga diyakini oleh pihak Gabungan akan dapat memastikan penyedia perkhidmatan khususnya di sektor swasta untuk bersikap lebih jujur dan telus.

GMPPK yakin bahawa dengan kaedah seumpama ini sahaja ianya akan dapat memisahkan jurang yang wujud diantara sektor awam dan swasta, sekaligus mengintegrasikan rawatan bagi manfaat dan keselesaan pesakit dan keluarga mereka. GMPPK sekali lagi mengingatkan pihak kerajaan untuk tidak sesekali mengkorporatkan agensi baru ini, yang mana kelazimannya, pengkorporatan sesuatu agensi kerajaan adalah merupakan permulaan kepada proses penswastaan sepenuhnya di Malaysia. Sebaliknya agensi ini hendakklah diwujudkan sebagai sebuah badan berkanun dibawah Akta yang diluluskan Parlimen.

GMPPK yakin bahawa langkah diatas akan memberi kelebihan kearah membebaskan keseluruhan perjawatan awam dalam sektor kesihatan dari dikawal oleh Jabatan Perkhidmatan Awam (JPA). Pihak Gabungan mendakwa bahawa amalan selama ini dimana berlakunya kawalan secara berpusat oleh agensi seperti JPA keatas Kementerian Kesihatan selama ini sering dikaitkan sebagai anatara punca kepada wujudnya ketidakpuasanhati dikalangan kakitangan klinikal, sekaligus menyebabkan berlakunya penghijrahan keluar. Kegagalan JPA untuk memahami ciri-ciri istimewa yang terdapat

University of Malaya

dalam sektor kesihatan dilihat antara penghalang utama kearah usaha bagi meningkatkan terma dan syarat perkhidmatan sektor kesihatan awam.

6.5.4 Perbadanan Kesihatan Komuniti Peringkat Negeri

Dalam usaha untuk mempertingkatkan aspek kesihatan di negara ini, satu lagi cadangan telah dikemukakan oleh pihak Gabungan menerusi *The People's Proposal*. Cadangan tersebut adalah dengan menubuhkan Perbadanan Kesihatan Komuniti Peringkat Negeri. Badan ini bertanggungjawab mempromosikan dan mendokong tindakan-tindakan yang bakal diambil dalam memastikan sebarang keputusan dan kawalan oleh setiap rakyat dalam aspek kesihatan mereka.

6.5.5 Pakej Manfaat Kesihatan

Pakej manfaat kesihatan yang ditawarkan hendaklah komprehensif yang antara lain terdiri daripada rawatan yang sediada di klinik dan hospital kerajaan, termasuklah semua komponen rawatan primer seperti imunisasi dan kawalan vektor, serta komponen rawatan di peringkat lanjutan seperti rawatan Unit Rawatan Rapi, pembedahan pintasan jantung dan dialisis. GMPPK mencadangkan agar pakej ini, selain daripada tersedia untuk semua rakyat Malaysia, ianya juga hendaklah dipanjangkan juga kepada pekerja warga asing.

Bagi pekerja asing GMPPk mencadangkan suatu bayaran bersama sebagaimana bayaran pesakit luar yang dikenakan kepada warganegara dikenakan. Perundingan dengan pihak berkepentingan berhubung kadar yang akan dikenakan kepada pekerja asing boleh dilakukan kemudian, antaranya adalah dengan menaikkan kadar levi atau pun mewajibkan insurans kesihatan dikalangan mereka. Modaliti didalam pakej ini hendaklah boleh diakses diseluruh Malaysia tanpa mengira lokasi penempatan rakyat.

University of Malaya

Sebagai ringkasan, berdasarkan penelitian yang dilakukan terhadap *The People's Proposal*, terdapat lapan perkara pokok yang menjadi teras kepada cadangan balas daripada pihak Gabungan kepada kerjaaan berkait dengan aspek pembaharuan dalam sistem pembiayaan kesihatan. Ianya adalah seperti berikut:-

a) Pertama, bajet bagi sektor kesihatan awam wajar dinaikkan kepada kadar 5 peratus dari KDNK dan sumber utama pembiayaan perlu kekal daripada sistem percukaian, sebagaimana sistem sediada. Di sini, GMPPK menggesa pihak kerajaan untuk menambah peruntukan kepada pihak Kementerian Kesihatan bagi membiayai sektor kesihatan awam, dari hanya 2 peratus setahun daripada KDNK kepada 3 peratus setahun (angka ini merujuk kepada angka pada tahun 2006). Gabungan menekankan bahawa peningkatan ini hendaklah dilakukan menerusi sistem percukaian sediada serta alternatif hasil kerajaan yang lain;
b) Kedua, pihak Gabungan secara jelas menentang sebarang usaha untuk memperkenalkan apa jua bentuk cukai/CBP/bayaran tambahan yang dikenakan kepada rakyat dalam usaha untuk menampung kos kesihatan. Ini kerana pada pandangan GMPPK langkah ini adalah tidak sesuai dan hanya membebankan golongan rakyat berpendapatan rendah. Penentangan ini berikutan cadangan kerajaan untuk mengenakan premium bagi IKS. Bagi GMPPK ini tidak lain hanya suatu tindakan kerajaan untuk melepaskan tanggungjawab kebajikannya kepada rakyat;
c) Ketiga, pihak GMPPK juga turut mencadangkan agar kerajaan meneliti alternatif lain bagi membiayai sektor kesihatan. Antaranya adalah dengan mendapatkannya dari sumber-sumber sediada seperti sebahagian dari keuntungan Petronas, cukai arak, rokok serta levi yang diterima pekerja asing atau lain-lain sumber yang sesuai;

University of Malaya

d) Keempat, pihak kerajaan didesak untuk melakukan perundingan secara telus dengan kumpulan masyarakat madani dalam sebarang cadangan untuk merombak sistem kesihatan di negara ini, termasuklah aspek pembiayaan;

e) Seterusnya, perkara kelima. Pihak GMPPK telah menyentuh tentang penubuhan PBPKK, iaitu suatu agensi khas bagi mentadbir tabung kesihatan ini. Pihak Gabungan menekankan kepada keperluan dan pentingnya supaya ianya ditubuhkan dibawah Akta Parlimen dengan aspek ketelusan dan akauntabiliti dipantau rapi. GMPPK menegaskan dengan nada yang lantang bahawa agensi ini tidak boleh sesekali diswastakan. Ini adalah khusus bagi menjaga kepentingan rakyat miskin dan tidak mampu. Pihak Gabungan percaya ini dapat dilakukan dengan lebih baik sekiranya perwakilan dari kumpulan masyarakat madani didalam Lembaga Pengarahnya dilakukan;

f) Keenam, pada pandangan Gabungan, fokus utama kerajaan adalah berkait dengan usaha dan inisiatif bagi meningkatkan perkhidmatan kesihatan primer. Justeru untuk memastikan ianya dilaksanakan adalah penting supaya tumpuan dan fokus diberikan untuk bagi memperkukuhkan sistem penyampaian sediada, berbanding merubahnya kepada suatu struktur yang tiada jaminan untuk berjalan dengan jayanya. Contoh pelaksanaan NHS di United Kingdom telah digunakan oleh GMPPK dalam menyokong hujah mereka ini;

g) Ketujuh, GMPPK tegas dengan pendirian menolak suatu sistem kesihatan yang berpaksikan konsep Keupayaan Untuk Membayar (KUM), iaitu suatu konsep dimana perkhidmatan kesihatan itu diterima dan diberikan berdasarkan kemampuan seseorang individu untuk membayarnya. Sebaliknya GMPPK percaya bahawa sistem kesihatan itu perlulah komprehensif dan mampu dimiliki oleh semua tanpa mengambilkira konsep ini. Ini bererti pakej manfaat kesihatan yang dicadangkan menerusi skim SPKK atau 1Care hendaklah

University of Malaya

bersifat menyeluruh melibatkan semua jenis opsyen rawatan yang telah sediada dan diberikan kepada pesakit dalam sistem penyampaian sediada; dan

h) Kelapan, pihak Gabungan mencadangkan kepada kerajaan untuk menubuhkan Jawatankuasa Pemerhati Pembiayaan Kesihatan Kebangsaan. Jawatankuasa ini bertanggungjawab untuk memastikan dana yang diperuntukkan untuk sektor kesihatan digunakan secara optima dan telus. GMPPK menyarankan agar jawatankuasa ini disediakan kemudahan kewangan yang mencukupi untuk mebolehkannya beroperasi dengan efektif. Model Suruhanjaya Hak Asasi Manusia (SUHAKAM) telah dicadangkan untuk digunapakai. Keahlian jawatankuasa yang dicadangkan adalah melibatkan sekurang-kurangnya 50 peratus ahli yang dipilih oleh orang ramai. Selain itu Parlimen hendaklah menyediakan masa dan ruang terhadap perdebatan bagi laporan tahunan yang disediakan oleh pihak jawatankuasa.

6.6 Respon Kerajaan

Kerajaan telah memberikan respon dan justifikasi terhadap isu-isu yang telah dikemukakan oleh Gabungan sebagaimana perbincangan di bahagian 6.4 sebelum ini. Kerajaan berpendapat bahawa pembaharuan terhadap sistem pembiayaan yang telah dicadangkan sejak tiga dekad yang lepas adalah merupakan suatu keperluan seandainya taraf kesihatan rakyat negara ini hendak dipertingkatkan. Perbincangan ini adalah sekaligus bagi menjawab objektif ketiga kajian ini.

Menyentuh isu bahawa struktur sumber pembiayaan baru akan membebankan rakyat sebagaimana dibangkitkan oleh Gabungan, kerajaan jelas menafikannya. Perkara ini telah dinyatakan menerusi surat dari Kementerian Kesihatan Malaysia kepada pihak Gabungan bertarikh 30 Mac 2005 dan 25 Mei 2005. Kerajaan menyatakan bahawa sumbangan wajib dibawah skim IKS hanya akan dikenakan kepada individu yang

University of Malaya

berkemampuan secara kadar komuniti. Manakala bagi anggota kerajaan, golongan miskin, warga tua, Orang Kurang Upaya (OKU) akan terus dibantu menerusi subsidi oleh kerajaan. Justeru menurut kerajaan lagi dakwaan bahawa cadangan pembaharuan sistem pembiayaan kesihatan membebankan kurang tepat. Ini adalah kerana semua rakyat tidak akan dikecualikan dari mendapat perkhidmatan kesihatan yang berkualiti walaupun mereka tidak berkemampuan (KKM, 2005).

Malah perkara ini turut diulas oleh Dr Nordin Saleh, Timbalan Pengarah, Unit Perancangan dan Dasar Kesihatan, Bahagian Perancangan dan Pembangunan, Kementerian Kesihatan semasa menjadi salah seorang ahli panel forum *The Future of Health Care in Malaysia* pada 27 November 2011 di Pulau Pinang. Menurut beliau segala perancangan terhadap pembaharuan sistem pembiayaan kesihatan bertujuan semata-mata untuk meningkatkan taraf kesihatan rakyat, sekaligus melindungi mereka dari risiko kewangan, khusus apabila berhadapan masalah kesihatan.

Berhubung dengan isu Pakej Manfaat Kesihatan yang dikatakan oleh pihak Gabungan adalah kabur dan tidak komprehensif, pihak Kerajaan telah mengemukakan penjelasan rasmi berhubung mengenainya. Penjelasan tersebut juga telah dilakukan menerusi surat bertarikh 30 Mac 2005 dan 25 Mei 2005. Kementerian menjelaskan bahawa pakej manfaat kesihatan ini adalah sama tanpa mengira kadar sumbangan atau caruman individu berkenaan. Akses khidmat kesihatan termasuk khidmat kepakaran bagi seseorang yang menerima subsidi penuh adalah sama bagi mereka yang membayar penuh caruman. Manakala bagi rakyat yang berkemampuan mereka diberi pilihan untuk membeli insurans kesihatan swasta bagi membiayai perkhidmatan tambahan tertentu (misalnya perkhidmatan bagi mendapatkan kelas wad yang lebih tinggi dan sebagainya) (KKM, 2005).

University of Malaya

Kerajaan menolak dakwaan Gabungan bahawa pihaknya mengamalkan sikap tidak bersikap terbuka dalam berunding dengana kumpulan masyarakat madani**.** Sebaliknya, kerajaan menyatakan bahawa pihaknya khusus menerusi Kementerian Kesihatan menyediakan memberi ruang kepada kumpulan-kumpulan masyarakat madani termasuk GMPPK untuk berbincang dan mengemukakan pandangan. Ini adalah sebagaimana dua pertemuan atau dialog yang telah diadakan di antara kedua-dua belah pihak, masing-masing pada tahun 2005 dan 2006. Manakala dalam keadaan tertentu, terutama melibatkan dokumen sulit, kerajaan menegaskan bahawa ianya tertakluk kepada Akta Rahsia Rasmi dan bukanlah hasrat kerajaan untuk merahsiakannya. Namun pihak Gabungan tidak dapat menerima baik penjelasan ini dan kecewa kerana misalnya usaha mereka untuk berdialog secara langsung dengan Menteri Kesihatan dan Perdana Menteri tidak diberikan perhatian.

Berhubung isu integrasi antara hospital awam dan hospital swasta yang dicadangkan, menurut kerajaan ianya adalah sesuatu yang perlu dilakukan. Maklumbalas kerajaan berhubung perkara ini telah disampaikan menerusi surat bertarikh 30 Mac 2005 kepada pihak Gabungan. Bagi kerajaan, integrasi di antara perkhidmatan kesihatan sektor awam dan swasta akan membolehkan kedua-dua sektor ini mencapai tahap kualiti dan efisiensi yang setanding. Ini sekaligus mampu meningkatkan aksesibiliti dan kesampaian (ekuiti) dikalangan rakyat (KKM, 2005).

Ini turut disokong oleh Dr Nordin semasa menjadi ahli panel dalam forum kesihatan. Beliau antara lain menyatakan bahawa bahawa sistem dua lapis yang ada sekarang tidak mendatangkan hasil pada tahap paling optimum. Dalam sistem sekarang pesakit perlu membayar kepada secara berasingan kepada hospital kerajaan dan hospital swasta. Dengan mengambil kira trend semasa dimana majikan cenderung menggunakan perkhidmatan *Health Maintenance Organisation* (HMO), ataupun individu

University of Malaya

menggunakan insurans kesihatan swasta, maka menurut beliau situasi yang tidak dikawalselia ini hanya merugikan rakyat. Sebaliknya integrasi yang dicadangkan diyakini mampu mengatasi masalah ini dengan memastikan kawalselia dan regulatori lebih baik demi kepentingan rakyat (Saleh, 2011).

Mengulas terhadap dakwaan Gabungan yang menyatakan kebimbangan terhadap aspek akauntabiliti dan urustadbir PBPKK, pihak Kementerian Kesihatan telah menyangkal dakwaan Gabungan ini. Kerajaan sebaliknya menolak dakwaan Gabungan bahawa PBPKK akan diswastakan. Sebaliknya ia akan dipastikan sebagai sebuah agensi kerajaan dan ini ditekankan sebagaimana dinyatakan menerusi surat bertarikh 25 Mei 2005 kepada Gabungan seperti berikut:-

> "……Tabung pembiayaan kesihatan akan dikendalikan oleh *National Healthcare Financing Authority* (NHFA) yang diletakkan di bawah pengurusan KKM, berfungsi sebagai organisasi "*not-for-profit*" dan tidak diswastakan. NHFA ini akan menjalankan tugas bukan semata-mata hanya untuk membuat kutipan caruman dan bayaran kepada para pembekal khidmat kesihatan tetapi juga melibatkan aspek-aspek perancangan, penyelidikan, penilaian dan pemantaun bagi memastikan mekanisme pembayaran pembiayaan kesihatan kebangsaan ini tidak disalahgunakan. KKM akan menubuhkan "*National Health Advisory Council*" dengan ahli yang dianggotai dari pelbaai pihak (dari sektor awam dan swasta) bagi memberi pandangan dan maklumbalas kepada KKM mengenai aspek kesihatan termasuklah mekanisme pembiayaan kesihatan*…" (*KKM, 2005: 6)

Sebagai respon terhadap kritikan oleh Gabungan berhubung dengan sistem pengawal pintu, pihak Kementerian Kesihatan menerusi pegawainya iaitu Dr Nordin Saleh telah menafikan dakwaan Gabungan. Beliau menjelaskan bahawa sistem pengawal pintu yang diperkenalkan adalah bertujuan untuk memastikan tiada salah guna dikalangan doktor pakar. Beliau dipetik sebagai berkata seperti berikut:-

> "*… there will be a gate-keeper to see that there is no abuse of the talent of specialists. Specialists should only do work based on referrals instead of handling all kinds of cases which may not require specialist skills. Everyone in community must be registered with a particular doctor, like in Thailand*….." (Saleh, 2011)

University of Malaya

Manakala berhubung mekanisme pembayaran, Kementerian Kesihatan juga telah memberikan respon menerusi surat kepada Gabungan. Surat bertarikh 25 Mei 2005 itu antara lain mempertahankan cadangan untuk menghapuskan sistem fi-untuk-perkhidmatan dan sebaliknya memperkenalkan sistem fi-sebelum-perkhidmatan. Hujah yang dikemukakan kerajaan adalah sistem fi-untuk-perkhidmatan akan menyebabkan pengamal perubatan cenderung memberi khidmat kesihatan yang berlebih-lebihan sekaligus menyebabkan berlaku peningkatan kos kesihatan. Ianya juga boleh menyebabkan berlakunya rawatan yang tidak perlu dan dilakukan atau dicadangkan kepada pesakit semata-mata atas pertimbangan kewangan.

Sebaliknya kerajaan mencadangkan pembayaran kepada khidmat kesihatan dilakukan menerusi peruntukan bajet global yang berasaskan *casemix* kepada hospital dan bilangan populasi setempat atau c*apitation* bagi mendapatkan perkhidmatan di klinik. Sistem seumpama ini menurut kerajaan lebih baik dari suatu sistem sediada yang semata-mata berasaskan hanya kepada prosedur dan pembedahan yang dibekalkan oleh doktor.

Dalam respon terhadap isu ini, Dr Nordin Saleh dari Kementerian Kesihatan menjelaskan bahawa sistem pembayaran tunggal yang akan diperkenalkan turut memberi kelebihan kepada pesakit khususnya dari aspek pilihan yang lebih luas, samada di hospital awam atau swasta. Ianya juga turut berkait dengan cadangan integrasi antara keduanya. Dr Nordin memaklumkan bahawa berdasarkan mekanisme pembayaran dibawah sistem pembiayaan baru yang dicadangkan, pesakit yang mendapatkan rawatan dihospital tidak perlu membara secara individu. Sebaliknya pembayaran terhadap bayaran berkaitan sebagaimana ditetapkan oleh pakej akan diuruskan oleh PBPKK (Saleh, 2011).

University of Malaya

Berhubung dengan kritikan Gabungan bahawa pembaharuan dalam sistem pembiayaan kesihatan yang dicadangkan didapati terlampau menumpukan aspek insentif dalam bentuk ekonomi atau kewangan yang berlebihan yang boleh menjejaskan pertimbangan klinikal dinafikan kerajaan. Bagi pihak kerajaan, insentif yang dicadangkan adalah bersesuaian dengan tahap beban dan kompleksiti tugas pegawai peruabatan. Ini ditambah pula dengan beban tugas yang terpaksa ditanggung merawat pesakit yang jauh lebih rumit penyakitnya berbanding rakan sejawat mereka di hospital swasta yang jauh menerima bayaran yang lebih tinggi. Sungguhpun terdapat insentif ekonomi namun kerajaan menjamin ianya sesekali tidak akan dikompromi dengan kualiti rawatan kepada pesakit.

6.7 Rumusan Hasil Kajian dan Objektif Kajian

Rumusan hasil kajian dan objektif kajian melibatkan aktiviti bantahan Gabungan terhadap cadangan pembaharuan sistem pembiayaan adalah seperti Jadual 6.6.

Jadual 6.6: Rumusan Hasil Kajian dan Objektif Kajian

Objektif	Hasil Kajian
Objektif Kajian 1 Menganalisis aktiviti-aktiviti bantahan GMPPK terhadap isu berkaitan pembaharuan sektor kesihatan di Malaysia	-struktur baru pembiayaan kesihatan yang dicadangkan dikhuatiri membebankan rakyat -isu pakej manfaat kesihatan -ketelusan dan keterbukaan kerajaan dengan kumpulan masyarakat madani -isu integrasi hospital awam dan swasta -akauntabiliti dan urustadbir PBPKK -mekanisme pembayaran -isu Pengawal Pintu -kritikan terhadap insentif ekonomi berlebihan
Objektif Kajian 2 Mengetengahkan strategi-strategi penentangan yang dimanfaatkan oleh GMPPK dalam memperjuangkan isu pembaharuan sektor kesihatan di Malaysia	-didominasi dengan pendekatan kaunter-hegemoni antaranya pembentangan kertas kerja di forum serta seminar, menghantar memorandum, melakukan lobi terhadap Ahli Parlimen, mengemukakan resolusi, menghantar petisyen -pendekatan modal sosial juga digunakan seperti dialog dan mesyuarat dengan pihak kerajaan dan menghantar surat -pendekatan berteraskan komuniti seperti jelajah awam juga digunapakai

University of Malaya

‘Jadual 6.6, sambungan’

Objektif Kajian 3 Meneliti apa respon kerajaan terhadap isu dalam pembaharuan sektor kesihatan yang diketengahkan oleh GMPPK	-mekanisme pembayaran tidak membebankan rakyat -pakej manfaat kesihatan adalah sama tanpa mengira kadar sumbangan dan caruman individu -menolak dakwaan GMPPK kerajaan tidak bersifat terbuka dengan mengatakan sesi libaturus dan dialog diadakan -integrasi antara hospital awam dan swasta penting kerah mengoptimakan kualiti dan kecekapan sumber -isu melibatkan PBPKK ditegaskan bahawa ia akan kekal sebagai entiti kerajaan dan tidak diswastakan -isu Pengawal Pintu dicadangkan dengan tujuan untuk memastikan tiada salahguna terhadap perkhidmatan kepakaran -mekanisme pembayaran dicadang untuk diubah bagi mengelakkan penyelewangan dan meringankan beban pesakit -ianya tidak terlalu menekankan aspek insentif ekonomi secara berlebihan sebaliknya bersesuaian dengan tugas dan beban doktor di hospital kerajaan -pun demikian sehingga kini suatu sistem pembiayaan kesihatan sebagaimana dicadangkan masih belum terlaksana secara menyeluruh
Objektif Kajian 4 Menghuraikan mengapa kerajaan memberikan respon yang sedemikian rupa terhadap isu-isu yang diperjuangkan oleh GMPPK	-peningkatan perbelanjaan dalam sektor kesihatan; perubahan kehendak masyarakat dan gaya hidup; peningkatan beban tugas kakitangan perubatan awam; penggunaan teknologi terkini; memperbaiki aspek aksesibiliti dan ekuiti; mewujudkan integrasi antara hospital awam dan swasta; mengadakan sistem kawalan yang lebih cekap dan memperkukuhkan solidariti sosial

Sumber: Hasil penyelidikan, 2018

6.8 Kesimpulan

Pembaharuan terhadap sistem pembiayaan yang dicadangkan didapati antara komponen yang paling mendapat perhatian pihak Gabungan. Aktiviti bantahan secara kaunter-hegemoni telah dilakukan menerusi pelbagai strategi menggunakan pendekatan kaunter-hegemoni seperti menganjurkan persidangan dan forum, mengemukakan memorandum, petisyen, pembentangan kertas kerja dan sebagainya. Pun begitu, Gabungan turut menggunakan kaedah modal sosial dengan berdialog bersama kerajaan. Pendekatan berteraskan komuniti turut berlaku umpamanya menerusi jelajah awam. Gabungan, sebagaimana telah diperincikan menerusi analisis diatas telah mengemukakan hujah serta rasional mereka dalam mengemukakan bantahan ini. Secara kesimpulannya dapat dinyatakan bahawa terdapat hujah-hujah yang dikemukakan oleh Gabungan didapati ada kebenarannya, khususnya melibatkan kumpulan rakyat yang miskin dan berpendapatan sederhana. Berdasarkan masalah-masalah yang dibincangkan

University of Malaya

serta diketengahkan oleh pihak Gabungan ini dipercaya antara faktor yang telah menyumbang kepada kemungkinan suatu pembaharuan dalam sistem pembiayaan kesihatan yang benar-benar menyeluruh dan komprehensif sebagaimana dicadangkan belum lagi dapat dilaksanakan oleh kerajaan.

University of Malaya

BAB 7: AKTIVITI BANTAHAN GMPPK TERHADAP PELAKSANAAN PROGRAM PERKHIDMATAN PESAKIT BAYAR PENUH (PPBP) DI HOSPITAL KERAJAAN

7.1 Pengenalan

Bab-bab sebelum ini iaitu Bab 5 dan Bab 6 (bab yang merupakan komponen analisis tesis ini) telah menghuraikan bagaimana pihak Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK) memberikan respon kepada beberapa isu penting yang berkaitan dengan akses, ekuiti, urustadbir dan kemampuan membayar perkhidmatan kesihatan di negara ini. Dua isu besar yang telah dihuraikan dalam bab-bab berkenaan adalah mengenai komersialisasi dan penswastaan kesihatan serta cadangan kerajaan untuk melaksanakan pembaharuan terhadap sistem pembiayaan kesihatan di Malaysia.

Selain dari dua isu diatas, terdapat juga isu yang berkaitan dengan penghijrahan pakar perubatan di hospital kerajaan yang memilih untuk meninggalkan perkhidmatan awam dengan tujuan untuk meneruskan khidmat dengan hospital swasta. Penghijrahan ini umumnya dikaitkan dengan beberapa faktor seperti isu gaji, persekitaran kerja, peluang kenaikan pangkat dan latihan yang terhad dalam sektor awam. Senario diatas meresahkan kerajaan kerana dikhuatiri ianya bakal menjejaskan mutu perkhidmatan kesihatan, khususnya melibatkan aspek rawatan kepakaran.

Sekaligus faktor-faktor diatas juga menyebabkan beban tugas para doktor sediada yang baru dan kurang berpengalaman semakin bertambah. Dalam masa yang sama, kerajaan juga berhadapan dengan peningkatan jumlah pesakit yang mempunyai kemampuan kewangan dan memerlukan rawatan pakar khususnya di hospital kerajaan. Senario ini sekaligus mendorong beberapa inisiatif diambil oleh kerajaan bagi memenuhi ekpektasi para pelanggan yang semakin meningkat.

University of Malaya

Mengambilkira beberapa permasalahan yang dihadapi dalam sistem perubatan awam khususnya melibatkan isu modal manusia sebagaimana dinyatakan diatas, beberapa inisiatif telah dirangka dan dilancarkan oleh kerajaan. Antara usaha yang telah diambil kerajaan adalah dengan melaksanakan program Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh (PPBP) di beberapa buah hospital kerajaan. Pada peringkat awal pelaksanaannya, perkhidmatan ini lebih dikenali sebagai Skim Pesakit Bayar Penuh (SPBP) atau (*Full Paying Patient Scheme - FPPS*).

Pelaksanaan perkhidmatan ini diharapkan bukan sahaja akan dapat menangani pelbagai isu seperti ketidakpuasan hati dan penghijrahan dikalangan doktor pakar ke hospital swasta, malahan beberapa implikasi positif dari pelaksanaannya juga diharap turut berlaku. Antaranya, perkhidmatan ini diharap dapat memberi peluang kepada doktor pakar meningkatkan pendapatannya dengan tidak perlu meninggalkan profesionnya, sekaligus membantu mengoptimakan perkhidmatan kepakaran serta meningkatkan hasil kerajaan.

Perbincangan menerusi bab ini akan menyentuh tentang beberapa perkara iaitu apa itu PPBP, latar belakang pelaksanaan serta rasional kerajaan untuk melaksanakannya. Kemudian perbincangan diteruskan dengan tujuan untuk menjawab soalan kajian. Ianya adalah meliputi persoalan mengenai faktor dan aktiviti bantahan dikemukakan Gabungan, dan diikuti dengan strategi yang diketengahkan dalam mengetengahkan bantahan. Bab ini juga turut menyentuh respon dan tindakbalas kerajaan serta cadangan Gabungan kepada kerajaan berkait dengan PPBP.

7.2 Apa itu PPBP

Secara umumnya, PPBP diperkenalkan bagi memberi peluang kepada pesakit yang berkemampuan untuk mendapatkan rawatan kelas eksekutif atau kelas satu atau pun yang setaraf dari pegawai perubatan pakar pilihan mereka di hospital kerajaan (KKM,

University of Malaya

2015). Ciri-ciri utama PPBP selain daripada pesakit boleh memilih Pegawai Perubatan Pakar untuk merawatnya dan kemudahan wad seperti diatas, adalah juga turut melibatkan kelebihan diberikan kemudahan giliran untuk mendapat rawatan. Walaubagaimanapun, semua kemudahan yang diberi adalah bergantung kepada sumber, bidang kepakaran dan fasiliti sediada yang berbeza-beza di antara sebuah hospital dengan hospital yang lain.

Terma rujukan dan panduan utama terhadap pelaksanaan perkhidmatan ini adalah sebagaimana termaktub dalam Perintah Fi (Perubatan) (Pesakit Bayar Penuh) 2007 (KKM, 2007). Mengambilkira rancangan perluasan program ini melibatkan tambahan 8 buah lagi hospital pada tahun 2017, Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) telah mengemaskini Garis Panduan Pelaksanaan Perintah Fi (Perubatan) (Pesakit Bayar Penuh) 2007 (Semakan 2015) (KKM, 2015). Garispanduan ini telah dikemaskini dan dipinda serta diterbitkan oleh Unit Perkhidmatan Pengurusan Hospital, Bahagian Perkembangan Perubatan, Kementerian Kesihatan Malaysia pada bulan April 2015. Terdahulu pemakluman mengenai kuatkuasa Surat Pekeliling Ketua Pengarah Kesihatan Bil 2/2015 Garispanduan Pelaksanaan Perintah Fi (Perubatan) (Pesakit Bayar Penuh) 2007 (Semakan 2015) di hospital kerajaan yang terlibat telah dikeluarkan pada 19 Mac 2015 (KKM, 2015). Justeru, sebahagian besar perbincangan mengenai apakah itu PPBP akan banyak merujuk kepada dokumen-dokumen ini.

Dalam perbincangan bahagian ini, aspek-aspek utama berhubung pelaksanaan PPBP seperti berikut akan disentuh. Antaranya melibatkan skop pesakit, pengoperasian waktu perkhidmatan, skop perkhidmatan, urustadbir dan kelayakan pegawai perubatan pakar untuk menyertai PPBP. Selain itu, aspek seperti kaedah penyertaan atau akses pesakit menyertai PPBP, prosedur berkaitan caj, peratusan pembahagian hasil antara pegawai

University of Malaya

perubatan pakar dan kerajaan, pemantauan dan kawalan dalaman juga turut diperincikan.

Berdasarkan perkara 2.2 garispanduan, PPBP adalah merupakan perkhidmatan yang ditawarkan secara pilihan serta terbuka kepada mana-mana pesakit yang bersedia untuk dikenakan bayaran penuh tanpa subsidi kerajaan. Seterusnya, perkara 4.1 dan 4.2 memperincikan mengenai skop pesakit yang layak menerima perkhidmatan PPBP iaitu meliputi rawatan bagi Pesakit Dalam, Pesakit Luar dan Pesakit Jagaan Harian. Juga dinyatakan dalam perkara yang sama, dari segi rawatan dan kemudahan perkhidmatan Pesakit Dalam bagi PPBP akan disediakan di wad eksekutif atau kelas satu yang mempunyai bilik 1 katil, bilik 2 katil dan bilik 4 katil. Manakala bagi perkhidmatan Pesakit Luar dan Pesakit Jagaan Harian pula disediakan diklinik yang ditetapkan oleh pihak hospital berkenaan.

Bagi tujuan kawalan serta menjaga kepentingan pesakit awam yang lain yang tidak terlibat dalam PPBP, pihak KKM telah menetapkan secara spesifik waktu perkhidmatan ini dijalankan. Maklumat lanjut dibawah adalah sebagaimana dijelaskan menerusi perkara 4.3 garispanduan. Waktu pengoperasian perkhidmatan adalah sebagaimana dinyatakan oleh (Jadual 7.1) dibawah, iaitu:-

Jadual 7.1 Waktu pengoperasian perkhidmatan PPBP

Perkhidmatan	Hari Bekerja	Hari Sabtu/Cuti Umum
Perkhidmatan Pesakit Luar	Setelah selesai merawat pesakit awam	Sekiranya perlu, mulai jam 9.00 pagi sehingga 12.00 tengahari
Perkhidmatan Pesakit Jagaan Harian	Setelah selesai merawat pesakit awam dan perkhidmatan berakhir sebelum jam 7.00 petang	Sekiranya perlu, mulai jam 9.00 pagi sehingga 12.00 tengahari
Perkhidmatan Pesakit Dalam	Perundingan dilakukan setelah selesai merawat pesakit awam dan bagi tatacara pembedahan dan perubatan yang memerlukan kemudahan bilik bedah hanya boleh dilakukan selepas waktu pejabat kecuali bagi kes-kes kecemasan dan kes-kes tertentu selepas dipertimbangkan dan mendapat kebenaran dari Pengarah Hospital	

Sumber: Kementerian Kesihatan Malaysia, 2015

University of Malaya

Sebagaimana ditetapkan oleh perkara 3.5 garispanduan berkenaan, pesakit yang menerima rawatan dibawah PPBP layak menerima skop perkhidmatan meliputi perkhidmatan perundingan, perkhidmatan penyiasatan, perkhidmatan tatacara (prosedur dan pembedahan), perkhidmatan rawatan, perkhidmatan hospitaliti dan lain-lain perkhidmatan selain yang dinyatakan ini sebagaimana terdapat dalam Jadual Ketujuh (Perintah 10), Fi Pelbagai, Perintah Fi (Perubatan) (Pesakit Bayar Penuh) 2007. Manakala kadar-kadar fi bagi perkhidmatan ini merujuk kepada Jadual Kedua hingga Jadual Kesepuluh, Perintah Fi (Perubatan) (Pesakit Bayar Penuh) 2007 (Semakan 2015).

Semua hospital yang memberikan perkhidmatan PPBP dikehendaki untuk menubuhkan Jawatankuasa Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh. Ketetapan berhubung aspek urustadbir ini diterangkan menerusi perkara 5.1 hingga 5.3. Jawatankuasa PPBP diperingkat hospital akan dipengerusikan sendiri oleh Pengarah Hospital atau mana-mana Pegawai Perubatan Pakar yang dilantik bagi pihak beliau. Keahlian Jawatankuasa ini hendaklah dianggotai sekurang-kurangnya oleh 3 orang Pegawai Perubatan Pakar lain, termasuklah Pegawai Perubatan Pakar yang menyertai PPBP. Tempoh lantikan Pengerusi PPBP serta ahli jawatankuasa adalah selama 3 tahun dengan terma rujukan jawatankuasa berkenaan telah digariskan menerusi garispanduan tersebut.

Perkara 6.1 hingga 6.5 pula memperincikan tentang kelayakan pegawai perubatan pakar untuk menyertai PPBP. Tidak semua doktor di hospital yang mempunyai perkhidmatan ini layak untuk menyertai PPBP. Penyertaan diproses menerusi permohonan yang dikemukakan kepada Jawatankuasa PPBP dan hanya Pegawai Perubatan Pakar sahaja yang layak memohon. Berdasarkan garispanduan, empat syarat telah ditetapkan bagi menentukan kelayakan permohonan daripada pegawai perubatan pakar. Pertama, ianya terbuka hanya kepada warganegara Malaysia sahaja. Kedua, dari segi tempoh perkhidmatan, seseorang pegawai yang memohon hendaklah telah

University of Malaya

berkhidmat sekurang-kurangnya selama 3 tahun setelah diwartakan sebagai Pegawai Perubatan Pakar. Ketiga pula menetapkan pegawai hendaklah mempunyai status perkhidmatan samada tetap atau kontrak dan keempat memerlukan Pegawai Perubatan Pakar mempunyai bidang subkepakaran tertentu, setelah diwartakan.

Meskipun beberapa syarat telah ditetapkan, namun, dalam beberapa keadaan, pertimbangan khas dan istimewa boleh diberikan kepada Pegawai Perubatan Pakar Pelawat ke hospital PPBP dan Pegawai Perubatan Pakar yang berkhidmat di lain-lain hospital KKM yang berhampiran untuk menyertai PPBP. Walau bagaimanapun, kelonggaran ini tertakluk kepada beberapa syarat, antaranya adalah apabila terdapat kekurangan Pegawai Perubatan Pakar dalam disiplin tertentu dan perkhidmatan berkenaan tidak disediakan di hospital PPBP.

Dua kaedah, sebagaimana dinyatakan dalam perkara 8 garispanduan telah ditentukan dalam menentukan akses kepada mana-mana pesakit untuk menerima perkhidmatan dibawah PPBP. Pertama adalah rujukan dari mana-mana pengamal perubatan berdaftar (samada kerajaan atau swasta) dan kedua pula samada pesakit hadir sendiri tanpa rujukan dari mana-mana pengamal perubatan.

Memandangkan PPBP merupakan perkhidmatan yang mengenakan caj penuh tanpa subsidi kerajaan, justeru aspek kemampuan untuk membayar didapati amat dititikberatkan. Ini adalah sebagaimana ketetapan dalam Perkara 9.1 (Perkhidmatan Pesakit Luar Klinik Pakar), Perkara 9.2 (Perkhidmatan Pesakit Dalam) dan Perkara 9.3 (Perkhidmatan Pesakit Jagaan Harian), Garispanduan Pelaksanaan Perintah Fi (Perubatan) (Pesakit Bayar Penuh) 2007 (Semakan 2015). Prosedur terperinci bagi pesakit untuk mendapatkan perkhidmatan PPBP telah dihuraikan secara terperinci, melibatkan aspek sistem rujukan, temujanji dan persetujuan menyertai PPBP, pendaftaran dan sebagainya.

University of Malaya

Selain itu, perincian terhadap aspek melibatkan caj, umpamanya keperluan menyediakan Surat Jaminan yang masih sah dan tidak luput serta berdaftar dengan KKM bagi pesakit dari syarikat swasta, serta persetujuan syarikat atau majikan pesakit untuk menjelaskan bayaran yang akan dikenakan turut disentuh. Bagi penjawat awam yang memilih PPBP hendaklah membayar sendiri semua caj yang dikenakan. Salah satu daripada mekanisme pembiayaan kos perubatan dibawah PPBP adalah melalui insurans perubatan, dimana pesakit boleh samada membayar sendiri perkhidmatan rawatan dan kemudian membuat tuntutan dari syarikat insurans atau caj berkenaan dikenakan terus oleh pihak hospital kepada syarikat insurans.

Dalam hal ini, syarikat insurans yang diterima oleh pihak hospital juga telah ditetapkan, misalnya di Hospital Selayang antara syarikat insurans tersenarai adalah seperti AIA Malaysia, PM Care dan ING Malaysia serta syarikat lain yang terlebih dahulu berdaftar dibawah KKM. Berdasarkan jenama syarikat insurans ini jelas mencerminkan ianya adalah syarikat yang terkemuka dan mempunyai rekod perlindungan yang baik kepada pelanggan. Ini dilaksanakan bagi menjamin kerajaan tidak menanggung kerugian serta mampu memastikan pesakit membayar balik perkhidmatan diterima sepenuhnya.

Sebagai salah satu daripada jaminan untuk melindungi kepentingan kerajaan, khususnya bagi perkhidmatan pesakit dalam dan perkhidmatan pesakit jagaan harian, pesakit dikehendaki menjelaskan deposit terlebih dahulu sebelum menandatangani Borang Persetujuan. Deposit ini turut dikenakan bukan sahaja kepada pesakit tanpa Surat Jaminan, tetapi termasuklah pesakit yang dilindungi insurans perubatan atau pun pesakit yang memilih untuk menjelaskan sendiri perkhidmatan rawatan. Kadar deposit untuk perkhidmatan pesakit dalam misalnya adalah sebanyak 100 peratus daripada anggaran keseluruhan caj rawatan dan bagi pesakit dalam, kadar deposit akan disemak

University of Malaya

setiap hari untuk memastikan bakinya tidak kurang daripada RM1,000.00. Sekiranya baki deposit kurang dari RM1,000.00, peringatan untuk menambahkan deposit akan dikeluarkan kepada pesakit atau waris dan tambahan hendaklah dilakukan dalam masa 24 jam dari tarikh Surat Peringatan dikeluarkan.

Salah satu matlamat pelaksanaan PPBP adalah bagi memberi peluang khususnya kepada Pegawai Perubatan Pakar untuk memperolehi pendapatan tambahan. Selaras dengan ini, surat Kementerian Kewangan, rujukan KK/BP 09/795/4(Sk.2/2006) (26) bertarikh 24 September 2007 telah menetapkan agihan pembayaran diantara Pegawai Perubatan Pakar yang terlibat dengan Kerajaan Persekutuan, bagi segala hasil yang diterima menerusi perkhidmatan ini. Agihan pembayaran berkenaan, sebagaimana diterangkan menerusi perkara 21.2 hingga 21.3 garispanduan telah memperincikan kadar agihan tersebut. Maklumat lanjut adalah seperti (Jadual 7.2).

Jadual 7.2: Kadar (%) Pembahagian antara Pegawai Perubatan Pakar dan Kerajaan

Bil	**Jenis Fi**	**Kadar (%) Pembahagian**	
		Pegawai Perubatan Pakar	**Hasil Kerajaan**
1.	Fi Pendaftaran	-	100
2.	Fi Perundingan	100	-
3.	Fi Hospitaliti	-	100
4.	Fi Penyiasatan*	50	50
5.	Fi Tatacara	100	-
6.	Fi Rawatan	50	50
7.	Fi Pelbagai -Pakej Pemeriksaan Perubatan dan Pakej Perubatan Lain	60	40
	-Laporan Perubatan	100	-
	-Bahan Guna Pakai dan Pakai Buang	-	100

Sumber: Kementerian Kesihatan Malaysia, 2015

**Hanya melibatkan penyiasatan keatas sampel ujian sel-sel badan yang diambil melalui prosedur khusus samada prosedur pembedahan atau prosedur perubatan yang invasif. Ini tidak termasuk bilamana sampel badan yang hendak diuji: diambil secara "phlebotomy", diperolehi semasa prosedur/pembedahan utama, dihasilkan sendiri oleh pesakit melalui proses fisiologi tubuh semulajadi seperti batuk, kencing, buang air besar, muntah dan lain-lain yang seumpamanya*

University of Malaya

Bagi memelihara kepentingan pesakit awam lain yang tidak terlibat dalam PPBP, Kementerian Kesihatan Malaysia menerusi garispanduan berkenaan, iaitu secara spesifiknya Perkara 22 (Pemantauan), dalam perkara 22.2.1 hingga 22.1.7 telah menetapkan beberapa perkara penting berhubung aspek ini (KKM, 2015). Antaranya adalah seperti berikut:-

a) Pegawai Perubatan Siswazah, pelajar perubatan dan pelatih-pelatih sama sekali tidak dibenarkan merawat, melakukan sebarang prosedur dan yang seumpamanya keatas pesakit PPBP;
b) Pegawai Perubatan Pakar hanya dibenarkan merawat pesakit luar PPBP tidak melebihi 30 peratus dari jumlah keseluruhan kedatangan pesakit luar bagi setiap sesi klinik rasmi, sebagaimana dinyatakan dalam Perkara 7.3 garispanduan yang sama melibatkan komitmen Pegawai Perubatan Pakar PPBP terhadap perkhidmatan ini tidak boleh menjejaskan perkhidmatannya kepada pesakit awam yang lain;
c) Fi perundingan yang dikenakan caj tidak boleh melebihi dua rawatan untuk hari yang sama, melainkan dalam perihal lawatan tambahan tersebut adalah atas permintaan pesakit atau apabila keadaan pesakit memerlukannya. Ini termasuklah rondaan dan jagaan selepas pembedahan;
d) Pegawai Perubatan Pakar tidak boleh menerima jumlah keseluruhan bayaran PPBP dalam sebulan, melebihi had maksimum 3 bulan gaji dan elaun tetap bulanan yang diterimanya;
e) Pegawai Perubatan Pakar mesti mengenakan caj ke atas semua Barang Guna Habis yang diguna/pakai oleh pesakit. Ini adalah bagi memastikan pesakit membayar keseluruhan perkhidmatan yang mereka terima selaras dengan maksud Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh;

University of Malaya

f) Pegawai Perubatan Pakar mesti mengenakan caj keatas semua perkhidmatan yang disampaikan iaitu perundingan, penyiasatan, tatacara, rawatan, ubat-ubatan dan barang guna habis, semasa pesakit masih lagi berada dalam hospital, dan bukannya setelah pesakit discaj; dan

g) Semua pesakit PPBP yang membayar sendiri perkhidmatan dan tidak melalui mana-mana syarikat insurans kesihatan, mesti menjelaskan semua bil sebelum discaj bagi mengelakkan tunggakan kutipan hasil.

Penekanan khusus diberikan oleh pihak kementerian terhadap aspek-aspek di (a), (b), (d) dan (g). Sebarang pelanggaran terhadap peraturan diatas oleh mana-mana Pegawai Perubatan Pakar, akan menyebabkan pemotongan bayaran dari kadar pembahagian bayaran PPBP kepada pegawai, dan potongan bayaran akan dimasukkan kedalam hasil kerajaan. Manakala dari aspek kawalan, bagi mana-mana Pegawai Perubatan Pakar yang didapati melanggar mana-mana arahan Perintah Fi (Perubatan) (Pesakit Bayar Penuh) 2007 (KKM, 2007) dan Garis Panduan Pelaksanaan Perintah Fi (Perubatan) (Pesakit Bayar Penuh) 2015 (KKM, 2015). Manakala bagi Jawatankuasa PPBP peringkat Hospital, antara tindakan yang dibenarkan untuk diambil adalah seperti berikut:-

a) Diberikan nasihat atau teguran secara lisan;

b) Diberi nasihat atau teguran secara Pentadbiran dalam bentuk Surat Peringatan atau Surat Amaran atau seumpamanya; dan

c) Diberhentikan penyertaan atau penglibatan Pegawai Perubatan Pakar berkenaan dalam menyertai PPBP.

University of Malaya

7.3 Latar Belakang Pelaksanaan PPBP

Latar belakang pelaksanaan skim ini bolehlah dikatakan bermula dengan idea yang digambarkan oleh Menteri Kewangan, Dr Mahathir Mohamad sewaktu berucap di Parlimen pada 12 September 2003 semasa membentangkan Bajet 2004. Keupayaan kerajaan yang terhad untuk membayar gaji yang tinggi kepada pakar perubatan telah mendorong kerajaan untuk bersetuju dengan konsep sayap komersial swasta ditubuhkan dihospital kerajaan. Ini sebagaimana ditegaskan oleh Menteri Kewangan adalah bagi membolehkan doktor yang sedang berkhidmat mendapat imbuhan yang setimpal dan dengan ini dapat mengekalkan mereka untuk terus berkhidmat di hospital kerajaan. Dengan langkah ini, kerajaan juga berharap dapat menarik pakar perubatan berkhidmat kembali di hospital kerajaan (Kementerian Kewangan Malaysia, 2003).

Idea ini terus disusul oleh Menteri Kesihatan, Dr Chua Soi Lek apabila beliau mengumumkan projek rintis bagi skim seumpama ini akan dilaksanakan pada awal tahun 2005. Dr Chua yang bercakap kepada media selepas menyaksikan majlis menandatangani perjanjian antara Country Heights Health Tourism Sdn Bhd dan Ken-Air Leisure Sdn Bhd menambah bahawa ianya mungkin dilaksanakan di beberapa buah hospital terpilih. Misalnya, sebuah di wilayah utara, dua di wilayah tengah, satu di selatan dan setiap satu di Sabah dan Sarawak (Edwards, 2004).

Perkara in kemudian ditegaskan sekali lagi oleh Ketua Pengarah Kesihata, Dr Ismail Merican semasa beliau bercakap kepada wartawan selepas merasmikan workshop *Empowerment of medical profession in the new Millineum* di Hotel JW Marriot, Kuala Lumpur pada 7 Januari 2006. Dua buah hospital iaitu Hospital Putrajaya dan Hosptal Selayang telah dicadangkan sebagai Hospital Perintis ("*Specialist to go*", 2006). Cadangan ini didapati cuba untuk menggunakan pendekatan yang telah dilaksanakan

University of Malaya

lebih awal di dua buah Hospital Pengajar, iaitu Pusat Perubatan Universiti Malaya (PPUM) dan Hospital Universiti Kebangsaan Malaysia (HUKM).

Rentetan dari itu, Dr Kuljit Singh, Pengerusi *Section for Houseman, Medical Officers and Specialist* (SCHOMOS), iaitu seksyen khusus mewakili doktor kerajaan didalam MMA, semasa mesyuarat agung tahunan persatuan pada tahun 2005 di Melaka telah memaklumkan beberapa perkara. Antaranya adalah berhubung dengan maklumat yang pihak Kementerian Kesihatan telah selesai menjalankan kajian terhadap cadangan mewujudkan sayap swasta di hospital kerajaan, sebagaimana diumumkan Menteri pada tahun 2004. Walau bagaimanapun setelah mengambilkira beberapa faktor, antaranya melibatkan kos pelaksanaan yang tinggi, cadangan ini telah tidak diteruskan (MMA, 2005). Sebaliknya, konsep pesakit bayar penuh sebagaimana yang ada sekarang telah diterimapakai untuk dilaksanakan oleh pihak kementerian.

Lanjutan dari itu, dua buah hospital, setelah mengambilkira fasiliti dan kemudahan yang ada, iaitu Hospital Selayang dan Hospital Putrajaya telah dipilih sebagai Hospital Rintis untuk perkhidmatan ini sejak bulan Ogos, 2007 ("Hospital Putrajaya, Selayang", 2007). Kerajaan juga dalam kenyataan berkenaan telah bercadang untuk memperluaskan perkhidmatan ini ke hospital-hospital lain setelah mengambilkira dapatan terhadap kajian keberkesanan perkhidmatan ini didua buah hospital rintis berkenaan dijalankan.

Namun cadangan berkenaan tidak dilaporkan dengan meluas dan berbangkit hanya apabila Menteri Kesihatan ketika iaitu Dato' Sri Liow Tiong Lai menjawab pertanyaan lisan Ahli Parlimen Sungai Siput, yang juga merupakan Setiausaha GMPPK, Dr Michael Jeyakumar Devaraj di Parlimen pada 3 Disember 2009 (Hansard Parlimen, 2009). Empat buah hospital yang telah dicadangkan oleh Menteri pada masa itu untuk melaksanakan PPBP adalah Hospital Sultanah Bahiyah, Alor Setar, Hospital Sungai Buloh, Hospital Serdang di Selangor dan Hospital Sultan Ismail, Johor. Walau

University of Malaya

bagaimanapun rancangan ini mendapat bantahan kuat khususnya dari pihak Gabungan (perincian tentang aktiviti bantahan akan dimasukkan dalam bahagian 7.5.2).

Walau pun terdapat beberapa siri bantahan, namun Kementerian Kesihatan telah memutuskan untuk memperluaskan perkhidmatan ini di 8 buah hospital yang telah dikenalpasti dengan kuatkuasa pelaksanaan adalah pada 1 Januari 2017. Perincian langkah kerajaan ini tergambar dalam Surat Pekeliling Ketua Pengarah Kesihatan Bil 2/2015 bertarikh 19 Mac 2015 (KKM, 2015) serta surat edaran Bahagian Perkembangan Perubatan bertarikh 7 Oktober 2016 (KKM, 2016). Berdasarkan notis tersebut, hospital yang terlibat dalam perluasan kali ini adalah seperti berikut:-

a) Hospital Kuala Lumpur;
b) Hospital Tengku Ampuan Rahimah, Klang;
c) Hospital Tuanku Ja'afar, Seremban;
d) Hospital Raja Permaisuri Bainun, Ipoh;
e) Hospital Tengku Ampuan Afzan, Kuantan;
f) Hospital Sultan Hj Ahmad Shah, Temerloh;
g) Hospital Sultanah Nur Zahirah, Terengganu; dan
h) Hospital Raja Perempuan Zainab 11, Kota Baharu.

Sebagaimana ditegaskan menerusi surat edaran tersebut, setelah mengambilkira pencapaian yang menggalakkan dari segi penyertaan pesakit, penglibatan Pegawai Perubatan Pakar dan pulangan hasil perkhidmatan kepada Kerajaan, pihak kementerian telah merancang untuk memperluaskan perkhidmatan ini menerusi fasa-fasa yang berikutnya di 32 buah hospital yang sesuai dari segi fasilitinya. Tiada tempoh masa ditetapkan tetapi kerajaan menegaskan ianya akan dilakukan secara berfasa berdasar kesesuaian dari segi fasiliti. Antara fasiliti yang dimaksudkan itu ialah hospital berkenaan hendaklah dilengkapi dengan pusat rawatan ambulatori (KKM, 2016).

University of Malaya

Sungguh pun idea dan pelaksanaan perkhidmatan ini (sebagaimana yang akan dibincang selepas ini) dipersetujui oleh sesetengah pihak misalnya oleh MMA namun terdapat berapa pertubuhan misalnya Gabungan didapati menentang idea ini. Sebelum perbincangan mengenai aktiviti bantahan Gabungan dilakukan, terlebih dahulu perbincangan mengenai keperluan dipihak kerajaan untuk melaksanakan PPBP akan dihuraikan.

7.4 Keperluan Pelaksanaan PPBP Menurut Perspektif Kerajaan

Menurut kerajaan, pelaksanaan program ini adalah berdasarkan kepada beberapa faktor dan perincian berikut juga sekaligus bagi menjawab objektif kempat kajian ini. Bagi pihak kerajaan, PPBP akan lebih mendatangkan manfaat kepada semua pihak, baik pesakit, mahupun doktor pakar dan pihak kerajaan sendiri. Sekurang-kurangnya terdapat empat faktor telah dikemukakan oleh kerajaan bagi menjustifikasikan pelaksanaannya. Pertama adalah bagi mengatasi masalah penghijrahan doktor pakar ke hospital swasta. Kedua, memberikan peluang kepada pesakit yang berkemampuan mendapatkan perkhidmatan terbaik, sekaligus mengoptimakan perkhidmatan kepakaran. Ketiga, peluang menambahkan pendapatan kepada doktor pakar tanpa meninggalkan profesionnya dengan kerajaan dan keempat, mengoptimakan subsidi yang disediakan kerajaan dan sekaligus meningkatkan pendapatan negara.

Perincian lanjut berhubung keperluan kerajaan memperkenalkan PPBP adalah seperti berikut:-

7.4.1 Mengatasi Masalah Penghijrahan Doktor Pakar Kerajaan

Sebagaimana perbincangan yang telah dilakukan menerusi bab-bab analitikal sebelum ini (Bab 5 dan Bab 6), sebaik Dr Mahathir Mohamad dilantik sebagai Perdana Menteri Malaysia ke 4 (1981-2003), beberapa perubahan dasar telah diambil oleh kerajaan dibawah pentadbirannya. Perubahan ini didapati melibatkan pelbagai sektor

University of Malaya

dan ianya termasuklah juga sektor kesihatan. Antara perubahan dasar berkenaan adalah melibatkan galakan kepada sektor swasta untuk turut terlibat secara lebih aktif dalam menyediakan perkhidmatan kesihatan.

Galakan yang didapati meluas sejak awal tahun 80an ini didapati telah memberi beberapa implikasi, termasuklah kepada kerajaan sendiri. Antara yang paling terserlah adalah apabila hospital-hospital swasta yang baru dibuka ini didapati telah "memancing" para doktor, khususnya doktor pakar yang berpengalaman di hospital kerajaan untuk berkhidmat dengan mereka. Bersandarkan tawaran gaji yang lumayan, ditambah pula dengan beberapa isu dalam perkhidmatan awam didapati telah menjadi faktor penolak kepada doktor pakar untuk meninggalkan perkhidmatan dengan kerajaan.

Kerajaan sesungguhnya sedar terhadap masalah ini dan didapati telah mengutarakannya dalam perancangan pembangunan lima tahun negara. Umpamanya, dalam Rancangan Malaysia ke 5 (1986-1990), isu penghijrahan keluar secara berterusan melibatkan pegawai perubatan dan doktor pakar awam untuk berkhidmat dengan sektor swasta telah dinyatakan secara jelas. Kerajaan telah menggariskan betapa menjadi keperluan untuk mengenalpasti dan melaksanakan langkah-langkah yang sesuai bagi terus mengekalkan mereka untuk berkhidmat dengan kerajaan (Malaysia, 1986: 516).

Meskipun demikian, tarikan daripada hospital swasta didapati terus menjadi cabaran kepada hospital kerajaan. Pada tahun 1990 misalnya, 370 kekosongan melibatkan doktor dan 170 doktor pakar di hospital kerajaan telah dicatatkan, dan sebahagian besar dari kekosongan ini disebabkan penghijrahan ke sektor swasta (Malaysia, 1990: 350).

Sungguhpun sepanjang tempoh Rancangan Malaysia ke 6 (1991-1995), pelbagai usaha telah diambil oleh kerajaan untuk meningkatkan bilangan doktor, namun masalah ketidakseimbangan dan kekurangan doktor di sektor awam dan swasta terus berlarutan.

University of Malaya

Pada tahun 1995, seramai 4,277 orang doktor atau 45 peratus direkodkan berkhidmat dengan sektor awam, berbanding 5,277 doktor atau 55 peratus berkhidmat di sektor swasta (Malaysia, 1996: 542). Kekurangan doktor pakar terutama melibatkan bidang seperti pediatrik, ortopedik dan anestesiologi didapati ketara sepanjang tempoh 1991-1995. Dari keseluruhan doktor pakar yang ada, 60 peratus didapati berkhidmat dengan sektor swasta (Malaysia, 1996: 542). Lebih memeritkan, sepanjang tempoh rancangan ini juga seramai 1,137 pegawai perubatan dan 108 doktor pakar telah meletakkan jawatan.

Kerajaan didapati mengambil tindakan lebih agresif dalam menangani masalah penghijrahan dan kekurangan doktor dan doktor pakar di hospital kerajaan. Sepanjang tempoh Rancangan Malaysia ke 7 (1996-2000), antara tindakan yang diambil adalah dengan membenarkan enam buah universiti awam dan tiga kolej perubatan swasta menawarkan kurus perubatan, pergigian dan farmasi. Hasilnya seramai 5,900 graduan telah dilatih sepanjang tempoh rancangan, berbanding hanya 3,250 sepanjang tempoh Rancangan Malaysia ke 6 (Malaysia, 2000: 457). Tidak cukup dengan itu, kerajaan juga turut menambah bilangan pelajar bidang-bidang ini untuk melanjutkan pelajaran ke luar negara.

Sungguhpun tindakan-tindakan sepanjang tempoh rancangan pembangunan berkenaan telah diambil, masalah kekurangan dan ketidakseimbangan tenaga kerja sektor kesihatan awam didapati terus berlaku dan ini telah menjejaskan kualiti perkhidmatan yang diberikan. Meskipun jurang nisbah antara doktor-penduduk semakin mengecil, iaitu antara 1:2,153 pada tahun 1995, berbanding 1:1,465 pada tahun 1999, namun sebaliknya jurang antara negeri masih ketara. Sebagai contoh, pada tahun 1999, nisbah doktor-penduduk di Wilayah Persekutuan Kuala Lumpur adalah 1:372 berbanding 1:4,120 di Sabah. Manakala dari segi bilangan kakitangan perubatan dan

University of Malaya

yang berkaitan pada tahun 1999, adalah didapati sebanyak 33 peratus doktor, 59 peratus doktor gigi dan 85 peratus ahli farmasi didapati berkhidmat dengan sektor swasta (Malaysia, 2000: 487).

Kerajaan didapati sedar walaupun pelbagai usaha seperti keupayaan latihan diperkukuhkan, didapati sepanjang RM ke 8 (2000-2005) masalah kekurangan personel perubatan didapati berterusan. Antara usaha yang telah diambil oleh kerajaan sepanjang tahun 2000-2005 adalah dengan meningkatkan aspek latihan di tujuh buah universiti awam dan lima kolej perubatan swasta bagi melatih lebih ramai doktor, doktor gigi dan ahli farmasi. Usaha kerajaan didapati menampakkan hasil apabila nisbah doktor kepada penduduk bertambah baik daripada 1:1,413 pada tahun 2000 kepada 1:1,387 pada tahun 2005 (Malaysia, 2006: 443).

Malah, penekanan diberikan kepada latihan lepasan ijazah dalam pelbagai disiplin kepakaran dan subkepakaran, seperti perubatan kecemasan, paliatif dan pemulihan, psikiatri, pembedahan kepala dan leher serta perubatan keluarga. Hasilnya, sepanjang tempoh 2000-2005 sejumlah 1,885 doktor melanjutkan latihan kepakaran dan 278 pakar dalam latihan subkepakaran. Disamping itu, kerajaan mengambil langkah mengatasi kekurangan doktor pakar dengan melantik 871 doktor dan doktor gigi asing. Selain itu, sejumlah 873 pakar, doktor dan doktor gigi yang telah bersara dilantik semula secara kontrak. Usaha-usaha ini membuktikan bahawa kerajaan serius dalam menangani isu ketidakseimbangan dari segi tenaga sumber manusia antara hospital kerajaan dan swasta (Malaysia, 2006: 443).

Walau bagaimanapun jurang diantara doktor di hospital kerajaan dan swasta didapati semakin mengecil. Kenyataan ini bersandarkan kepada statistik yang diperolehi dari *Malaysian Health Facts 2005* terbitan Kementerian Kesihatan Malaysia. Direkodkan daripada sejumlah 20,105 keseluruhan doktor di negara ini, seramai 10,943 doktor atau

University of Malaya

54.4 peratus adalah merupakan kakitangan awam, berbanding 9,162 atau 45.6 peratus yang berkhidmat di sektor swasta (KKM, 2005). Situasi ini jauh lebih baik jika dibandingkan dengan statistik tahun 1995, iaitu masing-masing pada kadar 45:55 bagi doktor di hospital kerajaan dan swasta.

Pun begitu ini tidak bermaksud kerajaan boleh selesa dengan situasi ini. Usaha bagi memastikan pendekatan dan kaedah terbaik untuk mengatasi penghijrahan kakitangan yang masih berlaku perlu diteruskan. Perkara mengenai ini umpamanya telah dinyatakan menerusi ucapan bajet 2004 oleh Menteri Kewangan. Perkara ini ditekankan sekali lagi oleh Menteri Kesihatan ketika itu, Dr Chua Soi Lek. Hasilnya, beliau telah mengumumkan cadangan kerajaan untuk memperkenalkan konsep sayap swasta di hospital kerajaan pada tahun 2005. Inilah antara sebabnya sebagaimana disebutkan awal tadi mengapa kerajaan memperkenalkan perkhidmatan ini, iaitu sebagai usaha kerajaan untuk memastikan para doktor pakar terus kekal berkhidmat di hospital kerajaan.

Kerajaan yakin ini akan mendorong para doktor pakar untuk kekal bertugas di hospital kerajaan, sekaligus masalah penghijrahan dikalangan mereka dapat diatasi (Edwards, 2004; Khoon, 2006). Ketua Pengarah Kesihatan ketika itu, Dr Ismail Merican juga didapati senada dengan pandangan Menteri dalam hal ini. Menggunakan pendekatan seumpama ini dilihat sebagai strategi untuk mengekalkan doktor pakar di sektor awam. Penegasan ini dibuat oleh beliau menerusi satu kenyataan di akhbar *The New Straits Times* pada 8 Januari 2006 ("*Specialist to go*", 2006).

Penegasan kerajaan berhubung hujah yang digunakan bagi meneruskan pelaksanaan PPBP sebagai suatu mekanisme untuk mengekalkan doktor pakar di hospital kerajaan jelas sebagaimana dinyatakan oleh Menteri Kesihatan, Dr Chua Soi Lek. Semasa bercakap kepada media bagi mengumumkan pelaksanaan PPBP, beliau menyatakan,

University of Malaya

"…we are losing about 50% or about 100 of our specialists doctors every year, who resign to join the private hospitals…" ("*Two government hospitals*", 2007).

Sungguhpun perkhidmatan PPBP telah dilaksanakan sejak tahun 2007, namun didapati masalah penghijrahan keluar doktor pakar di hospital kerajaan didapati terus berlaku. Bagi pihak kerajaan, keperluan untuk melaksanakan PPBP adalah disebabkan masalah ini belum selesai sehingga sekarang. Isu ini cuba dibuktikan oleh pihak kementerian semasa Timbalan Menteri Kesihatan, Dr Hilmi Yahaya menjawab soalan tambahan Ahli Parlimen Lembah Pantai, Nurul Izzah Anwar semasa mesyuarat ketiga, penggal keempat, Parlimen Ketigabelas pada 07 November 2016. Soalan berkenaan berkisar kepada langkah diambil kementerian untuk memastikan koordinasi dan penyelarasan ruang perjawatan dan supaya jumlah doktor di hospital kerajaan menepati sasaran kementerian.

Dr Hilmi memaklumkan bahawa secara purata sejak enam tahun lalu, iaitu antara 2010-2016, lebih kurang 150 doktor pakar yang berkhidmat di hospital kerajaan meletakkan jawatan setiap tahun dan berhijrah ke hospital swasta. Berdasarkan statistik kementerian, adalah didapati majoriti doktor pakar yang meletakkan jawatan adalah terdiri daripada mereka yang kekal pada gred U53 dan U54 dalam tempoh antara lima hingga 10 tahun ke atas. Beliau menambah, "…..setakat September tahun ini, seramai 128 doktor pakar sudah meletakkan jawatan, manakala jumlah pada tahun lalu adalah seramai 124 orang" (Ngah, Ngah & Adnan, 2016).

Punca kepada permasalahan ini sepertimana dilaporkan oleh Timbalan Menteri dalam jawapan lisan di Parlimen adalah berkait dengan masalah perjawatan iaitu dari segi kenaikan pangkat. Setelah berada pada U53 dan U54 untuk satu tempoh masa yang lama, iaitu antara lima hingga sepuluh tahun, serta tidak naik pangkat ke Jawatan Utama Sektor Awam (JUSA), telah mendorong mereka meletakkan jawatan disebabkan

University of Malaya

kecewa. Pilihan yang ada tentu sekali untuk mencari peluang berkhidmat dengan hospital swasta yang mampu menawarkan gaji yang lebih baik, berbanding apa diperolehi semasa mereka berkhidmat dengan kerajaan.

Justeru, perkhidmatan PPBP ini yang dilihat oleh kerajaan sebagai antara pilihan yang ada bagi mengekalkan doktor pakar di hospital kerajaan telah diperluaskan. Daripada terhad hanya dilaksanakan di dua buah hospital rintis sahaja sebelum ini iaitu Putrajaya dan Selayang, yang didapati menghalang lebih ramai doktor pakar untuk menikmati manfaat dari PPBP, perkhidmatan ini telah diputuskan untuk diperluaskan ke lapan buah hospital pada tahun 2017 menerusi fasa 2 dan 32 lagi dalam fasa-fasa yang berikutnya.

7.4.2 Menyediakan Lebih Pilihan Kepada Pesakit

Pelaksanaan perkhidmatan pesakit bayar penuh adalah selari dengan usaha kerajaan untuk meningkatkan mutu dan kualiti perkhidmatan di hospital kerajaan. Rasional ini adalah sebagaimana penegasan yang dilakukan oleh Ketua Pengarah Kesihatan ketika itu, Dr Ismail Merican dalam jawapan balas kepada suatu artikel oleh pembaca iaitu P. Ramakrishnan dari Aliran yang tersiar dalam akhbar *The New Straits Times* pada 17 Januari 2006. Artikel bertajuk *Extra hours not the best solution* itu jelas mengkritik keputusan kerajaan untuk melaksanakan perkhidmatan ini dan ianya telah disangkal oleh Ketua Pengarah Kesihatan bahawa ianya bakal menjejaskan mutu dan rawatan perkhidmatan (Ramakrishnan, 2006). Jawapan balas tersebut adalah sebagaimana dinyatakan menerusi artikel yang tersiar dalam akhbar *The New Straits Times* pada 23 Januari 2006 (Merican, 2006).

Sebaliknya kerajaan menekankan bahawa pelaksanaan PPBP dilakukan setelah mengambilkira secara teliti beberapa faktor, dan diantaranya adalah sebagai memenuhi keperluan dikalangan pesakit yang mendapatkan rawatan di hospital kerajaan serta

University of Malaya

berkemampuan untuk membayarnya. Jelas sekali bagi pihak kerajaan perkhidmatan ini memberikan peluang kepada pesakit yang mempunyai kemampuan dari segi membayar memilih untuk mendapatkan rawatan terbaik dari kepakaran yang disediakan oleh hospital kerajaan.

Walau bagaimanapun, disebabkan tiada mekanisme khusus yang tersedia di hospital kerajaan ketika, maka ianya menyebabkan doktor-doktor berpengalaman tidak dapat mengoptimakan kepakaran mereka. Mekanisme yang dimaksudkan adalah melibatkan kebenaran dari segi peraturan kerajaan sediada sebagaimana dinyatakan didalam Perintah Am yang membolehkan doktor pakar memperolehi pendapatan tambahan. Selain itu, mekanasime berkenaan juga melibatkan aspek kelonggaran untuk hospital kerajaan mengenakan caj yang lebih tinggi dimana ianya tidak boleh dilakukan memandangkan tiada peruntukan yang sedemikian didalam Perintah Fi sediada pada masa tersebut.

Justeru mengambilkira senario diatas, bagi pihak kerajaan ianya merupakan suatu kerugian. Maksud kerugian disini adalah bukan hanya kepada pesakit, tetapi juga kepada doktor pakar itu sendiri dan perkhidmatan kesihatan di sektor awam secara keseluruhannya. Oleh itu. KKM percaya PPBP berupaya menampung kelompangan tersebut, sekaligus memberikan pilihan kepada pesakit untuk dirawat oleh doktor pakar pilihan mereka sendiri, dengan diberikan rawatan kelas pertama (Merican, 2006). Malahan, sebagaimana ditegaskan oleh Menteri Kesihatan, Dr Chua Soi Lek perkhidmatan ini akan mengoptimakan kemahiran, kompetensi dan profesionalisme dikalangan doktor pakar (Khoon, 2006).

7.4.3 Peluang Kepada Doktor Pakar Menambahkan Pendapatan

Penghijrahan keluar doktor pakar di hospital kerajaan untuk berkhidmat dengan hospital swasta berlaku atas beberapa faktor. Sebagaimana telah dinyatakan sebelum ini,

University of Malaya

antara yang dikenalpasti oleh kerajaan adalah disebabkan faktor gaji yang diperolehi mereka. Gaji dan elaun yang diterima oleh doktor kerajaan adalah sama dan tertakluk kepada skim dan terma yang telah ditetapkan oleh Jabatan Perkhidmatan Awam (JPA).

Sungguhpun skim dan terma perkhidmatan pegawai perubatan awam telah dipertingkatkan secara ketara sejak 10 tahun yang lepas, namun sekiranya perbandingan dilakukan dengan rakan sekerja mereka di sektor swasta, jurang dari segi pendapatan didapati begitu ketara. Misalnya, pada masa bantahan-bantahan dikemukakan oleh GMPPK terhadap cadangan pelaksanaan perkhidmatan ini sekitar tahun 2005, iaitu sebelum PPBP dilaksanakan, Sistem Saraan Malaysia (SSM) yang diperkenalkan oleh kerajaan pada tahun 2002 masih berkuatkuasa.

Pelaksanaan SSM adalah berdasarkan Pekeliling Perkhidmatan Bilangan 4 Tahun 2002, Pelaksanaan Sistem Saraan Malaysia Bagi Anggota Perkhidmatan Awam Persekutuan yang dikeluarkan JPA ada tahun 2002 (JPA, 2002). Berdasarkan SSM, kadar gaji dan elaun minimum doktor pakar di hospital kerajaan bagi gred U54 misalnya adalah sekitar RM8,972.25, dan pada tangga maksimum adalah RM10,892.52 sebulan. Manakala bagi doktor pakar Gred Jawatan Utama Sektor Awam (JUSA) Khas C pula, gaji dan elaun minimum yang diterima berdasarkan SSM adalah di antara RM13,862.47 sehingga maksimum sebanyak RM15,399.17. Perincian bagi lain-lain gred doktor pakar di bawah Sistem Saraan Malaysia adalah seperti (Jadual 7.3):-

University of Malaya

Jadual 7.3: Kadar Emolumen dan Elaun Pegawai Perubatan Pakar U51-U54 di bawah SSM

Emolumen	Gred			
	U54	**U53**	**U52**	**U51**
Gaji (minimum)	RM4,572.25	RM4,572.25	RM4,341.14	RM4,341.14
Gaji (maksimum)	RM6,492.52	RM6,492.52	RM6,116.21	RM6,116.21
Imbuhan Tetap Keraian	RM800.00	RM800.00	RM600.00	RM600.00
Imbuhan Tetap Perumahan	RM900.00	RM900.00	RM700.00	RM700.00
Bahagian Insentif Perkhidmatan Kritikal	RM500.00	RM500.00	RM500.00	RM500.00
Bayaran Insentif Pakar	RM2,200.00	RM2,200.00	RM1,800.00	RM1,800.00
Jumlah gaji minimum	RM8,972.25	RM8,972.25	RM7,941,14	RM7,941,14
Jumlah gaji maksimum	RM10,892.52	RM10,892.52	RM9,716.21	RM9,716.21

Sumber: Jabatan Perkhidmatan Awam, 2002

Kerajaan sedar bahawa faktor gaji dan elaun merupakan antara cabaran yang terpaksa ditangani sekiranya berhasrat untuk mengekalkan doktor khususnya pakar kekal di hospital kerajaan. Justeru, usaha bagi mengkaji dan menambah baik kadar gaji dan elaun-elaun dalam perkhidmatan awam adalah merupakan suatu usaha yang berterusan. Terkini, misalnya, menerusi pelaksanaan rasionalisasi skim perkhidmatan bagi perkhidmatan persekutuan awam menerusi SSM yang berkuatkuasa mulai 1 Julai 2016, beberapa penambahbaikan telah dilakukan.

Sebagaimana dinyatakan oleh Pekeliling Perkhidmatan Bil 1 Tahun 2016, Rasionalisasi Skim Perkhidmatan Bagi Perkhidmatan Awam Persekutuan Di bawah Sistem Saraan Malaysia, kaedah gaji secara minimum dan maksimum (GMM) diharapkan dapat memberikan suatu pendapatan yang lebih baik kepada kakitangan awam, termasuk juga para doktor (JPA, 2016). Adalah didapati, umpamanya bagi doktor pakar Gred U54, gaji dan elaun maksimum yang boleh diperolehi berdasarkan SSM yang lama adalah sebanyak RM10,982.52 berbanding RM17,296.00 berdasarkan sistem gaji yang baru, peningkatan sebanyak RM6,313.48, atau 37 peratus.

University of Malaya

Perbandingan dari segi gaji dan elaun melibatkan lain-lain gred doktor pakar berdasarkan SSM yang baru adalah seperti (Jadual 7.4).

Jadual 7.4: Kadar Emolumen dan Elaun Pegawai Perubatan Pakar U41-U54 (GMM)

Emolumen	**Gred**				
	U41	**U43/44**	**U47/48**	**U51/52**	**U53/54**
Gaji (minimum)	RM2,947.00	RM3,611.00	RM5,211.00	RM5,860.00	RM6,182.00
Gaji (maksimum)	RM9,656.00	RM10,560.00	RM11,769.00	RM12,449.00	RM13,256.00
Elaun Khidmat Awam	RM300.00	RM400.00	RM550.00	RM600.00	RM800.00
Kadar Bantuan Sara Hidup	RM300.00	RM300.00	RM300.00	RM300.00	RM300.00
Elaun Perumahan	RM210.00	RM210.00	RM700.00	RM700.00	RM900.00
Elaun Kritikal	RM500.00	RM500.00	RM500.00	RM500.00	RM500.00
Elaun Pakar	RM910.00	RM980.00	RM1,190.00	RM1,260.00	RM1,540.00
Jumlah Gaji Minima	RM4,867.00	RM6,001.00	RM8,451.00	RM9,220.00	RM10,222.00
Jumlah Gaji Maksima	RM11,876.00	RM12,950.00	RM15,009.00	RM15,809.00	RM17,296.00

Sumber: Jabatan Perkhidmatan Awam, 2016

(Jadual 7.5) pula menunjukkan emolumen dan elaun pegawai perubatan pakar gred Jawatan Utama Sektor Awam (JUSA), Gred A, B dan C, iaitu:-

Jadual 7.5: Kadar Emolumen dan Elaun Pegawai Perubatan Pakar Gred JUSA (GMM)

Emolumen	**Gred**		
	Jusa C	**Jusa B**	**Jusa A**
Gaji Pokok (Minimum)	RM7,189.00	RM7,788.00	RM8,465.00
Gaji Pokok (Maksima)	RM14,587.00	RM15,900.00	RM17,331.00
Elaun Keraian	RM2,500.00	RM3,050.00	RM4,000.00
Elaun Perumahan	RM1,300.00	RM1,600.00	RM2,000.00
Elaun Pakar	RM2,400.00	RM2,400.00	RM2,400.00
Elaun Insentif Khas	RM500.00	RM750.00	RM1,250.00
Elaun Pembantu Rumah	RM500.00	RM500.00	RM500.00
Elaun Tetap Jawatan JUSA	RM1,000.00	RM1,500.00	RM2,500.00
Elaun Penyelenggaraan Rumah (Bayaran secara tahunan)	RM166.00	RM166.00	RM166.00
Jumlah Gaji Minimum	RM14,322.68	RM16,180.93	RM19,133.33
Jumlah Gaji Maksima	RM22,953.00	RM25,866.00	RM30,147.00

Sumber: Jabatan Perkhidmatan Awam, 2016

University of Malaya

Malahan, dalam pembentangan bajet 2017 pada 21 Oktober 2016, kerajaan didapati terus mengambil langkah dan strategi khusus dalam membendung kehilangan dikalangan doktor pakar yang mahu meninggalkan perkhidmatan awam atas isu kelewatan naik pangkat. Justeru, kerajaan menerusi Bajet 2017 telah mengumumkan untuk mewujudkan satu lapisan gred baru yakni gred 56 antara gred 54 dan JUSA C bagi pegawai perubatan pakar dan pegawai pergigian pakar (Kementerian Kewangan, 2016). Kerajaan berharap inisiatif ini akan membantu mengatasi isu ini dan berupaya menangguhkan hasrat doktor pakar untuk meninggalkan perkhidmatan awam.

Alternatif yang ada dan difikirkan terbaik oleh kerajaan bagi mengatasi polemik ini adalah melaksanakan PPBP di hospital kerajaan. Ini kerana, menerusi pelaksanaan sayap swasta yang dicadangkan (sebagaimana diamalkan di *University Malaya Specialist Centre* (UMSC)[2], ianya memberi peluang kepada doktor pakar untuk mendapatkan pendapatan tambahan.

Sebagaimana perincian yang telah dikemukakan diatas, tidak dapat dinafikan bahawa pelbagai usaha telah diambil oleh kerajaan sejak 10 tahun yang lalu bagi menambahbaik kadar emolumen dan elaun doktor pakar di hospital kerajaan. Walau bagaimanapun, jika perbandingan dibuat dengan apa yang dinikmati oleh rakan sejawat mereka di hospital swasta, didapati jurangnya masih ketara. Meskipun tiada data rasmi, namun berdasarkan temubual dan maklumat yang diterima dari beberapa orang doktor pakar di sektor swasta, pendapatan purata bulanan mereka dianggarkan sekitar RM30,000 hingga RM40,000 sebulan.

[2] Entiti yang bergerak secara berasingan daripada organisasi induknya. Contoh adalah seperti University Malaya Specialist Centre (UMSC) yang menawarkan perkhidmatan kepakaran adalah beroperasi secara autonomi dari badan induk mereka iaitu Pusat Perubatan Universiti Malaya. Ini berbeza dengan PPBP apabila ianya dilaksanakan dalam premis atau bangunan yang sama. Namun secara prinsipnya, terma dan pelaksanaan diantara kedua-duanya adalah lebih kurang sama.

University of Malaya

Malahan memandangkan sistem upah di hospital swasta bergantung kepada jumlah kes dan rawatan yang dikendalikan, ada kemungkinan untuk doktor pakar menerima bayaran yang boleh mencecah sehingga RM150,000 sebulan berbanding doktor pakar di hospital kerajaan yang memperolehi pendapatan sekitar RM15,000. Ini boleh disahkan menerusi kenyataan Timbalan Menteri Kesihatan, Dr Hilmi Yahaya yang dilaporkan sebagai berkata bahawa terdapat doktor pakar di hospital kerajaan yang ditawarkan sehingga 10 kali ganda gaji dari bayaran diterima di hospital kerajaan di hospital kerajaan ("Swasta tawar gaji", 2017). Perkara ini turut dilaporkan oleh Ramlan (2018).

Malah disebabkan teruja dengan tawaran lumayan ini terdapat doktor kerajaan yang sanggup membayar balik antara RM150,000 hingga RM170,000 bagi melepaskan ikatan kontrak berkhidmat dengan kerajaan selepas tamat latihan kepakaran. Ini bukanlah sesuatu yang menghairankan kerana dengan menggunakan kadar emolumen doktor pakar Gred JUSA C di hospital kerajaan yang menerima minimum RM14,322.66 sebulan, maka dapat diandaikan kadar emolumen sekiranya mereka berhijrah ke hospital swasta dijangka mampu 10 kali ganda iaitu mencecah RM143,226.60 sebulan.

Temubual dengan salah seorang pelaku yang merupakan doktor pakar nefrologi di PPUM mengesahkan perkara ini. Perbezaan ketara diantara doktor pakar di hospital swasta dan kerajaan adalah merupakan isu yang benar, sebagaimana kenyataan pelaku berkenaan:-

> *".....Compared to the doctors in MoH hospitals, while we have extra advantage of getting the teaching allowance as a lecturer enter JUSA stage (similar to VK in university), they have a lot of perks (driver/petrol/car/travel etc) which the VK will not get. So yes, there are some difference in terms of salary and perks that they got. Despite the extra benefits attached to medical doctors, when you see how their counterparts are doing in private - there is no comparison. The doctors in private are earning 30-50K easily. If you work hard and have a lot of procedures/surgery done, that number can go up to 100K per month*" (komunikasi peribadi, Oktober, 31, 2016)

University of Malaya

Berdasarkan senario diatas, dapat digambarkan sekali bagi pihak kerajaan bahawa ianya merupakan isu yang wajar ditangani segera dengan gaji dilihat oleh kerajaan sebagai antara punca utama penghijrahan ini berlaku. Justeru, bagi pihak kerajaan usaha untuk memperkenalkan PPBP dipercayai mempunyai kelebihan tertentu. Antaranya adalah ianya menawarkan peluang menambahkan pendapatan kepada doktor pakar tanpa perlu meninggalkan perkhidmatan. Faktor ini didapati telah digunakan kerajaan dalam mempertahankan keputusannya sejak program ini diperkenalkan lebih 10 tahun yang lepas ("Gaji punca doktor", 2016).

7.4.4 Optimakan Subsidi dan Menambah Pendapatan Negara

Berdasarkan sistem sediada yang diamalkan di hospital-hospital kerajaan, iaitu sebelum tahun 2007, sebagaimana didedahkan oleh Dr Chua Soi Lek, terdapat kecenderungan yang tinggi khususnya dikalangan pesakit yang dirujuk oleh klinik atau pun hospital swasta untuk meneruskan rawatan lanjutan dan kepakaran di hospital kerajaan. Sungguhpun dari segi kemampuan kewangan mereka jelas mampu, memandangkan terdahulu mendapatkan perkhidmatan di hospital swasta sebelum dirujuk ke hospital kerajaan, namun mereka hanya dikenakan caj sebagaimana dikenakan kepada pesakit-pesakit biasa yang lain.

Ini adalah kerana pada masa itu tidak terdapat sebarang mekanisme yang membenarkan golongan pesakit seumpama ini dikenakan caj yang berbeza dan lebih tinggi berbanding pesakit biasa. Mekanisme yang dimaksudkan disini adalah dari segi kelonggaran pihak kerajaan untuk mengenakan fi lebih tinggi kepada pesakit yang berkemampuan, serta mekanisme yang membenarkan para doktor pakar mendapat bayaran tambahan terhadap caj rawatan yang dikenakan. Ini bermakna mereka, terutama dari golongan yang berkemampuan didapati secara jelas mengambil kelebihan

University of Malaya

menikmati subsidi yang disediakan oleh kerajaan di hospital milik Kementerian Kesihatan.

Mengambilkira isu ini, kerajaan berpandangan bahawa memandangkan kebanyakan pesakit yang dirujuk dari klinik atau hospital swasta terdiri dari golongan yang mampu untuk membayar kadar rawatan sebagaimana dicaj oleh hospital swasta, maka perkara yang sama dari segi caj difikirkan adil untuk dikenakan kepada mereka. Justeru, kerajaan mendapati kecenderungan ini mempunyai dua kesan utama. Pertama, pesakit tersebut yang sebenarnya berkemampuan membayar didapati telah menggunakan kemudahan subsidi yang diberikan oleh kerajaan dan ini secara langsung menidakkan kepentingan kelompok pesakit lain, khusus dari golongan miskin dan kurang kemampuan. Kedua, senario ini juga memberi satu dilemma kepada kerajaan kerana tidak boleh mengenakan caj sebagaimana dikenakan pihak swasta, melainkan fi berkaitan disemak dan dipinda. Ini adalah sebagaimana dinyatakan oleh Menteri Kesihatan, Dr Chua Soi Lek, iaitu,

> "…*Presently, we are receiving referred patients but we are charging them like normal patients. For example, in Penang dand Sarawak, the cardiology unit is doing a lot of operations, which are referred by private hospitals. We cannot charge them by full rate as we controlled by the Control of Fee by the Government. This needs to be reviewed and amended*….". (Edwards, 2004)

Pernyataan diatas memberikan pengertian bahawa kerajaan sewajarnya mengambil langkah yang sewajarnya bagi mengelakkan situasi seumpama ini dari terus berlaku. Kekangan yang dihadapi kerajaan yang tidak boleh mengenakan caj penuh kepada pesakit yang berkemampuan hendaklah disemak dan dipinda, khususnya melibatkan Perintah Fi.

Demikian itu, diharapkan dengan pelaksanaan skim ini nanti kerajaan percaya perkhidmatan di hospital kerajaan akan memberikan dua kelebihan secara langsung

University of Malaya

kepada kerajaan, iaitu memastikan subsidi yang disediakan untuk sektor kesihatan dimanfaatkan secara optimum oleh golongan sasar. Kedua, kerajaan juga akan dapat menjana pendapatan yang lebih apabila perkhidmatan ini dilaksanakan apabila pesakit yang berkemampuan dikenakan kadar bayaran sebagaimana di hospital swasta.

Ini merupakan antara hujah utama yang digunakan oleh kerajaan dalam mempertahankan pelaksanaan perkhidmatan pesakit bayar penuh. Malah, Menteri Kesihatan dalam satu kenyataan akhbar didapati ada menyebut bahawa ianya juga akan memberikan keadilan kepada doktor pakar. Beliau dipetik sebagai berkata bahawa ini akan, *"...and stop them (specialists) from being "abused" by patients who can afford to pay for their specialistes services...*" (Khoon, 2006).

Walaupun kerajaan telah mengemukakan beberapa hujah bagi menyokong pelaksanaan program ini, namun Gabungan telah mengemukakan kembali hujah bagi membantahnya. Perincian adalah seperti di bahagian berikut. Namun demikian, terlebih dahulu penglibatan awal Gabungan dalam isu PPBP akan disentuh.

7.5 Penglibatan Awal GMMPK Dalam Isu PPBP

Penglibatan GMPPK dalam isu skim ini dapat dikesan bermula dengan perdebatan tentang perbezaan antara sayap swasta di hospital kerajaan sebagaimana yang dilaksanakan di UM dan UKM semenjak tahun 1998 lagi. PPBP adalah satu skim pembayaran yang dilaksanakan dalam hospital kerajaan manakala skim pembayaran dalam struktur sayap swasta terasing daripada organisasi induk hospital kerajaan.

Sungguhpun begitu peranan yang lebih besar dimainkan oleh kumpulan masyarakat madani lain seperti MMA, memandangkan tiada organisasi khusus maka didapati aktivis seperti Jeyakumar bergerak sendirian dalam memperjuangkan isu-isu berkaitan, sehinggalah GMPPK ditubuhkan pada bulan Mac 2005. Perlu direkodkan disini bahawa

University of Malaya

pada akhir tahun 1990an, sebuah kumpulan masyarakat madani yang memperjuangkan isu kesihatan dikenali sebagai *Citizen's Health Initiative* (CHI) yang berpusat di Pulau Pinang telah ditubuhkan, namun didapati tidak lagi aktif selepas pilihanraya umum tahun 1999.

Idea penggubalan skim PPBP tercetus lanjutan daripada amalan yang terdapat pada skim pembayaran dalam struktur sayap swasta yang diamalkan di UM dan UKM itu. Perkara perbezaan ini pernah disentuh oleh Dr Kuljit Singh, (Pakar Perubatan, Pengerusi *Section Concerning House Officers, Medical Officers and Specilaist*/SCHOMOS, MMA) ketika mesyuarat agung tahunan MMA 2005 pada 28 Mei 2005 yang diadakan di bandaraya Melaka (MMA, 2005).

Kuljit yang menjawab soalan yang dikemukakan oleh Jeyakumar mengenai perlaksanaan PPBP berkenaan menghuraikan bahawa kerajaan telah melaksanakan pelbagai peringkat kajian sebelum mencadangkan perkhidmatan ini. Pengerusi SCHOMOS sebelumnya, John George (pakar perubatan yang mewakili Wilayah Persekutuan) pernah merujuk kepada kajian sebelumnya semenjak tahun 2000 lagi berkaitan PPBP ini yang pada ketika itu masih tidak dibezakan dengan skim pembayaran sayap swasta secara jelas.

Walau pun terdapat keresahan dikalangan beberapa orang aktivis yang memperjuangkan isu kesihatan seperti Jeyakumar sendiri, namun pada tahun 2006 kerajaan melalui kenyataan Menteri Kesihatan ketika itu, Chua Soi Lek terus menyatakan hasrat kerajaan untuk meneruskannya. Pengumuman ini telah menarik perhatian GMPPK, lantas beberapa aktiviti dan program didapati telah dilaksanakan bagi menyerlahkan peranan pihak Gabungan terhadap isu PPBP.

University of Malaya

GMPPK dilihat telah memainkan peranan dalam menonjolkan pelbagai aktiviti sebagai reaksi terhadap cadangan kerajaan untuk melaksanakan PPBP di hospital kerajaan sejak diperingkat penggubalannya lagi. Peranan dan aktiviti ini didapati dilakukan meliputi pelbagai peringkat, samada melibatkan lain-lain kumpulan masyarakat madani, dan parti politik, serta pihak kerajaan dan juga masyarakat awam. Selain itu, kepelbagaian aktiviti yang dilaksanakan juga terserlah. Antaranya, GMPPK didapati menggunakan pendekatan berbentuk kaunter-hegemoni seperti mengadakan demonstrasi, piket, mengeluarkan kenyataan akhbar dan mengemukakan memorandum. Pun demikian beberapa pendekatan modal sosial seperti dialog turut digunakan serta aktiviti berteraskan komuniti seperti mengedarkan risalah kepada orang ramai juga turut digunakan oleh Gabungan.

Intervensi GMPPK dalam hal ini turut dikesan berlaku menerusi kumpulan masyarakat madani yang lain, misalnya semasa mesyuarat agung tahunan *Malaysian Medical Association* (MMA). Jeyakumar, selaku Setiausaha GMPPK juga merupakan ahli *Malaysian Medical Association*. Dalam hal ini, semasa mesyuarat tersebut beliau didapati telah mengemukakan usul agar cadangan membenarkan doktor di hospital kerajaan melakukan praktis swasta ditangguhkan. Usul 17.6 yang bertajuk *To Defer The Institution of Private Practice in Government Hospitals* ini dicadangkan oleh Jeyakumar dan disokong oleh Dr SS Gill. Antara lain, usul tersebut sebagaimana dicatatkan dalam minit mesyuarat MMA adalah seperti berikut:-

> "*While affirming the need to increase the remuneration of doctors in government service, this house notes with grave concern that the institution of private practice within public hospitals might lead to conflict of interest situations and result in the deterioration in the level of care for the non-paying patients.*
>
> *The house therefore calls on government to defer the institutions of private practice in government hospitals until an in-depth study is done on the effects of limited private practice in the University Hospitals of Universiti Malaya and Universiti Kebangsaan Malaysia,*

University of Malaya

> *and the results of the study is revealed to the medical practitioners as well to the public so that informed choices can be made"* (MMA, 2005: 57).

Dr Jeyakumar semasa membentangkan usul ini dipetik sebagai berkata, sebagaimana dicatitkan dalam minit mesyuarat berkenaan bahawa, *"...such privatization does lead to misallocation of resources of medical expertise. There are serious issues here. It is not only about the government doctors but also about the poor patients and the image of the medical professional..."* (MMA, 2005). Berdasarkan kenyataan ini mencerminkan ideologi yang dibawa oleh GMPPK digunakan, apabila pembelaan kepada golongan miskin didapati ditumpukan.

Berdasarkan usul diatas, Dr Jeyakumar semasa membentangkannya menjelaskan bahawa adalah penting bagi pihak kerajaan untuk meneliti dengan terperinci kesan daripada pelaksanaannya di hospital kerjaaan. Adalah penting untuk mengkaji impak terhadap pesakit yang tidak menyertai PPBP, khususnya dengan mengambil contoh melibatkan pelaksanaan di PPUM dan HUKM. Bagi beliau pendekatan seumpama ini adalah merupakan suatu usaha awal kearah melaksanakan penswastaan penuh dalam perkhidmatan klinikal di hospital kerajaan.

Beliau juga percaya bahawa pelaksanaan perkhidmatan ini hanya akan mengakibatkan ketidakseimbangan dari segi pengagihan sumber manusia kakitangan perubatan, khususnya dalam kalangan doktor pakar. Isu ini bagi beliau ternyata amat serius, bukan hanya berlegar di kalangan doktor kerajaan tetapi juga melibatkan pesakit dari golongan miskin. Sekaligus ianya menjejaskan imej profesion perubatan di mata masyarakat apabila dilihat hanya semata-mata berteraskan keuntungan dan komersial semata-mata.

Beberapa orang ahli MMA didapati terlibat membahaskan usul yang dikemukakan oleh Jeyakumar ini. Antara yang dilihat cenderung menyokong usul ini adalah

University of Malaya

perwakilan dari Sarawak iaitu Dr Xavier Sim, yang didapati berkongsi ideologi yang sama dengan Jeyakumar dalam isu menyediakan perkhidmatan kesihatan kepada golongan miskin dan kurang berkemampuan. Perkara pokok yang menjadi keprihatinan beliau adalah berkenaan dengan penswastaan dan ketidakselariannya dengan moto MMA sendiri iaitu JASA UTAMA. Berdasarkan moto ini, MMA sewajarnya memfokuskan tentang jasa atau khidmat dan bukan semata-matanya gaji yang tinggi yang mana pesakit merupakan asas pertimbangan paling utama.

Bagi beliau pendekatan yang dicadangkan oleh kerajaan ini hanya memberi kesan buruk, sebagaimana berlaku di United Kingdom dan Singapura yang mula berdepan dengan krisis kecekapan dalam hospital awam. Walau bagaimanapun beliau tidak pula menghuraikan apakah kesan buruk yang dialami oleh kedua-dua buah negara tersebut. Disamping itu, beliau menambah bahawa masih terdapat lagi beberapa pendekatan yang boleh diambil oleh kerajaan dalam usaha untuk meningkatkan terma perkhidmatan doktor kerajaan, dan bukan semata-mata menerusi kaedah mewujudkan skim pembayaran mengikut mekanisme swasta.

Namun, beberapa ahli MMA yang lain seperti Dr Kuljit Singh yang juga merupakan Pengerusi SCHOMOS MMA ketika itu, didapati secara lantang membantah usul ini. Beliau sebaliknya berpendapat bahawa keputusan yang diambil oleh kerajaan untuk melaksanakannya telah mengambilkira pelbagai peringkat kajian yang dilakukan secara mendalam. Malahan ekoran dari kajian-kajian ini juga kerajaan didapati mengambil pendekatan yang fleksibel apabila bersetuju untuk mengubah konsep asal dari penubuhan sayap swasta di hospital kerajaan, sebaliknya diubah kepada Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh.

Pendapat beliau turut disokong oleh Dr Gurdeep Singh, perwakilan dari Perak yang amat simpati dengan kadar upah diterima oleh doktor kerajaan dan beliau percaya

University of Malaya

langkah ini akan dapat membantu meningkatkan pendapatan doktor di hopsital kerajaan. Penghijrahan keluar doktor pakar dari hospital kerajaan adalah isu serius dan bagi Dr Sathanandan dari Pahang apa jua langkah untuk mengatasinya, seperti langkah yang dicadangkan oleh kerajaan ini wajar disokong.

Mengambil peluang berbahas, Dr John George, perwakilan MMA Wilayah Persekutuan menjelaskan penglibatan dan peranan beliau selaku Pengerusi SCHOMOS pada tahun 2000 yang turut terlibat dalam mengemukakan kertas kerja berkaitan perkara ini kepada Jabatan Perkhidmatan Awam (JPA). Beliau menegaskan bahawa ini bukanlah inisiatif SCHOMOS semata-mata, tetapi merupakan usaha dan dokongan dari MMA sendiri sejak sekian lama. Beliau memetik pengalaman PPUM bagi menangkis isu salahguna terhadap pelaksanaan skim ini apabila sejak pelaksanaannya didapati pesakit yang menggunakan perkhidmatan ini mendapatkan perkhidmatan luar waktu pejabat, dan jumlah keseluruhan pesakit meningkat antara 15 hingga 20 peratus.

Setelah diperdebat dan diperbincangkan, akhirnya 43 undi menentang usul ini dengan 33 undi lagi menyokong. Meskipun gagal dalam percubaannya untuk mendapat sokongan dari MMA berhubung cadangan pelaksanaan PPBP, namun berdasarkan undi yang diperolehi oleh usul ini membuktikan pandangan yang dikemukakan oleh Jeyakumar yang juga mewakili GMPPK dilihat signifikan. Walau pun GMPPK tidak popular dan meluas berbanding MMA, berdasarkan undi diterima terhadap usul ini membuktikan adanya sokongan kuat. Ini akan sekaligus menunjukkan bahawa isu ini dipandang serius.

Berbeza dengan GMPPK, nada MMA dilihat jauh berbeza apabila dilihat begitu cenderung untuk menyokongnya. Perkara ini boleh difahami dengan jelas memandangkan sifat MMA yang juga turut terdiri daripada doktor yang berkhidmat dengan kerajaan. Peranan SCHOMOS dalam perkara ini, sebagaimana telah

University of Malaya

dibincangkan dilihat amat ketara, dan bukanlah asing mengapa pendirian MMA yang bercanggah dengan pihak Gabungan dalam isu PPBP.

Malah, pendirian MMA yang menyokong usaha Kementerian Kesihatan ini dapat dilihat menerusi penegasan yang disiarkan menerusi lidah rasmi MMA, iaitu Berita MMA. Misalnya, menerusi Berita MMA keluaran Mac, 2006, Presiden MMA, Dr Teoh Siang Chin percaya kebenaran menjalankan lokum kepada doktor hospital kerajaan akan dapat meringankan beban kewangan dihadapi mereka, sekaligus membantu meringankan beban kerajaan yang didapati berhadapan dengan pengaliran keluar doktor pakar yang ketara sebelum ini (Chin, 2006).

Pendapat Presiden MMA ini didapati turut disokong oleh Dr Vasan Sinnadurai, Pengerusi SCHOMOS, yang menulis didalam Berita MMA keluaran yang sama. Dr Sinnadurai percaya bahawa usaha yang telah dirintis sejak pertengahan tahun 1980an oleh SCHOMOS, hasil sokongan dari YB Menteri Kesihatan, Ketua Setiausaha Kementerian Kesihatan, Ketua Pengarah Kesihatan dan lain-lain pegawai tertinggi kementerian memungkinkannya untuk menjadi realiti (Sinnadurai, 2006). Selari dengan pandangan Presiden MMA, beliau menggesa supaya suatu garispanduan yang jelas berhubung pelaksanaannya hendaklah disediakan dimana semua ahli MMA, khususnya para doktor kerajaan dipelawa mengemukakan input masing-masing untuk dimasukkan kedalam memorandum berkaitan yang akan dikemukakan kelak kepada pihak Kementerian Kesihatan Malaysia.

7.6. Faktor-Faktor Bantahan GMPPK

Bahagian ini akan menjawab objektif kajian pertama dan sekaligus membincangkan objektif kajian kedua, iaitu meliputi aktiviti dan strategi bantahan GMPPK terhadap PPBP. Secara amnya berdasarkan analisis terhadap sumber dari pihak Gabungan, terdapat tujuh faktor yang menjadi hujah kepada pihak Gabungan dalam membantah

University of Malaya

pelaksanaan PPBP di hospital kerajaan. Faktor pertama yang dikemukakan Gabungan adalah PPBP dipercayai berpotensi untuk meningkatkan beban tugas dikalangan doktor pakar hospital. Kedua adalah melibatkan isu akses, ekuiti dan kemampuan dikalangan pesakit dari golongan kurang yang berkemampuan bagi mendapatkan rawatan yang samarata dari doktor pakar.

Seterusnya faktor bantahan ketiga yang dibangkitkan oleh pihak Gabungan adalah apabila mendakwa skim PPBP berpotensi menjejaskan kualiti perkhidmatan kesihatan. Faktor selanjutnya adalah kekhuatiran pihak GMPPK ianya mungkin menjejaskan program latihan dan peningkatan kompetensi kakitangan perubatan. Lain-lain faktor yang dihujahkan pihak Gabungan adalah program ini berkemungkinan menjejaskan semangat bekerja dalam pasukan serta berkemungkinan mendedahkan kepada berlakunya penyelewangan. Seterusnya, faktor terakhir yang diketengahkan oleh pihak Gabungan adalah berhubung dengan tahap ketelusan serta kesediaan kerajaan untuk berdialog dengan masyarakat madani.

Manifestasi terhadap bantahan ini didapati tergambar secara ketara sejak dari GMPPK ditubuhkan pada tahun 2005. Pelbagai aktiviti telah dianjurkan, samada pra pelaksanaan atau pun pasca pelaksanaan PPBP. Antaranya menerusi pelbagai pendekatan kaunter-hegemoni seperti melancarkan demonstrasi, piket, menganjurkan forum, menghantar petisyen dan memorandum. Dalam masa yang sama pendekatan modal sosial juga didapati turut digunakan oleh Gabungan menerusi siri dialog dan mesyuarat dengan pihak kerajaan, khususnya Kementerian Kesihatan serta Ahli-ahli Parlimen. Pendekatan berteraskan komuniti meskipun minimum didapati turut digunakan Gabungan misalnya menerusi jelajah awam dan pengedaran risalah bantahan kepada orang awam. Bagi GMPPK, semua ini dilaksanakan berdasarkan kepada

University of Malaya

pendirian dan keyakinan tertentu yang menjadi teras kepada ideologi perjuangannya dalam membela golongan masyarakat miskin dan tertindas.

Perbincangan berikut tertumpu kepada perincian kepada faktor-faktor bantahan GMPPK terhadap PPBP, iaitu seperti berikut:-

7.6.1 Peningkatan Beban Tugas Doktor Pakar

Dengan pelaksanaan skim ini, antara yang menimbulkan kekhuatiran pihak Gabungan adalah apabila ianya didakwa akan menambahkan beban kerja doktor pakar di hospital kerajaan. Ini kerana selain dari keperluan baru untuk merawat pesakit yang terlibat dalam PPBP, doktor pakar yang memilih untuk menyertai skim ini tidak terlepas dari tanggungjawab untuk turut merawat pesakit biasa yang tidak menyertai PPBP. Bagi GMPPK, ini jelas menunjukkan bahawa beban klinikal besar yang ditanggung oleh sebilangan kecil doktor pakar di hospital kerajaan akan meningkatkan skop dan tugasan mereka.

Gabungan didapati telah menggunakan beberapa pendekatan bagi menyuarakan pandangan berhubung perkara ini. Antaranya adalah menerusi kaedah kaunter-hegemoni apabila suatu kenyataan akhbar misalnya untuk merendah-rendahkan kebaikan program ini telah dikeluarkan pada 7 Ogos 2007. Antara lain pihak Gabungan menggunakan statistik doktor pakar dan juga bilangan pesakit yang mendapatkan rawatan di hospital kerajaan sebagai menjustifikasikan bantahan mereka. Ianya adalah sebagaimana petikan berikut yang diambil dari kenyataan akhbar yang berkenaan iaitu:-

> ".....Kami, Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK) membantah skim FPP ini kerana:-
>
> - Pada takat ini hanya 30% daripada jumlah doktor pakar di Malaysia masih bertugas di Hospital Kerajaan, manakala 70% daripada jumlah kemasukan pesakit adalah ke Hospital Kerajaan;

University of Malaya

- Doktor pakar di Hospital Kerajaan selain daripada menjaga 70% pesakit dalaman di negara. Juga bertangggungjawab mengajar dan melatih doktor yang baru (houseman), doktor yang sedang melatih menjadi doktor pakar dan jururawat yang masih berlatih;
- Pada masa ini, doktor pakar yang sedang bertugas di hospital kerajaan tidak dapat mengawal dengan cukup rapi rawatan pesakit biasa di wad-wad hospital kerajaan kerana beban kerja doktor pakar kerajaan adalah terlalu tinggi....."

(GMPPK, 2007)

Berdasarkan kepada kenyataan akhbar diatas, jelas bahawa GMMPK percaya bahawa beban tugas terutama dikalangan doktor pakar di hospital kerajaan terutama di kalangan doktor pakar adalah amat tinggi. Ini ditambah pula dengan tidak terhad merawat pesakit, mereka juga diberikan beberapa tanggungjawab yang lain. Antaranya adalah melibatkan tugas untuk membimbing dan melatih doktor siswazah dan juga latihan kepada para doktor yang sedang menjalani latihan untuk menjadi pakar. Tugasan ini ditambah lagi dengan kerja-kerja pemantauan yang lain, pada pandangan GMPPK tentu sekali ianya memberikan bebanan tambahan kepada para doktor pakar berkenaan dalam menjalankan tugas dengan lebih berkesan.

Masalah peningkatan beban tugas ini juga akan menyebabkan mereka tidak mempunyai masa yang cukup untuk menjaga semua pesakit dengan baik. Keperluan untuk bertugas selepas waktu pejabat dan juga pada hujung minggu juga boleh menimbulkan beberapa isu lain, seperti kepenatan dan kehilangan fokus. Selain itu, pertumbuhan bilangan pesakit yang terpaksa dirawat oleh mereka juga turut mendapat perhatian Gabungan, sekaligus mencetuskan kekhuatiran khususnya dari aspek peningkatan beban tugas dikalangan doktor pakar. Keprihatinan Gabungan berhubung isu ini umpamanya telah dibangkitkan dengan menggunakan kaedah modal sosial iaitu semasa sesi dialog yang telah diadakan dengan pihak Ketua Pengarah Kesihatan pada 14 Mac 2006. Ianya adalah sebagaimana catatan dari sesi berkenaan seperti berikut:-

"*.....Pada masa ini hanya 30% daripada doktor pakar di Malaysia berkhidmat di hospital-hospital kerajaan, dan beban kerja mereka*

University of Malaya

> *adalah terlalu berat kerana 70% in-patient di Malaysia masih dirawat di hospital-hospital kerajaan.....*" (GMPPK, 2006: 1)

Kaunter-hegemoni terus menjadi pendekatan Gabungan dalam menyuarakan bantahan, Misalnya, suatu memorandum berkait PPBP telah dikemukakan kepada Menteri Kesihatan pada 1 Mac 2010. Gabungan menerusi memorandum tersebut menyatakan bahawa langkah yang diambil oleh kerajaan dengan memperkenalkan PPBP adalah merupakan antara punca utama terhadap kemerosotan kualiti rawatan di hospital kerajaan. Ianya adalah sebagaimana disebutkan GMPPK menerusi memorandum sebagaimana iaitu:-

> ".....Seperti harus diketahui oleh Yang Berhormat Menteri, lebih daripada 70% daripada pesakit yang dimasukkan ke hospital untuk rawatan "*in-patient*" berada di hospital kerajaan. Tetapi hanya 25% daripada pakar di Malaysia masih berada di Hospital Kerajaan....." (GMPPK, 2010: 2)

Penegasan terhadap isu bebanan tugas dikalangan doktor pakar yang berkhidmat di hospital kerajaan turut dikongsi oleh Dr Xavier Jayakumar yang juga merupakan salah seorang ahli Jawatankuasa Pemandu Gabungan menerusi satu wawancara. Beliau dipetik seperti berikut:-

> *"……you must understand that 70% of the population in Malaysia they go for treatment in public hospital. Only 30% of the population goes to private sector for their medical treatment. The man supply is opposite. The government hospitals as now 30% of specialist has to treat 70% of the population. Whereas in the private sector now you had 70% of specialist to treat the 30% of the population. Very huge imbalance and this imbalance purely because of salary and remuneration of the doctors involve…*." (komunikasi peribadi, Mac 15, 2016)

Sesungguhnya berdasarkan kepada statistik yang dikemukakan bahawa hampir 75 peratus pesakit untuk rawatan pesakit dalam terpaksa diuruskan oleh hanya sekitar 30 peratus hingga 25 peratus doktor pakar yang masih kekal berkhidmat di hospital kerajaan, maka amat jelas bahawa ianya merupakan bebanan besar. Apa lagi apabila terdapat doktor pakar di hopsital yang melaksanakan skim PPBP perlu pula merawat

University of Malaya

pesakit berkaitan, dan menyebabkan rawatan pesakit bukan didalam skim PPBP diuruskan oleh lain-lain doktor.

Sesungguhnya keprihatinan GMPPK terhadap pelaksanaan PPBP terkait dengan statistik dan bilangan doktor pakar di hospital kerajaan yang semakin berkurangan disebabkan penghijrahan untuk berkhidmat dengan hospital swasta. Dalam hal ini, pihak GMPPK mengemukakan perangkaan pada tahun 2006 bilamana bilangan doktor pakar yang berkhidmat di hospital-hospital kerajaan adalah sekitar 30 peratus sahaja, berbanding baki 70 peratus dari rakan sejawat mereka berkhidmat di hospital swasta. Angka ini jelas menurut pandangan Gabungan mencerminkan ketidakseimbangan yang amat ketara dari segi sumber manusia antara kedua-dua kategori hospital ini. Tambahan pula pertumbuhan bilangan pesakit dalam yang mendapatkan rawatan di hospital awam dianggarkan sekitar 70 peratus daripada keseluruhan mereka yang menggunakan hospital kerajaan (GMPPK, 2007).

Sungguhpun begitu, kesahihan tentang perangkaan ini boleh dipersoal kerana berdasarkan trend yang dibincangkan sehingga tahun 2006, berdasarkan sumber rasmi kerajaan, statistik menunjukkan nisbah di antara doktor kerajaan dan swasta, masing-masing sekitar 60 peratus dan 40 peratus. Pada tahun 2006, sejumlah 21,937 doktor direkodkan dan dari jumlah tersebut, seramai 13,335 atau (60 peratus) berkhidmat dengan kerajaan dan bakinya iaitu 8,602 (40 peratus) pula disektor swasta.

Disamping itu, dakwaan GMMPK bahawa bahawa 70 peratus doktor pakar didapati berkhidmat di hospital swasta, berbanding 30 peratus sahaja di hospital kerajaan juga didapati kurang tepat. Sebagai contoh, berdasarkan statistik tahun 2006, keseluruhannya terdapat 72 orang pakar kulit, dimana dari jumlah itu, iaitu 43 orang berkhidmat di sektor swasta (60 peratus), 29 orang di hospital Kementerian Kesihatan dan hospital universiti awam (40 peratus) (KKM, Health Facts, 2006).

University of Malaya

Dari satu sudut, mengambilkira statistik tahun 2012, sebagaimana dikemukakan di Parlimen oleh Menteri Kesihatan, Dr S.Subramanian, semasa menjawab pertanyaan lisan Ahli Parlimen Kluang, Liew Chin Tong di Parlimen pada 11 Mac 2014 mendapati situasinya agak bercanggah berbanding dakwaan GMPPK sebelum ini. Dengan mengambilkira statistik tahun 2012, Dr S. Subramaniam melaporkan terdapat seramai 38,718 orang doktor berkhidmat di sektor kerajaan dan swasta. Daripada jumlah tersebut, seramai 27,478 atau 71 peratus adalah doktor yang berkhidmat di sektor kerajaan dan 11,240 atau 29 peratus adalah doktor yang berkhidmat di sektor swasta. Berbanding tahun 2001, jumlah doktor yang berkhidmat di kedua-dua sektor adalah 16,146, dengan 8,615 atau 53.4 peratus doktor di sektor kerajaan dan 7,531 atau 46.6 peratus doktor di sektor swasta (Subramaniam, 2014).

Dr S.Subramaniam menambah lagi bahawa segi jumlah kemasukan pesakit dalam di wad-wad hospital KKM dari tahun 2001 hingga 2012 didapati meningkat sebanyak 42.9 peratus, iaitu daripada 1.63 juta pada tahun 2001 kepada 2.33 juta pada tahun 2012. Manakala bagi hospital swasta pula, statistik yang diperoleh hanyalah mulai tahun 2007, di mana jumlah kemasukan pesakit dalam yang direkodkan adalah 754,378, meningkat 28.7 peratus kepada 971,080 pada tahun 2012. Jurang perbezaan merawat pesakit antara dua sektor ini sememangnya jauh berbeza. Misalnya, dengan mengambil contoh pada tahun 2012, hospital kerajaan menerima kemasukan pesakit sehingga 1.35 juta melebih dari apa yang diterima oleh hospital swasta. Jumlah kemasukan yang dinyatakan diatas merujuk kepada jumlah *encounter* dan bukannya jumlah pesakit.

Situasi yang sama juga berlaku melibatkan kedatangan pesakit luar pula. Hospital-hospital KKM mencatatkan 19.14 juta kedatangan pada tahun 2012 berbanding 9.20 juta pada tahun 2001. Manakala, hospital swasta pula merekodkan sejumlah 2.46 juta kedatangan pesakit luar pada tahun 2007 dan jumlah tersebut meningkat kepada 3.85

University of Malaya

juta pada tahun 2012. Oleh itu kesimpulan GMPPK bahawa hospital kerajaan menerima dan merawat jumlah pesakit yang lebih ramai berbanding hospital swasta sekaligus menyumbang kepada peningkatan beban tugas dikalangan kakitangannya didapati ada kebenarannya.

7.6.2 Isu Akses dan Ekuiti

PPBP adalah merupakan suatu program yang diperkenalkan dengan beberapa sebab (sebagaimana telah dibincangkan dalam bahagian 7.4 Bab ini). Tidak dinafikan bahawa program ini adalah bersifat sukarela dan opsyen untuk menyertainya adalah terpulang kepada pesakit. Sekiranya mereka tidak berkemampuan maka mereka boleh terus memilih kaedah rawatan secara biasa. Cuma, sekiranya mereka mampu maka mereka boleh memilih doktor pakar untuk merawat mereka dan mendapat kualiti yang lebih baik.

Kaedah seumpama ini secara jelas menurut Gabungan telah menyerlahkan sifat berat sebelah program ini serta menafikan hak pesakit terutama dari golongan berpendapatan rendah. Jelas PPBP merupakan program yang menekankan aspek Keupayaan Untuk Membayar (KUM) dan bagi GMPPK ianya adalah menafikan hak terhadap akses dikalangan pesakit serta menjejaskan aspek ekuiti. Ini sekaligus mencerminkan bahawa insentif ekonomi menjadi pertimbangan penting kepada kerajaan berbanding pertimbangan klinikal dan kemanusiaan.

Dalam temubual dengan Setiausaha Gabungan, beliau telah mengkritik pendekatan yang diambil oleh kerajaan ini dengan menyifatkan ianya hanyalah suatu kaedah penyelesaian terhadap masalah dihadapi kerajaan dari segi penghijrahan kakitangan. Namun kerajaan didapati tidak menyelesaikannya dalam konteks yang lebih menyeluruh dan holistik. Sekaligus pada pandangan Gabungan ia hanyalah pendekatan

University of Malaya

yang akhirnya memangsakan pesakit dari golongan orang miskin yang dinafikan hak mereka (komunikasi peribadi, Mac, 28, 2016).

7.6.3 Menjejaskan Kualiti Perkhidmatan Kesihatan

Pihak Gabungan berpandangan bahawa kewujudan skim ini akan menjejaskan kualiti rawatan pesakit, terutama mereka yang tidak terlibat dengan PPBP. Ini adalah kerana sebahagian besar daripada doktor pakar yang senior akan lebih fokus untuk merawat pesakit berbayar penuh atas faktor mereka akan memperolehi pendapatan tambahan daripada kategori pesakit ini. Gabungan didapati telah mengemukakan pandangan mereka dipelbagai medium. Antaranya adalah menerusi sesi dialog dengan pihak Ketua Pengarah Kesihatan pada 14 Mac 2006. Ini merupakan antara contoh dimana modal sosial digunakan. Boleh juga dikatakan bahawa unsur PeAB telah berlaku disini.

Dalam sesi dialog ini, pihak Gabungan menyatakan bahawa berdasarkan skim serupa yang telah dilaksanakan di PPUM dan PPUKM terdapat laporan berhubung kemerosotan kualiti perkhidmatan. Ianya dapat dipetik daripada laporan sesi dialog berkenaan yang disediakan GMPPK, iaitu seperti berikut:-

> ".....Pelaksanaan skim wad swasta di Hospital Universiti dan UKM Cheras sejak tahun 1998 telah menjejaskan kualiti rawatan pesakit biasa....." (GMPPK, 2006: 1)

Sungguhpun Gabungan dalam kenyataan diatas merujuk terhadap kemorosotan kualiti perkhidmatan yang diterima pesakit di kedua-dua buah hospital tersebut lanjutan daripada pelaksanaan skim wad swasta, namun tiada sebarang perincian atau bukti yang dikemukakan.

Tidak terhenti setakat itu, Gabungan terus menggunakan isu ini sebagai antara sebab utama di sebalik bantahan mereka terhadap pelaksanaan PPBP di hospital kerajaan. Misalnya, menerusi memorandum kepada Menteri Kesihatan bertajuk Batalkan Skim

University of Malaya

Full Paying Patient bertarikh 1 Mac 2010, Gabungan secara jelas menyalahkan skim ini sebagai punca utama kepada kemerosatan rawatan di hospital kerajaan. Ianya adalah sebagaimana kenyataan Gabungan menerusi memorandum tersebut iaitu:-

> "....**Punca Utama Kemerosotan Kualiti Rawatan di Hospital Kerajaan**
>
> Seperti harus diketahui oleh Yang Berhormat Menteri, lebih daripada 70% daripada pesakit yang dimasukkan ke hospital untuk rawatan "*in-patien*t" berada di hospital kerajaan. Tetapi hanya 25% daripada pakar di Malaysia masih berada di Hospital Kerajaan. Oleh kerana ini, tiada bimbingan dan kawalan yang mencukupi di hospital-hospital kerajaan. Doktor yang sedang latih terpaksa menangani ramai kes tanpa pengalaman dan bantuan doktor yang lebih matang. Inilah punca utama untuk kemerosotan kualiti rawatan dihospital-hospital kerajaan....." (GMPPK, 2010: 2)

Berdasarkan kenyataan diatas, Gabungan bimbang dan prihatin terhadap nasib doktor pakar muda apabila mereka terpaksa mengambilalih kerja-kerja yang sepatutnya menjadi tanggunggjawab doktor pakar. Ini menyebabkan doktor pakar yang lebih muda dan kurang berpengalaman terpaksa mengendalikan kes-kes yang lebih kompleks, berbanding doktor pakar yang lebih kanan meluangkan masa merawat pesakit berbayar penuh. Ini sekaligus pada pandangan Gabungan berpotensi menjejaskan kualiti rawatan akibat dari doktor pakar muda yang kurang berpengalaman. Sekaligus GMPPK berpendirian bahawa situasi ini hanya memberikan tekanan dari segi pertimbangan dan keputusan klinikal dikalangan doktor muda ini, sekaligus meletakkan nyawa pesakit dalam keadaan yang terancam.

Selain itu, sebagaimana yang telah diterangkan sebelum ini, pihak Gabungan mengemukakan fakta bahawa doktor pakar di hospital kerajaan terpaksa merawat hampir 70 peratus pesakit dalaman. Mengambilkira keupayaan doktor pakar di hospital kerajaan adalah sekitar 30 peratus sahaja, selain perlu juga melaksanakan lain-lain tugasan, maka bagi GMPPK ini hanya mendorong kepada terjejasnya kualiti rawatan kepada pesakit. Perkara ini turut ditekankan dalam resolusi berhubung perkara ini yang

University of Malaya

dikemukakan GMPPK kepada Perdana Menteri, Abdullah Ahmad Badawi pada tahun 2007. Antara lain Gabungan sebagaimana dipetik dari resolusi berkenaan menyebut seperti berikut:-

> ".....bahawa kecenderungan merawat pesakit bayar penuh hanya menyebabkan kualiti rawatan bagi pesakit biasa akan dikompromi....." (GMPPK, 2007: 1)

Antara yang turut dihujahkan oleh Dr Xavier dalam wawancara dengan beliau adalah PPBP akan menyumbang kepada isu dari segi kemerosotan kualiti perkhidmatan kesihatan di hospital kerajaan. Ianya adalah sebagaimana dinyatakan oleh beliau seperti berikut:-

> "……..*Our argument against private wings is this. As the doctors don't have enough time to pay attention to the patient in public sector. So we argued even in government hospital not enough time to look after all the patient who came to the hospital and now if you put the private wing, the private wing will pressuring the specialist, hey I'm paying you and why you are not come and see me and that will jeopardize the public health services also that's mean you not pay attention to the need of the public as far as doctor are concern*…." (komunikasi peribadi, Mac, 15, 2016)

Pelaksanaan PPBP pada pandangan GMPPK juga akan memberi kesan yang serius terhadap sistem kesihatan dua lapis sediada. Sistem dua lapis adalah merupakan suatu sistem dimana perkhidmatan kesihatan asas disediakan oleh pihak kerajaan. Manakala rawatan sekunder pula lazimnya mengenakan bayaran yang lebih tinggi, dan disasarkan kepada mereka yang berkemampuan, dengan kualiti perkhidmatan yang lebih baik dan akses yang lebih cepat. Rawatan ini lazimnya disediakan oleh pihak swasta.

Bagaimana pelaksanaan PPBP boleh memberikan kesan terhadap sistem dua lapis sediada adalah sebagaimana diterangkan oleh Jeyakumar semasa mesyuarat agung MMA pada tahun 2005. Kesan ketara ini dijangka akan berlaku disebabkan oleh ketidakseimbangan dari segi sumber sediada, khususnya melibatkan doktor pakar (MMA, 2005). Menerusi usul yang telah dikemukakan itu, Jeyakumar menekankan

University of Malaya

betapa kemungkinan akan wujud percanggahan konflik dalam pelaksanaan perkhidmatan ini dimana kesan darinya hanya akan menjejaskan tahap rawatan dan perkhidmatan kepada pesakit yang tidak terlibat.

Malahan melalui usul tersebut juga kerajaan telah digesa untuk melaksanakan kajian terperinci terhadap kesan daripada pelaksanaan sayap swasta di PPUM dan PPUKM, yang dilihat agak mirip dengan PPBP. Keputusan dari kajian ini sewajarnya dimaklumkan secara telus kepada profesion perubatan dan juga awam, sebelum keputusan selanjutnya terhadap pelaksanaan PPBP diteruskan atau sebaliknya (Devaraj, 2005). Sebagaimana ditegaskan Jeyakumar diakhir pembentangan usul ini, keprihatinan paling utama beliau adalah implikasi terhadap pesakit yang kurang berkemampuan dan miskin dalam menikmati akses terhadap perkhidmatan kesihatan berkualiti dari doktor pakar terbaik. Ini dikhuatiri terjejas apabila PPBP dilaksanakan kelak. Ianya adalah kerana doktor pakar berpengalaman yang terlibat dalam PPBP dijangka berkecenderungan untuk lebih menumpukan masa dan perhatian merawat pesakit PPBP yang memberi manfaat kewangan langsung kepada mereka.

Keseriusan Gabungan dalam membangkitkan hujahan terhadap faktor ini terserlah khususnya semasa dialog dengan Ketua Pengarah Kesihatan di Putrajaya yang telah diadakan pada 14 Mac 2006. GMPPK menarik perhatian pihak Kementerian Kesihatan terhadap maklumat yang diperolehi mereka berhubung pelaksanaan skim wad swasta di Pusat Perubatan Universiti Malaya dan Hospital Universiti Kebangsaan Malaysia Cheras sejak tahun 1998 yang difahamkan telah menjejaskan kualiti rawatan pesakit biasa. Perkara yang sama dikhuatiri akan berlaku jika skim ini dilaksanakan kelak di hospital kerajaan. Penumpuan para doktor pakar untuk merawat pesakit berbayar dibimbangi GMPPK menyebabkan pengabaian terhadap rawatan pesakit biasa, memandangkan insentif kewangan tambahan yang boleh diperolehi dari penglibatan

University of Malaya

mereka menerusi skim tersebut tentu sekali mempengaruhi tingkahlaku dan kelakuan seseorang doktor pakar (GMPPK, 2006). Ini ditegaskan sekali lagi oleh Setiausaha Gabungan dalam satu kenyataan kepada media sebagaimana berikut:-

> "…..*The FPPS can affect the quality of care received by ordinary patients who cannot afford to pay more and it also does not allow specialist doctors to get enough rest," Dr Jeyakumar told reporters here……*" ("*Review before expansion*", 2016)

Dalam hal yang sama, berdasarkan wawancara dengan seorang lagi doktor pakar yang berkhidmat di Pusat Perubatan Universiti Malaysia (PPUM) terhadap kemungkinan senario ini berpotensi untuk berlaku, menurut beliau ianya tetap ada. Antara lain beliau menyebut bahawa kemungkinan bagi doktor-doktor muda untuk melakukan kesilapan dalam menyediakan rawatan lebih tinggi akibat kurangnya penyeliaan dari doktor pakar. Ini adalah sebagaimana disebut beliau iaitu *"....no junior doctor can make mistake without being detected...*" (komunikasi peribadi, Oktober 13, 2016). Ternyata bagi beliau kesan buruk khususnya melibatkan aspek kemerosotan kualiti perkhidmatan ekoran dari pelaksanaan program PPBP tetap wujud. Soalan yang boleh dibangkitkan disini adalah bukankah doktor pakar yang lebih kanan yang akan mengesan kesilapan doktor muda dan sekiranya tumpuan yang lebih diberikan doktor pakar kepada aspek yang lain ini akan menjejaskan kualiti perkhidmatan doktor muda. Apatah lagi profesion kedoktoran adalah mengenai nyawa.

7.6.4 Menjejaskan Program Latihan

Menurut GMPPK, pelaksanaan skim ini di hospital berpakar kerajaan secara tidak langsung akan memberi kesan terhadap sistem latihan dan program peningkatan kompetensi dikalangan kakitangan perubatan. Pada pandangan pihak Gabungan, penglibatan dikalangan doktor pakar yang menyertai PPBP akan mengakibatkan lebih banyak masa akan ditumpukan bagi merawat pesakit berbayar penuh dan menyebabkan tugasan membimbing dan melatih doktor siswazah dan juga doktor yang sedang

University of Malaya

menjalani latihan kepakaran akan terjejas. Komitmen tambahan yang ada ini sedikit sebanyak menurut GMPPK akan mengalihkan perhatian dan fokus doktor pakar yang berkaitan dalam memastikan aspek latihan dan peningkatan kompetensi di kalangan doktor akan dikompromi.

Keprihatinan Gabungan dalam soal ini didapati telah dikemukakan menerusi beberapa medium. Antaranya adalah menerusi kenyataan akhbar GMPPK bagi mendesak kerajaan untuk membatalkan skim rawatan swasta di hospital kerajaan yang dikeluarkan pada 7 Ogos 2007. Antara lain Gabungan dipetik sebagai berikut:-

> ".....Minat doktor pakar dalam memberi bimbingan dan latihan kepada doktor yang sedang berlatih dibawah mereka juga akan disekat....." (GMPPK, 2007)

Berdasarkan kenyataan diatas, ianya menggambarkan kekhuatiran pihak Gabungan bahawa langkah kerajaan ini akan menyebabkan sebilangan doktor pakar yang terlibat merawat pesakit dibawah skim PPBP akan hilang minat bagi memberikan latihan dan bimbingan kepada doktor pelatih dan doktor yang sedang menjalani latihan kepakaran. Ini dilihat Gabungan berpotensi untuk menjejaskan kualiti doktor yang bakal dilahirkan sekaligus meletakkan nyawa pesakit dalam situasi yang bahaya.

Gabungan juga telah menyerahkan memorandum kepada Perdana Menteri berhubung bantahan terhadap pelaksanaan PPBP. Meskipun bersetuju dalam beberapa aspek dengan kerajaan, namun GMPPK turut mengingatkan kerajaan terhadap kesan negatif skim ini. Antara yang dibangkitkan adalah berhubung dengan aspek latihan dan bimbingan kepada doktor pakar muda dan doktor pelatih. Ini adalah sepertimana yang dipetik dari memorandum berkenaan iaitu:-

> ".....Usaha melatih dan membimbing doktor siswazah (houseman) dan juga doktor yang sedang latih menjadi pakar akan diperlemahkan

University of Malaya

> kerana sebahagian daripada pakar menumpukan perhatian mereka pada rawatan pesakit swasta....” (GMPPK, 2007: 1)

Isu yang sama turut dinyatakan menerusi memorandum dari pihak Gabungan kepada Menteri Kesihatan. Antara lain memorandum tersebut mengatakan bahawa:-

> “....Bimbingan untuk doktor siswazah dan doktor yang sedang berlatih telah merosot kerana doktor pakar tidak ada masa untuk mengajar doktor-doktor yang sedang berlatih....” (GMMPK, 2010: 1)

Keprihatinan Gabungan dalam perkara ini didapati turut dikemukakan oleh Ahli Jawatankuasa Pemandunya, Dr Xavier dalam satu wawancara. Beliau khuatir bahawa PPBP akan menyumbang kepada kehilangan tenaga pengajar di kalangan doktor pakar yang berperanan sebagai pengajar iaitu sesuatu yang hanya dilaksanakan di hospital kerajaan. Dalam hal ini beliau dipetik sebagai:-

> “……*They not only losing specialist into the private sector, but also they going to lose teachers. In the public sector for example when you are professor of medicine or assistant professor of medicine or you are chief clinician you teach the student and you teach the students at the same time. If this people goes to private sector and you don’t have enough teachers to teach and it his is very important in the medical faculty*….” (komunkasi peribadi, Mac 15, 2016)

Pihak Gabungan sebagaimana kenyataan menerusi memorandum yang dinyatakan diatas telah mendakwa bahawa berlaku kemerosotan melibatkan aspek latihan kepada doktor diswazah dan doktor yang sedang menjalani kepakaran ekoran daripada pelaksanaan program ini secara projek perintis di Hospital Selayang dan Hospital Hospital Putrajaya. Walau bagaimanapun tidak terdapat sebarang statistik ataupun data yang dikemukakan bagi menyokong dakwaan yang telah dilakukan.

7.6.5 Menjejaskan Semangat Bekerja Dalam Pasukan

Perkhidmatan pesakit bayar penuh tidak melibatkan semua hospital kerajaan dan kakitangan, Sebaliknya hanya hospital berpakar yang mempunyai kemudahan

University of Malaya

bersesuaian dan mencukupi, dengan kemudahan pusat rawatan ambulatori sahaja dibolehkan untuk melaksanakannya. Berbanding 132 buah hospital dibawah Kementerian Kesihatan (statistik tahun 2013), hanya 42 buah hospital sahaja yang telah dibenarkan untuk pelaksanaan PPBP, termasuklah dua buah yang telah berjalan sejak tahun 2007, lapan buah mulai tahun 2017 dan 32 buah lagi dalam fasa seterusnya.

Tambahan pula hospital-hospital yang terlibat ini kebanyakannya terletak di bandar-bandar besar. Dalam hal ini, pihak Gabungan bimbang bahawa ianya akan menyebabkan ketidaseimbangan dikalangan doktor pakar di hospital kerajaan apabila insentif kewangan ditawarkan PPBP dilihat menjadi pendorong untuk mereka berkhidmat di hospital yang ada perkhidmatan ini sahaja.

Peluang menambahkan pendapatan yang disediakan oleh PPBP juga dibimbangi akan menyebabkan doktor pakar berebut untuk bekerja di bandar besar sebab ada ramai golongan kaya yang boleh memohon mendapatkan rawatan swasta, sekaligus kepentingan pesakit biasa dan miskin dipinggirkan. Ini adalah sebagaimana kenyataan akhbar pada 7 Ogos 2007 iaitu:-

> "..... Doktor pakar juga akan berebut untuk berkhidmat di bandar-bandar besar kerana hanya di bandar besar terdapat golongan kaya yang boleh memohon rawatan swasta di hospital kerajaan....." (GMPPK, 2007).

Situasi ini menurut GMPPK lagi akan menyebabkan berlakunya situasi tidak puas hati terutama dikalangan doktor-doktor yang muda yang mungkin tiada peluang untuk menyertainya kerana ditempatkan di hospital-hopsital diperingkat daerah yang tidak mempunyai PPBP atau juga disebabkan mereka belum lagi menjadi doktor pakar. Kekhuatiran ini ditimbulkan kembali oleh GMPPK pada tahun 2016 apabila kerajaan mengumumkan perluasan pelaksanaan PPBP di lapan buah hospital kerajaan mulai Januari 2017, seperti berikut:-

University of Malaya

> "…..*He said was also feared that the implementation of FPPS would make government medical specialists refuse to serve in rural areas as they could not make extra money in these areas…..*" ("*Review before expansion*", 2016)

Ketidakpuasanhati juga akan timbul dikalangan doktor pakar terutama dikalangan mereka yang tidak mahu menyertai atau tidak terlibat dalam skim PPBP. Ini adalah kerana mereka terpaksa menanggung kerja-kerja yang diabaikan oleh doktor pakar yang terlibat dalam skim PPBP. Pandangan ini diidapati telah digunakan oleh pihak Gabungan sebagai menzahirkan pendapat bahawa PPBP akhirnya mempunyai keburukan terutama dari segi melunturkan semangat kerja berpasukan. Ini telah dinyatakan menerusi Memorandum kepada Menteri Kesihatan yang dikemukakan semasa GMPPK mengadakan demonstrasi serentak di beberapa lokasi di hospital kerajaan sebagai bantahan terhadap PPBP. Antara lain, Gabungan dipetik menerusi memorandum sebagai berikut:-

> ".....Beberapa doktor pakar yang tidak mahu menyertai skim ini terasa tidak puas hati kerana mereka terpaksa menanggung kerja-kerja yang diabai oleh pakar yang menglibatkan diri dalam skim FPPP. Ini membawa kepada kemerosatan semangat kerja berpasukan di kalangan doktor....." (GMPPK, 2010: 1)

Senario yang lebih membimbangkan Gabungan adalah andainya tumpuan dikalangan doktor pakar yang terlibat dalam skim PPBP boleh mengabaikan aspek latihan doktor siswazah dan doktor pelatih kepakaran yang dikhuatiri berupaya menjejaskan aspek latihan mereka disamping menjatuhkan moral. Ini juga dibimbangi menyebabkan tekanan kepada doktor-doktor muda apabila terpaksa mengambilalih pembedahan yang sepatutnya dilaksanakan oleh doktor pakar. Menerusi memorandum yang sama, Gabungan memberikan dimensi yang seperti berikut:-

> ".....Kemahiran seseorang pakar ditumpukan pada pesakit yang boleh membayar dan bukan para pesakit yang ada penyakit yang lebih sukar dirawat. Pakar muda terpaksa menjalankan pembedahan yang lebih besar manakala pakar yang lebih berpengalaman melakukan

University of Malaya

> pembedahan-pembedahan yang kecil untuk pesakit yang boleh membayar....” (GMPPK, 2010: 1)

Di samping itu PPBP diwujudkan dengan matlamat untuk mengekalkan doktor pakar berkhidmat di hospital kerajaan dan salah satu daripada insentif ditawarkan adalah dari segi peluang menambah pendapatan. Sebagaimana diterangkan sebelum ini, suatu nisbah pembahagian pendapatan yang diterima dari PPBP antara doktor pakar dan kerajaan telah diterangkan secara jelas dalam garis panduan pelaksanaan PPBP. Walaubagaimanapun, hanya doktor pakar sahaja yang berkelayakan terhadap pendapatan ini. Manakala lain-lain kakitangan sokongan, samada jururawat dan lain-lain kakitangan yang turut terlibat semasa prosedur rawatan atau pembedahan tidak diberikan sebarang imbuhan. Sesungguhnya ini boleh menimbulkan rasa tidak puas hati sekaligus menjejaskan semangat bekerja dalam pasukan.

Tambahan pula, di hospital berpakar itu pun, ianya tidak melibatkan kesemua doktor, sebaliknya hanya melibatkan sebahagian kecil doktor pakar sahaja. Malahan, tidak semua doktor pakar di hospital berpakar itu pula akan bersedia untuk menyertainya. Dalam konteks ini, Gabungan berpendirian bahawa dasar-dasar seumpama ini kelak hanya akan mendatangkan polemik serta menjejaskan semangat kerja berpasukan.

Situasi seumpama ini hanya akan menjejaskan semangat kerja berpasukan terutama melibatkan kalangan doktor lebih muda yang tidak berpeluang menyertai skim ini. Ketidakpuasan hati ini menurut GMPPK bukanlah merupakan suatu perkara yang sihat bagi sebuah organisasi seperti Kementerian Kesihatan, yang bertanggungjawab secara langsung terhadap keselamatan dan nyawa pesakit. Dikhuatiri ianya hanya akan menyumbang kepada konflik lebih besar dan serius dalam persekitaran kerja, khusus dikalangan kakitangan.

University of Malaya

7.6.6 Mendedahkan Kepada Penyelewangan dan Pilih Kasih

Penyediaan penjagaan kesihatan merupakan perkara asasi dan berbeza dengan penyediaan barangan persendirian yang dari segi ekonominya akan efisien menerusi tawaran permintaan dan penawaran. Kecekapan berlaku kerana penjual dan pembeli barangan persendirian diandaikan mempunyai pengetahuan yang sempurna terhadap barangan yang didagangkan. Namun dalam kes penyediaan kesihatan, pesakit yang memerlukan perkhidmatan tidak mempunyai pengetahuan yang sama tentang penyakitnya dan ubat-ubatan yang diperlukan melainkan melalui nasihat dan pandangan doktor. Dengan demikian itu, akan ada kemungkinan berlaku penyelewangan apabila keuntungan menjadi keutamaan para doktor, manipulasi dari segi maklumat tentang penyakit dan ubat-ubatan boleh berlaku. Terutama dalam konteks ini konsep maklumat asimetrik sering digunakan dalam bidang ekonomi, yang mana pesakit dan doktor tidak mungkin mempunyai maklumat yang sama pada setiap tahap.

Kekhuatiran pihak Gabungan terhadap kemungkinan perkara ini berlaku tidak boleh diketepikan. Senario dan insiden seperti doktor pakar meminta pesakit menjadi "pesakit bayar penuh" sekiranya mahu mendapatkan rawatan dengan segera atau atas lain-lain sebab boleh sahaja berlaku. Apa yang menjadi kerisauan GMPPK adalah terhadap kecenderungan dikalangan doktor pakar yang tidak beretika untuk mengambil kesempatan menyampaikan maklumat yang tidak tepat bagi mempengaruhi mereka berdaftar mendapat perkhidmatan PPBP.

Kegusaran ini telah dinyatakan GMPPK dalam beberapa medium, umpamanya menerusi surat bertarikh 12 April 2006 kepada Menteri Kesihatan. Malahan, isu yang sama telah dibangkitkan GMPPK dalam sesi dialog dengan Ketua Pengarah Kesihatan di Putrajaya pada 14 Mac 2006. Gabungan menerusi laporan yang disediakan sejurus

University of Malaya

dialog tersebut serta surat kepada Menteri Kesihatan bagi memohon tarikh temujanji telah dipetik sebagai berikut:-

> ".....Wujudnya kemungkinan penyelewangan seperti meminta pesakit menjadi "full-paying" jika mahu dapat rawatan segera dll akan berlaku..." (GMPPK, 2006: 1)

Susulan daripada sesi dialog tersebut, sebagaimana dinyatakan menerusi surat kepada Ketua Pengarah Kesihatan bertarikh 30 Mac 2006, Gabungan didapati telah turut menyuarakan kebimbangan terhadap sejauh manakah penyelewangan dapat dipastikan tidak berlaku. Sungguhpun Ketua Pengarah menyatakan bahawa ada garis panduan disediakan untuk memastikan perkara ini dari berlaku, GMPPK mengemukakan beberapa persoalan. Antaranya adalah dimanakah Garis Panduan itu? Siapakah pihak yang akan menguatkuasakan garis panduan ini di semua hospital di seluruh negara (GMPPK, 2006).

Kebimbangan Gabungan bahawa skim ini berpotensi untuk disalahguna diperkuatkan lagi hasil daripada tinjauan yang dilakukan oleh wartawan *The Sun Daily*. Menerusi satu laporan diakhbar berkenaan pada 26 Mei 2014, skim ini dilaporkan telah disalahguna oleh segelintir doktor pakar kanan yang dikatakan memberikan fokus berlebihan merawat pesakit dari skim ini semasa waktu pejabat, berbanding peraturan yang menetapkan ianya dilakukan selepas waktu pejabat.

Menurut laporan tersebut terdapat dakwaan khususnya doktor pakar, terutama pakar bedah, sakit puan dan tuan misalnya mampu menperolehi pendapatan sehingga RM500,000 setahun dengan merawat pesakit skim PPBP serta melakukan lokum di klinik swasta. Malahan, ada diantaranya dikatakan merawat antara 2,000 hingga 3,000 pesakit setahun, dengan sebahagian besar rawatan dilakukan semasa waktu pejabat, sehingga mengabaikan tanggungjawab mereka untuk merawat pesakit yang tidak turut

University of Malaya

serta dalam skim PPBP. Sumber terhadap laporan ini mendakwa ianya berlaku di PPUM, PPUKM, Hospital Putrajaya dan Hospital Selayang (Cruez, 2014).

Apabila diajukan persoalan ini, Pengarah PPUM, Prof Datuk Dr Ikram Shah Ismail mengulas seperti berikut:-

> "*.....UMMC director Prof Datuk Dr Ikram Shah Ismail said its private wing, the University Malaya Specialist Centre(UMSC), has been in operation for 10 years.*
>
> *We have strict regulations governing doctors practicing in the private wing. They are allowed only three sessions a week and that too, only in the aftrernoon and after office hours.*
>
> *Many a time, the doctors can have only one or two sessions a week due to the heavy commitment at UMMC, he said adding that doctors are not allowed to transfer patients from UMMC to UMSC.*
>
> *Asked if there were doctors who have been found to have violated the regulations, Ikram said there had been cases.*
>
> *Yes, we have suspended the doctors, he said, without giving any statistics.*
>
> *We are strict on this matter and will not hesitate to take action on those who flout the terms and conditions, he said adding that doctors who practised in the private wing do not take home all the money they get as they also contribute towards the department and for the training of junior doctors...*" (Cruez, 2014)

Penegasan terhadap isu ini turut diutarakan oleh Presiden *Malaysian Medical Association* pada masa itu. Datuk Dr N.K.S Tharmaseelan menegaskan bahawa, "*....specialists should not abuse the noble scheme, or else the government may have to scrap it...*" (Cruez, 2014).

Haridas (2016), seorang ahli Aliran memberi amaran bahawa kemungkinan berlaku pilih kasih dan salah guna ekoran dari pelaksanaan PPBP adalah sesuatu yang tidak boleh diketepikan. Beliau menegaskan bahawa ianya adalah sesuatu bersifat pilih kasih, terutama kepada pesakit yang tidak berkemampuan. Ini kerana mereka yang

University of Malaya

berkemampuan dan menyertai skim ini akan mempunyai peluang memilih doktor pakar terbaik dan menafikan hak dan akses kepada pesakit yang kurang mampu (Haridas, 2016).

Berdasarkan keterangan-keterangan diatas, maka bagi pihak Gabungan bukanlah sesuatu yang mustahil penyelewangan dan salahguna terhadap skim ini boleh berlaku. Ianya terbukti sebagaimana dilaporkan berlaku di *University Malaya Specialist Centre* (UMSC) dengan mengambilkira tarikan dari segi insentif kewangan menjadi penyumbang utama.

Namun demikian, pihak kerajaan yakin perkara ini tidaklah terlalu serius sebagaimana yang didakwa oleh pihak Gabungan. Sungguhpun tidak menafikan ada kes melibatkan penyelewangan, tetapi ianya bersifat terpencil dan tindakan secara pentadbiran telah diambil. Lagipun sebagaimana yang telah diterangkan dalam peringkat awal bab ini, suatu garis panduan dan mekanisme telah diwujudkan dan satu sistem pemantauan juga telah tersedia (KKM, 2015).

7.6.7 Ketelusan dan Keterbukaan Kerajaan

Elemen utama dalam demokrasi substantive dan PeAB adalah penekanan terhadap keterlibatan rakyat dan kumpulan masyarakat dalam hal berkaitan kepentingan mereka. Ternyata kelemahan elemen ini dalam konteks sistem politik dan pentadbiran negara adalah sesuatu yang mengecewakan Gabungan. Sebagaimana yang berlaku dalam isu komersialisasi dan penswastaan perkhidmatan kesihatan serta cadangan pembaharuan terhadap sistem pembiayaan kesihatan, isu berhubung ketelusan pihak kerajaan dalam pelaksanaan PPBP turut berbangkit. GMPPK mendakwa bahawa kerajaan didapati mengambil pendekatan berahsia dan tidak bersedia untuk berunding dan berdialog dengan pihak berkepentingan, terutama rakyat dan kumpulan masyarakat madani.

University of Malaya

Isu ketelusan kerajaan dalam pelaksanaan PPBP telah dibangkitkan oleh Setiausaha GMPPK yang juga pada masa tersebut adalah Ahli Parlimen Sungai Siput di Parlimen. Antara lain petikan persoalan beliau sebagaimana dimuatnaik didalam laman web Aliran pada 15 Disember 2009 adalah seperti berikut:-

> ".....Saya telah dapat suatu jawapan daripada Kementerian Kesihatan bertarikh 3 Disember 2009 yang mengatakan hasil kajian pelaksanaan Skim FPP adalah menggalakkan dimana kedua-dua pihak yang ditemubual iaitu pakar perubatan dan pesakit yang memilih skim FPP ini berpuas hati dengan perkhidmatan yang dilaksanakan. Tuan Pengerusi, ini tidak masuk akal kerana temubual adalah terhadap dua pihak yang beruntung dalam skim ini. Mengapa doktor-doktor pakar yang tidak ambil bahagian dalam skim ini tidak ditemubual untuk dapat tahu samada beban kerja mereka meningkat atau tidak Adakah mereka puas dengan skim ini? Kenapa doktor-doktor yang sedang latih tidak ditemubual untuk mendapat tahu samada latihan dan bimbingan mereka terjejas oleh penglibatan doktor pakar dalam skim ini? Mengapa pesakit di wad biasa tidak ditemubual untuk dapat tahu persepsi mereka?
>
> Ini bukan suatu kajian yang profesional atau pun telus. Ini berat sebelah Dato Pengerusi.
>
> Dalam jawapan yang diberi pada 3 Disember 2009 ada juga disebut bahawa skim FPPP akan dilaksanakan di empat lagi hospital di Malaysia. Ini bukan munasabah. Kajiannya bukan profesional, bukan telus tetapi mahu melaksanakan skim ke hospital-hospital lain. Ini adalah pemecahan amanah yang diberi oleh rakyat, dan ramai akan marah dengan kerajaan jika ini diteruskan begini....." (Aliran.com, 2009)

Kenyataan diatas membuktikan betapa pihak Gabungan tidak berpuashati dengan penjelasan serta tindakan yang diambil oleh kerajaan. Tanpa memastikan segala persoalan yang dikemukakan terjawab, pihak kerajaan sebaliknya dilihat begitu teruja untuk memperluaskan pelaksanaan skim PPBP di lain-lain hospital. Ketelusan dan keterbukaan kerajaan dalam menguruskan isu ini disuarakan oleh Gabungan apabila tanpa sebarang isyarat kerajaan telah melaksanakan PPBP di lapan buah lagi hospital 1 Januari 2017.

University of Malaya

Penentangan GMPPK terhadap langkah yang diumumkan oleh kerajaan telah diterjemahkan apabila suatu memorandum bantahan yang dihantar menerusi Parti Sosialis Malaysia. Pendirian PSM adalah didapati selari dengan pendirian GMPPK memandangkan yang mengemukakanya adalah Setiausaha GMPPK sendiri iaitu Dr Jeyakumar Devaraj yang juga merupakan Ahli Majlis Pusat PSM. Memorandum ini didapati telah dikemukakan kepada kerajaan pada bulan Disember 2016 ("*Review before expansion*", 2016).

Kekecewaan GMPPK terbahadap pendekatan kerajaan yang dilihat tidak terbuka melibatkan cadangan perluasan perlaksanaan program PPBP turut disentuh menerusi Memorandum kepada Menteri Kesihatan yang dikemukakan pada tahun 2010. Antara yang dinyatakan Gabungan menerusi tajuk kecil "Pendekatan Kerajaan yang mengecewakan" itu antara lain adalah seperti berikut:-

> ".....Tetapi tanpa membentang sebarang kajian, Kementerian Kesihatan telah mengumumkan bahawa skim FPP akan diluaskan kepada 4 buah hospital; lagi termasuk Hospital Sultanah Bahiyah.
>
> Dalam jawapan bertulis bertarikh Disember 2009, Menteri Kesihatan telah memberitahu bahawa oleh kerana pakar dan pesakit yang ambil bahagian dalam skim FPP puas hati, Kementerian Kesihatan telah memutuskan bahawa skim FPP adalah suatu skim yang baik dan harus diluaskan kepada semua hospital kerajaan yang mempunyai pakar.
>
> Pendekatan seperti yang dicerminkan dalam perkara-perkara di atas jelas menunjukkan bahawa kerajaan amat tidak serius terhadap tanggungjawab moral menjaga dan memupuk kualiti rawatan untuk peskait yang bergantung kepada hospital awam...." (GMPPK, 2010: 1-2)

Ini didapati senada dengan pandangan Ahli Jawatankuasa GMPPK, Dr Xavier apabila perkara yang sama dibangkitkan menerusi temubual dengan beliau. Antara lain beliau melihat bahawa sikap dan pendekatan kerajaan dalam berinteraksi dengan kumpulan masyarakat madani perlu berubah. Sungguhpun libaturus itu berlaku namun

University of Malaya

ianya tidak secara menyeluruh dan dilihat terpisah-pisah. Kenyataan beliau semasa temubual dipetik seperti berikut:-

> "……*Malaysian government does not have a track record of having engage with the civil society and the public, their record on that is very weak. They don't regard civil society, NGO and public as partner for them. They decide when they sit in the committee is only the kementerian people who are there, or university people who also under them anyway, dia orang dudud-duduk sama-sama bincang tanpa ada suara dari luar dan keanggotaan dari NGOo dan civil society …When they engage with us they engage separately and not in totality*….."(komunikasi peribadi, Mac 15, 2016)

Meskipun terdahulu kerajaan menerusi sesi dialog dengan pihak Gabungan pada 14 Mac 2006 meminta agar masyarakat awam memberi kepercayaan diatas ketelusan Kementerian Kesihatan melaksanakan tugasnya, namun beberapa tindakan KKM sebelum ini menurut pandangan Gabungan jelas membuktikan sebaliknya. Ini merujuk kepada beberapa siri penswastaan perkhidmatan kesihatan yang terus dilakukan oleh kerajaan serta perluasan komersialisasi perkhidmatan kesihatan di negara ini yang terus berlaku.

7.7 Cadangan GMPPPK Kepada Kerajaan

GMPPK tidaklah hanya sekadar menjalankan kegiatan dan aktiviti membantah pelaksanaan PPBP, sebaliknya turut mengemukakan enam cadangan kepada kerajaan berhubung isu PPBP ini seperti berikut:-

7.7.1 Membatalkan atau Menangguhkan PPBP

GMPPK telah mendesak kerajaan secara tegas untuk samada menangguhkan atau membatalkan pelaksanaan PPBP di hospital kerajaan. Usul ini didapati telah disampaikan menerusi pelbagai medium. Jeyakumar semasa membentangkan usul berkenaan perkara ini dalam mesyuarat agung tahunan MMA pada tahun 2005 didapati menggunakan perkataan yang menggambarkan penangguhan terhadap pelaksanaannya. Usul tersebut bertajuk *To Deter The Institution of Private Practice in Government*

University of Malaya

Hospitals dilihat menggambarkan sikap yang lebih diplomatik apabila kerajaan digesa lebih berhati-hati sebelum mengambil tindakan konkrit melaksanakannya, dengan terlebih dahulu kajian secara mendalam terhadap kesannya dilakukan (MMA, 2005).

Walaubagaimanapun, nada pihak Gabungan didapati semakin keras dalam beberapa tahun yang berikutnya. Semasa memberikan kenyataan akhbar selepas mengetuai kempen pengedaran risalah bantahan PPBP peringkat kebangsaan di Kuala Lumpur pada bulan Februari 2006, Gabungan juga didapati mengeluarkan kenyataan akhbar pada 17 Ogos 2007 bagi mencadangkan pembatalan program ini sepenuhnya (GMPPK, 2007). Gesaan yang sama didapati secara konsisten disuarakan oleh GMPPK semasa sesi dialog dengan Ketua Pengarah Kesihatan Malaysia pada 14 Mac 2006. Momentum untuk menekan kerajaan untuk akur dengan permintaan mereka didapati terserlah menerusi resolusi 10 Ogos 2007 yang dikemukakan kepada Perdana Menteri ketika itu, Abdullah Ahmad Badawi (GMPPK, 2007).

Piket dan demontrasi sebagai manifestasi terhadap penggunaan pendekatan kaunter-hegemoni oleh Gabungan amat ketara dalam isu ini. Strategi ini telah diadakan pada 12 September 2007 sebaik sahaja PPBP dimulakan sebagai projek perintis di Hospital Selayang dan Hospital Putrajaya. Demonstrasi bantahan ini diadakan di Hospital Selayang dengan hampir 200 orang terdiri dari ahli GMPPK, Jaringan Rakyat Tertindas (JERIT), kumpulan pelajar, ahli PSM, PKR, PAS dengan kemuncaknya seramai 15 orang wakil dari GMPPK telah diberikan kebenaran bertemu Timbalan Pengarah Hospital Selayang, Dr Zainab Ramli untuk menyampaikan memorandum tersebut. Malahan berdasarkan laporan yang disediakan oleh Sivaranjini dari Sekretariat JERIT terhadap program ini, Dr Zainab didapat dipetik sebagai sebagai berkata bahawa pihak beliau sendiri tidak bersetuju dengan program ini, namun tidak boleh berbuat apa-apa melainkan menurut arahan pihak atasan. Apa yang beliau boleh lakukan adalah dengan

University of Malaya

hanya memanjangkan memorandum daripada GMPPK kepada pihak berkenaan untuk tindakan seterusnya ("Hentikan skim full", 2007).

Bagi Gabungan, pembatalan skim PPBP bagi GMMPK adalah penting khususnya bagi menjaga kepentingan masyarakat yang berpendapatan rendah dan sederhana, dimana 70 peratus keluarga Malaysia adalah terdiri daripada kelompok ini dengan pendapatan bulanan sekeluarga kurang daripada RM3,500 sebulan (GMPPK, 2007) . Lagi pula kemerosotan kualiti rawatan melibatkan lapisan masyarakat ini juga antara hujah digunakan GMPPK dalam menggesa pembatalan skim ini.

Lanjutan dari kesan-kesan negatif yang telah disenaraikan menerusi memorandum kepada Menteri Kesihatan bertajuk Batalkan Skim Full Paying Patient, GMPPK didapati mengesyorkan pihak kerajaan untuk membekukan segala cadangan untuk melancarkan skim PPBP di hospital-hospital yang lain. Gesaan ini timbul susulan susulan daripada maklumat yang diterima oleh Jeyakumar semasa jawapan lisan di Parlimen yang diberikan oleh Menteri Kesihatan ketika itu, Liow Tiong Lai.

7.7.2 Melaksanakan Kajian Secara Bebas

Usul supaya kerajaan melaksanakan kajian bagi menilai keberkesanan pelaksanaan skim sayap swasta di PPUM dan HUKM yang dilihat mirip kepada PPBP, sebelum ianya dilaksanakan di hospital kerajaan didapati telah dicadangkan oleh GMPPK menerusi beberapa platform. Ini adalah samada melibatkan komunikasi dengan kumpulan masyarakat madani yang lain, atau dengan pihak kerajaan sendiri dan malahan dengan pihak awam.

Jeyakumar menerusi usul kepada mesyuarat agung tahunan MMA pada tahun 2005 misalnya telah menggesa kerajaan supaya mengambil langkah menangguhkan terlebih dahulu cadangan untuk melaksanakan praktis secara swasta di hospital kerajaan.

University of Malaya

Sebaliknya, beliau menarik perhatian kerajaan agar melaksanakan kajian secara mendalam bagi mengenalpasti kesan terhadap skim seumpama itu yang telah dilaksanakan lebih awal di PPUM dan HUKM, sebelum keputusan muktamad diambil.

Gesaan ini didapati turut disampaikan menerusi sidang media Dr Jeyakumar, Setausaha GMPPK (Khoon, 2006). Dalam masa yang hampir sama, iaitu semasa dialog dengan Ketua Pengarah Kesihatan pada 14 Mac 2006, sungguhpun kerajaan menegaskan bahawa perkhidmatan ini akan melalui tempoh enam bulan sebagai projek perintis, namun bagi GMPPK ianya bukanlah suatu keperluan untuk membuktikan apa-apa. Sebaliknya kajian keatas kedua-dua buah hospital dibawah kawalan Kementerian Pengajian Tinggi ini lebih wajar dilakukan untuk mengenalpasti sebarang isu dan permasalahan berkaitan. Pandangan GMPPK ini dikemukakan secara rasmi kepada pihak Kementerian.

Memandangkan PPBP didapati diteruskan juga secara rintis oleh kerajaan di Hospital Selayang dan Hospital Putrajaya pada tahun 2007, didapati cadangan GMPPK sebelum ini didapati tidak mendapat perhatian pihak kerajaan. Sebaliknya, kerajaan memaklumkan keberkesanan PPBP akan diukur menerusi suatu kajian yang akan dilaksanakan selepas enam bulan ianya berjalan. Jeyakumar, semasa mencelah jawapan bekas Menteri Kesihatan ketika itu, Liow Tiong Lai di Parlimen pada 1 Disember 2008 terus menekankan kepentingan mengadakan kajian bagi menilai keberkesanan skim ini.

Fokus kajian hendaklah tertumpu kepada beberapa aspek seperti, *teaching ward round* oleh doktor pakar dan apakah kadar sebelum dan selepas PPBP dilaksanakan. Kajian juga hendaklah tertumpu kepada beberapa aspek lain misalnya, kehadiran doktor pakar di klinik-klinik awam, dimana di klinik inilah majoriti pesakit biasa yang tidak terlibat dalam PPBP mendapat rawatan. Adakah kesan pelaksanaan PPBP menyebabkan kehadiran doktor pakar ke klinik awam terjejas atau berkurangan? Selain itu adakah sesi

University of Malaya

tutorial atau sesi pengajaran kepada doktor siswazah juga terganggu akibat pelaksanaan PPBP.

Gesaan supaya kajian yang profesional terhadap kesan daripada pelaksanaan PPBP terus dibangkitkan pihak Gabungan setelah didapati ianya tidak mendapat perhatian pihak kerajaan sewajarnya. Syor ini didapati telah dimasukkan kedalam memorandum menggesa pembatalan skim PPBP yang dihantar pihak Gabungan kepada Menteri Kesihatan pada 1 Mac 2010. Kajian yang dicadangkan dilaksanakan oleh sepasukan ahli akademik bebas ini wajar menumpukan perhatian terhadap prestasi doktor-doktor pakar yang mengambil bahagian dalam skim ini.

7.7.3 Meningkatkan Perbelanjaan Kesihatan Awam

Menerusi kenyataan-kenyataan rasmi yang dikeluarkan oleh kerajaan, secara jelas dinyatakan bahawa salah satu daripada sebab mengapakah PPBP ini diperkenalkan adalah dengan matlamat untuk mengurangkan penghijrahan keluar dikalangan doktor pakar di hospital awam untuk berkhidmat dengan hopsital swasta. Penghijrahan ini sebagaimana telah dibincangkan dalam seksyen 7.4 antara lain dikaitkan dengan faedah upah dan gaji yang ditawarkan kerajaan didapati jauh lebih rendah berbanding apa yang mampu ditawarkan pihak swasta. Justeru, pengenalan PPBP yang melibatkan penyertaan doktor pakar diharapkan akan dapat mengatasi isu ini.

Tanpa menafikan betapa hasrat yang dirancang kerajaan dalam meningkat dan menambahbaik syarat dan terma perkhidmatan doktor-doktor di sektor awam adalah sesuatu yang wajar disokong, termasuk aspek menambahkan pendapatan dikalangan mereka, namun bagi GMPPK tindakan memperkenalkan PPBP semata-mata bukanlah merupakan suatu pendekatan holistik yang mampu mengatasi masalah ini secara menyeluruh. Sebaliknya pihak Gabungan percaya hanya sebahagian pihak sahaja iaitu

University of Malaya

doktor pakar sahaja yang memperolehi manfaat dan bukan keseluruhan peringkat kakitangan perubatan di sektor awam.

Justeru Jeyakumar dalam dalam kenyataan akhbar kepada media pada 7 Ogos 2006 yang dipetik menerusi *The Sun* telah menggesa pihak kerajaan agar untuk mencari alternatif lain bagi mengatasi isu ini. Antara cadangan yang dikemukakan adalah dengan kerajaan meningkatkan perbelanjaan bagi sektor kesihatan daripada sekitar 1.9 peratus daripada Keluaran Dalam Negara Kasar (KDNK) kepada 4 peratus atau sekitar RM21 billion setahun (angka dicadangkan berdasarkan bajet tahun 2006). Angka yang dicadangkan bagi GMPPK masih rendah berbanding dengan saranan WHO kepada negara anggota untuk membelanjakan sekitar 5 peratus dari KDNK untuk sektor kesihatan (Khoon, 2006). Malahan GMPPK berpendapat kadar yang dicadangkan mereka jauh kecil berbanding apa yang dibelanjakan oleh negara-negara maju seperti United Kingdom yang didapati membelanjakan sekitar 9.8 peratus dari KDNK untuk sektor kesihatan.

Dalam satu kenyataan akhbar GMPPK bertarikh 7 Ogos 2007 isu berkenaan dengan keperluan bagi kerajaan untuk meningkatkan bajet perkhidmatan kesihatan yang didapati sekitar RM10 billion pada tahun 2006 turut disentuh. GMPPK telah mengemukakan cadangan pada masa tersebut dengan agar kerajaan mengambil antara RM1 sehingga RM2 billion dari keuntungan Petronas bagi kegunaan sektor kesihatan. Pihak Gabungan percaya bahawa sejumlah bajet sebanyak ini akan dapat digunakan untuk melaksanakan suatu skim gaji yang lebih baik untuk para doktor, jururawat dan kakitangan lain dalam perkhidmatan kesihatan awam (GMPPK, 2007).

University of Malaya

7.7.4 Menubuhkan Suruhanjaya Perkhidmatan Khas

Gabungan menerusi beberapa pandangan yang dikemukakan menyedari kekangan yang dihadapi oleh pihak Kementerian Kesihatan khususnya dalam mengekang penghijrahan dikalangan doktor pakar mereka khususnya, dan lain-lain kakitangan yang memilih untuk berkhidmat dengan pihak swasta. Faktor mengapa perkara ini berlaku telah disentuh sebelum ini. Kecuali beberapa skim dalam kerajaan seperti guru dan hakim, semua kakitangan awam yang lain adalah tertakluk dalam aspek lantikan dan lain-lain hal perkhidmatan dengan Suruhanjaya Perkhidmatan Awam (SPA). Manakala dari segi terma, syarat perkhidmatan, gaji dan elaun pula tanpa mengira suruhanjaya melantik mereka hendaklah tertakluk sepenuhnya dengan apa yang digariskan oleh Jabatan Perkhidmatan Awam (JPA). Sekaligus, dalam konteks perkhidmatan kesihatan, ini adalah merupakan situasi yang tidak kompetitif jika dibandingkan dengan doktor pakar di sektor swasta.

Sebagai perbandingan, gaji dan elaun doktor pakar di sektor awam yang umumnya terdiri daripada mereka dengan pangkat UD53, UD54 dan JUSA keatas masih rendah berbanding rakan sekerja di hospital swasta. Perincian mengenai perkara ini telah disentuh secara mendalam dibahagian 7.4. Misalnya, doktor pakar swasta dengan mudah memperolehi antara RM30,000 hingga RM40,000 sebulan. Malahan, memandangkan skim gaji doktor di hospital swasta bergantung kepada berapa banyak prosedur rawatan dan pembedahan yang dijalankan, ada kemungkinan doktor pakar memperolehi sehingga RM100,000 sebulan. Malahan, doktor pakar di Institut Jantung Negara didapati dibayar lebih 25 hingga 30 peratus berbanding doktor pakar di hospital kerajaan.

Justeru bagi mengatasi cabaran dan persaingan yang wujud dengan sektor awam pihak Gabungan percaya bahawa sebagaimana juga pandangan pihak *Malaysian*

University of Malaya

Medical Association (MMA) bahawa suatu Suruhanjaya Perkhidmatan khas bagi kakitangan perubatan di sektor awam hendaklah ditubuhkan. Usul ini didapati telah diutarakan oleh Jeyakumar semasa membentangkan usul mengenai skim ini semasa mesyuarat agung tahunan MMA di Melaka sejak tahun 2005 lagi.

Beberapa hujah dikemukakan GMPPK terhadap cadangan ini. Sebagaimana dijelaskan dalam pertemuan dengan Ketua Pengarah Kesihatan pada 14 Mac 2006, gerakan ini percaya bahawa kewujudkan sebuah suruhanjaya khas untuk kakitangan kesihatan akan memudahkan usaha bagi meningkat dan menambahbaik gaji dan elaun para doktor serta kakitangan yang lain. Sungguhpun berdasarkan maklumbalas dari Ketua Pengarah Kesihatan semasa sesi dialog berkernaan bahawa perkara ini tidak boleh dilaksanakan kerana diluar bidang kuasa Kementerian Kesihatan, namun GMPPK menyatakan akan mencari kaedah bagi membawa perkara ini kepada pihak atasan. (GMPPK, 2006). Rentetan dari itu, bagi menunjukkan keseriusan mereka, pihak GMPPK telah membangkitkan saranan ini sebagaimana terkandung dalam surat dikemukakan GMPPK kepada Menteri Kesihatan ketiak itu, Dr Chua Soi Lek pada 12 April 2006. Surat berkenaan turut dipanjangkan kepada Perdana Menteri (GMPPK, 2006).

Gerakan ini juga sebagaimana penegasan yang dilakukan menerusi kenyataan akhbar untuk siaran bertarikh 7 Ogos 2007 percaya penubuhan suruhanjaya khas seumpama ini akan memberi lebh ruang untuk kerajaan menawarkan suatu skim gaji yang setara dengan apa dinikmati oleh kakitangan di Institut Jantung negara (IJN). Suruhanjaya Perkhidmatan yang khusus dimana ahli-ahli Suruhanjaya tentunya terdiri dari profesion perubatan akan lebih mampu memahami secara mendalam isu dan masalah dihadapi kakitangan, berbanding sistem sediada. Susulan cadangan ini dikemukakan juga kepada Perdana Menteri, Abdullah Ahmad Badawi menerusi penyerahan resolusi bertarikh 10

University of Malaya

Ogos 2007. Resolusi tersebut khusus menyentuh tentang sistem kesihatan negara, dengan gesaan agar kerajaan untuk tidak memusnahkan hospital awam, dan menggesa pembatalan skim rawatan swasta di hospital kerajaan (GMPPK, 2007).

Momentum GMPPK dalam menggesa penubuhan Suruhanjaya Perkhidmatan khas didapati diteruskan sehingga ke peringkat Parlimen. Dr Jeyakumar, semasa membahaskan peruntukan Kementerian Kesihatan bagi bajet tahun 2008 telah secara jelas menyebut tentang cadangan ini sekali lagi. Penyelarasan gaji dan skim perkhidmatan yang lebih baik dijangka dapat diperkenalkan menerusi penubuhan Suruhanjaya Perkhidmatan khas dan ianya bakal memberi manfaat kepada keseluruhan kakitangan di semua hospital dan klinik dibawah Kementerian Kesihatan. Perkara dan usul ini terkandung dalam memorandum yang dikemukakan GMPPK kepada pihak Menteri Kesihatan pada 1 Mac 2010.

Umumnya GMPPK yakin memisahkan soal-soal perkhidmatan kakitangan perubatan di Kementerian Kesihatan melalui usul yang dicadangkan akan memberikan lebih ruang dan fleksibiliti dalam menawarkan skim dan terma perkhidmatan yang lebih menarik. Pembaharuan seperti menawarkan skim gaji sebagaimana dinikmati oleh kakitangan Institut Jantung Negara (IJN), elaun *on-call* dan lain-lain bentuk elaun yang lebih baik, cuti sabatikal bergaji penuh selama 3 bulan setiap lima tahun perkhidmatan dan sebagainya boleh dilaksanakan. Lantas pihak Gabungan yakin bahawa usaha ini akan dapat meningkatkan moral dan motivasi dikalangan kakitangan.

Walau pun demikian didapati sehingga tesis ini ditulis, cadangan oleh GMPPK ini nampaknya belum dilaksanakan oleh kerajaan dan beberapa isu berbangkit didapati merupakan antara faktor penghalang kepada pelaksanaannya.

University of Malaya

7.7.5 Perbincangan Lebih Terbuka Dengan Masyarakat Madani

Pihak Gabungan juga didapati mengemukakan usul kepada kerajaan agar lebih terbuka dan bersedia untuk bersemuka dan mengadakan perbincangan dengan pelbagai pihak berkepentingan. GMPPK sebagaimana dinyatakan menerusi kenyataan kepada media pada 14 Februari 2006 (Khoon, 2006) menyatakan kesediaan pihaknya untuk berbincang dan memberikan input-input yang sesuai kepada pihak kerajaan dalam aspek transformasi sistem perkhidmatan kesihatan di negara ini.

Selain itu pihak GMPPK turut berharap supaya kerajaan bersedia untuk menggunakan pendekatan yang lebih telus dalam berhubung dengan lain-lain pihak berkepentingan samada pertubuhan bukan kerjaaan atau pun pihak awam dalam mengenalpasti strategi dan kaedah terbaik dalam melakukan apa jua perubahan, termasuklah melibatkan isu PPBP.

Pendekatan seumpama ini dilihat oleh pihak Gabungan sebagai pendekatan yang terbaik khususnya dalam memastikan aliran komunikasi maklumat dan isu dapat disampaikan secara lebih jelas dan teratur. Ini kerana dikhuatiri jika ianya tidak melalui proses yang sewajarnya, kecenderungan untuk berlaku maklumat asimetrik akan berlaku, dan hanya akan menambahkan lagi kekeliruan dan kegelisahan di kalangan pelbagai pihak berkaitan.

7.7.6 Menubuhkan Suruhanjaya Di Raja

Cadangan turut dikemukakan oleh pihak GMPPK agar kerajaan mengambil tindakan sewajarnya menubuhkan Suruhanjaya Diraja khusus bagi meneliti segala hal dan isu berkaitan sistem kesihatan negara. Suruhanjaya ini dilihat oleh pihak Gabungan sebagai pendekatan terbaik untuk mengambilkira segala input dan pandangan pelbagai pihak berkait isu sistem kesihatan. Segala penemuan dan syor dari suruhanjaya ini dicadangkan untuk dijadikan input terhadap penggubalan Dasar Kesihatan Negara.

University of Malaya

7.8 Respon Kerajaan

Bahagian ini akan menjawab objektif ketiga kajian iaitu bagi meneliti apakah respon kerajaan terhadap isu-isu yang diketengahkan GMPPK dalam isu ini. Sebagaimana juga dengan isu komersialisasi dan penswastaan sektor perkhidmatan dan pembaharuan sistem pembiayaan kesihatan, kerajaan juga mempunyai respon yang sama berhubung isu PPBP. Mengapa dan kenapa PPBP perlu dilaksanakan telah dibincangkan dalam bahagian 7.4 bab ini dengan respon kerajaan adalah seperti berikut.

Dakwaan bahawa PPBP akan menyebabkan doktor pakar khususnya terbeban dengan tugas adalah tidak benar. Timbalan Menteri Kesihatan, Dr Hilmi menafikan bahawa doktor pakar akan berdepan dengan bebanan tugas yang tinggi ekoran dari penglibatan dalam PPBP. Ini adalah kerana jumlah pesakit akan ditentukan dan berdasarkan statistik di hospital sediada yang mempunyai program ini hanya 30 peratus sahaja pesakit yang menyertai skim ini ("*Health Ministry: Those*", Disember 22, 2016).

Berhubung dengan hujah Gabungan bahawa PPBP cenderung untuk menyebabkan isu akses dan ekuiti terutama dikalangan rakyat tidak berkemampuan, sekali lagi ianya disangkal oleh kerajaan. Ini adalah sebagaimana penegasan yang diberikan oleh mantan Timbalan Menteri Kesihatan, Dr Hilmi dalam respon kepada wartawan pada 22 Oktober 2016 di Ipoh. Beliau ternyata amat kecewa kerana PPBP disalahertikan sebagai menafikan hak dari segi akses untuk rawatan kesihatan dikalangan pesakit. Sebaliknya beliau menjelaskan bahawa PPBP adalah suatu pilihan terutama dikalangan pesakit yang berkemampuan untuk membayar dan berhasrat menerima rawatan kepakaran dari doktor pilihan sendiri. Program ini tidak sesekali akan menafikan akses dikalangan pesakit yang tidak menyertainya malahan caj sebanyak RM1 kepada pesakit luar masih kekal (Asrin, 2016).

University of Malaya

Dalam maklumbalas terhadap isu ini, bekas Timbalan Menteri Kesihatan, Dr Hilmi Yahaya semasa menjawab pertanyaan wartawan di lobi Parlimen pada 21 Disember 2016, beliau dipetik sebagai berkata:-

> "....*the Ministry will ensure that specialist in government hospitals treat patients who cannot pay before treating patients who opt for the scheme. Therefore there is no case of neglect of patients who cannot afford to make the payment because the doctor must give priority to their core duty....*" ("*Health Ministry: Those*", Disember 22, 2016)

Merujuk kepada isu yang sama, Ketua Pengarah Kesihatan menerusi satu kenyatan akhbar bertarikh 20 Oktober 2016 menjelaskan bahawa program PPBP ini tidak akan sesekali menjejaskan perkhidmatan kesihatan sediada yang disubsidi oleh kerajaan. Malah menurut beliau lagi ianya akan diteruskan dengan lebih mantap lagi (Abdullah, 2016).

Dakwaan bahawa kualiti perkhidmatan bakal terjejas disebabkan oleh pelaksanaan program PPBP turut dinafikan pihak kerajaan Dr Hilmi, Timbalan Menteri Kesihatan dalam respon kepada pertanyaan wartawan pada 21 Disember 2016 telah memberikan jaminan bahawa kualiti perkhidmatan kesihatan bagi pesakit di hospital kerajaan tidak akan terjejas disebabkan skim ini. Pemantauan terhadap aspek kualiti akan dilakukan melalui suatu sistem kawalan yang diperkenalkan khususnya melibatkan jumlah pesakit yang boleh dirawat dalam satu-satu masa ("*Health Ministry: Those*", Disember 22, 2016).

Malahan Dr Noor Hisham Abdullah, Ketua Pengarah Kesihatan Malaysia dalam kenyataan akhbar bertarikh 20 Oktober 2016 menyatakan komitmen kerajaan untuk terus memberikan perkhidmatan kesihatan yang terbaik kepada rakyat serta memastikan perkhidmatan PPBP ini tidak menjejaskan pemberian perkhidmatan kepada pesakit awam yang lain (Abdullah, 2016).

University of Malaya

Satu lagi hujah Gabungan dalam membantah PPBP adalah berhubung kerisauan bahawa ianya bakal menjejaskan program latihan kepada doktor pelatih baru dan bakal doktor pakar. Ini kerana dikhuatiri doktor pakar terlatih tiada masa untuk melatih lantaran sibuk merawat pesakit dibawah program PPBP. Dalam hal ini sekali lagi Timbalan Menteri Kesihatan ketika itu, Dr Hilmi menjelaskan bahawa PPBP sesekali tidak akan mengabaikan program latihan kepada doktor baru dan bakal doktor pakar. Ini kerana menurut peraturan PPBP, doktor pakar yang terlibat dalam program PPBP telah dihadkan dari segi bilangan pesakit yang boleh dirawat. Lagi pula masa rawatan adalah diluar waktu pejabat atau dihujung minggu. Sekaligus ianya tidak mengabaikan aspek latihan tersebut.

Sebaliknya, program PPBP menurut kerajaan adalah antara faktor kepada doktor pakar berpengalaman untuk terus kekal di hospital kerajaan dan tidak berhijrah ke hospital swasta. Ini kerana mereka diberikan insentif kewangan apabila merawat pesakit dibawah PPBP. Oleh itu pengekalan doktor pakar di hospital kerajaan sekaligus akan memastikan aspek seperti latihan dan pengajaran kepada doktor pelatih dan bakal doktor pakar tidak terjejas. Ini sekaligus menafikan dakwaan Gabungan bahawa program latihan berkenaan bakal terjejas ("*Health Ministry: Those*", Disember 22, 2016).

Kerajaan dalam responnya turut menafikan bahawa pihaknya tidak membuka ruang kepada GMPPK untuk mengemukakan pandangan. Sebaliknya menurut kerajaan beberapa rundingan dan dialog sebagaimana yang telah dinyatakan sebelum ni telah diadakan.

University of Malaya

Meskipun mendapat bantahan dari pihak Gabungan, sebagaimana telah diketahui umum bahawa kerajaan tetap meneruskan program perluasan PPBP. Kerajaan menerusi Surat Edaran Bahagian Perkembangan Perubatan bertarikh 7 Oktober 2016 telah memaklumkan tentang perluasan perkhidmatan ini di lapan buah lagi hospital berkuatkuasa 1 Januari 2017. Hospital berkenaan yang mempunyai kelengkapan pusat rawatan ambulatori adalah Hospital Besar Kota Bharu, Kuala Terengganu, Kuantan, Temerloh, Ipoh, Kuala Lumpur, Klang dan Seremban. Manakala bagi fasa seterusnya yang melibatkan lagi 32 buah hospital kerajaan yang akan memulakan PPBP belum ditetapkan tarikhnya. Justeru dengan rancangan ini amat jelas bahawa kerajaan kekal komited dengan pelaksnaaan PPBP.

7.9 Rumusan Hasil Kajian dan Objektif Kajian

Ringkasan hasil kajian dan objektif kajian melibatkan aktiviti bantahan Gabungan terhadap program PPBP adalah seperti Jadual 7.6.

Jadual 7.6: Rumusan Hasil Kajian dan Objektif Kajian

Objektif	Hasil Kajian
Objektif Kajian 1 Menganalisis aktiviti-aktiviti bantahan GMPPK terhadap isu berkaitan pembaharuan sektor kesihatan di Malaysia	-berlaku peningkatan beban tugas doktor pakar hospital kerajaan; isu akses dan ekuiti; menjejaskan kualiti perkhidmatan kesihatan; menjejaskan program latihan; menjejaskan semangat kerja berpasukan; mendedahkan kepada penyelewengan
Objektif Kajian 2 Mengetengahkan strategi-strategi penentangan yang dimanfaatkan oleh GMPPK dalam memperjuangkan isu pembaharuan sektor kesihatan di Malaysia	-pendekatan secara kaunter-hegemoni terserlah menerusi aktiviti seperti piket, demontrasi, menghantar memorandum, petisyen, membentang kertas kerja, mengeluarkan kenyataan akhbar -pendekatan secara modal sosial dilihat menerusi dialog dengan pihak kerajaan -aktiviti berteraskan komuniti dilakukan misalnya menerusi pengedaran risalah kepada orang ramai semasa demonstrasi dilakukan

University of Malaya

‘Jadual 7.6, sambungan’

Objektif Kajian 3 Meneliti apa respon kerajaan terhadap isu dalam pembaharuan sektor kesihatan yang diketengahkan oleh GMPPK	-dakwaan bahawa ianya menambahkan beban doktor pakar dinafikan memandangkan setiap doktor pakar dihadkan dalam merawat sejumlah pesakit dan masa rawatan juga telah ditetapkan -PPBP didakwa menjejaskan akses dan ekuiti turut dinafikan kerana ianya berbentuk pilihan, pesakit yang tidak terlibat tidak terjejas, subsidi diteruskan kepada kelompok ini -kerajaan menjamin ianya tidak sesekali menjejaskan perkhidmatan kesihatan memandangkan suatu sistem kawalan diperkenalkan -dakwaan bahawa ianya menjejaskan program latihan doktor baru dan bakal doktor pakar juga disangkal kerajaan memandangkan penyertaan doktor pakar dalam PPBP telah ditentukan jadualnya -dakwaan bahawa kerajaan tidak terbuka dalam berunding turut dinafikan dengan dakwaan bahawa sesi dialog telah diadakan dengan pelbagai kumpulan masyarakat madani PPBP yang bermula sejak tahun 2007 secara perintis di Hospital Putrajaya dan Hospital Selayang telah diperluaskan lagi mulai Januari 2017 di 8 buah hospital kerajaan. Kini, fasa seterusnya dijangka melibatkan 32 buah lagi hospital kerajaan
Objektif Kajian 4 Menghuraikan mengapa kerajaan memberikan respon yang sedemikian rupa terhadap isu-isu yang diperjuangkan oleh GMPPK	-mengatasi masalah penghijrahan doktor pakar kerajaan; menyediakan lebih pilihan kepada pesakit; peluang kepada doktor menambahkan pendapatan dan mengoptimakan subsidi dan menambah pendapatan negara

Sumber: Hasil penyelidikan, 2018

7.10 Kesimpulan

Program Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh (PPBP) yang bermula sejak tahun 2007 dilancarkan berdasarkan kepada beberapa faktor. Antara yang paling ditekankan oleh kerajaan dalam menjustifikasikannya adalah bagi mengurangkan penghijrahan keluar doktor pakar untuk berkhidmat dengan hospital swasta. Pun demikian, pelaksanaannya menurut perspektif Gabungan memberikan beberapa kesan dan antara yang diketengahkan adalah melibatkan pengabaian dan ketidaksamarataan dikalangan pesakit, terutama dari golongan kurang berkemampuan yang tidak mampu menyertai PPBP. Tentu sekali PPBP menurut Gabungan memberi kesan dari segi bebanan kerja doktor pakar yang terlibat dan sekaligus telah mencadangkan ianya dibatalkan.

University of Malaya

Namun didapati sebaliknya apabila kerajaan telah mengumumkan pelaksanaan Fasa 2 pada tahun 2015 dan 2016 melibatkan lapan buah hospital kerajaan dengan pelaksanaan di lapan buah hospital tersebut telah dilaksanakan pada Januari 2017. Pengumuman mengejut kerajaan terhadap kemungkinan perluasan berikutnya program ini melibatkan 32 buah lagi hospital kerajaan juga telah dilakukan pada tahun 2016 memberikan beberapa indikator. Antaranya, ia adalah cerminan terhadap kurangnya pendekatan secara libaturus digunakan oleh kerajaan. Ini sekaligus mencerminkan kurangnya aplikasi PeAB dalam pentadbiran awam di Malaysia. Pengumuman satu hala ini juga turut menafikan penglibatan kumpulan masyarakat madani untuk dirundingi. Sekaligus tidak menghairankan apabila didapati kumpulan seperti Gabungan lebih tinggi kecenderungannya menggunakan pendekatan konflik atau kaunter-hegemoni dalam mengetengahkan pandangan mereka. Ini adalah suatu manifestasi terhadap merosotnya pendekatan PeAB yang meletakkan nilai awam dan juga mendorong demokrasi substantif untuk tidak digunakan secara meluas.

University of Malaya

BAB 8: KESIMPULAN

8.1 Pengenalan

Objektif kajian ini adalah untuk menganalisis aktiviti bantahan dan menonjolkan starategi yang dimanfaatkan oleh GMPPK dalam isu-isu berkait dengan pembaharuan sektor kesihatan di Malaysia. Selain itu, respon kerajaan terhadap isu dan bantahan yang diketengahkan oleh Gabungan turut dianalisis. Beberapa teori dan konsep penting dalam bidang politik dan pentadbiran awam dimanfaatkan dalam kajian ini bagi menghuraikan dinamika peranan dan aktiviti GMPPK dalam isu-isu yang berkenaan. Teori dan konsep yang dimaksudkan adalah demokrasi substantif dan demokrasi prosedural, pendekatan masyarakat madani bagi mengetengahkan sesuatu isu samada secara kaunter-hegemoni, modal sosial atau pun berteraskan komuniti. Selain itu teori Perkhidmatan Awam Baru (PeAB) yang berkembang bersama-sama dengan teori Pengurusan Awam Baru (PAB) dalam pentadbiran awam juga antara yang paling utama digunakan dalam tesis ini.

Dalam bab kesimpulan ini perkara-perkara yang berkaitan dinamisme penting peranan dan kegiatan GMPPK akan dibincangkan. Perincian berkenaan merangkumi tiga isu dalam pembaharuan sektor kesihatan. Isu pertama adalah berkait dengan peningkatan kos, akses, kemampuan membayar khusus dikalangan rakyat miskin. Perkara ini secara langsung dikaitkan dengan pelaksanaan dasar pensawastaan dan juga perkembangan komersialisasi dalam perkhidmatan kesihatan di negara ini berikutan kemunculan hospital swasta.

Isu kedua yang diteliti adalah juga melibatkan aspek, ekuiti dan kemampuan. Kali ini ianya dikaitkan dengan cadangan penstrukturan semula sistem pembiayaan kesihatan oleh kerajaan. Manakala isu ketiga adalah berkait dengan penghijrahan doktor pakar dari sektor awam ke sektor swasta menerusi program Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh (PPBP) di hospital kerajaan.

University of Malaya

Seterusnya dalam bahagian kesimpulan ini juga akan dihuraikan:-

a) Dinamika peranan GMPPK dalam tiga isu berkenaan;

b) Sumbangan kepada teori; dan

c) Cadangan penyelidikan pada masa hadapan.

8.2 Dinamika GMPPK terhadap tiga isu pembaharuan sektor kesihatan

Sebagaimana yang telah dibincangkan menerusi tiga bab analitikal tesis ini, secara khusus tiga isu utama yang diketengahkan oleh GMPPK telah dipilih untuk dianalisis dan dibincang secara mendalam. Diulangi sekali lagi bahawa sememangnya pihak Gabungan sebagai sebuah kumpulan masyarakat madani khusus ditubuhkan bagi mengetengahkan pelbagai isu kesihatan didapati mempunyai satu senarai isu yang panjang. Namun demikian, dengan batasan dan limitasi masa serta ruang, maka tesis ini secara spesifik hanya memberikan fokus kepada tiga isu utama, iaitu penswastaan dan komersialisasi perkhidmatan kesihatan, cadangan bagi melaksanakan pembaharuan terhadap sistem pembiayaan kesihatan dan juga pelaksanaan program Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh (PPBP) di hospital kerajaan.

Wajar dinyatakan bahawa Gabungan adalah merupakan sebuah kumpulan ataupun pertubuhan yang longgar dan ditubuhkan secara tidak berdaftar serta melibatkan pelbagai kumpulan, samada pertubuhan bukan kerajaan, parti politik atau pun kesatuan sekerja yang mempunyai pelbagai objektif dan matlamat penubuhan yang berbeza-beza. Cuma apa yang menjadi titik persamaan kepada 81 pertubuhan yang membentuk Gabungan pada tahun 2005 ini adalah dari segi aspirasi untuk melihat dan mendesak pihak kerajaan agar memberikan tempat yang sewajarnya kepada kumpulan masyarakat madani untuk bersama-sama dalam proses penggubalan dan pelaksanaan dasar berkait kesihatan.

University of Malaya

Penglibatan masyarakat, komuniti dan masyarakat madani secara meluas bagi GMPPK amat penting memandangkan input dari pihak akar umbi secara jelas akan dapat mengambilkira kepentingan golongan yang sering diabaikan pandangan mereka. Ini adalah selari dengan saranan serta prinsip asas dalam PeAB yang mementingkan penyertaan serta libaturus antara pihak kerajaan dan rakyat. Ianya juga selari dengan amalan dalam demokrasi substantif yang menjadikan penyertaan menyeluruh dan mendalam dikalangan rakyat, termasuklah kumpulan masyarakat madani dalam proses pentadbiran dan politik negara sebagai antara indikator utama. Atas premis inilah, jika disorot kembali, didapati pendekatan, strategi dan kaedah yang diambil oleh pihak Gabungan dalam melakukan aktiviti dan menonjolkan strategi bantahan terhadap pihak kerajaan didapati cenderung dan sarat dengan elemen serta darjah bangkangan dengan menggunakan kaedah kaunter-hegemoni secara lebih ketara, jika dibandingkan dengan lain-lain kumpulan masyarakat madani. Walau bagaimanapun ini tidaklah bermakna pendekatan secara modal sosial dan berteraskan komuniti tidak digunakan oleh pihak Gabungan.

Aktiviti bantahan yang ditonjolkan serta strategi yang dimanfaatkan oleh GMPPK dalam memperjuangkan isu pembaharuan sektor kesihatan di Malaysia telah diperincikan menerusi tiga bab analitikal di Bab 5, 6 dan 7. Isu pertama yang telah dibincang dan dianalisis adalah berkait dengan komersialisasi dan penswastaan perkhidmatan kesihatan. Dalam konteks ini, tiga skop yang berkaitan diberikan tumpuan. Skop pertama melibatkan aspek komersialisasi sektor kesihatan menerusi perkembangan dan kewujudan hospital swasta. Isu kedua melibatkan penswastaan perkhidmatan sokongan di hospital kerajaan dan isu ketiga adalah penswastaan farmaseutikal melibatkan *General Medical Store* dibawah Kementerian Kesihatan kepada Pharmaniaga. Bagi setiap isu diatas didapati Gabungan begitu aktif

University of Malaya

menyuarakan pendirian dan pandangan mereka dan ini telah ditonjolkan menerusi pelbagai strategi dan ianya telah disentuh dalam Bab 5.

Isu komersialisasi dalam sektor kesihatan didapati pesat berlaku di negara ini, khususnya secara ketara sejak awal tahun 80an dan semakin pesat pada tahun 90an. Ianya bukan sahaja melibatkan sektor swasta sebagai pelabur dan pemilik hospital-hospital swasta yang canggih dan moden, malahan turut membabitkan agensi berkepentingan kerajaan seperti GLC dan perbadanan awam negeri sendiri turut terlibat. Bagi GMPPK, pendekatan seumpama ini kurang tepat kerana ianya bercanggah serta mempunyai konflik kepentingan memandangkan kerajaan juga adalah pihak kawalselia. Selain itu ianya turut memberi beberapa implikasi khususnya kepada golongan berpendapatan rendah. Malahan, ianya juga memberi kesan kepada hospital kerajaan sendiri apabila ramai doktor pakar berhijrah untuk berkhidmat dengan hospital swasta yang berkemampuan membayar upah yang lebih baik, sekaligus menjejaskan kualiti dan mutu rawatan kepada pesakit (disentuh secara terperinci dalam Bab 5).

Namun begitu, pihak kerajaan telah mengemukakan beberapa hujah bagi menyokong tindakan mereka dalam isu berkait dengan komersialisasi sektor kesihatan di negara ini. Antaranya adalah bagi menangani peningkatan kos, mengatasi soal ketidakseimbangan dari segi pengagihan sumber, meningkatkan kualiti perkhidmatan kesihatan, memenuhi agenda dan dasar kerajaan, mengekalkan kakitangan berpengalaman dan menyumbang pendapatan negara.

Penswastaan perkhidmatan sokongan bukan perubatan di hospital kerajaan juga turut dibantah GMPPK. Beberapa kritikan telah dikemukakan pihak Gabungan khususnya dari segi pelonjakan perbelanjaan selepas penswastaan berlaku, serta dakwaan penyelewangan dan aspek urustadbir tender yang diragui dalam pemilihan konsesi. Bagi GMPPK, penswastaan ini hanya merugikan kerajaan, menguntungkan pemilik konsesi,

University of Malaya

serta lebih malang rakyat, khusus yang berpendapatan rendah. Hal yang sama juga dikaitkan dengan penswastaan-penswastaan yang lain (juga diperincikan dalam Bab 5).

Kupasan juga dilakukan terhadap penswastaan perkhidmatan farmaseutikal atau *General Medical Store* dengan perincian mendapati antara keprihatinan utama Gabungan adalah dari segi peningkatan harga ubatan, sekaligus membebankan pengguna. Selain itu ianya juga menyebabkan peningkatan kos dipihak kerajaan dan juga aspek ketelusan dan monopoli yang dipersoalkan. Perincian berkaitan telah disentuh dalam Bab 5.

Dalam hal ini, strategi yang diambil oleh pihak Gabungan seperti menggunakan media massa sebagai alat untuk menzahirkan kepada masyarakat awam tentang kelemahan program penswastaan perkhidmatan yang dilaksanakan oleh kerajaan adalah jelas membuktikan pendekatan kaunter-hegemoni yang digunakannya. Kaedah seumpama ini didapati selari dengan taktik *war of position*, iaitu suatu taktik merendah-rendahkan hegemoni pemerintah (perkara ini telah dibincangkan dalam Bab 2). Selain menggunakan pendekatan secara kaunter-hegemoni, pihak Gabungan juga didapati turut menggunakan satu lagi kaedah iaitu secara berteraskan komuniti. Ini dilakukan apabila Gabungan menggunakan kempen atau jelajah awam bagi memberikan penerangan kepada orang awam tentang keburukan dan kelemahan dasar yang diamalkan kerajaan dalam sektor kesihatan. Selain itu, Gabungan aktif menyuarakan pendirian mereka di pelbagai platform seperti forum, bengkel, seminar, persidangan dan sebagainya. Gabungan tidak hanya terlibat sebagai peserta forum atau persidangan, malahan mengambil peranan aktif menganjurkannya sendiri, sebagaimana yang dilakukannya pada tahun 2005 dan 2007.

Beberapa memorandum, antaranya kepada ahli Parlimen, Menteri Kesihatan dan Perdana Menteri juga turut digunakan sebagai medium untuk menyatakan bantahan

University of Malaya

kepada kelompok kepimpinan politik dan pentadbiran awam tertinggi negara. Satu lagi pendekatan yang digunakan GMPPK sebagai memprotes kerajaan adalah dengan menggerakkan suara rakyat. Ianya diterjemahkan menerusi usaha menggerakkan kuasa rakyat untuk menandatangani petisyen khas terhadap bantahan dalam isu-isu berkaitan. Sasaran yang telah ditetapkan adalah bagi mengumpulkan 100,000 tandatangan, namun akhirnya hanya 8,000 tandatangan sahaja yang diperolehi. Adalah agak ketara bahawa pendekatan yang diambil oleh Gabungan lebih berbentuk kaunter-hegemoni. Walaupun pendekatan secara modal sosial dan berteraskan komuniti didapati ada digunakan, namun ianya minimum berbanding pendekatan secara kaunter-hegemoni.

Peranan GMPPK turut dianalisis dalam cadangan pembaharuan terhadap sistem pembiayaan kesihatan baharu di negara ini. Mewarisi sistem pentadbiran British, sejak negara mencapai kemerdekaan sistem pembiayaan kesihatan Malaysia dibiayai menerusi sistem percukaian. Ini bererti Malaysia, sebagaimana bekas penjajahnya menggunakan pendekatan negara berkebajikan dimana aspek pembiayaan kesihatan dibiayai sepenuhnya oleh kerajaan, dengan sedikit unsur melibatkan perbelanjaan luar saku dan bayaran bersama yang minimum.

Walaupun aspek kesihatan di Malaysia diiktiraf sendiri oleh WHO sebagai antara yang terbaik di dunia, dengan mengambilkira jumlah perbelanjaan yang relatifnya rendah berbanding jumlah perbelanjaan yang disarankan oleh WHO sendiri, namun mengambilkira beberapa cabaran semasa telah menyebabkan kerajaan Malaysia mula mencari alternatif untuk mengatasi beban kewangan yang terpaksa ditanggungnya. Bagaimanakah kerajaan Malaysia melakukan pelbagai kajian untuk mencari pelbagai kaedah tersebut telah disentuh dalam Bab 6 dan secara ringkasnya ianya dapat ditinjau hasil dari kajian oleh *Westinghouse Corporation* pada tahun 1984/1985, diikuti dengan

University of Malaya

beberapa lagi kajian. Malahan, sehinggalah pada masa tesis ini ditulis pun kajian berkaitan masih berjalan.

Kerajaan secara umumnya telah menggariskan lapan faktor utama dalam menjustifikasikan keperluan mereka bagi merubah struktur pembiayaan kesihatan Malaysia. Pertama adalah bagi menangani kos perbelanjaan yang semakin meningkat. Kedua adalah kesan dari peningkatan ekpektasi dan perubahan gaya hidup masyarakat. Ketiga adalah bagi menangani bebanan tugas kakitangan di hospital kerajaan yang semakin meningkat. Hujah keempat kerajaan adalah ekoran dari peningkatan dan kemajuan dalam teknologi perubatan. Faktor kelima adalah dengan hasrat untuk memperbaiki akses dan ekuiti. Seterusnya faktor keenam dikemukakan kerajaan adalah bagi meningkatkan integrasi kesihatan di antara sektor awam dan swasta. Ketujuh adalah bagi mewujudkan satu sistem kawalan yang lebih cekap dikalangan pembekal kesihatan. Hujah terakhir yang dikemukakan kerajaan adalah bagi memperkukuhkan solidariti sosial kearah pembentukan masyarakat penyayang.

Sungguhpun Gabungan menyambut baik sebarang usaha kerajaan untuk melakukan pembaharuan terhadap sektor kesihatan, namun dalam masa yang sama kumpulan ini berpandangan bahawa perubahan yang hendak dilakukan itu hendaklah sesekali tidak merupakan suatu bentuk pengabaian kepada kumpulan masyarakat miskin dan berpendapatan sederhana. Sebagaimana dihuraikan dalam Bab 6, terdapat lapan faktor utama yang telah digunakan oleh GMPPK dalam menjustifikasikan penentangan dan bantahan mereka terhadap rancangan kerajaan ini.

Pertama, struktur pembiayaan baru yang dicadangkan kerajaan didapati cenderung untuk memperkenalkan model Insurans Kesihatan Sosial (IKS) yang akan melibatkan kutipan premium atau caruman dari rakyat. Menurut Gabungan ini tidak lain hanyalah merupakan suatu bentuk Cukai Barangan dan Perkhidmatan (CBP) Kesihatan dan

University of Malaya

berpotensi membebankan rakyat, khusus dikalangan orang miskin dan berpendapatan sederhana. Isu terhadap akses dan ekuiti rawatan turut dibangkitkan khusus melibatkan aspek pakej manfaat kesihatan yang tidak begitu jelas juga turut dibangkitkan.

GMPPK juga kecewa dengan ketelusan dan keterbukaan kerajaan yang pada pandangan mereka agak rendah dalam soal untuk mengadakan rundingan dengan kumpulan masyarakat madani. Faktor keempat pula melibatkan isu integrasi di antara penyedia perkhidmatan kesihatan disektor awam dan sektor swasta. GMPPK juga berpendapat bahawa integrasi antara sektor awam dan swasta dijangka berdepan pelbagai masalah disebabkan perbezaan yang begitu ketara diantara keduanya, serta hanya menguntungkan sektor swasta dan melemahkan sektor awam.

Lain-lain faktor yang dibangkitkan adalah melibatkan kebimbangan GMPPK terhadap aspek akauntabiliti dan urustadbir agensi khusus yang bakal ditubuhkan untuk menguruskan aspek pembiayaan kesihatan ini iaitu Pihak Berkuasa Pembiayaan Kesihatan Kebangsaan (PBPKK). Kekhuatiran ini dikaitkan terhadap potensi berlakunya penyalahgunaan kuasa dan penyelewangan yang mungkin berlaku. GMPPK menggunakan faktor ini dengan mendakwa ianya sinonim dengan pelbagai salahguna kuasa dibawah pemerintahan dibawah kerajaan Barisan Nasional (BN) sebelum ini, dan tidak mustahil bahawa PBPKK juga bakal mengalami nasib yang sama andai urustadbir yang wujud tidak kukuh dan telus.

Faktor keenam yang dikritik GMPPK adalah melibatkan aspek mekanisme pembayaran, diikuti dengan kebimbangan terhadap pelaksanaan sistem Pengawal Pintu dan faktor terakhir yang ditonjolkan adalah kritikan terhadap cadangan pembaharuan yang didapati terlalu menekankan aspek pasaran dan *homo-economics*.

University of Malaya

Pendekatan menggunakan kaedah berteraskan komuniti dengan melibatkan orang ramai menerusi kempen dan jelajah awam telah juga digunakan oleh Gabungan. Ini dilakukan demi untuk membentuk minda dan persepsi rakyat berhubung keburukan cadangan yang dikemukakan kerajaan. Sebagaimana juga dalam isu sebelum ini, pendekatan kaunter-hegemoni turut mendominasi strategi Gabungan terhadap bantahan berhubung cadangan kerajaan melakukan pembaharuan dalam sistem pembiayaan kesihatan di negara ini. Antara lain ianya adalah menerusi penyerahan memorandum, petisyen, membentangkan kertas kertas kerja, mengeluarkan kenyataan akhbar, lobi dikalangan Ahli Parlimen serta resolusi. Antara dokumen terpenting yang dihasilkan Gabungan dalam hal berkait dengan sistem pembiayaan adalah *The People's Proposal*. Penggunaan strategi kaunter-hegemoni secara *war of position* didapati turut meluas menerusi penggunaan media antaranya kenyataan akhbar dan kenyataan rasmi menerusi saluran rasmi Aliran iaitu *Aliran Monthly*.

Sungguhpun sebahagian besar kegiatan yang diambil oleh Gabungan menggunakan kaedah kaunter-hegemoni, namun mereka juga turut menggunakan kaedah modal sosial dengan berunding dan berdialog dengan kerajaan, Selain itu saluran komunikasi rasmi dengan mengutus surat dan sebagainya turut digunakan, meskipun hasilnya didapati kurang memuaskan. Aktiviti berteraskan komuniti turut digunakan apabila Gabungan aktif mengadakan jelajah awam di seluruh negara.

Selanjutnya isu ketiga yang dianalisis menerusi tesis ini adalah melibatkan program Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh (PPBP) di hospital kerajaan dengan perbincangan mendalam dilakukan menerusi Bab 7. Program ini yang bermula secara perintis pada tahun 2007 dan dilaksanakan dengan beberapa objektif. Antara yang dinyatakan oleh kerajaan adalah program ini diharap dapat membantu mengatasi masalah penghijrahan doktor pakar kerajaan ke sektor swasta. Program ini juga diharap memberi peluang

University of Malaya

kepada pesakit yang berkemampuan untuk mendapat perkhidmatan terbaik, sekaligus memberi peluang kepada perkhidmatan di hospital kerajaan untuk meningkatkan kepakaran mereka apabila menerusinya mereka berpeluang menambahkan pendapatan. PPBP diyakini dapat memberi peluang kepada doktor pakar untuk meningkatkan pendapatan mereka. Terakhir, kerajaan melihat PPBP akan berupaya mengoptimakan subsidi kerajaan dalam sektor kesihatan dan sekaligus memberikan pendapatan tambahan kepada kerajaan.

Walau pun demikian, Gabungan telah menyenaraikan tujuh sebab dalam membantah pelaksanaan program ini. Pertama, PPBP didakwa akan menyebabkan peningkatan beban tugas dikalangan doktor pakar. Kedua PPBP akan menyekat akses samarata bagi mendapat perkhidmatan berkualiti khususnya dikalangan mereka yang kurang berkemampuan. Ini PPBP juga dikhuatiri oleh Gabungan akan menyebabkan kemungkinan berlakunya kemerosotan dalam aspek penyampaian perkhidmatan kesihatan kepada pesakit. Aspek latihan dan peningkatan kompetensi terutama melibatkan doktor muda juga didakwa Gabungan bakal terjejas. Ini adalah apabila doktor pakar sibuk merawat pesakit dari program ini, sekaligus berlaku pengabaian program-program latihan untuk doktor pelatih dan bakal doktor pakar. Faktor selanjutnya adalah PPBP akan menjejaskan semangat kerja berpasukan. Faktor keenam yang membimbangkan Gabungan adalah kemungkinan berlaku penyelewangan dan faktor terakhir yang dikemukakan adalah berkenaan sikap dan ketelusan kerajaan yang rendah untuk berunding dengan kumpulan masyakarat madani.

Analisis terhadap peranan dan kegiatan GMPPK dalam isu PPBP ini mendapati ianya boleh dibahagikan kepada dua fasa iaitu pra pelaksanaan PPBP pada tahun 2007 dan fasa kedua adalah melibatkan tindakan Gabungan selepas ianya dilancarkan oleh Kementerian Kesihatan pada tahun 2007. Dalam fasa pertama, beberapa aktiviti yng

University of Malaya

dilaksanakan adalah apabila ianya dibangkitkan dalam mesyuarat agung tahunan MMA pada tahun 2005 oleh Setiausaha GMPPK, Dr Jeyakumar yang juga merupakan ahli MMA. Gabungan turut aktif politik berkolaborasi dengan beberapa buah parti politik menganjurkan pelbagai program seperti mengedarkan risalah dan sebagainya. Kaedah secara kaunter-hegemoni didapati ketara apabila media massa dan persidangan antara medium yang digunakan dalam tempoh ini. Pendekatan secara modal sosial seperti dialog dan berteraskan komuniti seperti jelajah awam dan mengedarkan risalah kepada orang ramai, meskipun minimum impaknya didapati turut digunakan dalam isu ini.

Sebagaimana strategi yang dinyatakan diatas, adalah ketara bahawa intensiti Gabungan dalam melakukan bantahan terhadap program PPBP didapati lebih menyerlah dengan pendekatan kaunter-hegemoni. Ini didapati berlaku menerusi penganjuran demonstrasi, memorandum, petisyen dan resolusi kepada kerajaan. Dewan Rakyat turut dimanfaatkan sebagai moden untuk melobi. Situasi ini didapati lebih mudah dilaksanakan memandangkan terdapat segelintir kepimpinan GMPPK juga merupakan Ahli Parlimen.

Berdasarkan kepada perbincangan menerusi tiga bab analitikal, dan terkait dengan tiga teori yang mendasari tesis ini, iaitu pertama dari segi demokrasi substantif dan demokrasi prosedural, secara amnya demokrasi prosedural masih kuat mempengaruhi sistem politik dan pentadbiran di Malaysia sebagaimana dikebanyakan di negara membangun yang lain. Salah satu ciri utama sistem demokrasi substantif adalah memberi keutamaan kepada suara rakyat sesuai dengan prinsip *government of the people, by the people, for the people* yang diungkapkan oleh Abraham Lincoln.

Namun begitu, pelaksanaan beberapa dasar baru dalam sektor kesihatan seperti pengkorporatan Institut Jantung Negara (IJN) pada tahun 1992, penswastaan penyelenggaraan lima skop bukan perubatan di hospital awam pada tahun 1996,

University of Malaya

penswastaan perkhidmatan farmaseutikal pada tahun 1994 dan penswastaan pemeriksaan pekerja asing pada tahun 1997 adalah bukti bagaimana demokrasi prosedural wujud di negara ini. Ianya apabila keputusan kepada inisiatif yang dinyatakan diatas didapati tidak secara menyeluruh mendapat pandangan daripada masyarakat, komuniti dan masyarakat madani, juga sebagaimana disarankan oleh PeAB.

Pun begitu, harus juga dinyatakan disini bahawa terdapat senario dimana kerajaan telah mengambil pendirian untuk tidak meneruskan program tertentu yang telah dirancang ekoran daripada tekanan diterima menerusi sistem pilihanraya. Antara contohnya adalah apabila pengkorporatan hospital awam yang sebelum itu telah dirancang untuk dilaksanakan sekitar tahun 1997 telah mendapat tentangan yang meluas dari kumpulan masyarakat madani. Malahan ianya menjadi salah satu daripada bahan kempen utama pilihanraya umum tahun 1999. Kesan dari bantahan ini menyaksikan kerajaan telah mengambil keputusan untuk membatalkan pengkorporatan tersebut.

Selain itu, usaha untuk merombak sistem pembiayaan kesihatan yang telah mula diperkatakan sejak pertengahan tahun 1980an juga didapati sehingga kini belum lagi terlaksana secara menyeluruh, meskipun setelah lebih tiga dekad berlalu. Program PPBP juga turut mengalami nasib yang sama apabila bantahan keras kumpulan masyarakat madani menyaksikan perluasan yang sepatutnya berlaku pada tahun 2009 didapati tertangguh hampir tujuh tahun sebelum ianya hanya mula dilaksanakan semula pada tahun 2017. Ini menyaksikan bahawa terdapat pendekatan yang melibatkan penglibatan dan tekanan dari kumpulan masyarakat madani disini.

Contoh-contoh ini memberikan indikasi bahawa pada tahap tertentu demokrasi substantif juga mempunyai tempat dalam konteks pentadbiran dan politik Malaysia. Terutama melibatkan suatu isu yang sensitif seperti kesihatan pihak pemerintah didapati mengambil langkah yang lebih berhati-hati dalam bertindak.

University of Malaya

Dari sudut strategi dan pendekatan yang dimanfaatkan dalam tiga isu utama yang diperjuang dan diketengahkan oleh GMPPK jelas didominasi oleh pendekatan secara kaunter-hegemoni. Ini terbukti menerusi pelbagai bentuk kegiatan yang mencerminkan ciri-ciri bangkangan serta reaksi balas terhadap hegemoni kerajaan. Antaranya adalah seperti mengadakan demonstrasi, piket, jelajah awam, memberikan penerangan terhadap masyakarat menerusi pelbagai penyertaan dalam persidangan, bengkel, seminar dan sebagainya. Gabungan didapati lebih selesa melaksanakan aktiviti-aktiviti yang menggunakan kaedah kaunter-hegemoni dan ini dikaitkan menerusi aktiviti-aktivitinya. Pun begitu ini tidaklah bermakna bahawa Gabungan mengenepikan pendekatan menerusi modal sosial. Berdasarkan analisis terdapat beberapa strategi yang dimanfaatkan telah menonjolkan pendekatan ini, namun pendekatan kaunter-hegemoni didapati lebih dominan, sesuai dengan ideologi Gabungan itu sendiri yang bersifat lebh radikal.

Penekanan kepada usaha bagi mendapatkan input dan pelaksanaan libaturus dalam ertikata yang sebenar sebagaimana diperjuangkan oleh GMPPK menggambarkan aplikasi Perkhidmatan Awam Baru (PeAB) yang digagaskan Dernhardt dan Dernhadt (2000). Sungguhpun diperingkat antarabangsa pengaruh PeAB yang dipelopori oleh Denhardt dan Denhardt telah mula mendapat tempat di sesetengah negara contohnya Sweden dan beberapa negara Skandinavia yang lain, namun berdasarkan kajian ini amalan PeAB masih tidak begitu diamalkan secara meluas dalam sistem pentadbiran dan birokrasi di Malaysia. Ini mungkin sebahagian besarnya disebabkan oleh kuatnya pengaruh neo-liberalisma yang mendesak negara-negara membangun mengecilkan saiz perkhidmatan awamnya bagi memberi laluan kepada sistem pasaran dalam mengurus barangan awam seperti pendidikan, kesihatan dan keperluan asasi yang lain.

University of Malaya

Dalam tujuh prinsip yang menjadi tunjang PeAB, dengan menggunakan contoh dalam mencadangkan pembaharuan dalam sistem pembiayaan kesihatan, adalah didapati amat kurang nilai awam yang menjadi teras model ini dipraktikkan. Namun berdasarkan kepada analisis, didapati kerajaan didapati lebih selesa untuk menjalankan perundingan terpilih. Ini bermaksud perundingan dilakukan secara ketara melibatkan kumpulan masyarakat madani yang didapati berkecenderungan menyokong atau menyebelahi aspirasi kerajaan. Manakala bagi kumpulan yang agak lantang seperti GMPPK, lazimnya mereka lebih kerap diketepikan. Ini adalah kerana agak ketara apabila pihak Gabungan tidak dilibatkan secara menyeluruh dalam proses penggubalan dan pelaksanaan dasar kesihatan. Justeru, usaha kearah memgembangkan penggunaan PeAB dalam konteks pentadbiran awam Malaysia yang mementingkan nilai awam dan masyarakat wajar diperkasakan dan diberikan perhatian sewajarnya oleh pihak pemerintah.

Kerajaan didapati telah memberikan respon terhadap isu-isu yang dibangkitkan oleh Gabungan. Umumnya didapati pihak kerajaan tidak memandang begitu serius terhadap aktiviti bantahan tersebut. Kerajaan juga didapati kurang memberi kerjasama dari segi untuk mengadakan perundingan dan dialog dengan Gabungan, meskipun didesak berkali-kali. Kerajaan juga didapati meminggirkan Gabungan dalam beberapa hal berkait dengan penggubalan dasar, misalnya tidak dijemput dalam bengkel penggubalan Dasar Kesihatan Negara yang dianjurkan Kementerian Kesihatan. Peminggiran ini dipercayai disebabkan kerajaan mungkin tidak begitu selesa dengan sikap dan sifat Gabungan yang lebih radikal dalam mengutarakan sesuatu pandangan, berbanding lain-lain kumpulan, contohnya MMA.

Malahan jika ditinjau didapati isu-isu yang dibantah serta diketengahkan oleh Gabungan menerusi pelbagai strategi didapati tidak begitu mendatangkan impak besar

University of Malaya

terhadap aspek pelaksanaannya. Komersialisasi dalam kesihatan didapati berterusan. Hospital swasta terus diberikan lesen untuk beroperasi. Pelancongan kesihatan terus menjadi antara tumpuan kerajaan sebagai salah satu punca pendapatan negara. Dari segi pembaharuan sistem pembiayaan kesihatan, meskipun ianya masih belum terlaksana secara menyeluruh meskipun kerajaan didapati secara konsisten cuba untuk melaksanakannya. Sebaliknya bagi program Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh (PPBP), meskipun usaha untuk memperluaskannya ke lain-lain hospital tertangguh sejak tahun 2009 ekoran bantahan kumpulan masyarakat madani khususnya GMPPK, namun didapati kembali diperluaskan semula di lapan lagi hospital kerajaan sejak 1 Januari 2017. Ini adalah sesuatu yang mengejutkan pihak Gabungan memandangkan kumpulan masyarakat madani seperti mereka tidak dirundingi oleh pihak kerajaan.

8.3 Sumbangan terhadap teori

Sungguhpun dari segi teori banyak negara-negara membangun melaksanakan demokrasi prosedural, dalam kes Malaysia sebagaimana perbincangan terhadap cadangan melakukan pembaharuan dalam sistem pembiayaan kesihatan (lihat Bab 6) adalah didapati sehingga tesis ini ditulis ianya masih belum dapat dilaksanakan lagi secara menyeluruh. Ini berlaku ekoran daripada pelbagai aktiviti bantahan yang dikemukakan oleh pelbagai kumpulan masyarakat madani, termasuklah pihak Gabungan sendiri. Justeru, ini bermaksud bahawa dalam tahap-tahap tertentu, dengan mengambil contoh isu ini menunjukkan bahawa demokrasi substantif juga mempunyai tempat yang tertentu dan berlaku di Malaysia.

Sepanjang perbincangan dalam tesis ini didapati pendekatan kaunter-hegemoni tidak diterima secara positif oleh pihak pemerintah dan majoriti besar rakyat. Ini boleh dikaitkan dengan beberapa faktor. Antaranya adalah dari sudut sejarah itu sendiri masyarakat di negara Malaysia amnya dilihat lebih selesa mengamalkan sikap bertolak

University of Malaya

ansur serta bertoleransi dalam mengambilkira suatu bentuk tindakan terhadap sesuatu isu. Faktor budaya, agama dan komposisi sosial juga dipercayai antara penyumbang kepada kurangnya penerimaan terhadap pendekatan secara kaunter-hegemoni. Pendekatan ini yang dilihat lebih didominasi elemen radikal ternyata belum menjadi suatu pendekatan yang diterima secara meluas dalam mengartikulasikan sesuatu isu dikalangan rakyat terbanyak di negara ini. Ironinya, pertubuhan yang menganggotai Gabungan terdiri daripada pelbagai kumpulan seperti parti politik, kesatuan sekerja dan pertubuhan bukan kerajaan yang radikal dan mempunyai darjah kepembangkangan yang tinggi, namun sebaliknya perjuangan mereka tidak mendapat tempat yang sewajarnya dihati kebanyakan rakyat.

Sungguhpun begitu, oleh kerana isu yang diperjuangkan adalah isu kesihatan yang berkaitan dengan kepentingan kelas bawahan, maka kerajaan didapati turut memberi respon dalam beberapa isu. Contohnya adalah melibatkan cadangan pembaharuan sistem pembiayaan kesihatan yang sehingga tesis ini ditulis masih belum dilaksanakan lantaran kerajaan mengambilkira aspek-aspek seumpama ini.

Sungguhpun kerajaan didapati lebih mesra dan responsif terhadap kumpulan masyarakat madani yang menggunakan pendekatan modal sosial seperti *Malaysian Medical Association* (MMA), namun pendekatan secara kaunter-hegemoni dan juga modal sosial serta berteraskan komuniti amat relevan untuk dimanfaatkan. Ini adalah kerana dalam isu-isu yang menekan golongan miskin dan berpendapatan rendah seperti kesihatan, kerajaan sewajarnya "digegarkan" dengan beberapa tindakan bersifat radikal dan keras dalam usaha untuk memberikan isyarat kepada mereka. Isyarat ini khususnya jika ditonjolkan oleh kumpulan masyarakat madani dan orang awam berupaya untuk memastikan kerajaan "berfikir" kembali terhadap kewajaran pelaksanaan sesuatu polisi awam yang menekan rakyat. Tidak hairan apabila Gabungan selesa untuk bertindak

University of Malaya

sedemikian rupa dalam menangani isu-isu melibatkan dasar kesihatan. Menjadi "budak nakal" dan "membuat kecoh" pada perspektif Gabungan adalah antara strategi yang berkesan untuk membolehkan isu-isu berkenaan diberikan perhatian, samada oleh pihak pemerintah, atau lain-lain kumpulan masyarakat madani dan juga rakyat.

Pun begitu, pendekatan modal sosial juga jelas mempunyai manfaat terutama dengan melihat konteks sosio budaya masyarakat Malaysia itu sendiri. Berunding, bermesyuarat dan melakukan secara diplomasi dalam mencapai sesuatu perkara didapati adakalanya jauh lebih bermakna dalam mencapai objektif mempengaruhi keputusan kerajaan. Ini terbukti apabila terdapat banyak kumpulan masyarakat madani di Malaysia yang selesa menggunakan pendekatan seumpama ini. Malahan kerajaan dan pegawainya juga dilihat lebih mengalu-alukannya.

Selain dari dua pendekatan diatas, satu lagi pendekatan iaitu menggunakan komuniti juga antara yang perlu diberikan perhatian oleh kumpulan masyarakat madani di negara ini. Komuniti dan masyarakat merupakan unit terpenting yang mendapat impak secara langsung dari sebarang bentuk penggubalan dan pelaksanaan sesuatu dasar awam. Justeru, penglibatan komuniti secara langsung akan meningkatkan dampak sesuatu perjuangan itu. Pendekatan ini jika digabungkan dengan kedua-dua pendekatan ini dan diuruskan dengan lebih rasional dipercayai akan mendatangkan hasil yang lebih positif. Malahan, suatu model baru bagaimana kumpulan masyarakat madani berinteraksi dengan menggunakan gabungan ketiga-tiga pendekatan ini wajar dibentuk. Sebabnya adalah kerana dalam mengetengah dan memperjuangkan sesuatu isu, tiada pendekatan tunggal yang boleh dinobatkan sebagai merupakan pendekatan terbaik. Setiap pendekatan ada kelebihan masing-masing,

Perkhidmatan Awam Baru (PeAB) adalah pendekatan terbaru dalam pentadbiran awam. Memandangkan gerakan masyarakat madani semakin mendapat tempat dalam

University of Malaya

masyarakat dan berperanan sebagai saluran kepada rakyat untuk membangkitkan pelbagai isu yang melibatkan kepentingan mereka, termasuklah kesihatan, maka aplikasi PeAB didapati sesuatu yang amat relevan. Justeru, dalam memastikan kerajaan bersikap lebih responsif dan terbuka terhadap perundingan dan mementingkan nilai awam, pentadbiran awam di Malaysia hendaklah dimajukan selari dengan apa yang dihasratkan oleh PeAB itu iaitu partispasi yang lebih bermakna di antara kerajaan dan rakyat.

8.4 Cadangan untuk penyelidikan masa hadapan

Penyelidik berharap agar kajian ini akan membuka jalan kepada lain-lain penyelidik pada masa akan datang untuk melakukan kajian dalam beberapa aspek tertentu yang boleh menyumbang kepada pengkayaan ilmu. Dalam hal ini, penyelidik mencadangkan beberapa aspek dan skop tertentu yang mungkin boleh diterokai antaranya adalah seperti berikut:-

a) Kaedah – kajian ini menggunakan paradigma kualitatif dengan kaedah kajian kes melibatkan sebuah kumpulan masyakarat madani yang khusus mengetengah dan memperjuangkan isu dan dasar kesihatan iaitu GMMPK. Kajian kes secara tunggal telah digunakan dan disini penyelidik lain berkemungkinan boleh meninjau kaedah kes berbilang dengan melakukan perbandingan melibatkan lain-lain kumpulan masyarakat madani seperti MMA, CAP, FOMCA, FPMPAM, MPS dan sebagainya. Kajian secara perbandingan akan dapat melahirkan suatu dinamika tertentu dalam pengkajian mengenai masyarakat madani khusus melibatkan dasar kesihatan. Selain dari kaedah kualitatif, penyelidikan menggunakan kaedah kuantitatif boleh juga diteroka terutama melibatkan aspek bagi mendapatkan pemahaman rakyat berhubung pelaksanaaan sesuatu program

University of Malaya

pembaharuan sektor kesihatan, contohnya melibatkan cadangan memperkenalkan Insurans Kesihatan Sosial dan penilaian terhadap program PPBP misalnya;

b) Isu - Isu pembaharuan kesihatan di Malaysia itu pelbagai dan kompleks sifatnya. Kajian ini hanya memberikan fokus terhadap tiga isu utama iaitu komersialisasi dan penswastaan perkhidmatan kesihatan, pembiayaan kesihatan dan program PPBP. Justeru, penyelidik mencadangkan agar pada masa akan datang terdapat kajian yang melibatkan lain-lain isu pembaharuan kesihatan dapat dilakukan;

c) Teori Masyarakat Madani - Kajian ini umumnya terlalu berat menekankan aplikasi teori kaunter-hegemoni berbanding dua lagi teori iaitu modal sosial dan berteraskan komuniti. Adalah dicadangkan agar para penyelidik pada masa akan datang dapat meninjau aplikasi teori modal sosial dan berteraskan komuniti secara lebih meluas lagi dalam konteks sistem pentadbiran dan politik Malaysia;

d) Perkhidmatan Awam Baru - Pentadbiran awam terus berkembang, dari pelaksanaan yang berteraskan model pentadbiran awam tradisional kepada Pengurusan Awam Baru dan kini Perkhidmatan Awam Baru. Kajian ini memberikan fokus kepada penggunaan dan aplikasi Perkhidmatan Awam Baru. Konsep-konsep penting yang semakin kontemporari seperti Perkhidmatan Awam Tadbir Urus (PATU) dan demokrasi perwakilan sebaliknya dilihat semakin penting untuk diteliti;

e) Masyarakat Madani - Konsep masyarakat madani itu sendiri semakin berkembang diperdebatkan menerusi pelbagai konteks dan dinamisme. Daripada hanya dikenali sebagai Sektor Ketiga kini telah wujud Sektor Keempat dan ini merupakan antara beberapa perkara baru yang wajar diterokai dan dikaji dengan lebih mendalam;

f) Amalan dan Aplikasi PeAB - Perkhidmatan Awam Baru lazimnya dikaitkan dengan penyertaan rakyat dalam proses pentadbiran dan ini banyak terkait

University of Malaya

dengan sistem demokrasi. Persoalan bagaimana ianya boleh diaplikasi dalam negara dengan sistem teokrasi (seperti Iran), monarki mutlak (Arab Saudi dan Brunei dan sosialis (China dan Cuba) adalah sesuatu yang menarik untuk diteliti;

g) Demokrasi Prosedural dan Demokrasi Substantif - Perdebatan terhadap amalan demokrasi prosedural dan demokrasi substantif wajar diperluaskan dan amalannya dalam konteks negara Malaysia wajar diberikan perhatian dengan kajian mengenainya terus diperluaskan; dan

h) Model Interaksi Masyarakat Madani-Negara - sebagaimana dibincangkan terdapat tiga pendekatan utama melibatkan interaksi antara kumpulan masyarakat madani-negara iaitu kaunter-hegemoni, modal sosial dan berteraskan komuniti. Sebagaimana telah dinyatakan sebelum ini, setiap suatu pendekatan mempunyai kelebihan tersendiri. Justeru, penyelidik mencadangkan agar dimasa akan datang suatu penyelidikan dapat dilakukan dengan hasrat untuk membentuk model interaksi ini dengan menggunakan ketiga-tiga pendekatan ini; dan

i) Dasar Kesihatan dan Impak Kepada Masyarakat - kajian mengenai dasar kesihatan didapati mempunyai kesan yang begitu dekat dengan kepentingan rakyat sebagai antara pihak berkepentingan yang paling utama. Ini didapati lebih ketara sekiranya perbicaraan itu melibatkan kelompok masyarakat yang terdiri dikalangan orang miskin dan sederhana. Kajian secara lebih mendalam melibatkan penilaian terhadap peranan dan dinamika yang sewajarnya dimainkan oleh agensi dan institusi serta pihak yang berkepentingan terlibat wajar diberikan perhatian. Agensi kerajaan seperti Kementerian Kesihatan Malaysia, serta lain-lain agensi yang memainkan peranan samada secara langsung atau tidak langsung dalam menyediakan perkhidmatan kesihatan perlu diteliti dan dikaji. Ini sejajar dengan perhitungan bahawa dasar kesihatan sebagai antara polisi kerajaan yang amat penting, serta terkait pula dengan keperluan masyarakat bagi mendapatkan

University of Malaya

perkhidmatan kesihatan terbaik. Ini adalah antara aspek yang wajar diteroka oleh para penyelidik pada masa hadapan.

8.5 Penutup

Tesis ini berteraskan kepada pengkajian dalam disiplin pentadbiran awam. Bagaimana peranan salah satu aktor utama dalam proses politik dan pentadbiran negara iaitu kumpulan masyarakat madani telah dipilih. Kajian ini meletakkan komponen aktiviti bantahan yang ditonjolkan serta strategi yang dimanfaatkan terhadap isu pembaharuan sektor kesihatan di Malaysia sebagai tema utama. Justeru, penelitian dan analisis dilakukan secara kajian kes dengan menggunakan Gabungan Membatanh Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMMPK) sebagai subjek utama. Analisis disokong dengan teori-teori seperti demokrasi subtantif dan prosedural, teori masyarakat sivil (khususnya kaunter-hegemoni, modal sosial dan berteraskan komuniti dimana berkaitan) serta model Perkhidmatan Awam Baru.

Meskipun analisis dan dapatan kajian mendapati secara umumnya pendekatan PeAB yang menonjolkan elemen penyertaan rakyat dalam sebarang pembuatan keputusan berkait dengan politik dan pentadbiran negara Malaysia belum lagi meluas, namun harapan untuk melihat ianya berkembang dilihat positif. Aplikasi pendekatan yang menonjolkan nilai awam dikalangan masyarakat dengan pentadbiran awam lebih menghargai rakyat adalah ciri penting kearah wujudnya demokrasi substantif yang bermakna di Malaysia. Berdasarkan analisis yang dilakukan terhadap aktiviti bantahan yang dilakukan GMPPK, meskipun pendekatan secara konfrontasi atau pun kaunter-hegemoni dilihat masih kurang diterima oleh masyarakat negara ini, namun dalam situasi tertentu ianya masih dalam ruang lingkup yang sesuai untuk diketengah dan diraikan.

University of Malaya

Adalah diharapkan agar kajian ini tidak hanya menambah korpus ilmu melibatkan pengkajian mengenai dinamika kumpulan masyarakat madani dalam proses politik dan pentadbiran negara, namun diharap ianya memberi manfaat kepada beberapa pihak. Antaranya adalah sumbangan kepada pengamal pentadbiran awam, terutama melibatkan aspek memahami kepentingan aplikasi model PeAB sekaligus meletakkan nilai awam dan rakyat pada tahap tertinggi. Ini sekaligus akan memberi kesan positif dan nilai tambah terhadap proses penggubalan dan pelaksanaan sesuatu dasar awam.

Kajian ini juga diharapkan akan dapat menyumbang kepada suatu pentafsiran baru dari segi hubungan negara-masyarakat madani yang lebih harmoni di Malaysia pada masa hadapan. Hubungan simbiotik yang positif yang berpaksikan kepada prinsip sebagaimana digariskan dalam PeAB dan demokrasi substantif akan membantu mewujudkan sebuah negara yang lebih progresif. Memahami cara tindak dan fikir kumpulan masyarakat madani (khususnya kumpulan yang mempunyai darjah kepembangkangan yang tinggi), bukan sahaja berguna kepada pihak berkepentingan seperti kerajaan dan masyarakat perniagaan, malahan kepada kumpulan masyarakat madani dan rakyat itu sendiri.

University of Malaya

RUJUKAN

2018 Budget: Medical tourism set to grow. (2017, Oktober, 27). The New Straits Times. Data diakses dari https://www.nst.com.my/news/nation/2017/10/296023/2018-budget-medical-tourism-set-grow.

Abas, A. (2015, Mac 11). Government signs new concession agreements for hospital support services. Data diakses dari https://www.nst.com.my/news/2015/09/government-signs-new-concession-agreements-hospital-support-services.

Abdelkader, A. (2016). Egypt Healthcare System Past and Future. http://pathology.mcw.edu/wp-content/uploads/Egypt_Healthcare_System_Past_and_Future.pdf.

Abdullah, R. W. (2005). *Regulating the private health sector in Malaysia*. Kuala Lumpur: University of Malaya Press.

Abdullah, N.H. (2016). Kenyataan Akhbar KPK Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh di Hospital Kementerian Kesihatan Malaysia Yang Terpilih. Putrajaya: Kementerian Kesihatan Malaysia.

Abel-Smith, B., & Rawal, P. (1992). Can the poor afford 'free' health services? A case study of Tanzania. *Health Policy and Planning*, *7*(4), 329-341.

Abel-Smith, B. (1994). Employer's willingness to pay: the case for compulsory health insurance in Tanzania. *Health Policy and Planning*, *9*(4), 409-418.

Acharian, T. (2016, Jun 2). Out of pocket healthcare expenditure could lead to financial meltdown: Subramaniam. The Sun Daily. Data diakses dari http://www.thesundaily.my/news/1823283

Adams, T. (1998). The discursive construction of dementia care: implications for mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing*, *28*(3), 614-621.

Adjei, E. (2003). Health sector reforms and health information in Ghana. *Information Development*, *19*(4), 256-264.

Akin, J. S., Birdsall, N., & De Ferranti, D. M. (1987). *Financing health services in developing countries: an agenda for reform* (Vol. 34). Washington: World Bank Publications.

Akiyama, H. (2001). Health care reform in Japan. *World hospitals and health services: the official journal of the International Hospital Federation*, *37*(2), 3-6.

Akiyama, S. (2005). Millenium development goals. In *New Approaches to Development and Changing Sector Issues*, Edited by: FASID. 34–59. Tokyo: FASID.

Aktan, A. O., Pala, K., & Ilhan, B. (2014). Health-care reform in Turkey: far from perfect. *The Lancet*, *383*(9911), 25-26.

University of Malaya

Alam, K., & Mahal, A. (2014). Economic impacts of health shocks on households in low and middle income countries: a review of the literature. *Globalization and Health*, *10*(1), 21.

Alchian, A.A., & Demsetz, H. (1973). The property right paradigm. *The Journal of Economic History*, 33, 16-27.

Alderman, H., & Lavy, V. (1996). Household responses to public health services: cost and quality trade-offs. *The World Bank Research Observer*, *11*(1), 3-22.

Aliran. (1995). Resolution for the ALIRAN 1995 AGM. Pulau Pinang: Aliran.

Aliran. (2005). On why the free market does not work in health care. *Aliran Monthly*, 26 (1). Pulau Pinang: Aliran.

Aliran. (2009). Pressing health care issues raised in Parliament. Data diakses dari http://aliran.com/143.html#more-143.

Aliran. (2011). Transkripsi perbincangan semasa The Future of health care in Malaysia Forum bertajuk *"Reforming the Malaysian Healthcare System: Is there a need?" pada* 27 November 2011 di Pulau Pinang. Data diakses dari http://aliran.com/7373.html#more-7372.

Aljunid, S.M. (2000) Penswastaan perkhidmatan kesihatan awam: adakah kita bersedia. *Jurnal Kesihatan Masyarakat*, 6 (S). pp. 59-68

Alkhamis, A., Hassan, A., & Cosgrove, P. (2014). Financing healthcare in Gulf Cooperation Council countries: a focus on Saudi Arabia. *The International Journal of Health Planning and Management*, *29*(1), e64-e82.

Almualm, Y., Alkaff, S. E., Aljunid, S., & Alsagoff, S. S. (2013). Factors influencing support for National Health Insurance among patients attending specialist clinics in Malaysia. *Global Journal of Health Science*, *5*(5), 1, 1-10.

Altheide, D. L. (2000). Tracking discourse and qualitative document analysis. *Poetics*, *27*(4), 287-299.

Anderson-Levitt, K. (2006). Ethnography. In Green, J. L., Camilli, G. and Elmore, P. B. (Eds.), *Handbook of Complementary Methods in Education Research* (pp. 279-296). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Arhin-Tenkorang, D. (2001). *Mobilizing resources for health: the case for user fees revisited*. CID Working Paper Series (No. 81). Cambridge: Harvard University.

Arkib Negara Malaysia. (1956). Surat MTUC kepada Menteri Buruh antara November 1956 hingga 18 Mac 1958, Rujukan MTUC/654.). Arkib Negara Malaysia: Kuala Lumpur.

Armstrong, P. (2001). *Exposing privatization: Women and health care reform in Canada*. Ontario: University of Toronto Press.

University of Malaya

Armstrong, P., & Armstrong, H. (2001). The context for health care reform in Canada. *Exposing privatization: Women and health care reform in Canada*, 11-48.

Arukesamy, K. (2017, Mac, 30). Medical tourism industry to rake in RM2.7b by 2020. The Sun Daily. Data dakses dari http://www.thesundaily.my/news/2210557.

Asakitikpi, A. E. (2015). Health Policy Reform in Sub-Saharan Africa. In Kuhlmann, E., Blank, R.H., Bourgeault, L., & Wendt. C. *The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance* (pp. 188-203). London: Palgrave Macmillan.

Asrin, R.K. (2016, Oktober 23). Health Deputy Minister: Full Paying Patent Scheme misunderstood, not affecting subsidy. The New Straits Times. Data diakses dari https://www.nst.com.my/news/2016/10/182707/health-deputy-minister-full-paying-patient-scheme-misunderstood-not-affecting.

Atim, C. (1998). *Contribution of mutual health organizations to financing, delivery, and access to health care:Synthesis of research in nine West and Central African countries.* Bethesda, Maryland: Abt Associates.

Atkinson, S., & Haran, D. (2004). Back to basics: does decentralization improve health system performance? Evidence from Ceará in north-east Brazil. *Bulletin of the World Health Organization*, *82*, 822-827.

Atkinson, P., & Coffey, A. (2011). Analysing documentary realities. In Silverman, D. (Ed.), *Qualitative Research*. (3rd ed.) (pp.77-93). Thousand Oaks: Sage.

Atun, R., Aydın, S., Chakraborty, S., Sümer, S., Aran, M., Gürol, I., ... & Dilmen, U. (2013). Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *The Lancet*, *382*(9886), 65-99.

Atun, R., De Andrade, L. O. M., Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Frenz, P., ... & De Paula, J. B. (2015). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The Lancet*, *385*(9974), 1230-1247.

Babar, Z. U. D., Ibrahim, M. I. M., Singh, H., Bukahri, N. I., & Creese, A. (2007). Evaluating drug prices, availability, affordability, and price components: implications for access to drugs in Malaysia. *PLoS medicine*, *4*(3), e82.

Bailey, M. (2001). *Priced out of reach: how WTO patent policies will reduce access to medicines in the developing world*. Oxfam Briefing Paper 4. Washington D.C: Oxfam International.

Baker, C.D. (2002). Ethnomethodological analyses of interview's. In Gubrium, J.F. & Holstein, J.A (Eds.), *Handbook of Interview Research* (pp. 777-795). Thousand Oaks: Sage Publications.

Bali, A. S., & Ramesh, M. (2015). Health care reforms in India: Getting it wrong. *Public Policy and Administration*, *30*(3-4), 300-319.

Barber, B. (1984). *Strong democracy: Participatory democracy for a new age*. Berkeley: University of California Press.

University of Malaya

Barraclough, S. (1997). The growth of corporate private hospitals in Malaysia: policy contradictions in health system pluralism. *International Journal of Health Services*, *27*(4), 643-659.

Barraclough, S. (1999). Constraints on the retreat from a welfare-orientated approach to public health care in Malaysia1. *Health Policy*, *47*(1), 53-67.

Barraclough, S. (2000). The politics of privatization in the Malaysian health care system. *Contemporary Southeast Asia*, 340-359.

Barraclough, S., & Lit, P. K. (2011). Malaysia: the consumer voice in the policy process. In Löfgren, H., de Leeuw, E., & Leahy, M. (Eds.) *Democratizing health: Consumer groups in the policy process* (pp.161-177). Cheltenham: Edward Elgar Publishing.

Barnum, H., Kutzin, J., & Saxenian, H. (1995). Incentives and provider payment methods. *The International Journal of Health Planning and Management*, *10*(1), 23-45.

Barzelay, M. (2001). *The new public management: Improving research and policy dialogue*. Berkeley: University of California Press.

Baum, F. (1997). Public health and civil society: understanding and valuing the connection. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, *21*(7), 673-675.

Bastías, G., Pantoja, T., Leisewitz, T., & Zárate, V. (2008). Health care reform in Chile. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, *179*(12), 1289–1292. http://doi.org/10.1503/cmaj.071843

Baxter, P., & Jack, S. (2008). Qualitative case study methodology: Study design and implementation for novice researchers. *The Qualitative Report*, *13*(4), 544-559.

Bayarsaikhan, D., & Musango, L. (2016). Health financing issues and reforms in Africa. *International Journal of Healthcare*, *2*(2), 37.

Béland, D., Rocco, P., & Waddan, A. (2014). Implementing health care reform in the United States: Intergovernmental politics and the dilemmas of institutional design. *Health Policy*, *116*(1), 51-60.

Belien, P. (1996). Healthcare reform in Europe. *Pharmacoeconomics*, *10*(2), 94-99.

Bellah, R. N., Madsen, R., Sullivan, W. M., Swidler, A., & Tipton, S. M. (1985). *Habits of the heart*. Berkeley, California: University of California Press.

Bellah, R. N., Madsen, R., Sullivan, W. M., Swidler, A., & Tipton, S. (1991). *The Good Society*. New York: Knopf.

Benatar, S. R. (1997). Health care reform in the new South Africa. *New England Journal of Medicine*, *336*(12), 891-896.

University of Malaya

Bennett, F. J. (1979). Primary health care and developing countries. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, *13*, 505-514.

Bennett, S., McPake, B., & Mills, A. (1997). *Private health providers in developing countries: serving the public interest?*. London: Zed Books Ltd.

Bennett, S., Creese, A. L., Monasch, R., & World Health Organization. (1998). *Health insurance schemes for people outside formal sector employment. ARA Paper 16, Division of Analysis, Research, and Assessment*. Geneva: World Health Organization.

Berita MMA. (1995). Keluaran Jun, p. 19. Kuala Lumpur: Malaysian Medical Association.

Berman, P. (1995). Health sector reform: making health development sustainable. *Health Policy*, *32*(1-3), 13-28.

Berman, P. (1995). *Health sector reform in developing countries*. Boston: Harvard University Press.

Berman, P., & Bossert, T. (2000). A decade of health sector reform in developing countries: what have we learned. Washington: UNAID.

Bennett, S., & Gilson, L. (2001). *Health financing: designing and implementing pro-poor policies*. London: DFID Health Systems Resource Centre.

Bertozzi, S. M., B. Aracena, L. Cahuana, A. Corcho, K. Rely, and V. Zurita. (2001).Study on Costs of Scaling-Up Health Interventions for the Poor in Latin-American Settings: Final Report. Working Group 5, Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: World Health Organization.

Bir, A., & Eggleston, K. (2003). Physician dual practice: access enhancement or demand inducement. *Indonesia:* Medford: Tufts University.

Birdsall, N., & James, E. (1993). Health, government, and the poor: the case for the private sector. In Gribble, J.N. & Preston, S.H. (Eds.), *The Epdemiological Transition: Policy and Planning Implications For Developing Countries* (pp 229-252). Washington: National Academy Press.

Binam, J., Nkama, A., & Nkenda, R. (2004). Estimating the willingness to pay for community health prepayment schemes in rural area: A case study of the use of contingent valuation surveys in central Cameroon Yaounde: Institute of Agricultural Research for Development.

Bitran, R., & Yip, W. C. (1998). A review of health care provider payment reform in selected countries in Asia and Latin America. Major Applied Research 2 Working Paper 1. Bethesda: Abt Associates Inc.

Bitran, R. (2001). Paying health providers through capitation in Argentina, Nicaragua, and Thailand: Output, spending, organizational impact, and market structure. *Partnerships for Health Reform (PHR), Major Applied Research*, *2*. Bethesda: Abt Associates Inc.

University of Malaya

Bitrán, R., and U. Giedion. (2003). Waivers and Exemptions for Health Services in Developing Countries. Social Protection Discussion Paper 0308, Social Protection Unit, Human Development Network. Washington: World Bank.

Bloom, G., L. Han, and Xiang Li. (2001). How Health Workers Earn a Living in China. *Human Resources for Health Development Journal* 5(1–3): 25–38.

Boeije, H. (2009). *Analysis in qualitative research*. London: Sage Publications.

Bossert, T. (1998). Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. *Social science & medicine*, *47*(10), 1513-1527.

Bossert, T. (2000). *Decentralization of Health Systems in Latin America: A Comparative Analysis of Chile, Colombia, and Bolivia. Latin America and the Caribbean Health Sector Reform Initiative Working Paper*. Boston: Harvard School of Public Health.

Borowitz, M., & Atun, R. (2006). The unfinished journey from Semashko to Bismarck: health reform in Central Asia from 1991 to 2006. *Central Asian Survey*, *25*(4), 419-440.

Bourdieu, P. (2011). The forms of capital. (1986). *Cultural Theory: An Anthology*, *1*, 81-93.

Bourdieu, P. (1986). The Forms of Capital. In Richardson, J.G. (Ed.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology Education* (pp. 241-258). New York: Greenwood Prerss.

Bowen, G. A. (2009). Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative Research Journal*, *9*(2), 27-40.

Bowie, A. (2004). Civil society and democratization in Malaysia. *Growth and Governance in Asia*, In Sato. Y (Ed.) *Growth and Governance in Asia* (pp.193-201). Honolulu, Hawaii: Asia-Pacific Centre for Security Studies.

Box, R. C., Marshall, G. S., Reed, B. J., & Reed, C. M. (2001). New public management and substantive democracy. *Public Administration Review*, *61*(5), 608-619.

Bratton, M. (1989). Beyond the state: Civil society and associational life in Africa. *World Politics*, *41*(3), 407-430.

Brinkerhoff, D. W. (2002). Government–nonprofit partners for health sector reform in Central Asia: family group practice associations in Kazakhstan and Kyrgyzstan. *Public Administration and Development: The International Journal of Management Research and Practice*, *22*(1), 51-61.

Brinkerhoff, D. (2003). Accountability and health systems: overview framework and strategies. Bethesda, MD: Abt Associates Inc.

University of Malaya

Britten, N. (1999) Qualitative Interviews in Healthcare. In: Pope, C. and Mays, N., (Eds.), *Qualitative Research in Health Care* (2nd ed.) (pp. 11-19). London: BMJ Books.

Bryman, A. (2016). *Social research methods*. Oxford: Oxford University Press.

Caines, K., & Lush, L. (2004). *Impact of public-private partnerships addressing access to pharmaceuticals in selected low and middle income countries : A Synthesis Report from Studies in Botswana, Sri Lanka, Uganda and Zambia. The Initiative on Public-Private Partnerships for Health (IPPPH).* Geneva: The Initiative on Public-Private Partnership for Health (IPPPH).

Carey, D., B. Herring & P. Lenain. (2009). Health Care Reform in the United States. OECD Economics Department Working Papers, No. 665, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/227104360465.

Carrin, G., Desmet, M., & Basaza, R. (2001). Social health insurance development in low-income developing countries: new roles for government and non-profit health insurance organizations. *Building social security: The challenge of privatization*. International Social Security Series, vol. 6, ed. X. Scheil-Adlung, 125–53. London: Transaction Publishers

Carroll, J. D., & Lynn, D. B. (1996). The future of federal reinvention: Congressional perspectives. *Public Administration Review*, 56(3), 299-304.

Carroll, W. K. (Ed.). (1997). *Organizing dissent: contemporary social movements in theory and practice.* (2nd ed.). Ontario: Garamond Press.

Carroll, W. (2007). Hegemony and counter-hegemony in a global field. *Studies in Social Justice*, *1*(1), 36-66.

Carroll, W. K. (2010). Crisis, movements, counter-hegemony: In search of the new. *Interface*, *2*(2), 168-198.

Cassels, A. (1995). Health sector reform: key issues in less developed countries. *Journal of International Development*, *7*(3), 329-347.

Castro, F., Dayton, J., Demery, L., & Mehra, K. (2000). Public spending on health Care in Africa: do the poor benefit?. *Bulletin of the World Health Organization,* 78 (1): 66–74.

Carson-Stevens, A., Patel, E., Nutt, S. L., Bhatt, J., & Panesar, S. S. (2013). The social movement drive: a role for junior doctors in healthcare reform. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *106*(8), 305-309.

Chakraborty, S., Gatti, R., Klugman, J., & Gray-Molina, G. (2002). When Is 'Free'Not So Free? Informal Payments for Basic Health Services in Bolivia. *Unpublished paper.* Washington, DC: World Bank.

Charmaz, K. (2002). Stories and silences: Disclosures and self in chronic illness. *Qualitative Inquiry*, *8*(3), 302-328.

University of Malaya

Charmaz, K. (2002). Qualitative interview and Grounded Theory analysis. In Gubrium, J.F. & Holstein, J.A (Eds.), *Handbook of Interview Research* (pp. 675-695). Thousand Oaks: Sage Publications.

Charmaz, K., & Belgrave, L. L. (2007). Grounded theory. *The Blackwell encyclopedia of sociology*.

Chase, S. E. (2005). Narrative Inquiry: Multiple Lenses, Approaches, Voices. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Handbook of Qualitative Research* (pp. 651-679). Thousand Oaks, CA: Sage.

Chee, H. L. (2006). The Emergence of a Transnational Healthcare Service Industry in Malaysia. Asia Research Institute Working Paper No. 76. Available at SSRN: https://ssrn.com/abstract=1317169 or http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1317169.

Chee, H. L., & Barraclough, S. (Eds.). (2007). *Health care in Malaysia: the dynamics of provision, financing and access*. London: Routledge.

Chee, H. L., & Barraclough, S. (2007).Epilogue : Civil society and health care policy in Malaysia. In Chee, H.L. & Barraclough, S. (Eds.), *Health care in Malaysia: the dynamics of provision, financing and access* (pp. 208-217). London: Routledge.

Chee, H. L. (2008). Ownership, control, and contention: challenges for the future of healthcare in Malaysia. *Social Science & Medicine*, *66*(10), 2145-2156.

Chee, H. L. (2010). Medical tourism and the state in Malaysia and Singapore. *Global Social Policy*, *10*(3), 336-357.

Chee, H.L., & Hong, P. H. (2014). '1Care'and the Politics of Healthcare in Malaysia. In Weiss, M. (Ed.), *Routledge Handbook of Contemporary Malaysia* (pp. 312-323) London: Routledge.

Cheek, J. (2004). At the margins? Discourse analysis and qualitative research. *Qualitative Health Research*, *14*(8), 1140-1150.

Cheng, T. M. (2015). Reflections on the 20th anniversary of Taiwan's single-payer National Health Insurance System. *Health Affairs*, *34*(3), 502-510.

Chiang, T. L. (1997). Taiwan's 1995 health care reform. *Health Policy*, *39*(3), 225-239.

Chin, C.B.N., & James, H. M. (2006). Conceptualizing Resistance to Globalization. In Richard, L. & Michael, S. (Eds.), *Perspective on World Politics* (pp. 311-320). USA: Routledge.

Chin, T.S. (2006, Mac, 17). Press Statement. Berita MMA. Data diakses dari http://ww.mma.org.

Chua, H. T., & Cheah, J. C. H. (2012, June). Financing Universal Coverage in Malaysia: a case study. In *BMC Public Health* (Vol. 12, No. 1, p. S7). BioMed Central.

University of Malaya

Clandinin, D. J. (2005)., & Connelly, F.M. (2000). *Narrative inquiry: Experience and story in qualitative research.* San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Coady, D., Clements, M. B. J., & Gupta, M. S. (Eds.) (2012). *The economics of public health care reform in advanced and emerging economies*. Washington D.C: International Monetary Fund.

Coffey, A., & Atkinson, P. (1996). *Making sense of qualitative data: complementary research strategies*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

Cohen, Y. (1971). Association, profession, adaptation. *Singapore Med J*, *12*(3), 121-126.

Cohen, J. L., & Arato, A. (1994). *Civil society and political theory*. Cambridge: MIT press.

Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (1994). *Research methods in education (fourth edition)*. London: Routledge.

Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, *94*, S95-S120.

Coleman, J.S. (1990). *Foundations of social theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Collins, C., Araujo, J., & Barbosa, J. (2000). Decentralising the health sector: issues in Brazil. *Health Policy*, *52*(2), 113-127.

Collier, P., Dercon, S., & Mackinnon, J. (2002). Density versus quality in health care provision: using household data to make budgetary choices in Ethiopia. T*he World Bank Economic Review*, *16*(3), 425-448.

Consumer Association of Penang (CAP). (1987). Curing the Sick or the Rich? The Rising Cost of Medical Care in Malaysia. Pulau Pinang : CAP.

Consumer Association of Penang (CAP). (1995). Memorandum on privatisation of health services – is it justified, dikemukakan kepada Dato Lee Kim Sai, Menteri Kesihatan. Pulau Pinang: CAP.

Consumer Association of Penang (CAP). (2007). National Health Policy must focus primarily on public health. Pulau Pinang: CAP.

Continues with free medicines. (2004, Disember 14). The Star. Data diakses dari http://www.thestar.com.my.

Cope, M. (2003). Coding scripts and diaries. In Clifford, N. & Valentine, G. (Eds.), *Key methods in human and physical geography* (pp. 440-453). Thousand Oaks: Sage.

Corbin, J. M., & Strauss, A. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, *13*(1), 3-21.

University of Malaya

Cornejo-Ovalle, M., Paraje, G., Vásquez-Lavín, F., Pérez, G., Palència, L., & Borrell, C. (2015). Changes in socioeconomic inequalities in the use of dental care following major healthcare reform in Chile, 2004–2009. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *12*(3), 2823-2836.

Cornwall, A., Lucas, H., & Pasteur, K. (2000). Introduction: accountability through participation: developing workable partnership models in the health sector. *Ids Bulletin*, *31*(1), 1-13.

Coronini-Cronberg, S., Laohasiriwong, W., & Gericke, C. A. (2007). Health care utilisation under the 30-Baht Scheme among the urban poor in Mitrapap slum, Khon Kaen, Thailand: a cross-sectional study. *International Journal for Equity in Health*, *6*(1), 11.

Costa-Font, J., Norton, E. C., & Siciliani, L. (2017). The Challenges of Public Financing and Organisation of Long-Term Care. *Fiscal Studies*, *38*(3), 365-368.

Cox, R. H., & Schilthuis, A. (2012). Hegemony and counterhegemony. In *The Wiley-Blackwell encyclopedia of globalization* (pp. 923–927). Boston, MA: John Wiley & Sons Ltd.

Cox, R. W. (1993). Gramsci, hegemony and international relations: an essay in method. *Cambridge Studies in International Relations*, *26*, 49-49.

Crang, M. (2005). Analysing qualitative materials. In. Flowerdew, R. & Martin, D. (Eds.), *Methods in human geography: a guide for students doing research project* (pp. 218-231). Pearson: Harlow (2nd ed.).

Creese, A., & S. Bennett. (1997). Rural Risk-Sharing Strategies. In Schieber, J.G (Ed.) *Innovations in Health Care Financing.* Proceedings of a World Bank Conference, March 10–11, 1997. Washington, DC: World Bank.

Creswell, J.W. (1994). *Research design: Qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks: Sages.

Creswell, J. W. (2003). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods design*. Thousand Oaks: Sage.

Creswell, J. W. (2007). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approach*. Thousand Oaks: Sage.

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2017). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks: Sage

Criel, B., Van der Stuyft, P., & Van Lerberghe, W. (1999). The Bwamanda hospital insurance scheme: effective for whom? A study of its impact on hospital utilization patterns1. *Social science & medicine*, *48*(7), 897-911.

Cruez, A.F. (2004, Disember 4). Hospital drugs to cost more. The New Straits Times. Data diakses dari http://www.nst.com.my.

University of Malaya

Daemmrich, A. (2013). The political economy of healthcare reform in China: negotiating public and private. *SpringerPlus*, *2*(1), 448.

Dahl, R. (1956). *A preface to democracy*. Chicago: The University of Chicago Press.

Dahl, R. A. (1986). *Democracy, liberty and equality*. New York: Oxford University Press.

Dalinjong, P. A., & Laar, A. S. (2012). The national health insurance scheme: perceptions and experiences of health care providers and clients in two districts of Ghana. *Health Economics Review*, *2*(1), 13.

Damrongplasit, K., Melnick GA. (2009). Early results from Thailand's 30 Baht Health Reform: something to smile about. *Health Affairs*, 28(3): 457-466.

Danishevskiy, K., & McKee, M. (2017). The Russian Anti-Tobacco Advocacy Coalition (ATACs). In Greer, S. L., Wismar, M., Pastorino, G., & Kosinska, M. (Eds.). *Civil society and health: Contributions and potential. European Observatory on Health Systems and Policies* (pp. 55-67). London: European Observatory on Health System and Policies.

Darren, H. (2007). Malaysian Helathcare: Where are We Heading? Data diakses dari https://hsudarren.wordpress.com/.

Deber, R. B. (2003). Health care reform: lessons from Canada. *American Journal of Public Health*, *93*(1), 20-24.

DeLeon, L., & Denhardt, R. B. (2000). The political theory of reinvention. *Public Administration Review*, *60*(2), 89-97.

Denhardt, R. B. (1981). *In the Shadow of Organization*.Lawrence. Kansas: Regents Press of Kansas.

Denhardt, R. B. (1993). *The pursuit of significance: Strategies for managerial success in public organizations*. Belmont: Wadsworth Publishing Company.

Denhardt, R. B., & Denhardt, J. V. (1999). *Leadership for change: Case studies in American local government*. Grant Report prepared for PricewaterhouseCoopers Endowment for the Business of Government.

Denhardt, R. B., & Denhardt, J. V. (2000). The new public service: Serving rather than steering. *Public Administration Review*, *60*(6), 549-559.

Denhardt, J. V., & Denhardt, R. B. (2015). The new public service revisited. *Public Administration Review*, *75*(5), 664-672.

Demsetz, H. (1967). Toward a theory of property rights. *American Economic Review*, 57, 347-359.

Desse, F. (2012). The role and structure of Civil Society Organizations in national and global governance evolution and outlook between now and 2030. *European*

University of Malaya

Union. Retrieved from http://www. augurproject. eu/IMG/pdf/cso_note_provisional_draft5_june_2012. pdf.

Devaraj, J. (2004). Healthcare privatization will burden Malaysian. Aliran Monthly, 24 (11), 12. Pulau Pinang: Aliran.

Devaraj, J. (2005). Kertas kerja bertajuk "*The National Health Financing Scheme*" yang dibentangkan di Forum Khas kesihatan anjuran MTUC pada 28 April 2005. Subang Jaya: GMPPK.

Devaraj, J. (2005). Kertas kerja bertajuk "*The Right to Health*" yang dibentangkan dalam Forum *Right to Health- Achieving Health MDGs" (Goals 4, 5 & 6)* anjuran SUHAKAM pada 22 Ogos 2005. Kuala Lumpur: GMPPK.

Devaraj, J. (2009). Kertas kerja bertajuk "*Provision of Healthcare to the Population: The Changing Landscape*" dibentangkan dalam *Selangor State Health Care Seminar* 2009 pada Ogos 2009. Petaling Jaya: GMPPK.

Devaraj, J. (2010). Pandangan dikemukakan dalam "*Whats is wrong with our health care system*" dalam Forum pada 20 Mac 2010 di Pulau Pinang. Pulau Pinang: GMPPK.

Devaraj, J. (2010). Transkripsi pembentangan kertas kerja bertajuk "*Health care in Malaysia*" oleh Dr Jeyakumar Devaraj di forum "*What is wrong with our health care system*" di Kompleks Penyayang pada 20 Mac 2010. Pulau Pinang. Data diakses dari http://aliran.com/7372.html#more-7372

Devaraj, J. (2010). Pandangan dikemukakan dalam "*Whats is wrong with our health care system*" pada 20 Mac 2010 di Pulau Pinang. Pulau Pinang: GMPPK

Dewan Bahasa dan Pustaka. Bahagian Perkamusan. (2005). *Kamus dewan (edisi keempat)*. Kuala Lumpur: Dewan Bahasa dan Pustaka.

Dhai, A. (2011). Healthcare reform in South Africa: A step in the direction of social justice. *South African Journal of Bioethics and Law*, *4*(2), 48-49.

Diamond L., Juan J.L., & Seymour M.L. (1995). Politics in Developing Countries: Comparing Experiences with Democracy. Boulder, CO: Lynne Rienner Publications.

Diderichsen, F. (2004). Resource allocation for health equity: issues and methods. Health, Nutrition and Population (HNP) discussion paper (pp. 20-45). World Bank, Washington, DC: The World Bank.

Docteur, E., & Oxley, H. (2003). Health-care systems: lessons from the reform experience. Paris: OECD.

Donahue, J. D., & Donahue, J. D. (1989). *The privatization decision: Public ends, private means* (p. 45). New York: Basic Books.

University of Malaya

Druce, N. (2004). Acces to medicines in under-served markets: what are the implications of changes in intellectual property rights, trade and drug registration policy. *DFID Health Systems Resource Centre*. London: Department of International Development.

Dryzek, J. S. (2013). *The politics of the earth: Environmental discourses (3rd ed.)*. Oxford: Oxford University Press.

Duggal, R. (2007). Healthcare in India: changing the financing strategy. *Social Policy & Administration*, *41*(4), 386-394.

Dunleavy, P., & Hood, C. (1994). From old public administration to new public management. *Public Money & Management*, *14*(3), 9-16.

Dunleavy, P., Margetts, H., Bastow, S., & Tinkler, J. (2006). New public management is dead—long live digital-era governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, *16*(3), 467-494.

Dussault, G., & Dubois, C. A. (2003). Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Human Resources for Health*, *1*(1), 1.

Eccleston, B. (1996). NGOs and competing representations of deforestation as an environmental issue in Malaysia. *Journal of Commonwealth & Comparative Politics*, *34*(1), 116-142.

Edwards, M. (2004). *Civil Society*. Cambridge: Polity Press.

Edwards, A. (2004, Julai 20). Private wings in hospital: Project likely to start next year. The Star. m.s. 6.

Eggleston, K, and C.-R. Hsieh. (2004). Health Care Payment Incentives: A Comparative Analysis of Reform s in Taiwan, Korea and China. Working Paper 2004-2, Department of Economics. Boston: Tufts University.

.

Eichelberger, R. T. (1989). *Disciplined inquiry: Understanding and doing educational research*. New York: Addison-Wesley Longman Ltd.

Eikenberry, A. M., & Kluver, J. D. (2004). The marketization of the nonprofit sector: civil society at risk?. *Public Administration Review*, *64*(2), 132-140.

Ekman, B., Liem, N. T., Duc, H. A., & Axelson, H. (2008). Health insurance reform in Vietnam: a review of recent developments and future challenges. *Health policy and Planning*, *23*(4), 252-263.

Ellis, R. P., & McGuire, T. G. (1990). Optimal payment systems for health services. *Journal of Health Economics*, *9*(4), 375-396.

Ellis, R. P., & McGuire, T. G. (1993). Supply-side and demand-side cost sharing in health care. *Journal of Economic Perspectives*, *7*(4), 135-151.

University of Malaya

Elias Sarker, A. (2006). New public management in developing countries: An analysis of success and failure with particular reference to Singapore and Bangladesh. *International Journal of Public Sector Management*, *19*(2), 180-203.

Elias, J. (2015). Civil society and the gender politics of economic competitiveness in Malaysia. *Globalizations*, *12*(3), 347-364.

Elliott, C. (1987). Some aspects of relations between the North and South in the NGO sector. *World Development*, *15*, 57-68.

Enemark, U., & Schleimann, F. (1999). Financing health services in developing countries-feeding a white elephant?. *Danida Discussion Papers No. 1.* Copenhagen: DANIDA.

England, R. (2002). *Contracting and Performance Management in the Health Sector:Some Pointers on How to Do It.* London: Health Systems Resource Centre, Department for International Development.

England, R. (2004). *Experiences of Contracting with the Private Sector: A Selective Review.*London: Health Systems Resource Centre, Department for International Development.

Ensor, T. (2004). Consumer-led demand side financing in health and education and its relevance for low and middle income countries. *The International Journal of Health Planning and Management*, *19*(3), 267-285.

Ensor, T., & Cooper, S. (2004). Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health Policy and Planning*, *19*(2), 69-79.

Ensor, T. (2004). Informal payments for health care in transition economies. *Social Science & Medicine*, *58*(2), 237-246.

Escobar, M. L., Giedion, U., Giuffrida, A., & Glassman, A. L. (2009). Colombia: After a decade of health system reform. *From Few to Many*, *1*.

Etzioni, A. (1988). *The Moral Dimension*. New York: The Free Press.

Etzioni, A. (1995). *The New Communitarian Thinking*. Charlottesville, VA: University of Virginia Press.

Etzioni, A. (1996). The New Golden Rule: Community and Morality in a Democratic Society . New York: Basic Books.

Etzioni, A. (2014). Communitarianism revisited. *Journal of Political Ideologies*, *19*(3), 241-260.

European Commission, Communication From The Commission To The European Parliament, The Council, The European Economic And Social Committee And The Committee Of The Regions, The roots of democracy and sustainable development: Europe's engagement with Civil Society in external relations. Brussels, 12.9.2012, COM (2012) 492 final.

University of Malaya

European Commission. (2012). European Policy Brief. Optimizing Civil Society Participationin Research. Data diakses dari http://www.campusengage.ie/sites/default/files/resources/Civil%20Society%and20Research.pdf

Fadzil, M., Fauzi, B., & Samsu, K. H. K. (2015). Student Activism and The 13 th Malaysian General Election: The Second Civil Society Wave After 1969. *Pertanika Journal of Social Sciences & Humanities*, *23*(1), 105-128.

Fairbank, A., Makinen, M., & Schott, W. (2000). *Poverty Reduction and Immunizations: Considering Immunizations in the Context of Debt Relief for Poor Countries*. Bethesda: Abt Associates.

Farouk, A. F. A. (2011). The Limits of Civil Society in Democratizing The State: The Malaysian Case. *Kajian Malaysia: Journal of Malaysian Studies*, *29*(1), 91-109.

Farmer, J. F. (1995). *The Language of Public Administration*. Tuscaloosa, AL: University of Alabama Press.

Federation of Malaysian Consumer Association of Malaysia. (2007). Memorandum for the national budget consultation 2008, 20 April. Kuala Lumpur: FOMCA.

Federation of Malaysian Consumer Association of Malaysia. (2008). Memorandum for the national budget consultation 2009, 30 Mac. Kuala Lumpur: FOMCA.

Federation of Malaysian Consumer Association of Malaysia. (2009). Memorandum for the national budget consultation 2010, 22 May. Kuala Lumpur: FOMCA.

Federation of Private Medical Practitioners Association of Malaysia (FPMPAM). (2018). About FPMPAM. Data diakses dari http://fpmpam.org/about.html.

Femia, J.V. (1981). *Gramsci's Political Thought: Hegemony Consciousness and the Revoultioanry Process*. Oxford: Clarendon.

Ferrinho, P., Van Lerberghe, W., Fronteira, I., Hipólito, F., & Biscaia, A. (2004). Dual practice in the health sector: review of the evidence. *Human Resources for Health*, *2*(1), 14. http://www.human-resources-health.com/content/2/1/14.

Fetter, R. B., Shin, Y., Freeman, J. L., Averill, R. F., & Thompson, J. D. (1980). Application of the DRGs in utilization review. *Med Care*, *18*(2 Supp), 23-28.

Fetter, R. B. (1991). Diagnosis related groups: understanding hospital performance. *Interfaces*, *21*(1), 6-26.

Fleury, S. (2011). Brazil's health-care reform: social movements and civil society. *The Lancet*, *377*(9779), 1724-1725.

Fleury, S. (2001). Universal, dual or plural. *Health care models and dilemmas in Latin America: Chile, Brazil and Colombia. En: Molina C, Nuñez del Arco J, editores. Washington DC: Health Services in Latin America and Asia*, 3-36.

University of Malaya

Fleury, S. (2011). Direitos sociais e restrições financeiras: escolhas trágicas sobre universalização. *Ciência & Saúde Coletiva*, *16*, 2686-2688.

Fong, L.S. (2015, Disember 26). Caj Perubatan Untuk Bukan Warganegara Naik 70 Peratus. Data diakses dari http://www.mstar.com.my/berita/berita-semasa/2015/10/26/caj-perubatan-naik/#zUttxbfE6RIGeORc.99

Fontana, A., & Frey, J. H. (1998). Interviewing: The Art of Science. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.), Collecting and Interpreting Qualitative Materials (pp. 47-78). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

Ford, N., Wilson, D., Bunjumnong, O., & von Schoen Angerer, T. (2004). The role of civil society in protecting public health over commercial interests: lessons from Thailand. *The Lancet*, *363*(9408), 560-563.

Forsberg, L. T. (2011). The political economy of health care reform in Vietnam. In *Oxford Symposium on Urbanisafion, Health and Human Security: Challenges for Emerging Markets*.

Fossati, D. (2017). From periphery to centre: Local government and the emergence of universal healthcare in Indonesia. *Contemporary Southeast Asia: A Journal of International and Strategic Affairs*, *39*(1), 178-203.

Foster, M., & Mackintosh-Walker, S. (2001). *Sector wide programmes and poverty reduction*. London, England: Overseas Development Institute.

Fox, C., & Miller, H. (1995). *Postmodern Public Administration*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Fox, C. J. (1996). Reinventing government as postmodern symbolic politics. *Public Administration Review*, 256-262.

Frederickson, H. G. (1996). Comparing the Reinventing Government Movement with the New Public Administration. *Public Administration Review* 56(3): 263–9.

Freebody, P. (2003). *Qualitative research in education: Interaction and practice*. Thousand Oaks: Sage.

Freedman, A. L. (2009). Civil society, moderate Islam, and politics in Indonesia and Malaysia. *Journal of Civil Society*, *5*(2), 107-127.

Frenk, J. (1994). Dimensions of health system reform. *Health Policy*, *27*(1), 19-34.

Fukuda, H., Shimizu, S., & Ishizaki, T. (2015). Has the reform of the Japanese healthcare provision system improved the value in healthcare? A cost-consequence analysis of organized care for hip fracture patients. *PloS one*, *10*(7), e0133694.

Fukuyama, F. (1995) Trust: The Social Virtues and the Creation of Prosperity, London: Hamish Hamilton Ltd.

University of Malaya

Gaál, P., Riesberg, A., & World Health Organization. (2004). *Health care systems in transition: Hungary* (No. EUR/04/5046928). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK). (2005). Minit Mesyuarat GMPPK bertarikh 3 April 2005. Kuala Lumpur: GMPPK.

Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK). (2005). Minit Mesyuarat GMPPK bertarikh 30 April 2005. Kuala Lumpur: GMPPK.

Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK). (2005). Surat bertajuk Permohonan Tarikh Berbincang Dengan YB Menteri Kesihatan bertarikh 4 Mei 2005. Ipoh, Perak : GMPPK.

Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK). (2005). Surat Tidak Bertajuk Kepada Chong Eng, Teresa dan Dr Wan Azizah bertarikh 12 Mei 2005. Ipoh, Perak: GMPPK.

Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK). (2005). Surat kepada Ketua Pengarah Kesihatan dan Menteri Kesihatan Bertajuk Permohonan Tarikh Berbincang Dengan YB Menteri Kesihatan bertarikh 21 Jun 2005. Ipoh, Perak: GMPPK.

Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK). (2006). Surat kepada Menteri Kesihatan, Dr Chua Soi Lek bertajuk Permohonan Tarikh Awal Berjumpa Yang Amat Berhormat bertarikh 12 April 2006. Ipoh, Perak: GMPPK..

Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK). (2006). Surat kepada Ketua Pengarah Kesihatan dan Menteri Kesihatan Bertajuk Permohonan Tarikh Berbincang Dengan YB Menteri Kesihatan bertarikh 21 Jun 2005. Ipoh, Perak: GMPPK.

Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK). (2006). Catatan Sessi Dialog Bersama Dato Dr Ismail Merican, Ketua Pengarah Kesihatan Malaysa di KKM, Putrajaya bertarikh 14 Mac 2006. Putrajaya: GMPPK.

Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK). (2006). Surat kepada Dr Rosnah Hadis, Pengarah Bahagian Perancangan dan Pembangunan, KKM pada 12 Oktober 2006 bertajuk Laporan Interim oleh Karol Consulting. Ipoh, Perak : GMPPK

Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK). (2006). Petisyen kepada Perdana Menteri bertarikh 23 November 2006. Ipoh, Perak: GMPPK.

Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK). (2006). Memorandum *The People's Proposals for Healthcare Financing*. Ipoh, Perak: GMPPK.

University of Malaya

Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK). (2006). *Questions for Parliament Oct 2006*. Ipoh, Perak: GMPPK.

Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK). (2006). Memorandum Kepada Ahli-Ahli Parlimen: Isu-Isu Penting Berkaitan Kesihatan Rakyat bertarikh 24 April 2006. Ipoh, Perak: GMPPK.

Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK). (2006). Surat bertajuk Permohonan Tarikh Awal Berjumpa Yang Amat Berhormat bertarikh 22 Ogos 2006. Ipoh, Perak: GMPPK.

Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK). (2007). Laporan Maklumbalas Terhadap *Health Financing Reform: The Consultants' Interim Report* bertarikh 30 Mac 2007. Ipoh, Perak: GMPPK.

Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK). (2007). Minit Mesyuarat GMPPK bertarikh 27 September 2007 (Penyata Pendapatan dan Perbelanjaan GMPPK). Kuala Lumpur: GMPPK.

Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK). (2007). Resolutions Adopted at the Malaysian Health Care Financing Forum on 25/3/2007. Kuala Lumpur: GMPPK.

Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK). (2007). Kronologi Ringkasan Usaha-Usaha Untuk Berdialog Dengan Pihak Kerajaan. Ipoh, Perak: GMPPK.

Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK). 2007. Penyata Pendapatan dan Perbelanjaan Gabungan bagi tempoh berkahir 27 September 2007. Kuala Lumpur: GMPPK.

Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK). (2007). Memorandum kepada Datuk Seri Chua Soi Lek, Menteri Kesihatan: Kerajaan Harus Memastikan Syarat-Syarat FTA US-Malaysia Tidak Menjejaskan Kesihatan Rakyat Malaysia. Ipoh, Perak: GMPPK.

Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK). (2007). Surat kepada Ketua Pengarah Unit Perancang Ekonomi, Jabatan Perdana Menteri bertajuk *Term of Reference for the Consultant for the Proposed Health Financing Scheme* bertarikh 14 Disember 2005. Ipoh, Perak: GMPPK.

Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK). (2007). Surat kepada Dr Rosnah Hadis, Pengarah Bahagian Perancangan dan Pembangunan, KKM pada 15 Mei 2007 bertajuk Mesyuarat Khas Dasar Kesihatan Negara. Ipoh, Perak: GMPPK.

Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK). (2007). Surat kepada The Director General UNDP, Geneva bertarikh 24 April 2007 bertajuk Lack of Transparency on the part of UNDP Malaysia. Ipoh, Perak: GMPPK.

Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK). (2007). Resolusi Terhadap Sistem Kesihatan Kepada YAB Dato Seri Abdullah Badawi

University of Malaya

Perdana Menteri Malaysia: Jangan Memusnahkan Hospital Awam Batalkan Skim Rawatan Swasta di Hospital Kerajaan bertarikh 10 Ogos 2007. Ipoh, Perak: GMPPK.

Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK). (2007). Resolution on the US-Malaysia FTA. Ipoh, Perak: GMPPK.

Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK). (2007). Petisyen 8000 Rakyat Malaysia Kepada YAB Dato Seri Abdullah Badawi, Perdana Menteri Malaysia. Selamatkan Sistem Kesihatan Awam Malaysia bertarikh 23 November 2006. Ipoh, Perak: GMPPK.

Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK). (2007). Kenyataan Akhbar GMPPK: Batalkan Skim Rawatan Swasta di Hospital Kerajaan. Kuala Lumpur: GMPPK.

Gabungan Membantah Penswastaan Perkhidmatan Kesihatan (GMPPK). (2010). Memorandum Kepada Menteri Kesihatan: Batalkan Skim "Full Paying Patient" Melalui Pengarah Hospital Sultanah Bahiyah, Alor Star, Kedah bertarikh 1 Mac 2010. Kuala Lumpur: GMPPK.

Gaji punca doktor pakar beralih ke hospital swasta. (2016, Mac 26). Utusan Malaysia Data diakses dari http://www.utusan.com.my/berita/nasional/gaji-punca-doktor-pakar-beralih-ke-hospital-swasta-1.204737.

Gallagher, E. B. (2002). Modernization and health reform in Saudi Arabia. *Health care reform around the world*, 181-97.

Gardner, L. B., & Scheffler, R. M. (1988). Privatization in Health Care: Shifting the Risk. *Medical Care Review*, 45(2), 215-253.

Gardner, J. (1991). *Building Community*. Washington, DC: Independent Sector.

Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures* (Vol. 5043). New York: Basic Books Inc. Publishers.

George, A. (2003). Accountability in health services. Transforming relationships and contexts. *Harvard Center for Population and Development Studies, Working Paper Series*, *13*(1).

Gerdtham, U. G., Rehnberg, C., & Tambour, M. (1999). The impact of internal markets on health care efficiency: evidence from health care reforms in Sweden. *Applied Economics*, *31*(8), 935-945.

Gertler, P., & Solon, O. (2002). Who benefits from social health insurance? Evidence from the Philippines. *Unpublished Manuscript, University of California, Berkeley and the University of the Philippines*.

Gertler, P., & Van der Gaag, J. (1988). Measuring the willingness to pay for social services in developing countries. Living Standards Measurement Study Working Paper 45. Washington, DC: World Bank.

University of Malaya

Giarelli, G., Annandale, E., & Ruzza, C. (2014). Introduction: The role of civil society in healthcare systems reforms. *Social Science & Medicine (1982)*, *123*, 160-167.

Giersdorf, S., & Croissant, A. (2011). Civil society and competitive authoritarianism in Malaysia. *Journal of Civil Society*, 7(1), 1-2.

Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *British Dental Journal*, *204*(6), 291.

Gilson, L., & Mills, A. (1995). Health sector reforms in sub-Saharan Africa: lessons of the last 10 years. *Health Policy*, *32*(1-3), 215-243.

Gilson, L. (1998). In defence and pursuit of equity. *Social Science & Medicine*, *47*(12), 1891-1896.

Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: A modified Husserlian approach*. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). The Discovery of Grounded Theory (London, Weidenfeld & Nicolson). *GlaserThe Discovery of Grounded Theory1967*.

Gläser, J., & Laudel, G. (2013, March). Life with and without coding: Two methods for early-stage data analysis in qualitative research aiming at causal explanations. In *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* (Vol. 14, No. 2).

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2017). *Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York: Routledge.

Gomez, E. T. (1997). Privatization and public enterprise reform in the Asia-Pacific region: Privatized patronage: The economics and politics of privatization in Malaysia. *Journal of the Asia Pacific Economy*, *2*(2), 178-200.

Gomez, E. T. (2003). Political business in Malaysia: party factionalism, corporate development, and economic crisis. In Gomez, E.T. (Ed) *Political Business in East Asia* (pp. 98-130). London: Routledge.

Government targeting RM2.8 billion medical tourism revenue by 2020. (2017, Ogos 4). Astro Awani. Data diakses dari https://www.mhtc.org.my/government-targeting-rm2-8-billion-medical-tourism-revenue-by-2020/.

Grace, C. (2003). Equitable Pricing of Newer Essential Medicines for Developing Countries: Evidence of the Potential of Different Mechanisms. *London: London Business School*, 1-70.

Gragnolati, M., Lindelow, M., and Couttolenc, B. (2013). Twenty Years of Health System Reform in Brazil: An Assessment of the Sistema Unico de Suade. Washington, DC: World Bank.

Gramsci, A. (1971). *Selections from the prision notebooks of Antonio Gramsci*. London: Lawrence and Wishart.

University of Malaya

Gramsci, A. (1992). *Prison Notebooks*, Vol. 1, translated by Joseph A. Buttigieg and Antonio Callari. Buttigieg, J.A. (ed), New York: Columbia University Press.

Gramsci, A. (1995). *Further selections from the prison notebooks*. Minnesota: University of Minnesota Press.

Greer, S. L., Wismar, M., Pastorino, G., & Kosinska, M. (Eds.). (2017). *Civil society and health: Contributions and potential*. London: European Observatory on Health System and Policies.

Danishevskiy, K., & McKee, M. (2017). The Russian Anti-Tobacco Advocacy Coalition (ATACs). In Greer, S. L., Wismar, M., Pastorino, G., & Kosinska, M. (Eds.). *Civil society and health: Contributions and potential. European Observatory on Health Systems and Policies* (pp. 55-67). London: European Observatory on Health System and Policies.

Greer, S.L. & Falkenbach, M. (2017). Social partnership, civil society, and health care. In Greer, S. L., Wismar, M., Pastorino, G., & Kosinska, M. (Eds.). *Civil society and health: Contributions and potential. European Observatory on Health Systems and Policies* (pp.139-159). London: European Observatory on Health System and Policies.

Guan, L. H. (Ed.). (2004). *Civil Society in Southeast Asia*. Singapore: Institute of Southeast Asian Studies.

Gulick, L. (1937). Notes on the Theory of Organization. *Classics of Organization Theory*, *3*(1937), 87-95.

Gumber, A. (2002). *Health insurance for the informal sector: Problems and prospects*. New Delhi: Indian Council for Research on International Economic Relations.

Gwatkin, D. R. (2003). *Free government health services: are they the best way to reach the poor?*. Washington, DC: World Bank.

Hackler, C. (1993). Health care reform in the United States. *Health Care Analysis*, *1*(1), 5-13.

Hák, T., Janoušková, S., & Moldan, B. (2016). Sustainable Development Goals: A need for relevant indicators. *Ecological Indicators*, *60*, 565-573.

Hallett, C. E., Austin, L., Caress, A., & Luker, K. A. (2000). Community nurses' perceptions of patient 'compliance'in wound care: a discourse analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *32*(1), 115-123.

Ham, C. (1991). Health-care reform in Europe. *The Lancet*, *338*(8758), 46-47.

Hanifan, L. (1916). The rural school community centre. *Annals of the American Academy of Political Science*, *67*, 130-138.

Hansard Parlimen. (2009). Pemberitahuan Pertanyaan Dewan Rakyat Jawapan Oleh Y.B. Dato Seri Liow Tion Lai Menteri Kesihatan Pada 3 Disember 2009. Kuala Lumpur.

University of Malaya

Hanvoravongchai, P. (2013). Health financing reform in Thailand: toward universal coverage under fiscal constraints.UNICO Study Series. Washington, DC: World Bank.

Hanvoravongchai, P., & World Health Organization. (2002). Medical savings accounts: lessons learned from limited international experience. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Hamid, A. F. A. (2008). Islamist realignments and the rebranding of the Muslim Youth Movement of Malaysia. *Contemporary Southeast Asia: A Journal of International and Strategic Affairs*, *30*(2), 215-240.

Haridas, K. (2016, Disember 29). *Full Paying Patients" scheme could lead to bias in favowr of paying patiernts*. Aliran.com. Data diakses dari https://aliran.com/web-specials/2016-web-specials/full-paying-patients-scheme-lead-bias-favour-paying-patients/.

Harmon, M. (1981). *Action Theory for Public Administration.*New York: Longman.

Hassan, S., & Weiss, M. (Eds.). (2012). *Social Movement Malaysia*. London and NY: Routledge Curzon.

Hassan, S. (2014). Political non-governmental organizations: Ideals and realities. In Khoo. B.T. & Loh, F. (Eds.), *Democracy in Malaysia* (pp. 212-229). London: Routledge.

Health Ministry: Those who cannot afford "Full Paying Patient" scheme will not be neglected. (2016, Disember 22). Malay Mail. Data diakses dari https://www.malaymail.com/s/1277345/patients-who-cannot-afford-full-pay-patient-scheme-will-not-be-neglecteddep.

Heinrich, V. F., & Fioramonti, L. (2008). *Global Survey of the State of Civil Society–Vol. 2–Comparative perspectives*. Bloomfield: Kumarian Press Inc.

Heshmati, B., & Joulaei, H. (2016). Iran's health-care system in transition. *The Lancet*, *387*(10013), 29-30.

Hilton, M. (2007). The consumer movement and civil society in Malaysia. *International Review of Social History*, *52*(3), 373-406.

Hoang, T. A. (2013). Civil society organisations' roles in health development in Vietnam: HIV as a case study. *Global Public Health*, *8*(sup1), S92-S103.

Hoffman, B. (2008). Health care reform and social movements in the United States. *American Journal of Public Health*, *98* (Supplement_1), S69-S79.

Hoffman, C., & Paradise, J. (2008). Health insurance and access to health care in the United States. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1136*(1), 149-160.

Holloway, R., & Beauclark, J. (2006). Beyond NGOSs- Civil society organisations with development impact: Case studies compiled by the AKDN Civil Society Programme and INTRAC.

University of Malaya

Hong, H. (2011). The Frankenstein of Industrial Development: Differentiation and Interest Groups within Healthcare Industry. *Kajian Malaysia: Journal of Malaysian Studies*, *29* (Supp 1), 239-264.

Hong, H. (2014). *Nation and Bodies Re-Imaged: The Politics of Healthcare in Post-War Peninsular Malaysia 1954-2012.* (Unpublished doctoral thesis). Universiti Sains Malaysia, Malaysia.

Hood, C. (1991). A public management for all seasons?. *Public Administration*, *69*(1), 3-19.

Hooi, K. Y. (2013). The NGO-Government Relations in Malaysia: Historical Context and Contemporary Discourse. *Malaysian Journal of Democracy and Election Studies*, *1*(1), 76-85.

Hospital Putrajaya, Selayang laksana konsep bayaran penuh 1 Ogos. (2007, Ogos, 28). Utusan Malaysia. Data diakses dari http://ww1.utusan.com.my/utusan/info.asp?y=2007&dt=0728&sec=Muka_Hadapan&pg=mh_08.html.

Howard, P. N., & Hussain, M. M. (2013). *Democracy's fourth wave?: digital media and the Arab Spring*. Oxford: Oxford University Press.

Hsiao, W. C. (1995). Medical savings accounts: lessons from Singapore. *Health Affairs*, *14*(2), 260-266.

Hsiao, W. C. (2001). Commentary: Behind the Ideology and Theory: What is the Empirical Evidence for Medical Savings Accounts?. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, *26*(4), 733-737.

Hughes, D., & Leethongdee, S. (2007). Universal coverage in the land of smiles: lessons from Thailand's 30 Baht health reforms. *Health Affairs*, *26*(4), 999-1008.

Huber, E., Rueschemeyer, D., & Stephens, J. D. (1993). The impact of economic development on democracy. *Journal of Economic Perspectives*, *7*(3), 71-86.

Huntington, S. P. (1993). *The third wave: Democratization in the late twentieth century* (Vol. 4). Oklahoma: University of Oklahoma press.

Husserl, E. (1970). *The crisis of European sciences and transcendental phenomenology: An introduction to phenomenological philosophy*. Northwestern University Press.

Ibrahim, M. I. M., Razak, D. A., & binti Che'Embee, Z. (1997). *Drug Distribution Systems in Malaysia: The Privatisation of the General Medical Store*.

Imai, Y. (2002). Health Care Reform in Japan. OECD Economics Department Working Papers, No. 321, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/105381128500

University of Malaya

International Labour Organisation. (2002). Health Care in Central and Eastern Europe: Reform, Privatization and Employment in Four Countries. Geneva : ILO.

Jabatan Perkhidmatan Awam (JPA). (2002). Pekeliling Perkhidmatan Bilangan 4 Tahun 2002, Pelaksanaan Sistem Saraan Malaysia Bagi Anggota Perkhidmatan Awam Persekutuan. Putrajaya.

Jabatan Perkhidmatan Awam (JPA). (2016). Pekeliling Perkhidmatan Bilangan 1 Tahun 2016, Rasionalisasi Skim Perkhidmatan Bagi Perkhidmatan Awam Persekutuan Di bawah Sistem Saraan Malaysia. Putrajaya.

Jack, W. (2001a). Purchasing medical care: a conceptual framework. *HNP anchor, the World Bank*.

Jack, W. (2001b).Health Insurance Reform in Four Latin American Countries: Theory and Practice." Policy Research Working Paper 2492, World Bank, Washington, DC.

Jacobs, J. (1961). *The death and life of American cities*. Random House: New York.

Jacobs, L. R., & Shapiro, R. Y. (1994). Studying substantive democracy. *PS: Political Science & Politics*, *27*(1), 9-17.

Jacobs, L., & Skocpol, T. (2015). *Health care reform and American politics: What everyone needs to know*. Oxford: Oxford University Press.

Jadoo, S. A. A., Aljunid, S. M., Sulku, S. N., & Nur, A. M. (2014). Turkish health system reform from the people's perspective: a cross sectional study. *BMC Health Services Research*, *14*(1), 30.

Jakab, M., & Krishnan, C. (2001). Community involvement in health care financing: A survey of the literature on the impact, strengths, and weaknesses. Health, Nutrition, and Population Discussion Paper, September, Health, Nutrition, and Population Family, Human Development Network. Washington, DC: World Bank.

Jan, C. F., Chiu, T. Y., Chen, C. Y., Guo, F. R., & Lee, M. C. (2017). A 10-year review of health care reform on Family Practice Integrated Care Project—Taiwan experience. *Family practice*.

Jareg, P., & Kaseje, D. C. (1998). Growth of civil society in developing countries: implications for health. *The Lancet*, *351*(9105), 819-822.

Jayabalan, T, J. (2010). Pandangan dikemukakan dalam "*Whats is wrong with our health care system*" dalam Forum pada 20 Mac 2010 di Pulau Pinang. Pulau Pinang.

Jayakumar, X. (2005). Kertas kerja bertajuk Krisis Dalam Kesihatan dibentangkan dalam suatu seminar pada tahun 2005. Kuala Lumpur: GMPPK.

Jayakumar, X. (2005). Kertas kerja bertajuk *Health for All* dalam forum bertajuk *Privatising Water and Health Services in Malaysia* anjuran FOMCA dan

University of Malaya

Yayasan Friedrich Naumann di Hotel Nikko pada 23 Jun 2005. Kuala Lumpur: GMPPK.

Jeffreys, E., Walford, V., & Pearson, M. (2003). Mapping of Sector Wide Approaches in Health. *Institute for Health Sector Development on behalf of the Swedish International Development Cooperation Agency, July*.

Jesudason, J. V. (1995). Statist democracy and the limits to civil society in Malaysia. *Journal of Commonwealth & Comparative Politics*, *33*(3), 335-356.

Jesudason, J. V. (1999). The resilience of one-party dominance in Malaysia and Singapore. In Giliomee, H. & Simkins, S. (Eds.), *The Awkwards Embrace: One Party Dominan and Democracy* (145-192). Cape Town: Tafelberg.

Johns, B., & Torres, T. T. (2005). Costs of scaling up health interventions: a systematic review. *Health Policy and Planning*, *20*(1), 1-13.

Johns, B., & Baltussen, R. (2004). Accounting for thecost of scaling up health interventions. *Health Economics*, *13*(11), 1117-1124.

Johnston, T., Faure, S. D., & Raney, L. (1998). The World Bank and the Health Sector in Mali: An OED Country Sector Report. Washington, DC: World Bank.

Jomo, K,S, (Ed.). (1995). *Privatizing Malaysia: rents, rhetoric, realities*. Bpulder, Colorado: Westview Press.

Jomo, K. S., & Syn, T. W. (2005). Privatization and renationalization in Malaysia: A survey (pp. 1-46). In *Expert Group Meeting on Re-inventing Public Enterprise and its Management*.

Jomo, K. S. (2008). A critical review of the evolving privatization debate. In Roland, G. (Ed.) *Privatization: Successes and failures* (pp. 199-212). New York: Columbia University Press.

Jones, R. S. (2009). Health-Care Reform in Japan. OECD Economics Department Working Papers, No. 739. Paris: OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/220005270870.

Jones, R. (2010). Health-Care Reform in Korea. *OECD Economics Department Working Papers*, No. 797. Paris: OECD Publishing, https://doi.org/10.1787/5kmbhk53x7nt-en

Juni, M. H. (2014). Three Decades of Health Financing Study: Did Malaysia Learn Anything?. *International Journal of Public Health and Clinical Sciences*, *1*(1), 1-12.

Jung, E. (2016). Campaigning for all Indonesians: The politics of healthcare in Indonesia. *Contemporary Southeast Asia: A Journal of International and Strategic Affairs*, *38*(3), 476-494.

Jütting, J. P., Kauffmann, C., McDonnell, I., Osterrieder, H., Pinaud, N., & Wegner, L. (2004). Decentralization and poverty in developing countries: exploring the

University of Malaya

impact. Working Paper 236, Development Centre. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

Kacak, H., Ozcan, Y. A., & Kavuncubasi, S. (2014). A new examination of hospital performance after healthcare reform in Turkey: sensitivity and quality comparisons. *International Journal of Public Policy*, *10*(4-5), 178-194

Kaiser, K. (2009). Protecting respondent confidentiality in qualitative research. *Qualitative Health Research*, *19*(11), 1632-1641.

Kamensky, J. M. (1996). Role of the" reinventing government" movement in federal management reform. *Public Administration Review*, 247-255.

Kelly, J. M. (2005). The dilemma of the unsatisfied customer in a market model of public administration. *Public Administration Review*, *65*(1), 76-84.

Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM). (2002). *Malaysia's Health 2002: Technical Report of the Director-General of Health*. Malaysia: Malaysia Ministry of Health.

Kementerian Kesihatan Malaysia. (2002). Annual Report 2002. Kuala Lumpur.

Kementerian Kesihatan Malaysia. (2004). Annual Report 2004. Putrajaya.

Kementerian Kesihatan Malaysia. (2005). Health Facts 2005. Putrajaya.

Kementerian Kesihatan Malaysia. (2005). Surat bertarikh 30 Mac 2005 kepada GMPPK bertajuk Mekanisma Pembiayaan Kesihatan Kebangsaan. Putrajaya.

Kementerian Kesihatan Malaysia. (2005). Surat bertarikh 25 Mei 2005 kepada GMPPK bertajuk Mekanisma Pembiayaan Kesihatan Kebangsaan. Putrajaya.

Kementerian Kesihatan Malaysia. (2006). Health Facts 2006. Putrajaya.

Kementerian Kesihatan Malaysia. (2006). Interim Report: National Healthcare Financing in Malaysia. Putrajaya.

Kementerian Kesihatan Malaysia. (2007). Garispanduan Pelaksanaan Perintah Fi (Perubatan) (Pesakit Bayar Penuh) 2007. Putrajaya.

Kementerian Kesihatan Malaysia (2009). Concept Paper 1 Care for 1 Malaysia: Restructuring the Malaysian Health System bertarikh 11 Ogos 2019. Putrajaya.

Kementerian Kesihatan Malaysia (2010). Country Health Plan: 10th Malaysia Plan 2011-2015, 1Care for 1Malaysia. Putrajaya.

Kementerian Kesihatan Malaysia. (2010). National Healthcare Establishment and Workforce Statistics (Hospital) 2008-09, Clinical Research Centre. Kuala Lumpur.

Kementerian Kesihatan Malaysia (2011). Pelan Strategik Kementerian Kesihatan Malaysia 2011-2015. Putrajaya.

University of Malaya

Kementerian Kesihatan Malaysia (2011). National Healthcare Establishment and Workforce Statistics (Hospital) 2011, Clinical Research Centre, Kuala Lumpur.

Kementerian Kesihatan Malaysia. (2012). National Healthcare Establishment and Workforce Statistics (Hospital) 2010, Clinical Research Centre. Kuala Lumpur.

Kementerian Kesihatan Malaysia. (2012). Health Facts 2012, Putrajaya.

Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM). (2014). Health Facts 2014. Putrajaya.

Kementerian Kesihatan Malaysia. (2016). Surat edaran Bahagian Perkembangan Perubatan, bertarikh 7 Oktober 2016 Terhadap Pelaksanaan Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh (PPBP / Full Paying Patient Scheme (FPP) Services i) Perlaksanaan Perluasan Fasa 2 PPBP, ii) Seminar Perlaksanaan Perluasan Fasa 2 PPBP, Putrajaya.

Kementerian Kesihatan Malaysia. (2015). Surat Pekeliling Ketua Pengarah Kesihatan Bil 2/2015 GarisPanduan Pelaksanaan Perintah Fi (Perubatan) (Pesakit Bayar Penuh) 2007 (Semakan 2015) bertarikh 19 Mac 2015. Putrajaya.

Kementerian Kesihatan Malaysia. (2015). GarisPanduan Pelaksanaan Perintah Fi (Perubatan) (Pesakit Bayar Penuh) 2007 (Semakan 2015). Putrajaya.

Kementerian Kesihatan Malaysia. (2015). Surat Pekeliling Ketua Pengarah Kesihatan Bil 2/2015 Garispanduan Pelaksanaan Perintah Fi (Perubatan) (Pesakit Bayar Penuh) 2007 (Semakan 2015). Putrajaya.

Kementerian Kesihatan Malaysia (2015). National Health Morbidity Survey 2015. Putrajaya.

Kementerian Kesihatan Malaysia (2015). National Healthcare Statistics Initiative: National Healthcare Establishment & Workforce Statistics Hospital 2012-2013. Putrajaya.

Kementerian Kesihatan Malaysia. (2015). Pelan Tindakan Kementerian Kesihatan Malaysia 2016-2020. Putrajaya.

Kementerian Kesihatan Malaysia. (2015). *Malaysia National Health Accounts: Health Expenditure Report 1997-2013*. Malaysia National Health Accounts Unit, Planning Division Ministry of Health Malaysia, Putrajaya.

Kementerian Kesihatan Malaysia. (2015). *Malaysia National Health Accounts Data (MNHA)*. Putrajaya.

Kementerian Kesihatan Malaysia. (2016). Health Facts 2016. Putrajaya.

Kementerian Kesihatan Malaysia. (2016). Surat Pelaksanaan Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh (PPBP)/Full Paying Patient Scheme (FPP Services) bertarikh 7 Oktober 2016, Putrajaya.

Kementerian Kesihatan Malaysia. (2016). MHSR Report on Standard Mortality and Life Expectancy in Malaysia 1946-2015, MHSR Performance-Mortality

University of Malaya

Analytic Team. Kuala Lumpur: Ministry of Health of Malaysia and Harvard T.H. Chan School of Public Health, Harvard University.

Kementerian Kesihatan Malaysia. (2016). Malaysian Health System research Volume 1: Contextual Analysis of the Malaysian Health System. Kuala Lumpur: Ministry of Health of Malaysia and Harvard T.H. Chan School of Public Health, Harvard University.

Kementerian Kesihatan Malaysia. (2016). Malaysian National Helath Accounts (Health Expenditure Report 1997-2014). Putrajaya, Malaysia.

Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM). (2018). Caj Perubatan Bagi Warga Asing. Data diakses dari https://www.moh.gov.my.

Kementerian Kewangan Malaysia. (2003). Ucapan Bajet 2004. Putrajaya.

Kementerian Kewangan Malaysia. (2016). Ucapan Bajet 2017. Putrajaya.

Kementerian Kewangan Malaysia. (2017). Ucapan Bajet 2018. Putrajaya.

Kementerian Pengajian Tinggi. (2010). Halatuju Pendidikan Perubatan di Malaysia. Putrajaya.

Khan, S. H. (2005). Free does not mean affordable: maternity patient expenditures in a public hospital in Bangladesh. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, *3*(1), 1.

Khoon, C.C. (1996). Privatisation and the Healthcare Sector. Paper presented at The Second Penang Economic Seminar, Penang.

Khoon, C.C. (2000). Privatisation, the state and healthcare reforms: global influences & local contingencies in Malaysia. *Proceeding 9th Int. Congr. of World Federation of Public Health Association*.

Khoon, C. C. (2003). Privatizing the welfarist state: health care reforms in Malaysia. *NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, *13*(1), 87-105.

Khoon, C. C. (2010). Re-inventing the welfarist state? The Malaysian health system in transition. *Journal of Contemporary Asia*, *40*(3), 444-465.

Khoon, C. C. (2014). The Malaysian health system in transition: the ambiguity of public and private- Occasional Paper No. 26. Municipal Services Project.

Khoon, G.S. (2006, Februari 15). After-work treatment not privatisation: Chua. The Sun. p. 8.

Koivusalo, M., & Mackintosh, M. (2004). Health Systems and Commercialisation. In *Search of Good Sense. Prepared for the UNRISD international conference on Commercialisation of Health Care: Global and Local Dynamics and Policy Responses DRAFT.* Geneva: UNRISD.

University of Malaya

Konsesi Pharmaniaga dilanjutkan. (2009, Disember 7). Utusan Malaysia. Data diakses dari www.utusan.com.my/utusan/info.asp?y=2009&dt.

Khairul Anuar, A., & Nooriah, M. S. (2012). Pre-employment screening & monitoring of the health of foreign workers. *Journal of Health and Translational Medicine*, *7*(1).

Killingsworth, J. R. (2002). Official, Unofficial, and Informal Fees for Health Care. Draft Discussion Note 13, Third Health Sector Development Technical Advisory Group Meeting, "Health Care Financing in the Western Pacific Region, Manila, February 17–19.

Killingsworth, J. R., N. Hossain, Y. Hedrick-Wong, S. Thomas, A. Rahman, and T. Begum. (1999). Unofficial Fees in Bangladesh: Price, Equity, and Institutional Issues. *Health Policy and Planning* 14 (2): 152–63.

King, CC.S., & Stivers. C. (1998). *Government Is Us: Public Administration in an Anti-government Era*. Thousand Oaks, CA: Sage Publication,

Knabe, A., & McCarthy, M. (2012). Civil society organisations and public health research--evidence from eight European Union new member states. *Central European Journal of Public Health*, *20*(4), 287.

Koh, K.C. (2011). The 1Care for 1 Malaysia (1C1M) Issues, *Berita MMA*, 41(10), 17-18.

Korten, D. C. (1987). Third generation NGO strategies: A key to people-centered development. *World Development*, *15*(1), 145-159.

Kuhonta, E. M. (2017). The Politics of Health Care Reform in Thailand. In Yi. I., (Ed.) *Towards Universal Health Care in Emerging Economies* (pp. 91-118). London: Palgrave Macmillan.

Kumaranayake, L., Lake, S., Mujinja, P., Hongoro, C., & Mpembeni, R. (2000). How do countries regulate the health sector? Evidence from Tanzania and Zimbabwe. *Health Policy and Planning*, *15*(4), 357-367.

Kutzin, J. (1997). Health Insurance for the Formal Sector in Africa: 'Yes but . . .'."Current Concerns ARA Paper 14, Division of Analysis, Research, and Assessment. Geneva: World Health Organization.

Lagomarsino, G., Garabrant, A., Adyas, A., Muga, R., & Otoo, N. (2012). Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. *The Lancet*, *380*(9845), 933-943.

Lanord, C. (2002). A study of WHO's official relations system with nongovernmental organizations. *World Health Organization. Document No: CSI/2002/WP4. Available from:: http://www. who. int/civilsociety/documents/en/study. pdf*.

Lee, Y. K. (Ed.). (1992). *History of College of Medicine Building, Medical Education and Medical Services in Singapore, 1819-1900 (p.1)*. Singapore: Annals, Academy of Medicine.

University of Malaya

Lee, J. C. (2003). Health care reform in South Korea: success or failure?. *American Journal of Public Health*, *93*(1), 48-51.

Lee, N. (2012). Social Health Insurance in Malaysia – Lessons From Thailand and South Korea. *Kajian Malaysia: Journal of Malaysian Studies*, *30*(1), 51-70.

Lee, Y. H., Ang, T. F. A., Chiang, T. C., & Kaplan, W. A. (2018). Growing concerns and controversies to Taiwan's National Health Insurance—what are the lessons from mainland China, South Korea and Singapore?. *The International Journal of Health Planning and Management*, *33*(1), e357-e366.

Lee, K.H, Awang, H. & Nik Rosnah, W.N. (2011). The Political Economy of Healthcare Privatisation in Malaysia. In Awang, H. & Beh, L.S. (Eds.) *Public Administration: Issues and Paradigms of Development* (pp. 58-75). Lambert Academic Publishing.

Leland, S., & Smirnova, O. (2009). Reassessing privatization strategies 25 years later: Revisiting Perry and Babitsky's comparative performance study of urban bus transit services. *Public Administration Review*, *69*(5), 855-867.

Lenkowsky, L., & Perry, J. L. (2000). Reinventing government: The case of national service. *Public Administration Review*, *60*(4), 298-307.

Lethbridge, J. (2009). Trade unions, civil society organisations and health reforms. *Capital & Class*, *33*(2), 101-129.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Li, L., & Fu, H. (2017). China's health care system reform: Progress and prospects. *The International Journal of Health Planning and Management*, *32*(3), 240-253.

Löfgren, H., de Leeuw, E., & Leahy, M. (Eds.) (2011). *Democratizing Health: Consumer groups in the policy process*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.

Loury, G. (1977). A dynamic theory of racial income differences. *Women, Minorities, and Employment Discrimination*, *153*, 86-153.

Maarse, H. (2006). The privatization of health care in Europe: an eight-country analysis. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, *31*(5), 981-1014.

Maarse, J. H., & Jeurissen, P. P. (2016). The policy and politics of the 2015 long-term care. *Health Policy*, 120(3):241-5.

Maceira, D. (1998). Provider Payment Mechanisms in Health Care: Incentives, Outcomes, and Organizational Impact in Developing Countries. Major Applied Research 2 Working Paper 2, Partnerships for Health Reform Project. Bethesda: Abt Associates Inc.

Macinko, J., Starfield, B., & Shi, L. (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and

University of Malaya

Development (OECD) countries, 1970–1998. *Health Services Research*, *38*(3), 831-865.

Mahal, A., *MHSR Report on Health Financing in Malaysia.* (2016). Kuala Lumpur: Ministry of Health of Malaysia and Harvard T.H. Chan School of Public Health, Harvard University. Kuala Lumpur: KKM.

Mahmood, Q. & Muntaner, C. (2013). Politics, class actors, and health sector reform in Brazil and Venuezuela. *Global Health Promotion, 20 (1): 59-67.*

Malaysia. (1971). The first outline perspective plan 1971-1990. *Kuala Lumpur, Malaysia: Economic Planning Unit, Prime Minister's Department.*

Malaysia. (1971). *Rancangan Malaysia Kedua, 1971-1975*: Unit Perancang Ekonomi, Jabatan Perdana Menteri, Kuala Lumpur.

Malaysia. (1984). *Mid-term review of the Fourth Malaysia Plan, 1981-1985*. Dicetak oleh Jabatan Percetakan Negara.

Malaysia. (1985). *Guidelines on Privatisation*. Unit Perancang Ekonomi, Jabatan Perdana Menteri, Kuala Lumpur.

Malaysia. (1986). *Rancangan Malaysia Kelima, 1986-1990.* Unit Perancang Ekonomi, Jabatan Perdana Menteri, Kuala Lumpur.

Malaysia. (1991). The second outline perspective plan 1991-2000. *Kuala Lumpur, Malaysia: Economic Planning Unit, Prime Minister's Department.*

Malaysia. (1991). *The Second Outline Perspective Plan 1991-2000*. Jabatan Percetakan Negara, Kuala Lumpur.

Malaysia. (1993). *Kajian Separuh Penggal Rancangan Malaysia Keenam (1991-1995)*. Unit Perancang Ekonomi, Jabatan Perdana Menteri, Kuala Lumpur.

Malaysia (1996). *Rancangan Malaysia Ketujuh, 1996-2000.* Unit Perancang Ekonomi, Jabatan Perdana Menteri, Kuala Lumpur.

Malaysia. (2001). *The Third Outline Perspective Plan, 2001-2010*. Economic Planning Unit, Prime Minister's Department.

Malaysia (2001). *Rancangan Malaysia Kelapan, 2001-2005.* Unit Perancang Ekonomi, Jabatan Perdana Menteri, Putrajaya.

Malaysia (2006). *Rancangan Malaysia Kesembilan, 2006-2010.* Unit Perancang Ekonomi, Jabatan Perdana Menteri, Putrajaya.

Malaysia (2011). *Rancangan Malaysia Kesepuluh, 2011-2015.* Unit Perancang Ekonomi, Jabatan Perdana Menteri. Putrajaya.

Malaysian Health Travel Council (MHTC). (2018). About Us. Data diakses dari https://www.mhtc.org.my/about-us/

University of Malaya

Malaysian Medical Association (MMA). (2018). About MMA. Data diakses dari https://mma.org.my/#

Malaysian Medical Association (MMA). (1999). Health for All. Kuala Lumpur, Malaysia.

Malaysian Medical Association. (2005). Usul 17.6 *To Defer the Institution of Private Practice in Government Hospitals* dalam Mesyuarat Agung MMA bertarikh 28 Mei 2005. Melaka.

Malaysian Medical Association (MMA). (2006) Risalah bertajuk Health Care is For All Malaysians: What every Malaysian should know about healthcare and its cost. Kuala Lumpur.

Manaf, N. H. A. (2006). Patient satisfaction in outpatient clinics of Malaysian public hospitals: an empirical analysis. *IIUM Journal of Economics and Management*, *14*(1), 81-110.

Mansbridge, J. J. (Ed.). (1990). *Beyond self-interest*. London: University of Chicago Press.

Mandsbridge, J.J. (1992). Public Spirit in Political Systems. In *Values and Public Policy*, edited by Henry J. Aaron, Thomas Mann, and Timothy Taylor. Washington, DC: The Brookings Institution.

Marchildon, G. P., & Hutchison, B. (2016). Primary care in Ontario, Canada: New proposals after 15 years of reform. *Health Policy*, *120*(7), 732-738.

Marini, F. (1971). *Toward a New Public Administration.* San Francisco: Chandler.

Martinez, P. (2013). Complex configurations: the Women's Agenda for Change and the Women's Candidacy Iniative. In. Hassan, S. & Weiss, M.L (Eds.), *Social Movement in Malaysia: From moral communities to NGOs* (pp. 75-96). London and NY: Routledge Curzon.

Martinez, M. G., & Kohler, J. C. (2016). Civil society participation in the health system: the case of Brazil's Health Councils. *Globalization and Health*, *12*(1), 64.

Martinez-Gutierrez, M. S., & Cuadrado, C. (2017). Health policy in the concertación era (1990–2010): reforms the chilean way. *Social Science & Medicine*, *182*, 117-126.

Martin, B. (1993). In the public interest? Privatization and public sector reform. Food and Agricultural Organisation (FAO). Rome, Italy: FAO.

Mason, D. (2018). *Revolution and transition in east-central Europe*. London: Routledge.

Mathiasen, D. G. (1999). The new public management and its critics. *International Public Management Journal*, *2*(1), 90-111.

University of Malaya

Mat Wajib, M.R. (1992). *Corporatization and Privation of Medical Health Services in Malaysia.* Paper presented at National Healthcare Conference, Healthcare and Vision 2020 pada 2-3 November 1992. Ming Court Hotel. Kuala Lumpur: KKM.

Maupin, J. N. (2009). 'Fruit of the accords': Healthcare reform and civil participation in Highland Guatemala. *Social Science & Medicine*, *68*(8), 1456-1463.

McCabe, B. C., & Vinzant, J. C. (1999). Governance lessons: The case of charter schools. *Administration & Society*, *31*(3), 361-377.

McKee, M., Healy, J., & Falkingham, J. (Eds.). (2002). Health care in central Asia. Buckingham: Open University Press.

Mertens, D. M. (2014). *Research and evaluation in education and psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods*. Thousand Oaks: Sage publications.

Merriam, S. B. (1988). The Jossey-Bass education series, The Jossey-Bass higher education series and The Jossey-Bass social and behavioral science series. *Case study research in education: A qualitative approach*. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.

Merriam, S. B. (2002). Introduction to qualitative research. *Qualitative research in practice: Examples for discussion and analysis*, *1*(1), 1-17.

Merican, I. (2006, Januari 23). Provision of patient care not affected. The New Straits Times. Data diakses dari https://www.nst.com.my.

Merican, I., & bin Yon, R. (2002). Health care reform and changes: the Malaysian experience. *Asia Pacific Journal of Public Health*, *14*(1), 17-22.

Merican, M. I., Rohaizat, Y., & Haniza, S. (2004). Developing the Malaysian health system to meet the challenges of the future. *The Medical Journal of Malaysia*, *59*(1), 84-93.

MHSR Report on Patient Satisfaction with Healthcare Services. 2016, Ministry of Health of Malaysia and Harvard T.H. Chan School of Public Health, Harvard University MHSR Performance-Satisfaction Analytic Team. Kuala Lumpur: KKM

MHSR Report on Health Care Utilization and Equity. 2016, Ministry of Health of Malaysia and Harvard T.H. Chan School of Public Health, Harvard University MHSR Performance-Equity Analytic Team. Kuala Lumpur: KKM.

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1984). Qualitative data analysis: A sourcebook of new methods. In *Qualitative data analysis: a sourcebook of new methods*. Thousand Oaks: Sage publications.

Miles, L., & Croucher, R. (2013). Gramsci, counter-hegemony and Labour Union–civil society organisation coalitions in Malaysia. *Journal of Contemporary Asia*, *43*(3), 413-427.

University of Malaya

Mosebach, K. (2009). Commercializing German hospital care? Effects of New Public Management and managed care under neoliberal conditions. *German Policy Studies/Politikfeldanalyse*, *5*(1).

Mohamad, N., & Tumin, M. (2014). Civil Society Organization and Privatization of Health Services in Malaysia. J*ournal of Business and Social Development, 2, (1),* 83-93.

Moradi-Lakeh, M., & Vosoogh-Moghaddam, A. (2015). Health Sector Evolution Plan in Iran; Equity and Sustainability Concerns. *International Journal of Health Policy and Management*, *4*(10), 637–640. http://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.160.

Moore, M. H. (1995). *Creating public value: Strategic management in government*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Mouffe, C. (1981). Hegemony and ideology in Gramsci. In Bennet. T (Ed.), *Culture, ideology and social process : a reader* (pp. 219-234). London : Open University.

Moustakas, C. (1994). *Phenomenological research methods*. Thousand Oaks: Sage.

Moynihan, D. P. (2006). Managing for results in state government: Evaluating a decade of reform. *Public Administration Review*, *66*(1), 77-89.

Murray, G. (2009). Narrative inquiry. In Heigham, J. & Crocker, R. (Eds.), *Qualitative research in applied linguistics* (pp. 45-65). Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan.

Muschell, J. (1995). *Privatization in health*. Geneva: World Health Organization.

Muschell, J. (1996). Privatization--a balancing act. *World Health Forum,* (17)1, 37-41.

Mustapa, F. D., Mustapa, M., Ismail, F., & Ali, K. N. (2006). Outsourcing in Malaysian healthcare support services: a study on the causes of increased operational costs. In *International Conference on Construction Industry*.

Mustaffa, F. (2004, Disember 23). Kementerian Kesihatan Hadapi Bantahan Penswastaan Dispensari. Data diakses dari https://www.kpnpp.tripod.com.

Nahar, S., & Costello, A. (1998). The hidden cost of 'free'maternity care in Dhaka, Bangladesh. *Health Policy and Planning*, *13*(4), 417-422.

Nair, S. (1995). *State, Societies and Societal Movements: Power and Resistance in Malaysia and Singapore* (Unpublished doctoral thesis). University of Minnesota, USA.

Nair, S. (1999). Constructing civil society in Malaysia: Nationalism, hegemony and resistance. *Rethinking Malaysia*, 84-106.

Nambiar, S. (2009). Revisiting Privatisation in Malaysa: The Importance of Institutional Process. *Asian Academy of Management Journal*, *14*(2), 21-40.

University of Malaya

National Consumer Complaints Centre (NCCC). (2008). Annual Report 2008. Selangor, Malaysia: NCCC.

Navarro, V. (2007). Neoliberalism as a class ideology; or, the political causes of the growth of inequalities. *International Journal of Health Services*, *37*(1), 47-62.

Nespor, J. (2000). Anonymity and place in qualitative inquiry. *Qualitative inquiry*, *6*(4), 546-569.

Netto, A. (2006, April 21). Malaysia: Aussie Consultant in Health Plan Spooks Civil Society. IPSNEWS. Data diakses dari www.ipsnews.net/2006/04/malaysia-aussie-consultant-in-health-plan-spooks-civil-society.

Netto, A. (2018, September 21). Malaysia: Medical Bills to soar for migrant workers. IPSNEWS. Data diakses dari http://www.ipsnews.net/2005/11/malaysia-medical-bills-to-soar-for-migrant-workers/.

Nelson, J. M. (2001). The politics of pension and health-care reforms in Hungary and Poland. *Reforming the state: Fiscal and welfare reform in post-socialist countries*, 235-66.

New Straits Times, 14 Ogos 1999.

Newton, K. (1999). Social Capital and Democracyin Modern Europe. In J.W. van Deth, M. Maraffi, K. Newton and P.F. Whiteley (Eds.) *Social Capital and European Democracy* (pp. 3-24). London and New York: Routledge.

Nichols, L. M., K. H. Phua, and N. M. Prescott. (1997). "Medical Savings Accounts for Developing Countries." In *Innovations in Health Care Financing.* Proceedings of a World Bank Conference, March 10–11, 1997, ed. G. Schieber. Washington, DC: World Bank.

Nieves, I., G. M. La Forgia, and J. Ribera. (2000). Large-Scale Government Contracting of NGOs to Extend Basic Health Services to Poor Populations in Guatemala. Washington DC: World Bank.

Ngah, H., Ngah, H., & Adnan, A.S. (2016, November 8). Tak naik pangkat punca doktor hijrah ke swasta: 50 pegawai perubatan pakar berhenti setiap tahun. Berita Harian. Data diakses dari https://www.pressreader.com/malaysia/berita-harian5831/20161108/281552290426323.

Noh, K. M. (2011). Primary health care reform in 1CARE for 1Malaysia. *International Journal of Public Health Research Special*, (2011), 50-56.

Normand, C., & Weber, A. (1994). *Social health insurance: a guidebook for planning*. Geneva: World Health Organization.

Nur, N. A. M. (2003). *Privatization in Malaysia at the crossroads: politics and efficiency* (Unpublished Doctoral Thesis). New York: City University of New York.

University of Malaya

Nwagbara, V. C., & Rasiah, R. (2015). Rethinking health care commercialization: evidence from Malaysia. *Globalization and Health*, *11*(1), 44.

Obama, B. (2016). United States health care reform: progress to date and next steps. *Jama*, *316*(5), 525-532.

O'Connell, B. (1999). *Civil Society: The Underpinnings of American Democracy*. Medford: Tufts University Press.

O'Flynn, J. (2007). From new public management to public value: Paradigmatic change and managerial implications. *Australian Journal of Public Administration*, *66*(3), 353-366

Okma, K. G. (2011). Obama's health reform in European perspective. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, *36*(3), 577-579.

Onn, L. P. (2015). What Lies Ahead for Malaysian Healthcare?.Paper presented at ISEAS Economics Working Forum. Singapore.

Osborne, D. and T. Gaebler. (1993). *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit Is Transforming the Public Sector*. New York: Penguin Books.

Othman, L. (2014). *Penyelidikan kualitatif pengenalan kepada teori dan metode*. Tanjung Malim Perak: Universiti Pendidikan Sultan Idris.

Pannarunothai, S., Patmarisiwat, D., Srithamrongsawat. (2004). Universal health coverage in Thailand: ideas for reform and policy struggling. *Health Policy*, 68 (1): 17-30.

Part 1: Increasing frustration over FOMEMA's new contract. (2017, Februari 16). MIMS Bulletin. Data diakses dari https://specialty.mims.com/topic/part-i--increasing-frustration-over-fomema-s-new-contract.

Parti Sosialis Malaysia (PSM). (2018). Undang-Undang Pertubuhan Parti Sosialis Malaysia. Data diakses dari https://partisosialis.org/sites/default/files/perlembagaan-psm.pdf.

Pateman, C. (1970). *Participation and democratic theory*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Patton, M. Q. (2002). Two decades of developments in qualitative inquiry: A personal, experiential perspective. *Qualitative Social Work*, *1*(3), 261-283.

Pearson, M. (2002). *Allocating public resources for health: developing pro-poor approaches*. DFID. Health systems resource centre (HSRC). London.

PEMANDU. (2016). NKEA Chapter 16 Healthcare. Data diakses dari http://www.moh.gov.my/images/gallery/ETP/NKEA%20Penjagaan%20Kesihatan.pdf

Pérez-Cuevas, R., Guanais, F. C., Doubova, S. V., Pinzón, L., Tejerina, L., Pinto Masis, D., ... & Macinko, J. (2017). Understanding public perception of the need for

University of Malaya

major change in Latin American healthcare systems. *Health Policy and Planning*, *32*(6), 816-824.

Perry, J. L., & Wise, L. R. (1990). The motivational bases of public service. *Public Administration Review*, 367-373.

Peters, B. G., & Savoie, D. J. (1996). Managing incoherence: The coordination and empowerment conundrum. *Public Administration Review*, 281-290.

Pharmaniaga Berhad. (2018). Milestones and Achievement. Data diakses dari http://www.pharmaniaga.com/index.php/profile/corporate-milestones.

Pillay, S. (2004). Can we afford to fall sick? A national health insurance scheme is in the offing but worryingly, few details have been disclosed. Aliran Monthly, 25 (4) Pulau Pinang.

Pillay, S. (2005). Kertas kerja bertajuk *Health Financing in Malaysia* yang dibentangkan dalam Forum Khas Penswastaan Kemudahan Kesihatan anjuran MTUC pada 28 April 2005. Petaling Jaya, Selangor.

Pillay, S. (2007). Kertas kerja bertajuk *The National Health Financing Scheme* yang dibentangkan dalam Forum Khas *National Healthcare Financing Scheme* anjuran GMPPK dan FOMCA di Universiti Malaya pada 25 Mac 2007. Kuala Lumpur.

Pillay, M.S., Johari, M.G, Hazilah, A.M., Abdullah, H.A, A., Abu Bakar, A., Salikin, F., ... & Ismefariana Wan Ismail, W. (2011). Hospital waiting time: the forgotten premise of healthcare service delivery?. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, *24*(7), 506-522.

Pisani, E., Olivier Kok, M., & Nugroho, K. (2017). Indonesia's road to universal health coverage: a political journey. *Health Policy and Planning*, *32*(2), 267-276.

Platt, J. (1992). "Case study" in American methodological thought. *Current Sociology*, *40*(1), 17-48.

Polkinghorne, D. E. (1995). Narrative configuration in qualitative analysis. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, *8*(1), 5-23.

Pollitt, C. (1993). *Managerialism and the public services: Cuts or cultural change in the 1990s?*. Oxford: Blackwell Business.

Portes, A., & Sensenbrenner, J. (1993). Embeddedness and immigration: Notes on the social determinants of economic action. *American Journal of Sociology*, *98*(6), 1320-1350.

Portes, A. (1998). Social capital: Its origins and applications in modern sociology. *Annual Review of Sociology*, *24*(1), 1-24.

Potter, J., & Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology: Beyond attitudes and behaviour*. Thousand Oaks: Sage.

University of Malaya

Powdermaker, H. (1966). *Stranger and friend: The way of an anthropologist* (No. 410). New York: WW Norton & Company.

Preissle, J., & Le Compte, M. D. (1984). *Ethnography and qualitative design in educational research*. San Diego: Academic Press.

Preker, A. S., Carrin, G., Dror, D., Jakab, M., Hsiao, W., & Arhin-Tenkorang, D. (2002). Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness. *Bulletin of the World Health Organization*, *80*, 143-150.

Privatize [Def. 1]. (n.d.). Merriam-Webster Obline. Data diakses dari https://www.merriam-webster.com/dictionary/privatize.

Protesters greet Chua on his first day in new office. (Disember 24, 2004). The Star. Data diakses dari https://www.thestar.com.my.

Purcell, M. (2009). Resisting neoliberalization: communicative planning or counter-hegemonic movements?. *Planning Theory*, *8*(2), 140-165.

Purcell, M. (2013). To inhabit well: Counterhegemonic movements and the right to the city. *Urban Geography*, *34*(4), 560-574.

Putnam, R.D. (1993). Making democracy work: civic traditions in modern Italy. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Putnam, R. D.(1995). Bowling Alone. *Journal of Democracy* 6(1): 65–78.

Putnam, R. D. (2000). Bowling alone: America's declining social capital. In Crothers, L. & Lockart, C. (Eds.) *Culture and politics* (pp. 223-234). New York: Palgrave Macmillan.

Putney, P. (2000). Partnerships between the public sector and non-governmental organizations: the NGO role in health sector reform. In *Partnerships between the Public Sector and Non-governmental Organizations: the NGO role in health sector reform*. USAID.

QAP (Quality Assurance Project) and PAHO (Pan American Health Organization). (2003). Maximizing Quality of Care through Health Sector Reform: The Role of Quality Assurance Strategies. Working draft, Quality Assurance Project, Bethesda, MD. http://www.qaproject.org/pubs/PDFs/PAHO.pdf.

Rabobank International Asia Pacific (1999) *Impact of the Crisis: Immediate and Long-Term Outlook for Asian Health Care Markets*. Research Consortium of Rabobank International Asia Pacific, Asia Health Ventures, and The Economist Conferences, Singapore.

Ramakrishna, S. (2003). The Environmental Movement in Malaysia. In Hassan, S. & Weiss, M.L (Eds.), *Social Movements in Malaysia: From Moral Communities to Ngos* (pp. 115-139). London and NY: Routledge Curzon.

Ramakrishnan, P. (2006, Januari 17). Extra hours not the best decision. The New Straits Times. Data diakses dari https://www.nst.com.my.

University of Malaya

Ramasamy, P. (2004). Civil society in Malaysia: an arena of contestation?. In Lee Hock Guan (Ed.). *Civil Society in Southeast Asia* (pp. 198-217). Singapore: Institute of Southern Asian Studies.

Ramesh, M. (2013). Health care reform in Vietnam: chasing shadows. *Journal of Contemporary Asia*, *43*(3), 399-412.

Ramesh, M., Wu, X., & He, A. J. (2013). Health governance and healthcare reforms in China. *Health Policy and Planning*, *29*(6), 663-672.

Ramlan, Y. (2018 Januari 19). Doktor pakar kerajaan letak jawatan kerana gaji rendah. The Malaysian Insight. Data diakses dari https://www.themalaysianinsight.com/bahasa/s/33252.

Ransome, P. (1992). Antonio Gramsci, A New Introduction. New York: Harvester/Wheatsheaf.

Rao, M. G., & Choudhury, M. (2012). *Health care financing reforms in India*. National Institute of Public Finance and Policy. Working Paper No. 2012:100.

Rasiah, R., Noh, A., & Tumin, M. (2009). Privatising healthcare in Malaysia: Power, policy and profits. *Journal of Contemporary Asia*, *39*(1), 50-62.

Rasiah, R., Wan Abdullah, N. R., & Tumin, M. (2011). Markets and healthcare services in Malaysia: Critical issues. *Institutions and Economies*, *3*(3), 467-486.

Rasiah, R., Tumin, M., Hameed, L. M., & Ndoma, I. (2017). Civil Society Organizations in Opposition to Healthcare Commercialization: Protecting Access for the Poor and Middle Class in Malaysia. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, *46*(3), 567-585.

Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*. Cambridge, MA: Belknap Press of Harvard University Press.

Razak, N. (2013). Ucapan Perasmian Hospital Engineering International Conference and Exhibition 2013. Data diakses dari https://www.najibrazak.com/en/speeches/hospital-engineering-international-conference-and-exhibition-2013/

Rechel B, et al.(2012). Lessons from two decades of health reform in Central Asia. *Health Policy and Planning*, 27 (4): 281–287.

Review before expansion of full paying patient scheme, says PSM. (2016, Disember 22). The Malay Mail. Data diakses dari https://www.malaymail.com/s/1280779/review-before-expansion-of-full-paying-patient-scheme-says-psm

Riessman, C. K. (1993). *Qualitative research methods, Vol. 30. Narrative analysis*. Thousand Oaks,: Sage.

Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Thousand Oaks: Sage.

University of Malaya

Roberts, M.J., Hsiao, W., Berman, W. & Reich, M.R. (2004). Getting health reforms right. New York: Oxford University Press.

Romzek, B. S., & Johnston, J. M. (2005). State social services contracting: Exploring the determinants of effective contract accountability. *Public Administration Review*, *65*(4), 436-449.

Rosenquist, R., Golichenko, O., Roosen, T., & Ravenscroft, J. (2013). A critical player: the role of civil society in achieving universal health coverage. *Glob Health Gov*, *6*.

Rotarou, E. S., & Sakellariou, D. (2017). Neoliberal reforms in health systems and the construction of long-lasting inequalities in health care: A case study from Chile. *Health Policy*, *121*(5), 495-503.

Rusman, A., & Fiona, J. (2018, April 27). NTP boost medical tourism. The New Straits Times. Data diakses dari https://www.nst.com.my/news/nation/2018/04/362247/ntp-boosts-medical-tourism.

Ruff, B., Mzimba, M., Hendrie, S., & Broomberg, J. (2011). Reflections on health-care reforms in South Africa. *Journal of Public Health Policy*, *32*(1), S184-S192.

Sabi, S. C., & Rieker, M. (2017). The role of civil society in health policy making in South Africa: a review of the strategies adopted by the Treatment Action Campaign. *African Journal of AIDS Research*, *16*(1), 57-64.

Safurah, J., Kamaliah, M. N., Khairiyah, A. M., Nour Hanah, O., Healy, J., Kalsom, M., & Zakiah, M. S. (2013). Malaysia health system review. *Health Systems in Transition*, *3*(1), 44.

Salamon, L. M., & Sokolowski, S. W. (2004). Measuring Civil Society: the Johns Hopkins Global Civil Society Index. *Global civil society: Dimensions of the Nonprofit Sector*, *2*, 61-92.

Saleh, N. (2010). Pandangan dikemukakan dalam Forum the Future of Helath Care in Malaysia yang diadakan pada 27 November 2011 di Pulau Pinang.

Saltman, R. B., Figueras, J., & Sakellarides, C. (Eds.) (1998). *Critical challenges for health care reform in Europe*. Philadelphia: Open University Press.

Saltman, R. B., & Figueras, J. (1998). Analyzing The Evidence On European Health Care Reforms: Experience in western European health care systems suggests lessons for reform in the United States, according to a major international comparison by the World Health Organization. *Health Affairs*, *17*(2), 85-108.

Sandel, M.. (1982). Liberalism and the Limits of Justice. *Cambridge University*, 55-57.

Sandel, M. (1996). Democracy's discontent: America in search of a public policy. Cambridge, MA: Harvard UP.

University of Malaya

Sandel, M. (2009). *Justice: What's the Right Thing Do?* New York: Farrar, Straus and Giroux.

Sangaralingam, M., & Raman, M. (2003). The high cost of private monopolies. In Social Wtach. The Poor and the Market: Social Watch Report 2003, Montevevideo: Instituto del Tercer Mundo, pp 128-9; http://www.socialwatch.org.

Sani, M. A. M. (2011). Managing the state-civil society relations in public policy: Deliberative democracy vis-a-vis civil society movements in Malaysia. *African Journal of Business Management*, *5*(21), 8399-8409.

Saunders, B., Kitzinger, J., & Kitzinger, C. (2015). Participant anonymity in the internet age: from theory to practice. *Qualitative Research in Psychology*, *12*(2), 125-137.

Saunders, B., Kitzinger, J., & Kitzinger, C. (2015). Anonymising interview data: Challenges and compromise in practice. *Qualitative Research*, *15*(5), 616-632.

Savas, E. S., & Savas, E. S. (2000). *Privatization and public-private partnerships*. New York: CQ Press.

Scarpaci, J. L. (1989). *Health services privatization in industrial societies.* New Brusnswick: Rutgers University Press.

Schachter, H. L. (1997). *Reinventing government or reinventing ourselves: The role of citizen owners in making a better government*. Albany, New York: SUNY press.

Scheper-Hughes, N. (2000). Ire in Ireland. *Ethnography*, *1*(1), 117-140.

Shepard, D. S., Savedoff, W., & Hong, P. K. (2002). Health care reform initiatives in Malaysia. Waltham: Schneider Institute for Health Policy.

Schensul, S. L., Schensul, J. J., & LeCompte, M. D. (1999). *Essential ethnographic methods: Observations, interviews, and questionnaires* (Vol. 2): Rowman Altamira.

Schneider, P., & F. Diop. (2001). *Impact of Prepayment Pilot on Health Care Utilization and Financing in Rwanda: Findings from Final Household*. Bethesda, MD: Partners for Health Reformplus Project. Bethesda: Abt Associate Inc.

Schneider, P., F. Diop, & S. Bucyana. (2000). *Development and Implementation of Prepayment Schemes in Rwanda. Technical Report 45, Partnerships for Health Reform Project.* Bethesda: Abt Associates Inc.

Scott, C. R. (2005). Anonymity in applied communication research: Tensions between IRBs, researchers, and human subjects. *Journal of Applied Communication Research*, *33*(3), 242-257.

Schreyögg, J., & Kin, L. M. (2004). Health-Care Reforms in Singapore-Twenty Years of Medical Savings Accounts. *CESifo DICE Report*, *2*(3), 55-60.

University of Malaya

Schubert, G. A. (1957). "The Public Interest" in Administrative Decision-Making: Theorem, Theosophy, or Theory?. *American Political Science Review*, *51*(2), 346-368.

Schumpeter, J. A. (1942). *Socialism, capitalism and democracy*. Harper and Brothers.

Schumpeter, J. A. (2010). *Capitalism, socialism and democracy*.London: Routledge.

Schutz, A. (1970). *Alfred Schutz on phenomenology and social relations* (Vol. 360). Chicago: University of Chicago Press.

Sebastian, A., Alzain, M. A., Asweto, C. O., Mahara, G., Guo, X., Song, M., ... & Wang, W. (2016). The Malaysian health care system: Ecology, plans, and reforms. *Family Medicine and Community Health*, *4*(3), 19-29.

Sekretariat PSM. (2004). Memorandum kepada Kerajaan Malaysia: Hentikan Penswastaan Dispensari di Hospital Kerajaan bertarikh 23.12. 2004. Shah Alam, Selangor.

Selznick, P. (1992). *The Moral Commonwealth*. Berkeley, CA: University of California Press.

Selznick, P. (1994). Foundations of communitarian liberalism. *Responsive Community*, *4*(4), 16-28.

Sengupta, A. (2011). Medical tourism: reverse subsidy for the elite. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, *36*(2), 312-319.

Silverman, D. (2000). Analyzing Talk and Text. In. Denzin, N. and Lincoln, Y. (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 821-834). Thousand Oaks: Sage.

Silverman, D. (2011). *Interpreting qualitative data: A guide to the principles of qualitative research*. Thousand Oaks: SAGE Publications Limited.

Simon, Herbert. (1983). *Reason in Human Affairs.* Oxford: Blackwell.

Simon, H. A. (1997). *Administrative Behavior. A study of decision-making processes in administrative organization* (4th ed). New York: Free Press.

Sinnadurai, V. (2006, Mac, 17). LOCUM-Legalised – One step by MOH- One giant leap to Government Doctorr. Berita MMA. Data diakses dari http://ww.mma.org.

S.M. Mohamed Idris. (2009). Letter to editor. New Straits Times, 6 November. Akses 20 Ogos 2018, http://www.nst.com.my/current_news/nst/articles/18put/article/.

Smith, S. R., & Lipsky, M. (1992). Privatization in health and human services: A critique. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, *17*(2), 233-254.

Smith, J., Buse, K., & Gordon, C. (2016). Civil society: the catalyst for ensuring health in the age of sustainable development. *Globalization and Health*, *12*(1), 40.

University of Malaya

Smith, A. (2016). Healthcare reform priorities for South Africa: four essays on the financing, delivery and user acceptability of healthcare (Doctoral thesis, Stellenbosch University. Retrieved from resep.sun.ac.za/wp-content/uploads/2016/04/Smith_final-merged-PhD_23.02.2016.pdf.

Solimano, G., & Issacs, S. (1999). Health reform and civil society in Latin America. *Development*, *42*(4), 70-72.

Song, Y. J. (2009). The South Korean health care system. *JMAJ*, *52*(3), 206-209.

Sparrow, R., Budiyati, S., Yumna, A., Warda, N., Suryahadi, A., & Bedi, A. S. (2017). Sub-national health care financing reforms in Indonesia. *Health Policy and Planning*, *32*(1), 91-101.

Specialist to go private soon. (2006, Januari 8). The New Straits Times p. 10.

Starr, P. (1982). The Meaning of Privatisation. In Kamerman, S.B., & Kahn, J.A (Eds.) *Privatisation and the Welfare State* (15 – 48). Surrey, U.K.: Guilford.

Starr, P. (1988). The meaning of privatization. *Yale Law & Policy Review*, *6*(1), 6-41.

Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks: Sage.

Stamati, F., & Baeten, R. (2014). *Health care reforms and the crisis*. Brussels: ETUI.

Stepan, A. C., & Van Oystaeyen, F. (1988). *Rethinking military politics: Brazil and the Southern Cone*. Princeton: Princeton University Press.

Stenson, K., & Watt, P. (1999). Governmentality and'the Death of the Social'?: A discourse analysis of local government texts in South-East England. *Urban Studies*, *36*(1), 189-201.

Strauss, A. L. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.

Strauss, A., & Corbin, J. (1967). *Discovery of grounded theory*. New Brunswick, USA: Aldine Transaction.

Subramaniam, S. (2014). Soalan Parlimen 14: Perbandingan antara hospital milik Kerajaan, GLC & Swasta. Data diakses dari https://www.liewchintong.com/2014/03/12/soalan-14-perbandingan-antara-hospital-milik-kerajaan-glc-swasta/.

Subramaniam, S. (2014, Februari 17). Pesakit tidak kritikal diminta elak ksesesakan hospital kerajaan. Data diakses dari https://www.mstar.com.my/lokal/semasa/2014/02/17/pesakit-tidak-kritikal-diminta-elak-kesesakan-hospital-kerajaan.

Švaljek, S. (2014). The recent health reform in Croatia: True reforms or just a fundraising exercise?. *Health Policy*, *115*(1), 36-43.

University of Malaya

Swasta tawar gaji RM150,000 sebulan kepada doktor pakar. (2017, September 20). Utusan Malaysia. Data diakses dari http://www.utusan.com.my/berita/nasional/swasta-tawar-gaji-rm150-000-sebulan-kepada-doktor-pakar-1.528486.

Syed-Abdul, S., Lin, C. W., Scholl, J., Fernandez-Luque, L., Jian, W. S., Hsu, M. H., ... & Li, Y. C. (2011). Facebook use leads to health-care reform in Taiwan. *The Lancet*, *377*(9783), 2083-2084.

Tang, S., & Bloom, G. (2000). Decentralizing rural health services: a case study in China. *The International Journal of Health Planning and Management*, *15*(3), 189-200.

Tangcharoensathien V., Supachutikul, A., Lertiendumrong, J. (1999). The social security system in Thailand: what lessons can be drawn? Social Science Medicine, 48 (7): 913-23.

Taylor, F. W. (1914). *The principles of scientific management*. New York: Harper.

Taylor, C. (1989). Cross-Purposes: The Liberalism-Communitarian Debate. In N. Rosenblom (Ed.) *Liberalism and the Moral Life*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Telyukov, A. (2001). Guide to prospective capitation with illustrations from Latin America. *LAC-Health Sector Reform Initiative*, *5*. Bethesda: Abt Associates Inc.

Terry, L. D. (1993). Why We Should Abandon the Misconceived Quest to Reconcile Public Entrepreneurship with Democracy: A Response to Bellone and Goerl's 'Reconciling Public Entrepreneurship and Democracy'. *Public Administration Review*, *53*(4), 393-395.

Terry, L. D. (1998). Administrative leadership, neo-managerialism, and the public management movement. *Public Administration Review*, 194-200.

Tesch, R. (1990). *Qualitative research—Analysis types and software protocols*. Hampshire, UK: The Falmer Press.

Theodoulou, S. Z., & Roy, R. K. (2016). *Public administration: A very short introduction*. Oxford: Oxford University Press.

Thompson, J. R. (2000). Reinvention as reform: assessing the National Performance Review. *Public Administration Review*, *60*(6), 508-521.

Tilley, L., & Woodthorpe, K. (2011). Is it the end for anonymity as we know it? A critical examination of the ethical principle of anonymity in the context of 21st century demands on the qualitative researcher. *Qualitative Research*, *11*(2), 197-212.

Tocqueville, A. de. (1981). *Democracy in America, Volume 1*. New York : Vintage Books.

University of Malaya

Tocqueville, A. de. (1990). *Democracy in America*, abr. ed. *New York: Modern Library*, 294-95.

Tolich, M. (2004). Internal confidentiality: When confidentiality assurances fail relational informants. *Qualitative Sociology*, *27*(1), 101-106.

Tomson, G., & Biermann, O. (2015). Health Policy Reform in Low-Income and Lower Middle-Income Countries in Southeast Asia. In Kuhlmann, E., Blank, R., Bourgeault, I., & Wendt, C. (Eds.) *The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance* (pp. 171-187). London: Palgrave Macmillan.

Toth, F. (2010). Healthcare policies over the last 20 years: Reforms and counter-reforms. *Health Policy*, *95*(1), 82-89.

Tremblay, M.-A. (1957). The key informant technique: A nonethnographic application. *American Anthropologist*, 59, 688–701.

Tumin, M. (2004). *NGO Wanita Dalam Sistem Politik Malaysia: Kajian Mengenai Peranan dan Kegiatan Majlis Kebangsaan Pertubuhan-Pertubuhan Wanita Kebangsaan (NCWO)* (Unpublished doctoral thesis). Universti Malaya, Malaysia.

Tumin, M. (2006). Wanita di Malaysia: Perjuangan Menuntu Hak. Kuala Lumpur: Penerbit Universiti Malaya.

Tuohy, C. H. (2002). The costs of constraint and prospects for health care reform in Canada. *Health Affairs*, *21*(3), 32-46.

Two govt hospitals to adopt "full-paying patient" concept. (2007, Mac 27). The Star. Data diakses dari https://www.thestar.com.my/news/nation/2007/07/28/two-government-hospitals-to-adopt-fullpaying-patient-concept/.

United Nations Population Fund in collaboration with The Australian National University. (1998). Southeast Asian Populations in Crisis: Challenges to the Implementation of the ICPD Programme of Action. New York: UNFPA.

Unit Perancang Ekonomi (UPE). (2007). Surat kepada GMPPK bertajuk Term of Reference for the Consultant for the Proposed Health Financing Scheme bertarikh 25 Januari 2006. Putrajaya.

Unit Perancang Ekonomi (2015). Healthcare NKEA. Putrajaya, Malaysia.

Value–added tax to finance healthcare? . (2007, Mei 12). Aliran.comData diakses dari Aliran. (2007) https://aliran.com/coalitions/coalition-against-health-care-privatisation/value-added-tax-to-finance-health-care/.

Van Balen, H. (2004). Disease control in primary health care: a historical perspective. *Tropical Medicine & International Health*, *9*(6), A22-A26.

Van den Hoonaard, W. C. (2003). Is anonymity an artifact in ethnographic research?. *Journal of Academic Ethics*, *1*(2), 141-151.

University of Malaya

Van Manen, M. (2016). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. London: Routledge.

Van Rooy, A., & Robinson, M. (1998). *Out of the ivory tower: civil society and the aid system*. In Van Rooy, A. (Ed.). *Civil Society and the Aid Industry*. London: Earthscan.

Van Slyke, D. M. (2003). The mythology of privatization in contracting for social services. *Public Administration Review*, *63*(3), 296-315.

Verma, V. (2002). *Malaysia, state and civil society in transition*. New York: Lynne Rienner Publishers.

Verspohl, I. (2010). Health care reforms in Europe. In *8th ESPAnet conference 2010*.

Vian, T., Gryboski, K., Sinoimeri, Z., & Clifford, R. H. (2004). Informal payments in the public health sector in Albania: A qualitative study. *Bethesda, MD: The Partners for health Reform-plus Project.* Bethesda: Abt Associates.

Vinzant, J. C. (1998). Where values collide: Motivation and role conflict in child and adult protective services. *The American Review of Public Administration*, *28*(4), 347-366.

Wagstaff, A., Van Doorslaer, E., Van der Burg, H., Calonge, S., Christiansen, T., Citoni, G., ... & Johnson, P. (1999). Equity in the finance of health care: some further international comparisons1. *Journal of Health Economics*, *18*(3), 263-290.

Wagstaff, A. (2010). Estimating health insurance impacts under unobserved heterogeneity: the case of Vietnam's health care fund for the poor. *Health Economics*, *19*(2), 189-208.

Waisman, C. H. (2006). Autonomy, self-regulation, and democracy: Tocquevillean-Gellnerian perspectives on civil society and the bifurcated state in Latin America. In Feinburg, R., Waisman, C.H., & Zamosc, L. (Eds.) *Civil society and democracy in Latin America* (pp. 17-33). New York: Palgrave Macmillan.

Waldo, D. (1948). *The administrative state: A study of the political theory of public administratio*n. New York: Ronald.

Walzer, M. (1990). The communitarian critique of liberalism. *Political Theory*, *18*(1), 6-23.

Wan Jan, W.S. (2013, Oktober 2). 12 jam menunggu untuk masuk wad. Data diakses dari https://www.mstar.com.my/lokal/semasa/2013/10/02/12-jam-menunggu-untuk-masuk-wad.

Wang, C., Rao, K., Wu, S., & Liu, Q. (2013). Health care in China: improvement, challenges, and reform. *Chest*, *143*(2), 524-531.

Webb, C. (1999). Analysing qualitative data: computerized and other approaches. *Journal of Advanced Nursing*, *29*(2), 323-330.

University of Malaya

Weber, M. (1958). The Protestant ethic and the spirit of capitalism, trans. *T. Parsons. Charles Scribner's Sons.[SA]*.

Weber, M. (1968). *Economy and Society*. Roth, G., & Wittich, C. (Eds.) New York: Bedminster.(Original work published 1947).

Weiss, M. L. (2003). Malaysian NGOs: History, legal framework and characteristics. In Weiss, M.L. & Hassan, S. (Eds.) *Social Movements in Malaysia* (pp. 17-45). London: Routledge.

Weiss, M. L. (2006). *Protest and possibilities: Civil society and coalitions for political change in Malaysia*. Stanford University Press.

Weiss, M. (2013). Universal Healthcare in Colombia: An Effective Reform? (2013).Colombia: From Crisis to Renewal. Paper 11. http://preserve.lehigh.edu/perspectives-v31/11.

Weintraub, J. & Kumar, K. (eds.). ((1997). Public and Private in Thought and Practice: Perspective on a Grand Dichotomy. Chicago: University of Chicago Press.

Westinghouse Health Systems (1985) (in collaboration with HealthServices Financing Study Task Force Economic Planning Unit,Prime Minister's Department). Health Services Financing Study.Unpublished consultant's report, contracted by the Asian Development Bank.

Weyland, K. (1995). Social movements and the state: the politics of health reform in Brazil. *World Development*, *23*(10), 1699-1712.

Whitely, P.F. (1999). The Origin of Social Capital. In J.W. van Deth, M. Maraffi, K. Newton and P.F. Whiteley (Eds.) Social Capital and EuropeanDemocracy (pp. 3-24). London and New York: Routledge.

Willets, P. (2011). Chapter 20: Transnational actors and international organizations in global politics. *The Globalization of World Politics: An Introduction to International Relations*, 320-336.

Williams, D. W. (2000). Reinventing the proverbs of government. *Public Administration Review*, *60*(6), 522-534.

Wilson, W. (1887). The study of administration. *Political Science Quarterly*, *2*(2), 197-222..

Wilson, A. (2011). Foreign bodies and national scales: Medical tourism in Thailand. *Body & Society*, *17*(2-3), 121-137.

Wolcott, H. F. (1999). *Ethnography: A way of seeing*. Rowman Altamira.

Woodward, R. (1996). 'Deprivation'and 'the rural': an investigation into contradictory discourses. *Journal of Rural Studies*, *12*(1), 55-67.

Wolin, S. S. (1960). *Politics and vision*. Princeton: Princeton University Press.

University of Malaya

Wong, M.L.L. (2008). *The development of the health care system in Malaysia – with special reference to government health services, 1970–2000*. (Unpublished doctoral thesis). National University of Singapore.

World Bank. Population, Health, and Nutrition Department, & De Ferranti, D. M. (1984). *Paying for health services in developing countries*. Population, Health and Nutrition Department, World Bank.

World Bank. (1993). *World Development Report: Investing in Health*. New York: Oxford University Press.

World Economic Forum. (2013). *The Future Role of Civil Society*. Davos, Switzerland: WEF.

World Health Organization. (2009). Resolution WHA62. 12. *Primary health care, including health system strengthening. In: Sixty-Second World Health Assembly, Geneva*, *18*, 22. Geneva, Switzerland: WHO.

World Health Organization. (2010). World Health Assembly Resolution, WHA58. 33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. Geneva, Switzerland: WHO.

World Health Organaization. (2012a). Malaysian Health System Review.

World Health Organization. (2012b). World Health Statistics.

World Health Organization. (2014). Sixty-fourth World Health Assembly. Agenda item 13.4. Sustainable health financing structures and universal coverage. WHA64. 9. *apps. who. int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R9-en. pdf. Accessed*, *1*.

World Health Organization. (1978). Alma Ata Declaration. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2013). Safe Surgery Saves Lives. See http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/

World Health Organization. (2000). *The world health report 2000: health systems: improving performance*. Geneva.World Health Organization.

World Health Organization. (2010). Defining civil society. Data diakses dari http://go.worldbank.orf/4CE7WO46K0.

Wright, D. L. (2002). Applying Foucault to a future-oriented layered analysis in a post-bubble Japanese community. *Futures*, *34*(6), 523-534.

Wyss, K., D. D. Moto, and B. Callewaert. (2001). Improving Health Outcomes of the Poor: Constraints to Scaling Up Health Interventions, Country Case Study, Chad. Working Group 5, Commission on Macroeconomics and Health, World Health Organization, Geneva. (In French).

Yakhlef, A. (2002). Towards a discursive approach to organisational knowledge formation. *Scandinavian Journal of Management*, *18*(3), 319-339.

University of Malaya

Yan. L.S. (2013). The women's movement in peninsular Malaysa: 1990-99: a historical perspective. In. Hassan, S. & Weiss, M.L (Eds.), Social Movement in Malaysia: From moral communities to NGOs (pp. 45-74). London and NY: Routledge Curzon.

Yew, W. L., & Tayeb, A. (2017). Malaysia's Green Movement: Old Continuities and New Possibilities. In Lemiere, S. (Ed.) *Illusions of Democracy: Malaysian People and Politics, Vol II* (pp. 243-260) SIRD.

Yin, R. K. (2015). *Qualitative research from start to finish* (2nd ed.). New York: Guilford Publications.

Yin, R. K. (2017). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). Thousand Oaks: Sage publications.

Yip, W., & Hsiao, W. (2009). China's health care reform: A tentative assessment. *China Economic Review*, *20*(4), 613-619.

Yup, N.S. (2018, Mac, 26). Kepakaran di hospital kluster elakkan kesesakan. Data diakses dari http://www.kosmo.com.my/negara/kepakaran-di-hospital-kluster-elak-kesesakan-1.635381.

Zhou, X. D., Li, L., & Hesketh, T. (2014). Health system reform in rural China: voices of healthworkers and service-users. *Social science & medicine*, *117*, 134-141.

University of Malaya

Senarai Penerbitan dan Kertas Pembentangan

Che Soh, M.. (2018). Pembaharuan Sektor Kesihatan di Malaysia: Quo Vadis?.In Puteh, F., Harith, N.H.M., Hasim, N.A., Rahim, M.A., & Kassim, A.(Eds.), *Extended Abstract Malaysia-Indonesia Seminar on Public Administration: Enhancing Public and Corporate Administration for Sustainable Development Goals (SDGs)* (pp. 223-26). FSPPP, UiTM Seremban and Uni Airlangga: Shah Alam.

Che Soh, M. (2018). Pembaharuan Sektor Kesihatan di Malaysia: Quo Vadis?. Paper *presented at the Malaysia-Indonesia Seminar on Public Administration: Enhancing Public and Corporate Administration for Sustainable Development Goals (SDGs),* 23 April 2018, FSPPP, UiTM Seremban and Uni Airlangga: Shah Alam .

Che Soh, M. & Tumin, M. (2017). Sejarah dan Perkembangan Badan Bukan Kerajaan (NGO) Kesihatan di Malaysia Sehingga Tahun 2015. *Sejarah*, 26 (2): 49-70.

Che Soh, M. Tumin, M. & Ariffin, R. Noriza, R,. (2015). 1Care for 1Malaysia: Response From the Civil Society Organisation's (CSO's). *Paper presented at the 2015 International Conference of Public Policy & Social Science (iCOPS) & International Symposium of Gender Studies (ISyGES),* 21-22 April 2015, Palm Mall Seremban: Seremban.

Che Soh, M. Tumin, M. & Ariffin, R. Noriza, R,. (2015). 1Care for 1Malaysia: Response From the Civil Society Organisation's (CSO's) In Ahmad, Y., Kaur, H. & Ahmad, J. (Eds.), *Proceedings 2015 International Conference of Public Policy & Social Science (iCOPS) & International Symposium of Gender Studies (ISyGES*) (pp. 29-39) FSPPP, UiTM Seremban: Seremban..

University of Malaya

Che Soh, M., Tumin, M., & Kana, G. (2019). Healthcare Reform and Civil Society in Malaysia. In Singaravelloo, K., Ariffin, R.N.R., & Beh, L.S. *Practices of public Administration in Malaysia* (pp. 131-144). Kuala Lumpur: University of Malaya Press. (forthcoming)

Che Soh, M. & Tumin, M. (2019). Insurans Kesihatan Sosial di Malaysia: Ekuiti dan Akses. *Journal of Administrative Science*, 16 (1): (forthcoming).

University of Malaya