



EFISIENSI DAN EFEKTIVITAS PELAYANAN RUMAH SAKIT SETELAH PEMEKARAN WILAYAH

Windhu Putra✉

Fakultas Ekonomi, Universitas Tanjungpura, Pontianak, Kalimantan, Indonesia

Permalink/DOI: <http://dx.doi.org/10.15294/jejak.v7i1.3596>

Received : Juli 2012; Accepted: Agustus 2012; Published: September 2012

Abstract

This study aims to identify the efficiency of health services districts / cities before and after the regional proliferation, understand the indicators that affect the change in efficiency and to design a health cooperative district / town after the regional proliferation. It was conducted in 9 districts; Pontianak, Sambas, Sanggau, Sintang, Singkawang, Bengkayang, Landak, Sekadau, Melawi. Data Envelopment Analysis is used to calculate the efficiency at each hospital in the parent division area and regional levels. this study also uses rationality of resource efficiency analysis. The result first, a change in the efficiency of health services after the introduction of regional proliferation. It causes declining health of economies of scale; Second, the seven indicators of input factors; General Practitioners, Specialists, Pharmacists, Nurses, Employees, Total polyclinic, and the Investment Fund for hospital, which most influence the change in efficiency is a specialist doctor, nurse and the number of polyclinics. They influence the level of efficiency. Third, In implementing the policy of expansion, which related to health care services, need designed a model hospital revitalisasi by considering the number of specialist doctors, nurses and polyclinics. The combination of these factors, will greatly affect the model of health care in the proliferation area.

Keywords: Health services efficiency, Proliferation, Efficiency, Resources Analysis

Abstrak

Penelitian ini lebih diarahkan kepada upaya merevitalisasi kondisi daerah pemekaran melalui kerjasama di bidang kesehatan agar terjadi bentuk kerjasama yang efisien berdasarkan keunggulan aspek kesehatan yang ada pada masing-masing daerah. Penelitian ini mengidentifikasi efisiensi pelayanan kesehatan kabupaten/kota sebelum dan sesudah pemekaran wilayah. Lokasi Penelitian berada di 9 daerah kabupaten yang terdiri dari 4 kabupaten daerah induk, yaitu; Kabupaten Pontianak, Kabupaten Sambas, Kabupaten Sanggau, Kabupaten Sintang. Serta 5 kabupaten daerah pemekaran, yaitu ; Kota Singkawang, Kabupaten Bengkayang, Kabupaten Landak, Kabupaten Sekadau, Kabupaten Melawi. Metode analisis yang digunakan adalah dengan Data Envelopment Analysis (DEA) untuk menghitung efisiensi pada setiap rumah sakit di daerah pemekaran maupun daerah induk. Selain itu penelitian ini juga menggunakan analisis efisiensi rasionalitas sumber daya dalam membentuktata kelola kerjasama kesehatan antara kabupaten.

Kata Kunci: pelayanan kesehatan, pemekaran, efisiensi, analisis sumberdaya

How to Cite: Putra, W. (2012). Efisiensi Dan Efektivitas Pelayanan Rumah Sakit Setelah Pemekaran Wilayah. *JEJAK Journal of Economics and Policy*, 5 (2): 127-229 doi: 10.15294/jejak.v7i1.3596

© 2012 Semarang State University. All rights reserved

PENDAHULUAN

Otonomi daerah sebagaimana diatur UU No. 32 Tahun 2004 diamanatkan bagi penyelenggaraan pemerintah daerah untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan yang berasas otonomi daerah dan tugas pembantuan dengan tujuan untuk mempercepat terwujudnya kesejahteraan masyarakat melalui peningkatan, pelayanan, pemberdayaan dan peran serta masyarakat dalam peningkatan daya saing daerah dengan memperhatikan prinsip demokratis, pemerataan, keadilan, keistimewaan dan kekhususan suatu daerah. Dengan otonomi daerah berarti telah memindahkan sebagian besar kewenangan yang tadinya berada di pemerintah pusat diserahkan kepada daerah otonom, sehingga pemerintah daerah otonom diharapkan dapat lebih cepat dalam merespon tuntutan masyarakat daerah sesuai dengan kemampuan yang dimiliki.

Implikasi lain dari otonomi daerah adalah terjadinya pemekaran daerah. Oleh karena Undang Undang Nomor 22 Tahun 1999 jo Undang Undang Nomor 32 Tahun 2004 sangat memungkinkan daerah untuk melakukan perluasan atau pemekaran wilayah dalam bentuk penggabungan ataupun penghapusan daerah itu sendiri (Pasal 6 Bab III Undang Undang Nomor 22 Tahun 1999), dalam upaya pencapaian optimalisasi pelaksanaan pemerintahan dan memudahkan *public service* di daerah yang dimekarkan (Busrizalti, 2006).

Bila dilihat pola pemekarannya, prinsip pemekaran daerah di Indonesia sebagai negara kepulauan daerah tropis, memiliki karakteristik tersendiri, selain ditinjau dari besarnya jumlah penduduk yang tersebar tidak merata, juga dilihat dari keanekaragaman sosial budaya, sumberdaya alam, flora dan fauna serta keragaman fisik wilayah. Berdasarkan keragaman tersebut, dalam perspektif geografi, Indonesia memiliki potensi konflik kewilayahan yang tinggi. Jika dimodelkandengan menggunakan segi enam *Christaller*, secara teoritis diperlukan paling tidak 2760 bentuk kerjasama antar daerah otonom yang saling berbatasan un-

tuk mengantisipasi peluang terjadinya 2760 *spatial conflict* (Harmantyo, 2007).

Dengan melihat kondisi diatas maka tujuan mulia dari otonomi yaitu untuk mendekatkan agar tercipta efisiensi pelayanan pada masyarakat akan semakin jauh dari harapan. Oleh karena sumberdaya yang sangat terbatas pada daerah induk harus dibagi/ disebar ke daerah pemekaran baru. Dengan kata lain bahwa daerah baru harus mengambil sumber daya manusia yang sudah sangat terbatas pada daerah lain. Sehingga banyak daerah pemekaran terbelit dengan problem serius di fase transisi administratif dari daerah induk ke daerah pemekaran baru.

Hal tersebut tercermin pada kondisi pelayanan kesehatan di Provinsi Kalimantan Barat. Dimana pada era sebelum pemekaran Provinsi Kalimantan Barat terdiri dari 6 Kabupaten 1 Kota, yaitu; (1) Kotamadya Pontianak, (2) Kabupaten Pontianak, (3) Kabupaten Sambas, (4) Kabupaten Sanggau, (5) Kabupaten Sintang, (6) Kabupaten Kapuas Hulu, (7) Kabupaten Ketapang

Implikasi dari otonomi daerah berpengaruh pada pemekaran daerah di Provinsi Kalimantan barat, dimana sejak tahun 1999 Kabupaten Kota di Provinsi Kalimantan Barat telah melakukan pemekaran sehingga menjadi 12 Kabupaten dengan 2 Kota, Yaitu; (1) Kabupaten Landak, pemekaran dari Kabupaten Pontianak (4 Oktober 1999), (2) Kabupaten Bengkayang, pemekaran dari Kabupaten Sambas (20 April 1999), (3) Kota Singkawang, pemekaran dari Kabupaten Bengkayang (21 Juni 2001), (4) Kabupaten Sekadau, pemekaran dari Kabupaten Sanggau (18 Desember 2003), (5) Kabupaten Melawi, pemekaran dari Kabupaten Sintang (18 Desember 2003), (6) Kabupaten Kayong Utara, pemekaran dari Kabupaten Ketapang (2 Januari 2007), (7) Kabupaten Kubu Raya, pemekaran dari Kabupaten Pontianak (17 Juli 2007)

Banyaknya permasalahan yang muncul seiring dengan pelaksanaan pemekaran daerah tersebut telah mendorong penulis untuk melakukan revitalisasi dari hasil pemekaran daerah yang telah ada dalam rangka merumuskan model Strategi Umum

(*Grand Strategy*) khusus untuk tatakelola kerjasama aspek kesehatan melalui pendekatan Ilmu Ekonomi Regional.

Selain melakukan pembahasan tentang evaluasi pemekaran yang ada sekarang ini, maka penelitian hanya melihat kondisi eksisting yang ada dan menganggap bahwa kondisi wilayah pemekaran yang ada sekarang ini adalah kondisi yang *given*, dan kemudian melakukan upaya pendekatan revitalisasi kondisi yang telah ada menjadi lebih baik.

Penelitian ini lebih memfokuskan pada pelayanan publik khususnya bidang kesehatan, dimana rumah sakit sebagai *objek penelitian* pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Adapun alasan penulis mengambil topik kesehatan adalah mengingat kesehatan merupakan bidang yang sangat dibutuhkan oleh masyarakat.

Permasalahan yang akan dibahas dalam penelitian ini adalah, turunnya kapasitas local kesehatan di daerah sebagai akibat adanya pemekaran daerah. Sehingga yang menjadi pertanyaan adalah, apakah akan terjadi efisiensi pelayan publik akibat terjadinya penurunan kapasitas lokal tersebut.

Yang dimaksud dengan pelayanan publik disini adalah rumah sakit yang merupakan sebagai objek dalam penelitian ini. Adapun yang menjadi ukuran kapasitas lokal disini adalah indikator pelayanan yang diberikan oleh tenaga sumber daya manusia yang bekerja pada rumah sakit tersebut, yang terdiri dari; Dokter Umum, Dokter Spesialis, Perawat, Apoteker dan Karyawan Rumah Sakit.

Dengan melihat dari seluruh uraian diatas, maka studi didesain untuk memenuhi beberapa tujuan: (1) Mengidentifikasi efisiensi pelayanan kesehatan kabupaten/kota sebelum dan sesudah pemekaran wilayah. (2) Menganalisis indikator-indikator yang mempengaruhi perubahan efisiensi setelah adanya pemekaran. (3) Merancang model kerjasama kesehatan kabupaten/kota setelah pemekaran wilayah.

Efisiensi Dilihat Dari Aspek Teori Produksi

Secara teoritis dan empiris, prasyarat

agar kegiatan pembangunan ekonomi dapat mencapai kondisi optimal bila terjadi skala ekonomi (*economies of scale*) dan cakupan ekonomi (*economies of scope*) tertentu (Aehyung, 2008). Untuk mencapai tingkat efisiensi (skala) ekonomi, efisiensi biaya, kinerja pembangunan, dan tingkat pemerataan yang optimal dalam kerangka kebijakan desentralisasi, dibutuhkan suatu ukuran yang optimal (*optimal size*) dari pemda untuk pembangunan dan pelayanan publik.

Meningkatnya skala ekonomi barang dan jasa akan menyebabkan peroduksilebih murah dengan catatan jika produksidilakukan dalam skala besar (Dunford, 2005). Secara teoritis, istilah kerjasama (*cooperation*) telah lama dikenal dan dikonsepsikan sebagai suatu sumber efisiensi dan kualitas pelayanan (Rosen, 1993). Kerjasama telah dikenal sebagai cara yang untuk mengambil manfaat dari ekonomi skala (*economies of scales*). Pembelian atau pembelian bersama, misalnya, telah membuktikan keuntungan tersebut, dimana pembelian dalam skala besar atau melebihi "*threshold points*", akan lebih menguntungkan dari pada dalam skala kecil.

Dengan kerjasama tersebut biaya overhead (*overhead cost*) akan teratasi meskipun dalam skala yang kecil. Sharing dalam investasi, misalnya, akan memberikan hasil akhir yang lebih memuaskan seperti dalam penyediaan fasilitas dan peralatan, serta pengangkatan spesialis dan administrator (Merkel, 2006). Kerjasama juga dapat meningkatkan kualitas pelayanan, misalnya dalam pemberian atau pengadaan fasilitas, dimana masing-masing pihak tidak dapat membelinya sendiri. Dengan kerjasama, fasilitas pelayanan yang mahal harganya dapat dibeli dan dinikmati bersama (Madsen. *et al.*, 2009).

Untuk itu dapat disimpulkan bahwa kerjasama antar pemerintah daerah adalah suatu bentuk pengaturan kerjasama yang dilakukan antar pemerintahan daerah dalam bidang-bidang yang disepakati untuk mencapai nilai efisiensi dan kualitas pelayanan yang lebih baik.

Efisiensi Kerjasama dilihat dari Aspek Kewilayahan

Alasan penerapan kebijakan desentralisasi di berbagai negara umumnya adalah dalam rangka memperbaiki kinerja sektor publik demi mencapai kesejahteraan masyarakat dengan mendekatkan perencanaan dan pelayanan kepada masyarakat. Alasan lain adalah juga untuk mendukung pembangunan ekonomi yakni percepatan pertumbuhan ekonomi daerah, dengan menyerahkan sejumlah kewenangan pengelolaan pembangunan kepada pemerintah daerah (pemda) secara otonom (otonomi daerah) (Elhiraika dan Ndikumana, 2007). Dengan demikian desentralisasi juga mengandung konsekuensi bahwa wilayah pengelolaan yang membutuhkan intervensi pemerintahan menjadi mencakup area yang sangat luas.

Di era otonomi daerah perencanaan dan pelaksanaan pembangunan daerah dihadapkan pada dua kenyataan yakni, batas wilayah administratif (sesuai peraturan perundangan), dan batas wilayah fungsional (sesuai hubungan sosial ekonomi lintas batas administratif). Batas wilayah administratif ditentukan secara formal melalui peraturan perundangan, akan tetapi dalam kenyataan sering kali hubungan fungsional di bidang sosial ekonomi melewati batas-batas wilayah administratif tersebut.

Pengembangan ekonomi regional adalah suatu strategi kombinasi kewenangan daerah untuk dapat mandiri dengan basis atau berkah sumberdaya yang dimiliki dengan kemampuan menciptakan interaksi dan keterkaitan dengan daerah lain disekitarnya atau wilayah ekonomi yg lebih luas. Untuk itu aspek rasionalitas sumber daya merupakan unsur penting dalam perencanaan strategi pembangunan ekonomi spasial dalam rangka mendukung pembangunan ekonomi secara menyeluruh. Rasionalitas sumber daya tidak hanya perwujudan dari keterkaitan antara pemerintah dengan pemerintah melainkan juga mencakup kerjasama antara pemerintah dengan sektor swasta (*Public Private Partnerships*). Dengan demikian kerjasama pembangunan yang menyeluruh

dapat digambarkan yang mencakup kooperasi efektif antar otoritas-otoritas publik, sektor swasta dan institusi-institusi lain yang terkait (Lembaga Penelitian, Akademisi, NGO, dll). Karenanya rasionalitas sumber daya akan dapat meningkatkan produktivitas, daya saing, serta mutu perencanaan dan mencapai satu kohesi antar daerah-daerah secara menyeluruh. (Abinett, at all, 1999).

Dalam Tulisannya (Parr, 1978) meneliti model tempat sentral yang memiliki banyak kesederhanaan model Christaller, tetapi yang jauh lebih besar dari umum. Teori Tempat Sentral untuk kasus di Australia, menyatakan bahwa tempat pusat (Melbourne) menyediakan barang dan jasa dengan biaya yang tinggi dimana kebutuhan biaya yang rendah akan dipasok oleh pasar lokal di pedalaman. Barang dengan biaya tinggi akan dijual di kota-kota besar karena ambang untuk barang-barang ini cukup tinggi untuk mempertahankan toko. Barang kebutuhan dengan biaya rendah seperti roti dan susu akan dijual di pasar kecil di kota-kota kecil di sekitar tempat sentral. Dalam teori dijelaskan bahwa distribusi populasi akan menurun ketika dibuat jalan keluar dari tempat pusat dan kemudian mulai meningkat kembali sebagai salah satu menjadi lebih dekat dengan pusat kota berikutnya. Pada titik tengah antara kedua kota pusat Anda akan menemukan tanah paling mahal. Karena Tanah disini sering digunakan untuk tujuan seperti pertanian dan penggembalaan.

Dikatakan pada (Nakamura, 2008) bahwa interaksi *trade-off* antara ekonomi aglomerasi dan biaya transportasi tidak dapat dikecualikan dari analisis *central place theory*. Pertama, akan terjadi model tumpang tindih antara dua pesaing pada area pasar. Hal tersebut sudah diuji dua kasus yaitu produk homogen dan produk berbeda bersama-sama dengan pembentukan daerah penawaran yang relevan. Analisis ini kemudian lebih lanjut menggali model eksklusif-daerah dalam kondisi duopoli dan oligopoli daerah pasar dan proses pembentukan daerah pasokan. Akhirnya, pertimbangan diberikan kepada metodologi konektivitas antara sistem pusat-tempat dan

ekonomi aglomerasi.

Dalam tulisan (Barbetta *et al*, 2007) telah mengidentifikasi perbedaan perilaku antar Rumah Sakit Umum dan Swasta yang terjadi di Italia. Hasil penelitian menunjukkan terjadi pemusatan skor efisien yang cukup berarti antara rumah sakit swasta dan rumah sakit umum yang di kelola pemerintah. Dimana disimpulkan terjadi penurunan inefisiensi pada rumah sakit umum dengan cara mengurangi tingkat rawat inap. Berkaitan dengan system perawatan terpadu, perawatan kesehatan terpadu merupakan tujuan kebijakan utama pemerintah Skotlandia yang baru didelegasikan (Woods, 2001), Kemitraan bekerja' adalah mekanisme yang telah dipilih untuk mencapai tujuan ini. Tiga contoh ilustrasi dari model integrasi perawatan kesehatan yang dikembangkan di Skotlandia yaitu; sistem organisasi dan struktur; Perawatan Kesehatan Lokal Co-operatives (LHCCs); dan Managed Klinis Networks. Penelitian ini lebih mengeksplorasi sifat 'kemitraan' dan perawatan yang terintegrasi.

Dalam tulisannya (Wang,2007) menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang kointegrasi antara pengeluaran perawatan kesehatan masyarakat dengan produk nasional bruto. Dengan menggunakan 50 data Negara bagian menunjukkan bahwa elastisitas pendapatan dari kesehatan menjadi lebih kecil di era tahun 1990-an. Disamping itu telah diteliti juga hubungan dengan antara efisiensi biaya dengan kinerja rumah sakit. Penelitian yang dilakukan di AS di era tahun 1999-2001 ini menghasilkan terdapat pola yang sistematis antara biaya dan hasil inefisiensi kesehatan rumah sakit (McKay,2008). Penelitian ini tidak mengkaitkan inefisiensi biaya dengan kematian dan memburuknya tingkat komplikasi yang terjadi. Sedangkan disisi lain penurunan biaya bisa memiliki konsekuensi yang merugikan pada hasil kesehatan.

METODE PENELITIAN

Berangkat dari fakta sementara, saat ini konsep desentralisasi dan Otonomi Daerah diartikulasikan untuk menata dan

mempercepat pembangunan di wilayahnya masing-masing, ternyata belum cukup efisien dalam meningkatkan pelayanan kepada masyarakat, karena tidak dapat dipungkiri bahwa maju mundurnya satu daerah juga bergantung pada daerah-daerah lain, khususnya daerah yang berdekatan. Tahapan penelitian diawali dengan mengungkap kondisi pemekaran wilayah, dimana pada era sebelum pemekaran Provinsi Kalimantan Barat terdiri dari 6 Kabupaten 1 Kota, yaitu: (1) Kotamadya Pontianak, (2) Kabupaten Pontianak, (3) Kabupaten Sambas, (4) Kabupaten Sanggau, (5) Kabupaten Sintang, (6) Kabupaten Kapuas Hulu, (7) Kabupaten Ketapang.

Implikasi dari otonomi daerah berpengaruh pada pemekaran daerah di Provinsi Kalimantan barat, dimana sejak tahun 1999 Kabupaten Kota di Provinsi Kalimantan Barat telah melakukan pemekaran sehingga menjadi 12 Kabupaten dengan 2 Kota, Yaitu; (1) Kabupaten Landak, pemekaran dari Kabupaten Pontianak (4 Oktober 1999), (2) Kabupaten Bengkayang, pemekaran dari Kabupaten Sambas (20 April 1999), (3) Kota Singkawang, pemekaran dari Kabupaten Bengkayang (21 Juni 2001), (4) Kabupaten Sekadau, pemekaran dari Kabupaten Sanggau (18 Desember 2003), (5) Kabupaten Melawi, pemekaran dari Kabupaten Sintang (18 Desember 2003), (6) Kabupaten Kayong Utara, pemekaran dari Kabupaten Ketapang (2 Januari 2007), (7) Kabupaten Kubu Raya, pemekaran dari Kabupaten Pontianak (17 Juli 2007).

Banyaknya permasalahan yang muncul seiring dengan pelaksanaan pemekaran daerah tersebut telah mendorong penulis untuk melakukan revitalisasi dari hasil pemekaran daerah yang telah ada dalam rangka merumuskan model Strategi Umum (*Grand Strategy*) khusus untuk tatakelola kerjasama aspek kesehatan melalui pendekatan Ilmu Ekonomi Regional.

Selain melakukan pembahasan tentang evaluasi pemekaran yang ada sekarang ini, maka penelitian hanya melihat kondisi eksisting yang ada dan menganggap bahwa kondisi wilayah pemekaran yang ada sekarang ini adalah kondisi yang *given*, dan

kemudian melakukan upaya pendekatan revitalisasi kondisi yang telah ada menjadi lebih baik.

Penelitian ini lebih memfokuskan pada pelayanan publik khususnya bidang kesehatan, dimana Rumah Sakit sebagai fokus penelitian pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

Penelitian melakukan pengujian terhadap perbedaan efisiensi pelayanan rumah sakit sebelum dan sesudah adanya pemekaran wilayah. Dari hasil pengujian dengan pendekatan DEA (Data Envelopment Analysis) akan diketahui daerah kabupaten mana yang kondisi rumah sakit nya efisien dan daerah mana rumah sakit yang tidak efisien. Suatu rumah sakit dikatakan efisien apabila mempunyai nilai 1. Kondisi rumah sakit dikatakan tidak efisien apabila kurang dari 1.

Setelah diketahui efisiensi masing-masing Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD), perlu dipahami indikator-indikator yang membuat rumah sakit tersebut menjadi efisien. Adapun indikator yang menjadi ukuran adalah dari aspek pelayanan yaitu Sumber Daya Manusia (SDM) yang terdiri dari; Dokter Umum, Dokter Spesialis, Apoteker dan Perawat. Berdasarkan Kep.Men.PAN Nomor: KEP/75/M.PAN/ 7/2004, *Tentang Pedoman Perhitungan Kebutuhan Pegawai Berdasarkan Beban Kerja Dalam Rangka Penyusunan Formasi Pegawai Negeri Sipil*, Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara Republik Indonesia menetapkan standart regional untuk masing-masing indikator tersebut.

Indikator tersebut dibuat atas pertimbangan aspek kualitas pelayanan. Suatu daerah dikatakan baik apabila nilainya jumlah beban kerja sama dengan nilai kecukupan minimum menurut standart regional, baik itu untuk dokter umum, dokter spesialis, apoteker maupun perawat.

Dengan kerangka metodologi evaluasi seperti di atas, maka satu simpul penting dalam studi ini adalah penentuan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) yang akan masuk menjadi tempat penelitian. Alasan menilai pelayanan publik kesehatan berada di RSUD adalah karena rumah sakit meru-

pakan *sektor penggerak* dalam pelayanan langsung kepada masyarakat.

Penilaian Rumah Sakit Umum Daerah yang tidak termasuk dalam analisa adalah Kota Pontianak dan Kabupaten Kapuas Hulu. Kota Pontianak dan Kabupaten Kapuas Hulu tidak dimasukkan dalam penelitian ini karena tidak termasuk daerah yang dimekarkan di Kalimantan Barat, Yang dikategorikan sebagai daerah penelitian adalah daerah yang sudah dimekarkan lebih dari 5 tahun. Hal ini disesuaikan dengan peraturan pemerintah bahwa kemandirian suatu daerah otonomi baru dapat dievaluasi kemandiriannya setelah dilakukan treatment selama 5 tahun. Untuk itu daerah Otonomi baru yang dimekarkan diatas tahun 2005 tidak termasuk dalam katagori ini yaitu Kabupaten Kuburaya (2007) dan Kabupaten Kayong Utara (2007).

Dengan tahap-tahapan pemilihan tempat seperti di atas, Secara keseluruhan daerah yang masuk dalam studi meliputi 4 Wilayah Induk, dengan 5 Daerah Otonomi Baru, yaitu: 1) Kabupaten Pontianak, 2) Kabupaten Landak, 3) Kabupaten Sambas, 4) Kota Singkawang, 5) Kabupaten Bengkayang, 6) Kabupaten Sanggau, 7) Kabupaten Sekadau, 8) Kabupaten Sintang, dan 9) Kabupaten Melawi.

Data yang akan dikumpulkan dalam penelitian ini berupa data Sekunder, yang mana untuk kesesuaian penelitian serta melihat kondisi objektif dilapangan maka dilakukan metode pengumpulan data sekunder sebagai berikut: 1) Inventarisasi, Klasifikasi (*Classifying*) dan Evaluasi Terhadap Sumber Daya Kesehatan, yang meliputi: Sumber Daya Manusia dan Sumber Daya Buatan, 2) Melakukan Inventarisasi Aspek Ekonomi yang meliputi; Efisiensi Pelayanan dan Efisiensi Alokasi, 3) Melakukan pengumpulan (*capturing*) data Aspek Kelembagaan yang meliputi; Regulasi dan Organisasi, 4) Melakukan perhitungan (*calculating*) data aspek lokasi/spasial yang meliputi beberapa faktor antara lain; jarak, waktu tempuh, dan biaya perjalanan.

Untuk mendapatkan informasi yang bersifat diskriptip terhadap kondisi obyektif diatas, studi ini melakukan pendalaman

terhadap situasi dan kondisi pemekaran daerah dengan melakukan wawancara (data primer) terhadap masyarakat pengguna jasa pelayanan rumah sakit serta ditambah beberapa studi literatur berupa jurnal-jurnal yang mendukung.

Dengan menggunakan DEA proses produksi disajikan dalam sebuah struktur yang menggunakan beberapa input dan output. Beberapa manfaat pada analisa DEA adalah (1) Tidak memerlukan secara eksplisit bentuk matematika dalam menentukan fungsi produksi, (2) Terbukti bermanfaat dalam mengungkap hubungan yang tersembunyi dibandingkan dengan metodologi lain, (3) Mampu menangani input dan output, (4) Mampu digunakan dengan pengukuran input-output, dan (5) Sumber inefisiensi dapat dianalisis dan diukur untuk setiap unit yang dievaluasi.

DEA diperkenalkan oleh Charnes, Cooper dan Rhodes (1978). Metode *Data Envelopment Analysis* (DEA) dibuat sebagai alat bantu untuk evaluasi kinerja suatu aktifitas dalam sebuah unit entitas (organisasi). Pada dasarnya prinsip kerja model DEA adalah membandingkan data input dan output dari suatu organisasi data (*decision making unit*, DMU) dengan data input dan output lainnya pada DMU yang sejenis. Perbandingan ini dilakukan untuk mendapatkan suatu nilai efisiensi.

Pada model ini diperkenalkan suatu ukuran efisiensi untuk masing-masing *decision making unit* (DMU) yang merupakan rasio maksimum antara output yang terbobot dengan input yang terbobot. Masing-masing nilai bobot yang digunakan dalam rasio tersebut ditentukan dengan batasan bahwa rasio yang sama untuk tiap DMU harus memiliki nilai yang kurang dari atau sama dengan satu. Dengan demikian akan mereduksi *multiple inputs* dan *multiple outputs* ke dalam satu "virtual" input dan "virtual" output tanpa membutuhkan penentuan awal nilai bobot. Oleh karena itu ukuran efisiensi merupakan suatu fungsi nilai bobot dari kombinasi *virtual input* dan *virtual output*.

Dengan menggunakan data yang dikumpulkan melalui data sekunder dalam

penelitian ini akan diuji tingkat efisiensi rumah sakit melalui indikator factor input dan output. Kelompok variable input terdiri dari: (1) Dokter. Umum, (2) Dokter Spesialis, (3) Apoteker, (4) Perawat, (5) Karyawan, (6) Jumlah Poliklinik, dan (7) Dana Investasi untuk rumah sakit. Sedangkan yang termasuk variable output adalah; (1) Jumlah pasien rawat inap dan (2) Jumlah pasien rawat jalan. Dari kedua variable input dan output ini akan diketahui nilai efisiensi untuk masing-masing rumah sakit pada daerah pemekaran.

Untuk membangun suatu model kerjasama dilakukan melalui pendekatan Model Diskriminat Analisis. Analisis diskriminan adalah salah satu teknik statistik yang bisa digunakan pada hubungan dependensi (hubungan antarvariabel dimana sudah bisa dibedakan mana variabel respon dan mana variabel penjelas). Lebih spesifik lagi, analisis diskriminan digunakan pada kasus dimana variabel respon berupa data kualitatif dan variabel penjelas berupa data kuantitatif. Analisis diskriminan bertujuan untuk mengklasifikasikan suatu individu atau observasi ke dalam kelompok yang saling bebas (*mutually exclusive/disjoint*) dan menyeluruh (*exhaustive*) berdasarkan sejumlah variabel penjelas.

Ada dua asumsi utama yang harus dipenuhi pada analisis diskriminan ini, yaitu: 1) Sejumlah p variabel penjelas harus berdistribusi normal. 2) Matriks varians-covarians variabel penjelas berukuran p x p pada kedua kelompok harus sama, 3) Jika dianalogikan dengan regresi linier, maka analisis diskriminan merupakan kebalikannya. Pada regresi linier, variabel respon yang harus mengikuti distribusi normal dan homoskedastis, sedangkan variabel penjelas diasumsikan *fixed*, artinya variabel penjelas tidak disyaratkan mengikuti sebaran tertentu. Untuk analisis diskriminan, variabel penjelasnya seperti sudah disebutkan di atas harus mengikuti distribusi normal dan homoskedastis, sedangkan variabel responnya *fixed*.

Data dasar yang digunakan otomatis adalah data yang kontinu (karena adanya asumsi kenormalan untuk variabel penje-

las (X_j) dan data kategorik/ kualitatif/ non-metrik untuk variabel respon (Y). Secara ringkas, langkah-langkah dalam analisis diskriminan adalah sebagai berikut: 1) Pengecekan adanya kemungkinan hubungan linier antara variabel penjelas. Untuk point ini, dilakukan dengan bantuan matriks korelasi (pembentukan matriks korelasi sudah difasilitasi pada analisis diskriminan). Pada output SPSS, matriks korelasi bisa dilihat pada Pooled Within-Groups Matrices, 2) Uji Vektor Rata-rata Kedua Kelompok Diharapkan dari uji ini adalah hipotesis nol ditolak, sehingga kita mempunyai informasi awal bahwa variabel yang sedang diteliti memang membedakan kedua kelompok. Pada SPSS, uji ini dilakukan secara univariate (jadi yang diuji bukan berupa vektor), dengan bantuan tabel *Tests of Equality of Group Means*. 3) Dilanjutkan pemeriksaan asumsi homoskedastisitas, dengan uji Box's M. Diharapkan dari uji ini hipotesis nol tidak ditolak, 4) Pembentukan model diskriminan (Duda, et al., 2001)

HASIL DAN PEMBAHASAN

Seperti telah diuraikan diatas, implikasi dari otonomi daerah adalah meningkatnya pemekaran daerah. Dari 4 (empat) daerah sampel yang merupakan daerah induk pemekaran di Kalimantan Barat, selanjutnya dimekarkan menjadi 9 (sembilan) daerah otonomi baru. Hal ini berdampak pada pembagian sumberdaya ekonomi yang berakibat pada melemahnya basis kapasitas local.

Tingkat efisiensi pengelolaan Rumah Sakit Umum Daerah kabupaten/kota sebelum pemekaran menunjukkan rata-rata tingkat efisiensi sebesar 1, yang terdiri dari rumah sakit di Kabupaten Pontianak, Kabupaten Sambas, Kabupaten Sanggau dan Kabupaten Sintang. Dengan tingkat efisiensi sama dengan 1. Sedangkan setelah pemekaran nilai rata-rata Efisiensi menjadi 0,6.

Ada perubahan tingkat efisiensi pelayanan kesehatan setelah adanya pemekaran daerah. Hal ini disebabkan menurunnya skala ekonomi pelayanan kesehatan. Daerah baru (pemekaran) mengalami kekurangan

sumber daya sedangkan daerah induk juga mengalami penurunan sumber daya.

Tenaga kesehatan profesi adalah tenaga kesehatan yang telah melalui pendidikan vokasi atau pendidikan akademis dan profesi di bidang kesehatan. Sedangkan tenaga kesehatan non profesi adalah tenaga kesehatan yang telah melalui pendidikan vokasi, pendidikan akademis tanpa melalui pendidikan profesi dalam bidang kesehatan

Tenaga pendukung/penunjang kesehatan adalah setiap tenaga yang telah memiliki ijazah pendidikan vokasi atau pendidikan akademis dan profesi pendidikan di luar kesehatan dan mengabdikan dirinya di bidang kesehatan sesuai keahliannya serta tenaga lainnya yang telah mengikuti pelatihan di bidang kesehatan sesuai dengan kompetensi yang dibutuhkan dalam mendukung penyelenggaraan pembangunan/pelayanan kesehatan.

Pembangunan kesehatan harus didukung dengan pemenuhan seluruh kebutuhan SDM Kesehatan yang berkualitas, memiliki kemampuan perencanaan yang mantap dengan didukung oleh sistem informasi SDM Kesehatan yang efektif dan efisien.

Program distribusi dan manajemen karier SDM Kesehatan juga harus dapat dilaksanakan dalam rangka mendukung pemerataan dan peningkatan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu dibutuhkan upaya-upaya perencanaan, pendayagunaan dan pengadaan, pembinaan dan pengawasan, SDM Kesehatan yang efektif dan efisien.

Adapun jumlah tenaga medis dan para medis di daerah kabupaten/kota untuk keadaan sebelum pemekaran adalah sebagai berikut ; (1) Untuk dokter umum rata-rata 6 orang untuk setiap rumah sakit kabupaten, (2) Untuk dokter spesialis rata-rata 7 orang untuk setiap rumah sakit kabupaten. Jumlah terbanyak pada daerah Kab. Sambas dan Kab. Sanggau, sedangkan jumlah paling sedikit di daerah Kabupaten Pontianak. (3) jumlah Apoteker rata-rata 2 orang untuk setiap rumah sakit kabupaten. (4) Jumlah Perawat rata-rata 64 orang untuk setiap rumah sakit kabupaten. Jumlah terbanyak pada da-

erah Kab. Sambas dan jumlah terkecil pada daerah Kab. Pontianak. (5) Jumlah karyawan rata-rata 44 orang untuk setiap rumah sakit kabupaten dengan jumlah terbanyak pada daerah Kab. Sambas dan terkecil pada daerah Kab. Pontianak.

Guna mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan juga dibutuhkan pembiayaan kesehatan yang dapat menjamin kecukupan, pembelanjaan, ekuitas, portabilitas, berkelanjutan, efektif dan efisien, akuntabel, subsidiaritas dan fleksibilitas.

Pembiayaan kesehatan merupakan suatu proses yang terus-menerus dan terkendali, agar tersedia dana kesehatan yang memadai dan berkesinambungan, yang bersumber dari masyarakat, pemerintah, dunia usaha, dan sumber lainnya. Perencanaan dan pengaturan pembiayaan kesehatan merupakan hal yang penting agar dapat dimobilisasi sumber-sumber dana kesehatan, mengalokasikannya secara rasional serta menggunakannya secara efisien dan efektif serta diarahkan pada hal-hal pokok yakni kesinambungan pembiayaan program kesehatan prioritas, menghilangkan hambatan biaya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dikarenakan pembiayaan tunai perorangan, pemerataan dalam akses pelayanan, peningkatan efisiensi dan efektifitas alokasi sumber daya serta kualitas pelayanan. Pembiayaan kesehatan yang mengutamakan pemerataan serta berpihak kepada masyarakat miskin akan mendorong tercapainya akses yang universal.

Arah kedepan, pengalokasian pembiayaan kesehatan yang bersumber pemerintah diharapkan tidak lagi membiayai pelayanan kesehatan kuratif dan rehabilitatif, sehingga sepenuhnya dapat membiayai upaya kesehatan promotif dan upaya kesehatan preventif. Pemerintah hanya membiayai upaya kesehatan kuratif dan rehabilitatif bagi masyarakat rentan dan miskin, yang dikelola melalui sistem jaminan kesehatan. Pengelolaan pembiayaan kesehatan melalui sistem jaminan kesehatan nasional diharapkan telah mantap. Semua penduduk juga diharapkan dapat dicakup dalam jaminan kesehatan nasional.

Seperti telah dijelaskan diatas bahwa untuk melakukan perubahan efisiensi sangat tergantung dari faktor input dan output. Faktor input yang digunakan dalam analisis disini adalah: 1) dokter umum, 2) dokter spesialis, 3) Apoteker, 4) Perawat, 5) Karyawan, 6) Jumlah Poliklinik, 7) Dana Investasi, dan 8) Pasien rawat inap dan Jalan.

Dari hasil perhitungan analisis DEA terhadap indikator yang berpengaruh terhadap perubahan efisiensi, menunjukkan kondisi in-efisiensi pada daerah yang baru dibentuk. Untuk itu perlu adanya perbaikan (*improvement*) terhadap indikator agar daerah-daerah yang masih belum efisien diharapkan menjadi efisien.

Untuk mencapai tingkat efisiensi yang diinginkan secara keseluruhan maka perlu melakukan pengurangan jumlah dokter umum sebesar 14,07%. Dimana untuk selanjutnya diikuti oleh pengurangan jumlah dokter spesialis, sebesar 13,48%, pengurangan jumlah apoteker sebesar 13,87%, pengurangan jumlah perawat sebesar 13,29%, pengurangan jumlah karyawan sebesar 13,09%, pengurangan Jumlah poliklinik sebesar 13,85%, pengurangan jumlah dana investasi 13,62%, rawat inap 0% dan peningkatan jumlah pasien rawat jalan sebesar 4,73%.

Selain daripada itu analisis ini menentukan berapa persen jumlah perubahan efisiensi yang terjadi untuk setiap indikator baik dari setiap struktur input maupun struktur output pada masing-masing rumah sakit pada setiap kabupaten. Dalam analisis berikutnya akan ditunjukkan nilai aktual dan target yang harus dicapai dari setiap input maupun setiap output pada setiap rumah sakit kabupaten.

Jika besarnya nilai aktual sudah sama dengan nilai targetnya maka efisiensi untuk setiap input atau output sudah terjadi. Sebaliknya jika nilai antara aktual dengan target tidak sama maka efisiensi belum tercapai.

Hasil perhitungan DEA dengan software *Banxia Frontier Analysis* Skor efisiensi menghasilkan: 1) Rumah sakit Kabupaten Pontianak adalah 100%. Karena sama dengan 100%, berarti Rumah sakit Kabupaten Pontianak telah efisien. Untuk itu tidak perlu dilakukan *improvement* terhadap in-

dikator input dan output. 2) Skor efisiensi Rumah sakit Kabupaten Sanggau adalah 100%. Karena sama dengan 100%, berarti Rumah sakit Kabupaten Sanggau telah efisien. Untuk itu tidak perlu dilakukan *improvement* terhadap indikator input dan output. 3) Rumah sakit Kota Singkawang adalah 100%. Karena sama dengan 100%, berarti Rumah sakit Kota Singkawang telah efisien. Untuk itu tidak perlu dilakukan *improvement* terhadap indikator input dan output. 4) Skor efisiensi Rumah sakit Kabupaten Sambas adalah 100%. Karena sama dengan 100%, berarti Rumah sakit Kabupaten Sambas telah efisien. Untuk itu tidak perlu dilakukan *improvement* terhadap indikator input dan output. 5) Skor efisiensi Rumah sakit Kabupaten Sintang adalah 100%. Karena sama dengan 100%, berarti Rumah sakit Kabupaten Sintang telah efisien. Untuk itu tidak perlu dilakukan *improvement* terhadap indikator input dan output. 6) Skor efisiensi Rumah sakit Kabupaten Sekadau adalah 13%. Karena dibawah 100%, berarti Rumah sakit Kabupaten Sekadau belum efisien. Untuk meningkatkan efisiensi perlu dilakukan *improvement* terhadap indikator input dan output. 7) Skor efisiensi Rumah sakit Kabupaten Bengkayang adalah 11%. Karena dibawah 100%, berarti Rumah sakit Kabupaten Bengkayang belum efisien. Untuk meningkatkan efisiensi perlu dilakukan *improvement* terhadap indikator input dan output. 8) Hasil perhitungan DEA dengan software *Banxia Frontier Analysis* Skor efisiensi Rumah sakit Kabupaten Melawi adalah 10%. Karena dibawah 100%, berarti Rumah sakit Kabupaten Melawi belum efisien. Untuk meningkatkan efisiensi perlu dilakukan *improvement* terhadap indikator input dan output. 9) Skor efisiensi Rumah sakit Kabupaten Landak adalah 4%. Karena dibawah 100%, berarti Rumah sakit Kabupaten Landak belum efisien. Untuk meningkatkan efisiensi perlu dilakukan *improvement* terhadap indikator input dan output

Oleh karena itu harus ada upaya untuk membangun suatu sistem kerjasama antar rumah sakit. Kerjasama dapat dibangun melalui Rumah sakit yang efisien dengan rumah sakit yang tidak efisien. Adapun

indikator yang dapat dikerjasamakan dapat diketahui melalui perhitungan dengan pendekatan Linier Deskriminan Analisis (LDA).

Dari hasil data olahan LDA menunjukkan bahwa yang berpengaruh significant dengan tingkat kesalah dibawah 10% terhadap efisiensi rumah sakit adalah; 1) Jumlah Dokter spesialis yaitu sebesar 8%, 2) Jumlah Perawat yaitu sebesar 3% dan 3) Jumlah Poliklinik yang ada yaitu 8,9%. Sedangkan tingkat signifikansi diatas 10% adalah; 1) Jumlah Dokter umum sebesar 41,9%, 2) Apoteker sebesar 80%, 3) Karyawan 10,2% dan 4) Dana Investasi 94,8%.

Untuk melihat arah perubahan indikator yang significant apakah kearah efisien/in-efisien diperlukan *functions at group centroids*. Hal ini menunjukkan apabila indikator yang mempunyai nilai *discriminant* bertanda "negatif" maka indikator tersebut akan mengarah ke arah efisien, demikian sebaliknya apabila indikator tersebut mempunyai nilai *discriminant* "positif" maka indikator tersebut menuju kearah in-efisiensi.

Berdasarkan data dapat dijelaskan bahwa indikator yang significant dan mempunyai berpengaruh untuk meningkatkan efisiensi adalah jumlah perawat. Sedangkan indikator yang significant dan berpengaruh kepada inefisiensi adalah indikator dokter spesialis dan jumlah poliklinik.

Berdasarkan kondisi diatas dapatlah dirancang suatu model revitalisasi rumah sakit kabupaten setelah pemekaran sebagai berikut: 1) Untuk meningkatkan efisiensi rumah sakit perlu penambahan jumlah perawat secara mandiri oleh masing-masing rumah sakit., 2) Diperlukan kerjasama antar rumah sakit kabupaten agar pengelolaan dokter spesialis dan poliklinik bisa menjadi efisien.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis data yang telah dilakukan, ditemukan ada perubahan tingkat efisiensi pelayanan kesehatan setelah adanya pemekaran daerah. Hal ini disebabkan menurunnya skala ekonomi pelayanan kesehatan. Daerah baru (pemekaran) mengalami kekurangan sumber daya

sedangkan daerah induk juga mengalami penurunan sumber daya.

Dari 7 (tujuh) indikator input, yaitu: Dokter Umum, Dokter Spesialis, Apoteker, Perawat, Karyawan, Jumlah Poliklinik, dan Dana Investasi untuk Rumah sakit, yang paling mempengaruhi perubahan efisiensi adalah Dokter spesialis, Perawat dan Jumlah poliklinik.

Dalam melaksanakan kebijakan di-sektor input diatas dirancang suatu model revitalisasi rumah sakit kabupaten setelah pemekaran dengan penambahan jumlah perawat dan pengelolaan dokter spesialis dan poliklinik bisa menjadi efisien.

Hal yang perlu disarankan dalam penelitian ini ; 1) Perlu tindakan kehati-hatian dalam melakukan kebijakan pemekaran daerah baru. Kebijakan dan tindakan pemekaran wilayah dapat merugikan pelayanan publik yang dianalisis melalui pendekatan efisiensi (*input dan output*). Pemekaran wilayah hanya mampu membagi wilayah tetapi tidak diikuti dengan efisiensi kerja pada daerah baru. Pemekaran wilayah menyebabkan ketidakmerataan pada sumber daya manusia pada sektor pelayanan publik sehingga terjadi in-efisiensi pada daerah baru. Ketidakmampuan meningkatkan kemanfaatan sumber daya terlihat pada daerah baru. Dimana terdapat sumber daya yang berlebih disatu sisi dan terjadi kelebihan beban kerja pada daerah induk. 2) Diperlukan penambahan jumlah perawat secara mandiri oleh masing-masing rumah sakit, serta kerjasama antar rumah sakit kabupaten agar pengelolaan dokter spesialis dan poliklinik bisa menjadi efisien, 3) Kerjasama menjadi salah satu titik penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan Rumah sakit, oleh karena hal tersebut berkaitan dengan penyediaan sarana poliklinik. Sekaligus pengaturan spesialisasi tenaga dokter baik untuk daerah yang mempunyai layanan yang efisien maupun yang belum efisien. Untuk itu, demi kelancaran jalannya pelayanan kesehatan akan lebih efektif diserahkan ke tingkat provinsi. Namun untuk menjamin keadilan, daerah kabupaten/kota seyogianya mendapatkan bagi hasil dari penerimaan yang dihasilkan dari penyelenggaraan urusan tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Abinett, Gordon D., & Richardson, Tim. (1999). The European Spatial Approach (The Role of Power and Knowledge in Strategic Planning and Policy Evaluation), *SAGE Publications (London, Thousand Oaks and New Delhi)* [1356-3890 (199904)5:2; 220-236; 008650], 5(2), 220-236.
- Barbetta, Paolo G., Turatib Gilberto., & Zagoc Angelo. (2007). Behavioral Differences Between Public And Private Not-For-Profit Hospitals In The Italian National Health Service, *Health Economics Health Econ*, 16, 75-96.
- Building and Reinventing Decentralized Governance Project (2007). *Studi Evaluasi Pemekaran Daerah*. Badan Perencanaan Pemangunan Nasional bekerjasama dengan United Nation Development Program.
- Busrizalti. (2006). *Pemekaran Daerah Dalam Perspektif Otonomi Daerah*. Supremasi Hukum, U(1), 9-14.
- Buud, Leslie., and Hirmis Amer K. (2004). Conceptual Framework for Regional Competitiveness. *Regional Studies*, 38(9), 1015-1028.
- Charnes, W.A., W Cooper., and E Rhodes. (1978). *European Journal of Operational Research*. vol 2, issue 6, pages 429-444
- Duda, R. O. et al. (2001). *Pattern Classification*. John Wiley & Sons, Inc.
- Dunford, Michael. (2005). *Theorising regional economic performance and the changing territorial division of labour*, School of European Studies, University of Sussex, Falmer, Brighton BN1 9QN, Page 5.
- Elhiraika, Adam & Leonce Ndikumana. (2007). Reserves Accumulation in African Countries: Sources, Motivations, and Effects. *Economics Department Working Paper Series*. Paper 24
- Harmantyo, Djoko. (2007). Pemekaran Daerah Dan Konflik Keruangan (Kebijakan Otonomi Daerah dan Implementasinya di Indonesia). *Makara Sains*, 11(1), 22-42.
- Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara Republik Indonesia. (2004). *Kep.Men.PAN Nomor: KEP/75/M.PAN/7/2004 Tentang Pedoman Perhitungan Kebutuhan Pegawai Berdasarkan Beban Kerja Dalam Rangka Penyusunan Formasi Pegawai Negeri Sipil*. Jakarta
- Kim, Aehyung. (2008). Decentralization and the Provision of Public Services: Framework and Implementation. *Policy Research Working Paper*, 4503, *The World Bank Development Economics*, Capacity Building, Partnership, and Outreach Team, 19.
- Krugman, P. (2009). The Increasing Returns Revolution in Trade and Geography. *American Economic Review*, 99(3), 561-571.
- Kuncoro, Mudrajad. (2002). *Analisis Spasial dan Regional: Studi Aglomerasi dan Kluster Industri Indonesia*. Yogyakarta: UPP AMP YKPN.
- Madsen, Tatiana K. et al. (2009). Exploiting Cooperation for Performance Enhancement and

- High Data Rates. *Journal Of Communications*, 4(3), 194.
- Martin P., & Ottaviano. (2001). Growth and Agglomeration. *International Economic Review*, 42(4), 947-968.
- Mckay, N.L., & Deily M. E. (2008). Cost Inefficiency And Hospital Health Outcomes. *Health Economics*, 17, 833-848.
- Merkel, Joel C. (2006). Community Participation In Utility-Scale Renewable Projects: Lessons Learned From The Last Mile Electric Cooperative Experience.
- Nakamura, D. (2008). Spatial-Competition, Integrated Framework Of Central-Place System With Agglomeration Economies. *Région et Développement*, 27: 193-214.
- Olawepo, R.A., & Fadairo, M.O. (2010). The Trend Of Demised Industries In A Nigerian Environment: Implications For Sustainable Development. *Journal of Sustainable Development in Africa*, 12(2).
- Ovretveit J. (2008). Effective leadership of Improvement: The Research. *Int J of Clin Leadersh*, 16, 97-105.
- Parr, J.B. (1978). Models of the Central Place System: A More General Approach. *Urban Studies*, 15(1), 35-49.
- Rosen, E.D. (1993). *Improving Public Sector Productivity: Concept and Practice*. London: Sage Publications International Educational and Professional Publisher.
- Shell, A., & Ha We P. (1996). Health Promotion Community Development And The Tyranny Of Individualism. *Health Economics*, 5, 241-247.
- Vlk, Bruce. (2011). Post-New Public Management under the Obama Administration: An Early Snapshot. *Michigan Journal Of Public Affairs*, 8.
- Wang, Z., & Rettenmaier A. J. (2007). A Note On Coin-tegration Of Health Expenditures And Income. *Health Economics*, 16, 559-578.
- Williams, T. (2005). Cooperation By Design: Structure And Cooperation In Interorganizational Networks. *Journal of Business Research*, 58, 223-231.
- Wolman, Hal., & Levy, Alice. (2010). *Government, Governance, and Regional Economic Growth*. Paper grant by the Surdna Foundation, 6.
- Woods, K. J. (2001). The Development of Integrated Health Care Models in Scotland. *International Journal of Integrated Care*, 1.