

**VALUE FOR MONEY DALAM KERJASAMA PEMERINTAH DAN BADAN USAHA
UNSOLICITED PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DI INDONESIA:
STUDI KASUS RSUD X**

**Fandi Galang Wicaksana¹⁾, Rochmat Aldy Purnomo²⁾, Rischa Inung Fauziah³⁾,
Desiana Rachmawati⁴⁾, Fabio Bolanda Sandy⁵⁾**

¹Fakultas Ekonomi, Universitas Tidar^{1,2,3,4,5}

Email: fandi@untidar.ac.id

Abstract

Health infrastructure reforms in Indonesia and the rising burden of non-communicable diseases have intensified pressure on regional public hospitals to expand service capacity while maintaining fiscal sustainability. In response, unsolicited Public–Private Partnerships (PPPs) have emerged as an alternative procurement and governance mechanism for hospital infrastructure development. Despite their growing adoption, empirical evidence on whether unsolicited PPPs deliver Value for Money (VfM) remains limited, particularly in developing countries and the healthcare sector. This study examines the implementation of an unsolicited PPP at Regional General Hospital X in East Java, Indonesia, using an embedded mixed-methods case study design. Data were obtained from feasibility studies, government reports, institutional evaluations, performance documents, and semi-structured interviews. The analysis integrates the three dimensions of VfM in economy, efficiency, and effectiveness (3E) with Public Sector Comparator (PSC) analysis to assess the relative performance of PPPs compared with conventional public procurement. The findings indicate that unsolicited PPPs provide stronger projected service capacity, lifecycle efficiency, and public value than conventional schemes, with projected fiscal savings exceeding IDR 46 trillion under conservative recovery assumptions. Cardiology services demonstrated the highest efficiency and effectiveness performance, while oncology and stroke services remained constrained by higher treatment complexity and costs. However, the economic dimension could not be fully quantified due to limited expenditure realization data. The study further demonstrates that VfM in healthcare PPPs is shaped not only by financial efficiency, but also by governance quality, contract design, accountability mechanisms, and the alignment between private incentives and public objectives. This study contributes to the public sector accounting and governance literature by positioning VfM as a governance-based accountability framework for evaluating long-term public value creation in healthcare infrastructure partnerships.

Keyword: Value for Money, Public–Private Partnerships, Unsolicited PPP, Public Sector Compasator, Hospital Infrastructure

1. PENDAHULUAN

Kerjasama Pemerintah dan Badan Usaha (KPBU) semakin diposisikan sebagai alternatif strategis dalam penyediaan infrastruktur atau layanan publik, tidak hanya untuk menutup keterbatasan fiskal, tetapi juga untuk meningkatkan kualitas tata kelola melalui pencapaian Value for Money (VfM) (Akintoye et al., 2003; Hodge & Greve, 2016; Saussier & de Brux, 2018). VfM tidak sekadar merepresentasikan efisiensi biaya, melainkan kemampuan sistem untuk mengonversi sumber daya publik menjadi output dan outcome yang optimal melalui keseimbangan dimensi ekonomi, efisiensi, dan efektivitas (Hodge & Greve, 2016; Hoppe &

Schmitz, 2013; Raisbeck et al., 2010). Namun, literatur internasional menunjukkan bahwa KPBU tidak secara inheren menghasilkan nilai publik yang lebih baik dibandingkan dengan model konvensional. Sejumlah studi justru mengidentifikasi risiko pembengkakan biaya, kompleksitas kontrak, dan beban fiskal jangka panjang yang tidak transparan, sehingga menegaskan bahwa pencapaian VfM sangat bergantung pada kualitas desain kontrak dan kapasitas tata kelola (Blanc-Brude et al., 2009; HM Treasury, 2019; Siemiatycki & Farooqi, 2012; UK NAO, 2018). Kontradiksi antara janji efisiensi KPBU dan berbagai risiko implementasinya menunjukkan adanya kesenjangan, khususnya dalam menilai KPBU tertentu benar-benar menghasilkan VfM sebagai bentuk nilai publik.

Ketegangan antara janji efisiensi dan risiko tata kelola tersebut menjadi semakin relevan dalam konteks Indonesia, khususnya pada sektor kesehatan ketika kebutuhan pembangunan infrastruktur sering kali melampaui kapasitas fiskal pemerintah (Basabih, 2023; Rodrigues & Carvalho, 2023). Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah meningkatkan akses layanan secara signifikan, tetapi sekaligus menciptakan tekanan fiskal yang besar akibat dominasi penyakit tidak menular (PTM). Data Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) bahwa pembiayaan penyakit katastropik seperti jantung, kanker, stroke, dan urologi terus menyerap porsi terbesar anggaran kesehatan nasional, dengan nilai mencapai Rp 24,96 triliun setiap tahun (BPJS Kesehatan, 2023; Kementerian Kesehatan RI, 2023). PTM menyumbang 72,3 persen dari total beban penyakit nasional (Kementerian Kesehatan RI, 2023). Dalam kondisi ini, rumah sakit umum daerah (RSUD) menghadapi tekanan ganda, yaitu meningkatkan kualitas layanan sekaligus menjaga efisiensi biaya di tengah keterbatasan sumber daya. Situasi ini menjadikan evaluasi kinerja berbasis VfM bukan lagi sekadar pilihan metodologis, melainkan kebutuhan kebijakan. Meningkatnya tekanan fiskal dalam sistem kesehatan Indonesia telah memperkuat upaya pencarian mekanisme pembiayaan infrastruktur alternatif; namun, apakah skema KPBU *unsolicited* benar-benar menghasilkan nilai publik yang nyata masih belum banyak diteliti secara empiris.

Pemerintah Indonesia merespon kondisi tersebut dengan penggunaan KPBU dalam pembangunan infrastruktur kesehatan, sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri PPN/Bappenas No. 7 Tahun 2023, sekaligus diperkuat melalui Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia No. 68 Tahun 2024. Regulasi ini secara eksplisit menekankan pentingnya kajian ekonomi berbasis manfaat sosial, penggunaan *Public Sector Comparator* (PSC), serta analisis risiko sebagai dasar penilaian kelayakan proyek. Namun demikian, implementasi di lapangan menunjukkan dinamika yang lebih kompleks, terutama pada skema KPBU *unsolicited*, di mana proyek diinisiasi oleh badan usaha. Skema ini menawarkan potensi percepatan investasi dan inovasi, tetapi sekaligus memunculkan risiko asimetri informasi, distorsi kompetisi, dan tantangan akuntabilitas dalam proses seleksi dan desain kontrak (T. Hodges & Dellacha, 2007; The World Bank, 2017; Vries & Yehoue, 2013). Dengan demikian, persoalan utama tidak lagi terbatas pada “apakah proyek layak”, tetapi bergeser pada “apakah desain dan implementasi KPBU mampu menghasilkan VfM secara berkelanjutan”.

Meskipun literatur KPBU berkembang luas pada sektor transportasi, utilitas, dan infrastruktur sosial, namun masih terdapat kesenjangan penting yang belum terjawab. Sebagian besar studi terdahulu berfokus pada kelayakan finansial, transfer risiko, dan efisiensi kontrak, sementara perhatian terhadap VfM sebagai kerangka evaluasi berbasis tata kelola dan nilai publik belum dieksplorasi secara mendalam (Yuan et al., 2009; Zhao et al., 2023). Selain itu, bukti empiris mengenai kinerja KPBU dalam infrastruktur kesehatan, terutama di negara berkembang, masih terbatas dan menunjukkan hasil yang tidak konsisten (Danışman &

Özseven, 2025). Lebih lanjut, studi mengenai KPBU “*unsolicited*” pada rumah sakit publik masih terbatas, padahal skema ini memiliki karakteristik risiko dan tata kelola yang berbeda dibandingkan KPBU konvensional. Di samping itu, kasus di Indonesia meskipun telah ada panduan yang diterbitkan oleh Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas), Kementerian Keuangan, dan PT Penjaminan Infrastruktur Indonesia (PT PII). Kesenjangan ini menunjukkan bahwa hubungan antara desain KPBU, mekanisme tata kelola, dan pencapaian VfM dalam layanan kesehatan publik masih belum dipahami secara komprehensif. Berbeda dengan studi-studi sebelumnya yang terutama mengevaluasi KPBU *unsolicited* melalui kelayakan finansial atau alokasi risiko, penelitian ini mengkonseptualisasikan VfM sebagai kerangka akuntabilitas berbasis tata kelola yang mengintegrasikan nilai publik, desain kontrak, dan penilaian perbandingan dengan PSC dan KPBU *unsolicited* sektor kesehatan, sebagaimana diatur dalam Pasal 3 ayat (2) huruf q.

Penelitian ini mengkaji implementasi KPBU yang diinisiasi secara *unsolicited* pada RSUD X di Provinsi Jawa Timur, Indonesia. RSUD X dipilih karena posisi strategis sebagai pusat layanan rujukan regional dengan beban PTM yang tinggi sertamenjadi lokasi implementasi KPBU dalam pengembangan layanan spesialis. Penelitian ini menggunakan kerangka VfM berbasis 3E untuk menilai sejauh mana kemitraan tersebut mampu menghasilkan manfaat sosial dan fiskal secara simultan. Secara spesifik, penelitian ini menjawab pertanyaan: apakah dan bagaimana KPBU *unsolicited* pada RSUD X menghasilkan VfM melalui dimensi ekonomi, efisiensi, dan efektivitas?

Secara teoretis, penelitian ini berkontribusi pada pengembangan literatur akuntansi sektor publik dengan menempatkan VfM sebagai kerangka evaluasi yang berorientasi pada tata kelola, khususnya dalam menjelaskan keterkaitan antara desain kontrak dan penciptaan nilai publik. Dari sisi empiris, penelitian ini menghadirkan bukti kontekstual mengenai kinerja KPBU *unsolicited* di sektor kesehatan Indonesia, yang hingga saat ini masih relatif terbatas dalam kajian internasional. Sementara itu, secara praktis, temuan penelitian ini memberikan implikasi bagi pembuat kebijakan dan praktisi untuk memperkuat desain kontrak, meningkatkan transparansi, serta mengoptimalkan sistem monitoring KPBU guna memastikan tercapainya nilai publik yang berkelanjutan.

2. KERANGKA TEORITIS

Reformasi sektor publik di bidang kesehatan di Indonesia mencerminkan pergeseran dari pendekatan administratif menuju tata kelola berbasis kinerja dan nilai publik. Pergeseran ini tidak hanya didorong oleh agenda global seperti *New Public Management* (NPM), yang menekankan efisiensi, akuntabilitas, dan orientasi hasil (Hood, 1991; Pollitt & Bouckaert, 2017), tetapi juga oleh tekanan domestik yang semakin intensif, terutama sejak implementasi JKN. Dalam konteks ini, RSUD dihadapkan pada tuntutan ganda: meningkatkan kualitas layanan sekaligus menjaga keberlanjutan fiskal di tengah meningkatnya beban penyakit tidak menular dan keterbatasan kapasitas anggaran. Meskipun pendekatan berbasis kinerja diyakini dapat meningkatkan efisiensi operasional (Propper & Wilson, 2003), sejumlah studi menunjukkan bahwa pendekatan ini berisiko mengabaikan dimensi akses dan keadilan pelayanan kesehatan (Dunleavy et al., 2006), sehingga menimbulkan kebutuhan akan kerangka evaluasi yang lebih komprehensif.

KPBU berkembang sebagai instrumen kebijakan yang tidak hanya berfungsi sebagai alternatif pembiayaan, tetapi sebagai mekanisme tata kelola untuk mengintegrasikan efisiensi ekonomi dengan inovasi layanan. Literatur kontrak publik menegaskan bahwa kinerja KPBU

ditentukan oleh desain kontrak yang mengatur distribusi risiko, insentif, dan mekanisme pengawasan (Engel et al., 2020; Hodge & Greve, 2016; Yescombe, 2017), bukan sekadar oleh keterlibatan sektor swasta. Namun, bukti empiris menunjukkan bahwa KPBU tidak secara otomatis menghasilkan kinerja yang lebih baik; kompleksitas kontrak, biaya transaksi, dan potensi *rent-seeking* dapat justru melemahkan efisiensi jika kapasitas tata kelola publik terbatas (Blanc-Brude et al., 2009; Roehrich et al., 2014; Siemiatycki & Farooqi, 2012). Problematika ini menjadi lebih kritis dalam sektor kesehatan, di mana keberhasilan tidak hanya diukur dari penyediaan infrastruktur, tetapi dari kesinambungan layanan dan kualitas klinis (Hoppe & Schmitz, 2013; Raisbeck et al., 2010).

Ketegangan tersebut semakin menonjol dalam skema KPBU *unsolicited*, di mana inisiatif proyek berasal dari badan usaha. Di satu sisi, pendekatan ini dipandang mampu mempercepat inovasi dan mengatasi keterbatasan kapasitas pemerintah dalam identifikasi proyek (The World Bank, 2017). Namun di sisi lain, literatur menyoroti risiko asimetri informasi dan distorsi kompetisi akibat keunggulan informasi pihak pengusul (T. Hodges & Dellacha, 2007). Dalam konteks Indonesia, isu ini menjadi semakin relevan mengingat penguatan kerangka regulasi melalui Peraturan Menteri PPN/Bappenas No. 7 Tahun 2023 yang mensyaratkan kajian ekonomi berbasis manfaat sosial, penggunaan PSC, serta analisis risiko dalam penilaian KPBU. Regulasi ini secara implisit menegaskan bahwa keberhasilan KPBU tidak cukup diukur dari kelayakan finansial, tetapi dari kemampuannya menghasilkan VfM secara ekonomi dan sosial. PSC berfungsi sebagai tolok ukur untuk menilai apakah partisipasi badan usaha (swasta) menghasilkan nilai siklus hidup yang lebih baik dibandingkan dengan pengadaan publik konvensional (Grimsey & Lewis, 2005; Yescombe, 2017). Kemudian, persoalan utama KPBU *unsolicited* berkembang dari “apakah proyek layak” menjadi “apakah desain dan proses seleksi mampu shid kinerja proyek secara menyeluruh (Hoppe & Schmitz, 2013). Oleh sebab itu, pengukuran VfM pada layanan kesehatan perlu mencakup manfaat yang lebih luas, seperti peningkatan produktivitas masyarakat, pengurangan beban biaya kesehatan, dan keberlanjutan layanan publik.

Literatur KPBU menggunakan PSC sebagai instrumen untuk menilai apakah skema KPBU mampu menghasilkan nilai yang lebih baik dibandingkan pengadaan publik konvensional (Grimsey & Lewis, 2005; Yescombe, 2017). PSC tidak hanya berfungsi sebagai pembanding biaya, tetapi juga sebagai kerangka *counterfactual* yang merepresentasikan estimasi kinerja apabila proyek dilaksanakan sepenuhnya oleh sektor publik. Penggunaan PSC memungkinkan penilaian terhadap keunggulan relatif KPBU dalam aspek efisiensi siklus hidup, alokasi risiko, kualitas layanan, dan keberlanjutan fiskal (HM Treasury, 2019; UK NAO, 2018). Signifikansi PSC menjadi lebih kuat pada skema KPBU *unsolicited* karena karakteristik proyek yang diinisiasi badan usaha meningkatkan risiko asimetri informasi dan kompleksitas tata kelola.

Perkembangan literatur terbaru turut memperluas pemaknaan VfM melalui integrasi konsep *public value* dan akuntabilitas. *Public value* menempatkan keberhasilan kebijakan publik pada kontribusinya terhadap kesejahteraan masyarakat, legitimasi institusional, dan keberlanjutan layanan (Bryson et al., 2014; Moore, 1995). Pada sektor kesehatan, aspek tersebut tercermin melalui aksesibilitas, kualitas, dan pemerataan pelayanan (Kelly et al., 2002). Perspektif akuntabilitas menekankan pentingnya transparansi, kejelasan kontrak, dan sistem monitoring agar insentif privat tetap selaras dengan tujuan publik (Bovens, 2007; Hodge & Greve, 2016). Lemahnya mekanisme pengawasan dapat memunculkan kewajiban fiskal tersembunyi dan menurunkan kualitas layanan publik (Barlow et al., 2013; Jamali, 2004;

Shaoul et al., 2012). Atas dasar itu, evaluasi terhadap proyeksi dalam kontrak KPBU *unsolicited* perlu dipahami sebagai analisis tata kelola yang mengintegrasikan VfM, PSC, nilai publik, dan akuntabilitas untuk menilai penciptaan nilai publik secara berkelanjutan.

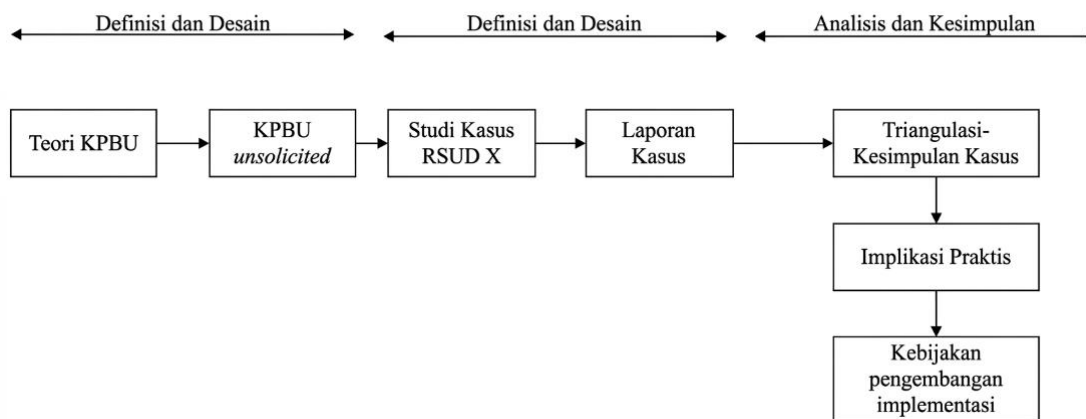
Perdebatan teoritis ini menjadi penting karena implementasi KPBU *unsolicited* di RSUD X yang tidak hanya berfungsi sebagai solusi pembiayaan, tetapi sebagai instrumen untuk meningkatkan kinerja pelayanan kesehatan di tengah tekanan permintaan layanan dan keterbatasan fiskal daerah. Dalam konteks ini, penelitian memposisikan VfM bukan sekadar sebagai alat evaluasi efisiensi biaya, tetapi sebagai *governance constructs* yang menghubungkan desain kontrak, mekanisme tata kelola, dan sistem akuntabilitas dengan penciptaan nilai publik melalui hasil layanan kesehatan yang terukur. Pendekatan tersebut menempatkan VfM sebagai penghubung antara efisiensi skema KPBU dengan tujuan pelayanan publik. Penelitian ini hadir untuk menutup celah literature terkait evaluasi VfM pada KPBU *unsolicited* di sektor kesehatan daerah, terutama dalam konteks negara berkembang seperti Indonesia.

Dalam kerangka evaluasi KPBU di Indonesia, regulasi nasional mensyaratkan penggunaan analisis VfM, PSC, dan kajian risiko sebagai dasar penilaian kelayakan proyek (Peraturan Menteri PPN/Bappenas No. 7 Tahun 2023). Berdasarkan kerangka tersebut, penelitian ini mengajukan pertanyaan berikut:

- a. Dalam periode antara tahun 2025 sampai 2035, berapa VfM RSUD X di bawah skema KPBU?
- b. Apakah proyeksi kinerja (pelayanan kesehatan) yang tercatat pada periode 2025 sampai 2035 di RSUD X menggunakan skema KPBU lebih rendah atau lebih tinggi dibandingkan dengan kinerja dengan skema konvensional?

3. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan studi kasus dengan desain *embedded case study* untuk mengevaluasi pencapaian VfM dalam implementasi KPBU *unsolicited* pada RSUD X di Provinsi Jawa Timur, Indonesia (Gambar 1). Pendekatan ini dipilih karena memungkinkan integrasi antara analisis kuantitatif terhadap proyeksi kinerja layanan dan analisis interpretatif terhadap mekanisme tata kelola proyek, sehingga sesuai untuk mengkaji hubungan antara desain KPBU dan penciptaan nilai publik dalam konteks nyata (Creswell, 2014; Yin, 2018). RSUD X dipilih secara purposif karena merepresentasikan implementasi KPBU *unsolicited* pada sektor kesehatan daerah dengan tekanan layanan penyakit tidak menular yang tinggi, khususnya kanker, jantung, stroke, dan urologi, serta kebutuhan investasi infrastruktur yang besar di tengah keterbatasan fiskal pemerintah daerah (Yin, 2014).



Gambar 1.
Desain Studi Kasus

Penelitian ini menggunakan pendekatan *ex-ante* karena proyek KPBU RSUD X masih berada pada fase implementasi awal sehingga evaluasi kinerja aktual jangka panjang belum sepenuhnya tersedia. Penggunaan proyeksi *feasibility study* dalam evaluasi VfM merupakan pendekatan yang umum digunakan dalam studi KPBU dan PSC untuk menilai kelayakan ekonomi, alokasi risiko, dan proyeksi nilai publik sebelum proyek beroperasi secara penuh (HM Treasury, 2019; Yescombe, 2017). Pendekatan ini memungkinkan identifikasi awal terhadap potensi keunggulan relatif KPBU dibandingkan skema pengadaan publik konvensional dalam horizon proyek jangka panjang.

Data penelitian bersumber dari *feasibility study* KPBU, dokumen PSC, laporan BPJS Kesehatan, laporan operasional RSUD X, evaluasi kelembagaan, serta dokumen kontrak dan kebijakan yang berkaitan dengan implementasi KPBU. Penelitian ini juga memanfaatkan laporan kajian independen dan dokumen pengawasan kelembagaan untuk memperkuat interpretasi terhadap tata kelola proyek. Selain itu, wawancara semi-terstruktur dilakukan dengan direktur rumah sakit, pejabat keuangan, dan perwakilan pemerintah daerah untuk memperoleh pemahaman mengenai desain kontrak, mekanisme pengawasan, serta proyeksi implementasi layanan kesehatan.

Analisis penelitian dilakukan dalam dua tahap. Tahap pertama menggunakan analisis kuantitatif untuk menghitung proyeksi manfaat sosial dan fiskal berdasarkan skenario tingkat pemulihan layanan sebesar 50%, 70%, dan 90%, serta mengukur dimensi efisiensi dan efektivitas dalam kerangka VfM. Tahap kedua menggunakan pendekatan interpretatif dengan teknik *pattern matching* untuk membandingkan proyeksi kinerja KPBU dengan skema konvensional melalui PSC. Analisis ini mengacu pada indikator VfM dalam literatur KPBU, meliputi efisiensi siklus hidup, alokasi risiko, fleksibilitas kontrak, kualitas layanan, keberlanjutan pembiayaan, dan potensi inovasi proyek (Rodrigues & Carvalho, 2023; Tarazona & Consuelo, 2016). Pendekatan tersebut digunakan untuk menilai apakah KPBU *unsolicited* memberikan keunggulan relatif dibandingkan pengadaan publik konvensional dalam horizon proyek tahun 2025–2035.

VfM dioperasionalkan melalui kerangka 3E, yaitu ekonomi, efisiensi, dan efektivitas (UK NAO, 2018; Yuan et al., 2009), yang disajikan dalam Tabel 1. Dimensi ekonomi dianalisis secara kualitatif karena keterbatasan data realisasi biaya proyek, sedangkan dimensi efisiensi dan efektivitas diukur melalui hubungan antara output layanan, biaya pelayanan, serta manfaat sosial dan fiskal yang diproyeksikan (Hermain et al., 2020; Razavi & Attarnezahad, 2013; Zhao et al.,

2023). Validitas penelitian dijaga melalui triangulasi sumber data, konsistensi asumsi dalam seluruh skenario analisis, serta integrasi antara hasil kuantitatif dan interpretasi tata kelola proyek (Denzin, 2017).

Tabel 1.
Pengukuran Indikator VfM

Dimensi	Indikator	Interpretasi	Referensi
Ekonomi	Mengukur kemampuan pengendalian anggaran melalui perbandingan antara anggaran dan realisasi biaya. $Economy Ratio = \frac{Budget Plan}{Budget Realization} \times 100\%$	Rasio >100% menunjukkan penghematan anggaran, =100% seimbang, dan <100% menunjukkan pemborosan biaya.	(Hermain et al., 2020; Shidqi & Murdiansyah, 2024; Waspini et al., 2022)
Efisiensi	Mengukur kemampuan mengubah biaya operasional menjadi layanan kesehatan yang dihasilkan. $Efficiency Ratio = \frac{Output}{Input} \times 100\%$	Rasio >100% menunjukkan efisiensi tinggi, =100% seimbang, dan <100% menunjukkan inefisiensi.	(Zhao et al., 2023)
Efektivitas	Mengukur tingkat pencapaian hasil layanan sesuai target manfaat yang ditetapkan. $Efficiency Ratio = \frac{Output}{Target Output} \times 100\%$	Rasio >100% menunjukkan target tercapai efektif, =100% seimbang, dan <100% menunjukkan target belum tercapai optimal.	(Razavi & Attarnezhad, 2013)

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Gambaran Umum Realisasi VfM di RSUD X

Realisasi VfM pada KPBU *unsolicited* RSUD X periode 2025–2035 menunjukkan bahwa orientasi proyek tidak berhenti hanya pada pembangunan infrastruktur rumah sakit, tetapi diarahkan pada pencapaian manfaat layanan dan keberlanjutan fiskal secara simultan. Proyeksi pengembangan layanan jantung, stroke, kanker, dan urologi memperlihatkan peningkatan kapasitas pelayanan rujukan serta potensi penurunan beban biaya kesehatan masyarakat akibat berkurangnya rujukan keluar daerah dan keterlambatan penanganan pasien. Hasil ini memperlihatkan bahwa VfM pada sektor kesehatan tidak cukup dipahami sebagai efisiensi pengeluaran, tetapi sebagai kemampuan proyek menghasilkan manfaat sosial, kualitas layanan, dan efisiensi jangka panjang secara bersamaan (Hoppe & Schmitz, 2013; Raisbeck et al., 2010). Karakteristik tersebut sejalan dengan pandangan Hodge & Greve (2016) serta Saussier & De Brux (2018) yang menempatkan KPBU sebagai instrumen tata kelola berbasis kinerja, di mana desain kontrak, alokasi risiko, dan kepastian layanan menjadi faktor utama penciptaan nilai publik. Pada RSUD X, proyeksi manfaat terbesar terlihat pada layanan jantung

dan stroke karena tingginya volume pasien dan besarnya beban pembiayaan penyakit katastrofik dalam sistem JKN. Hal ini menunjukkan bahwa keberhasilan KPBU lebih ditentukan oleh kemampuan proyek menjawab kebutuhan layanan publik secara terukur dibandingkan sekadar menghadirkan sumber pembiayaan alternatif.

4.2. Manfaat Ekonomi sebagai Proksi VfM

4.2.1. Manfaat Sosial

Pengukuran manfaat ekonomi dimulai dengan menyusun *baseline* biaya kesehatan nasional sebagai proksi *input*, yang kemudian dikaitkan dengan kapasitas layanan aktual RSUD X sebagai *output*. Pendekatan ini memungkinkan integrasi antara perspektif makro (beban fiskal nasional) dan mikro (kinerja operasional rumah sakit), sebagaimana direkomendasikan dalam literatur VfM berbasis hubungan *input–output–outcome* (UK NAO, 2018; Yuan et al., 2009). Oleh karena itu, Tabel 2 menyajikan estimasi biaya pengobatan penyakit katastrofik di tingkat nasional sebagai dasar valuasi ekonomi, sementara Tabel 3 menampilkan volume pasien RSUD X sebagai representasi utilisasi layanan dan kapasitas output yang dihasilkan dalam periode observasi.

Tabel 2.

Estimasi Pengeluaran Kesehatan Nasional untuk Penyakit Bencana Tahun 2023

Jenis Penyakit	Total Anggaran (IDR triliun)	Jumlah Pasien (milyar)	Biaya Pengobatan per Pasien/Tahun (IDR)
Kanker	4,5	0,4	11,011,572
Jantung	10,9	13,96	780,802
Stroke	3,23	2,9	11,845,278
Urologi	2,24	0,73	3.030,270

Sumber: BPJS Kesehatan, Data Sekunder (2023)

Tabel 3.

Volume Pasien untuk Layanan KJSU di RSUD X (2017–2023)

Tahun	Pasien Jantung	Pasien Stroke	Pasien Urologi	Pasien Kanker
2017	12,528	9,881	2,748	
2018	11,702	9,021	3,107	
2019	7,897	6,249	3,220	
2020	5,993	4,372	2,838	
2021	4,624	3,262	2,256	95
2022	6,232	4,771	2,649	82
2023	8,384	6,217	3,630	118

Sumber: RSUD X, Data Sekunder (2023)

Estimasi manfaat sosial mempertimbangkan tiga skenario tingkat pemulihan (50%, 70%, dan 90%), yang mewakili berbagai tingkat keberhasilan pengobatan. Peningkatan produktivitas

dinilai berdasarkan upah minimum regional (Rp 3,36 juta/bulan atau Rp 168.000/hari) dikalikan dengan rata-rata masa rawat inap 10 hari per tahun. Manfaat ekonomi tambahan dihitung dari produktivitas dua perawat per pasien dan pengurangan biaya transportasi, dengan asumsi jarak pulang pergi rata-rata 23 km dengan perkiraan biaya Rp 200.000 per kunjungan.

Tabel 4.
Estimasi Manfaat Ekonomi Sosial dari RSUD X (2023)

Indikator	Kanker	Jantung	Stroke	Urologi	Total
<i>Productivity Loss Savings</i> (Skenario 1)	8,280,343	588,325,367	436,261,785	254,725,797	1,287,593,291
<i>Productivity Loss Savings</i> (Skenario 2)	11,592,480	823,655,513	610,766,499	356,616,116	1,802,630,608
<i>Productivity Loss Savings</i> (Skenario 3)	14,904,617	1,058,985,660	785,271,213	458,506,434	2,317,667,924
<i>Caregiver Productivity Savings</i>	29,809,234	2,117,971,320	1,570,542,426	917,012,869	4,635,335,848
<i>Transportation Savings</i>	8,498,755	603,843,766	447,769,167	261,444,761	1,321,556,449
Total (2023)	53,212,606	3,780,800,746	2,803,582,805	1,636,964,064	8,274,560,221

Sumber: RSUD X, Data Sekunder (2023)

Keterkaitan antara kedua tabel tersebut menjadi pondasi utama dalam menghitung manfaat ekonomi pada tahap selanjutnya. Dengan menghubungkan biaya per penyakit (Tabel 2) dan jumlah pasien yang dilayani (Tabel 3), penelitian ini membangun estimasi nilai ekonomi yang dihasilkan RSUD X melalui skenario tingkat pemulihan pasien. Pendekatan ini memastikan bahwa analisis VfM tidak berhenti pada perbandingan biaya, tetapi secara eksplisit mengukur kontribusi layanan terhadap produktivitas masyarakat dan efisiensi fiskal negara, sekaligus menyediakan dasar analitis untuk membandingkan kinerja KPBU dengan PSC dalam menjawab pertanyaan penelitian. Hal ini juga menunjukkan bahwa VfM pada RSUD X tidak hanya tercermin pada efisiensi biaya, tetapi juga pada peningkatan kesejahteraan masyarakat. Hal ini konsisten dengan literatur yang menegaskan bahwa VfM dalam sektor kesehatan harus mencerminkan outcome layanan, bukan hanya efisiensi input (Razavi & Attarnezhad, 2013; Yuan et al., 2009). Selain itu, hasil ini memperkuat argumen bahwa keberhasilan KPBU dalam sektor kesehatan terletak pada kemampuannya meningkatkan akses dan kualitas layanan secara berkelanjutan (Hoppe & Schmitz, 2013; Raisbeck et al., 2010).

4.2.2. Manfaat Fiskal

Dari sisi fiskal, peningkatan tingkat pemulihan pasien berimplikasi langsung terhadap penghematan belanja negara. Estimasi menunjukkan bahwa dalam skenario konservatif hingga optimal, proyek menghasilkan penghematan signifikan dalam pembiayaan layanan kesehatan.

Tabel 5.
Perkiraan Penghematan Fiskal bagi Pemerintah (2023)

Skenario	Kanker	Jantung	Stroke	Urologi	Total
50% Recovery	649,682,744	3,273,123,209	36,821,046,455	5,499,940,477	46,243,792,886
70% Recovery	909,555,842	4,582,372,493	51,549,465,037	7,699,916,668	64,741,310,040
90% Recovery	1,169,428,940	5,891,621,777	66,277,883,619	9,899,892,858	83,238,827,194

Sumber: RSUD X, Data Sekunder (2023)

Hasil ini menunjukkan bahwa VfM dalam periode 2025–2035 tercermin dalam pengurangan beban APBN/APBD serta peningkatan efisiensi sistem pembiayaan kesehatan. Hal ini sejalan dengan pandangan bahwa KPBU mampu menciptakan efisiensi fiskal melalui integrasi biaya siklus hidup dan insentif berbasis kinerja (Engel et al., 2020; Hoppe & Schmitz, 2013). Hasil ini menunjukkan bahwa VfM RSUD X dalam periode 2025–2035 bersifat positif dan signifikan, ditunjukkan melalui kombinasi manfaat sosial dan penghematan fiskal yang melampaui biaya layanan.

4.3. Analisis Dimensi VfM

Analisis dimensi 3E digunakan untuk membandingkan kinerja KPBU dengan PSC, sebagaimana digunakan dalam studi Tarazona & Consuelo (2016) dan Rodrigues & Carvalho (2023).

4.3.1. Efisiensi

Rasio efisiensi mengukur seberapa efektif RSUD X mengubah input keuangan menjadi output layanan kesehatan. Dengan menggunakan patokan biaya nasional sebagai proksi untuk input (dari Tabel 1) dan volume pasien sebagai output (dari Tabel 2), rasio ini mengevaluasi kinerja komparatif di seluruh kategori penyakit dan skenario pemulihan.

Tabel 6.
Rasio Efisiensi Berdasarkan Jenis Penyakit dan Skenario Pemulihan (2023)

Skenario	Kanker	Jantung	Stroke	Urologi
50% Recovery	5.2	64.1	4.1	17.3
70% Recovery	6.4	89.7	5.8	23.1
90% Recovery	8.2	115.2	7.6	29.8

Catatan:

Nilai efisiensi dinormalisasi ke dalam bentuk indeks untuk menghindari distorsi angka mikro akibat perbedaan skala antara biaya kesehatan nasional dan volume layanan RSUD X.

Hasil menunjukkan bahwa layanan jantung memiliki efisiensi tertinggi, mencerminkan optimalisasi penggunaan sumber daya. Dibandingkan dengan pendekatan PSC yang cenderung terfragmentasi, KPBU menunjukkan keunggulan dalam integrasi layanan dan pengendalian biaya siklus hidup (Raisbeck et al., 2010).

4.3.2. Efektivitas

Rasio efektivitas mengukur sejauh mana investasi perawatan kesehatan menghasilkan hasil sosial dan fiskal yang terukur. Data untuk analisis ini diperoleh dari perkiraan manfaat pada Tabel 3 (penghematan masyarakat) dan Tabel 4 (penghematan pemerintah), yang kemudian dibandingkan dengan total perkiraan biaya perawatan (Tabel 1).

Tabel 7.

Rasio Efektivitas Berdasarkan Jenis Penyakit dan Skenario Pemulihan (2023)

Indikator	Kanker	Jantung	Stroke	Urologi
<i>Productivity Saving</i> (Skenario 1)	0.0359	0.50567	0.0333	0.1303
<i>Productivity Saving</i> (Skenario 2)	0.0384	0.5416	0.0357	0.1396
<i>Productivity Saving</i> (Skenario 3)	0.0410	0.5776	0.0381	0.1488

Sumber: Diolah dari Data Sekunder (2025)

KPBU menunjukkan efektivitas yang lebih tinggi dalam menghasilkan manfaat sosial dan fiskal, terutama pada layanan dengan tingkat pemulihan tinggi. Hal ini mengindikasikan bahwa pendekatan berbasis kontrak kinerja mampu menghubungkan outcome layanan dengan manfaat ekonomi secara lebih kuat (Yuan et al., 2009).

4.3.3. Ekonomi

Dimensi ekonomi tidak dapat dihitung secara kuantitatif, namun secara kualitatif menunjukkan adanya disiplin anggaran. Keterbatasan ini mencerminkan isu transparansi yang juga banyak dikritik dalam literatur KPBU (Hodge & Greve, 2016; Siemiatycki & Farooqi, 2012).

4.4. Analisis Komparatif Tata Kelola KPBU dan PSC terhadap Pencapaian VfM

Hasil analisis menunjukkan bahwa skema KPBU *unsolicited* pada RSUD X memiliki proyeksi kinerja yang relatif lebih unggul dibandingkan skema konvensional berbasis *Public Sector Comparator* (PSC), terutama dalam aspek efisiensi siklus hidup, kepastian pendanaan, percepatan realisasi proyek, dan fleksibilitas pengembangan layanan. Keunggulan KPBU tidak hanya terletak pada aspek pembiayaan, tetapi juga pada kapasitas tata kelola kontrak dalam mendorong integrasi antara efisiensi operasional dan penciptaan nilai publik jangka panjang.

Perbandingan rinci indikator antara skema KPBU dan PSC disajikan pada Lampiran A Tabel A1.

Analisis komparatif menunjukkan bahwa skema KPBU memiliki keunggulan relatif dibandingkan PSC dalam pengelolaan proyek jangka panjang, khususnya pada dimensi integrasi siklus hidup proyek (*whole-of-life approach*), alokasi risiko, dan keberlanjutan layanan. Pada skema PSC, pengelolaan proyek cenderung terfragmentasi antara tahap pembangunan, operasional, dan pemeliharaan sehingga berpotensi meningkatkan biaya jangka panjang dan menurunkan efisiensi layanan. Sebaliknya, KPBU memungkinkan integrasi antara desain, konstruksi, pembiayaan, operasional, dan pemeliharaan dalam satu kerangka kontrak, sehingga menciptakan insentif yang lebih kuat untuk menjaga kualitas layanan dan efisiensi biaya sepanjang umur proyek (Hoppe & Schmitz, 2013; Raisbeck et al., 2010).

Keunggulan lain terlihat pada aspek kepastian pembiayaan dan percepatan realisasi proyek. Hasil analisis menunjukkan bahwa skema KPBU memberikan fleksibilitas pendanaan yang lebih tinggi dibandingkan skema konvensional yang sangat bergantung pada kapasitas fiskal pemerintah daerah. Hal ini menjadi penting dalam konteks RSUD X yang menghadapi tekanan peningkatan layanan penyakit tidak menular dengan kebutuhan investasi infrastruktur yang besar. Sejalan dengan Hodge dan Greve (2016) serta Saussier dan De Brux (2018) yang menegaskan bahwa KPBU dapat meningkatkan kapasitas investasi publik ketika desain kontrak mampu mengintegrasikan insentif privat dengan tujuan pelayanan publik.

Meskipun demikian, hasil penelitian juga menunjukkan bahwa keunggulan KPBU tidak bersifat otomatis. Literatur sebelumnya menegaskan bahwa KPBU dapat menimbulkan biaya transaksi tinggi, kompleksitas kontrak, dan risiko *rent-seeking* apabila mekanisme tata kelola tidak berjalan efektif (Blanc-Brude et al., 2009; Siemiatycki & Farooqi, 2012). Temuan pada RSUD X memperlihatkan bahwa pencapaian VfM sangat dipengaruhi oleh kualitas desain kontrak, kejelasan indikator kinerja, serta kapasitas monitoring pemerintah daerah dalam mengawasi implementasi proyek. Risiko asimetri informasi dalam skema *unsolicited* juga menjadi isu penting karena badan usaha memiliki keunggulan informasi sejak tahap inisiasi proyek (T. Hodges & Dellacha, 2007; Vries & Yehoue, 2013).

Dibandingkan PSC, skema KPBU juga menunjukkan potensi inovasi layanan yang lebih besar, terutama dalam pengembangan fasilitas spesialis dan fleksibilitas penyesuaian layanan terhadap dinamika kebutuhan kesehatan masyarakat. Karakteristik ini tidak hanya berkaitan dengan efisiensi teknis, tetapi juga dengan kemampuan proyek dalam menciptakan *public value* melalui peningkatan aksesibilitas, kualitas layanan, dan keberlanjutan pelayanan kesehatan. Memperkuat argumentasi Moore (1995) dan Bryson et al. (2014) bahwa keberhasilan kebijakan publik tidak cukup diukur dari penghematan biaya, tetapi dari kemampuannya menghasilkan manfaat sosial yang berkelanjutan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa KPBU *unsolicited* pada RSUD X memiliki proyeksi VfM yang lebih baik dibandingkan skema konvensional berbasis PSC, terutama pada aspek efisiensi siklus hidup, keberlanjutan pembiayaan, dan fleksibilitas pengembangan layanan. Namun, pencapaian tersebut tetap bergantung pada kapasitas tata kelola publik dalam memastikan transparansi kontrak, akuntabilitas, pengelolaan risiko, dan konsistensi monitoring proyek. Hal ini menegaskan bahwa VfM dalam KPBU kesehatan bukan semata-mata persoalan efisiensi finansial, melainkan hasil dari keselarasan antara desain kontrak, mekanisme tata kelola, dan orientasi penciptaan nilai publik jangka panjang.

5. KESIMPULAN

Peningkatan tekanan fiskal sektor kesehatan dan tingginya beban penyakit tidak menular menempatkan pemerintah daerah pada dilema antara perluasan kapasitas layanan dan keterbatasan pembiayaan publik. Situasi ini mendorong penggunaan KPBU *unsolicited* sebagai alternatif pengembangan infrastruktur rumah sakit daerah. Meskipun demikian, masih terdapat perdebatan apakah skema tersebut benar-benar mampu menghasilkan VfM dibandingkan pengadaan konvensional berbasis PSC, khususnya pada sektor kesehatan di negara berkembang. Penelitian ini menunjukkan bahwa KPBU *unsolicited* pada RSUD X periode 2025–2035 diproyeksikan menghasilkan VfM yang relatif lebih baik dibandingkan skema konvensional, terutama pada aspek efisiensi siklus hidup, kepastian pendanaan, percepatan realisasi proyek, dan fleksibilitas pengembangan layanan. Temuan juga memperlihatkan bahwa manfaat terbesar muncul pada layanan jantung dan stroke karena tingginya volume pasien dan besarnya beban pembiayaan penyakit katastropik dalam sistem JKN. Dari perspektif VfM, pencapaian tersebut tercermin melalui peningkatan kapasitas layanan, potensi pengurangan biaya sosial masyarakat, serta peluang efisiensi fiskal jangka panjang. Namun, dimensi ekonomi belum dapat diukur secara penuh karena keterbatasan data realisasi biaya proyek. Penelitian ini menegaskan bahwa VfM pada KPBU kesehatan tidak dapat dipahami semata sebagai efisiensi finansial, tetapi sebagai hasil interaksi antara desain kontrak, alokasi risiko, mekanisme akuntabilitas, dan orientasi penciptaan nilai publik. Hal ini memperkuat argumentasi literatur bahwa keunggulan KPBU bergantung pada kualitas tata kelola proyek, bukan sekadar keterlibatan sektor swasta dalam pembiayaan infrastruktur.

Secara teoretis, penelitian ini memperluas literatur akuntansi sektor publik dengan menempatkan VfM sebagai kerangka evaluasi berbasis tata kelola yang menghubungkan desain kontrak dengan penciptaan *public value*. Secara praktis, hasil penelitian memberikan implikasi bagi pemerintah daerah dan pengelola KPBU untuk memperkuat transparansi kontrak, kualitas monitoring, penggunaan indikator kinerja berbasis layanan, serta integrasi PSC dalam evaluasi proyek kesehatan jangka panjang. Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, penelitian menggunakan pendekatan *ex-ante* sehingga hasil masih berbasis proyeksi *feasibility study* dan belum sepenuhnya merepresentasikan kinerja aktual jangka panjang. Kedua, studi ini berfokus pada satu kasus RSUD sehingga generalisasi hasil perlu dilakukan secara hati-hati. Ketiga, keterbatasan akses terhadap data realisasi biaya menyebabkan dimensi ekonomi belum dapat dianalisis secara komprehensif. Penelitian selanjutnya disarankan mengembangkan analisis longitudinal berbasis data aktual pascaoperasional, memperluas perbandingan antarproyek KPBU kesehatan di berbagai daerah, serta mengintegrasikan indikator kualitas klinis, keberlanjutan fiskal, dan dampak sosial dalam evaluasi VfM. Pengembangan model evaluasi berbasis tata kelola juga penting untuk memahami bagaimana desain kontrak dan kapasitas institusional memengaruhi penciptaan nilai publik jangka panjang. Studi ini menunjukkan bahwa KPBU *unsolicited* berpotensi menghasilkan VfM yang lebih baik dibandingkan skema konvensional apabila didukung tata kelola yang transparan, kontrak berbasis kinerja, dan mekanisme akuntabilitas yang kuat. Keberhasilan KPBU pada sektor kesehatan pada akhirnya tidak ditentukan oleh model pembiayaan semata, tetapi oleh kemampuannya menciptakan layanan publik yang berkelanjutan, responsif, dan bernilai bagi masyarakat.

UCAPAN TERIMA KASIH

Para penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang tulus kepada PT Penjamin Infrastruktur Indonesia dan PT Infra Nusa Solusi atas kemitraan strategis mereka dalam mendukung penyediaan data penelitian serta memupuk kerja sama yang saling menguntungkan, yang berperan penting dalam keberhasilan penyelesaian penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Akintoye, A., Beck, M., & Hardcastle, C. (2003). *Public-private partnerships: Managing risks and opportunities*. Blackwell Science.
- Barlow, J., Roehrich, J., & Lewis, M. A. (2013). Europe Sees Mixed Results From Public-Private Partnerships For Building And Managing Health Care Facilities And Services. *Health Affairs*, 32(1), 146–154. <https://doi.org/https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.1223>
- Basabih, M. (2023). Potrait of Public Private Partnership Policy Substances in Regional Hospitals in Indonesia. *Journal of Indonesian Health Policy and Administration*, 8(1), 28–37. <https://doi.org/https://doi.org/10.7454/ihpa.v8i1.6570>
- Blanc-Brude, F., Goldsmith, H., & Vällilä, T. (2009). A comparison of construction contract prices for traditionally procured roads and public-private partnerships. *Review of Industrial Organization*, 35(1–2), 19–40. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s11151-009-9224-1>
- Bovens, M. (2007). Analysing and assessing accountability: A conceptual framework1. *European Law Journal*, 13(4), 447–468. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1468-0386.2007.00378.x>
- BPJS Kesehatan. (2023). *Laporan Pengelolaan Program dan Laporan Keuangan BPJS Kesehatan tahun 2023*.
- Bryson, J. M., Crosby, B. C., & Bloomberg, L. (2014). Public value governance: Moving beyond traditional public administration and the new public management. *Public Administration Review*, 74(4), 445–456. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/puar.12238>
- Caballer-Tarazona, M., & Vivas-Consuelo, D. (2016). A cost and performance comparison of Public Private Partnership and public hospitals in Spain. *Health Economics Review*, 6(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s13561-016-0095-5>
- Creswell, J. W. (2014). *Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Sage Publications.
- Danışman, A., & Özseven, M. (2025). Institutional logics, social interactions and management of tensions in public-private partnership organizations. *Journal of Health Organization and Management*, 39(6), 900–932. <https://doi.org/10.1108/JHOM-11-2023-0355>
- Denzin, N. K. (2017). *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods*.

Transaction Publishers.

- 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. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/jopart/mui057>
- Engel, E., D. Fischer, R., & Galetovic, A. (2020). *When and How to Use Public-Private Partnerships in Infrastructure: Lessons From the International Experience*. 2nd ed. <http://www.nber.org/papers/w26766>
- Grimsey, D., & Lewis, M. K. (2005). Are Public Private Partnerships value for money?: Evaluating alternative approaches and comparing academic and practitioner views. *Accounting Forum*, 29(4), 345–378. <https://doi.org/10.1016/j.accfor.2005.01.001>
- Herman, H., Daulay, A. N., & Enre, D. T. (2020). Analysis of Value for Money Income Budgets Government of the City of Medan. *Ad-Deenar: Jurnal Ekonomi Dan Bisnis Islam*, 4(02), 115–128. <https://doi.org/https://doi.org/10.30868/ad.v4i2.843>
- HM Treasury. (2019). Private Finance Initiative and Private Finance 2 Projects: 2018 Summary Data. *HM Treasury*.
- Hodge, G. A., & Greve, C. (2016). On Public–Private Partnership Performance: A Contemporary Review. *Public Works Management and Policy*, 22(1), 55–78. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1087724X16657830>
- Hood, C. (1991). A Public Management all Seasons. *Public Administration*, 69(1), 3–19. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x>
- Hoppe, E. I., & Schmitz, P. W. (2013). Public-private partnerships versus traditional procurement: Innovation incentives and information gathering. *RAND Journal of Economics*, 44(1), 56–74. <https://doi.org/10.1111/1756-2171.12010>
- Jamali, D. (2004). Success and failure mechanisms of public private partnerships (PPPs) in developing countries. Insights from the Lebanese context. *International Journal of Public Sector Management*, 17(5), 414–430. <https://doi.org/https://doi.org/10.1108/09513550410546598>
- Kelly, G., Mulgan, G., & Muers, S. (2002). Creating Public Value: An analytical framework for public service reform. *Strategy Unit, Cabinet Office, UK Government*, 1–35. http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20100416132449/http://www.cabinetoffice.gov.uk/media/cabinetoffice/strategy/assets/public_value2.pdf
- Kementerian Kesehatan RI. (2023). *Profil Kesehatan Indonesia 2022*. Kementerian Kesehatan RI.
- Moore, M. H. (1995). *Creating public value: Strategic Management in Government*. Harvard University Press.
- Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2017). *Public Management Reform: A Comparative Analysis—Into*

the Age of Austerity: 4th ed. Oxford University Press.

- Propper, C., & Wilson, D. (2003). The use and usefulness of performance measures in the public sector. *Oxford Review of Economic Policy*, 19(2), 250–267. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/oxrep/19.2.250>
- Raisbeck, P., Duffield, C., & Xu, M. (2010). Comparative performance of PPPs and traditional procurement in australia. *Construction Management and Economics*, 28(4), 345–359. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/01446190903582731>
- Razavi, S. H., & Attarnezhad, O. (2013). Management of Organizational Innovation. *International Journal of Business and Social Science*, 4(1), 226–232.
- Rodrigues, N. J. P., & Carvalho, J. M. S. (2023). Public-private partnership in the Portuguese health sector. *Heliyon*, 9(8). <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e19122>
- Roehrich, J. K., Lewis, M. A., & George, G. (2014). Are Public-Private Partnerships a Healthy Optio? A Systematic Literature Review. *Social Science & Medicine*, 113, 110–119. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.037>
- Saussier, S., & de Brux, J. (2018). *The Economics of Public-Private Partnerships*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-319-68050-7>
- Shaoul, J., Stafford, A., & Stapleton, P. (2012). Accountability and corporate governance of public private partnerships. *Critical Perspectives on Accounting*, 23(3), 213–229. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpa.2011.12.006>
- Shidqi, A. I., & Murdiansyah, I. (2024). The Measurement of Regional Government Financial Performance Using the Value for Money Principle. *Gorontalo Accounting Journal*, 7(2), 351–359. <https://doi.org/https://doi.org/10.32662/gaj.v7i2.3480>
- Siemiatycki, M., & Farooqi, N. (2012). Value for money and risk in public-private partnerships. *Journal of the American Planning Association*, 78(3), 286–299. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/01944363.2012.715525>
- T. Hodges, J., & Dellacha, G. (2007). Unsolicited infrastructure proposals: How some countries introduce competition and transparency John. In *Public-Private Infrastructure Advisory Facility (PPIAF)*.
- The World Bank. (2017). *Benchmarking PPP Procurement 2017: Assessing Government Capability to Prepare, Procure and Manage PPPs*. https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/sites/ppp.worldbank.org/files/documents/Benchmarking_PPPs_2017_ENpdf.pdf
- UK NAO. (2018). PFI and PF2. In *Report by the Comptroller and Auditor General*.
- Vries, P. De, & Yehoue, E. B. (2013). *The Routledge Companion to Public – Private*

- Partnerships*. Routledge. <https://doi.org/https://doi.org/10.4324/9780203079942>
- Waspini, W., Sari, N. A., Hifni, S., & Rosari, N. (2022). The Implementation of The Concept of Value for Money in the Realization of Budget Accountability at the Regional Financial and Asset Management Agency (BPKAD) of Banjar Regency. *AFEBI Accounting Review*, 7(1), 13–25. <https://doi.org/https://doi.org/10.47312/aar.v7i1.530>
- Yescombe, E. R. (2017). *Public-Private Partnerships in Sub-Saharan Africa*. UONGOZI Institute.
- Yin, R. K. (2014). *Case study research : design and methods: 5th ed.* Sage Publications. <https://doi.org/10.3138/CJPE.BR-240>
- Yin, R. K. (2018). Case study research and applications: Design and methods. In *Journal of Hospitality & Tourism Research: 6th ed.* Sage Publications. <https://doi.org/10.1177/109634809702100108>
- Yuan, J., Zeng, A. Y., Skibniewski, M. J., & Li, Q. (2009). Selection of performance objectives and key performance indicators in public-private partnership projects to achieve value for money. *Construction Management and Economics*, 27(3), 253–270. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/01446190902748705>
- Zhao, J., Thurairajah, N., Greenwood, D., Liu, H., & Yuan, J. (2023). Unpacking the context of value for money assessment in global markets: a procurement option framework for public-private partnerships. *Engineering, Construction and Architectural Management*, 30(8), 3583–3601. <https://doi.org/https://doi.org/10.1108/ECAM-10-2021-0963>

Lampiran A

Tabel A1.

Indikator Penentu VfM pada skema KPBU *uncoligated* dan PSC

No	Indikator VfM	PSC	KPBU	Penjelasan
1	Hasil Proyek & Kepuasan Masyarakat	Rendah VfM	Tinggi VfM	KPBU mencakup perancangan layanan, pemeliharaan, dan pengelolaan aset sepanjang masa pakai. PSC hanya berfokus pada konstruksi.
2	Inovasi Desain	Rendah VfM	Tinggi VfM	KPBU mendorong inovasi dengan menetapkan spesifikasi hasil. PSC terbatas pada desain yang sudah ada.
3	Keluwesan dalam Mengubah Spesifikasi Kontrak	Tinggi VfM	Rendah VfM	Perubahan lebih fleksibel dalam pendekatan PSC.
4	Kepastian Pendanaan/ Kemudahan Pembiayaan	Rendah VfM	Tinggi VfM	PSC dibatasi oleh Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) serta ketidakpastian bantuan dari Pemerintah Pusat (APBN). KPBU merupakan sumber pendanaan alternatif yang lebih pasti.
5	Waktu Penyelesaian Proyek Secara Keseluruhan	Tinggi VfM	Tinggi VfM	KPBU meminimalkan keterlambatan untuk mencegah kerugian pihak swasta. PSC bisa lebih cepat untuk proyek-proyek sederhana, tetapi secara keseluruhan mungkin lebih lambat.
6	Pendekatan Biaya Sepanjang Masa	Rendah VfM	Tinggi VfM	Kompetisi KPBU mengharuskan penerapan pendekatan biaya sepanjang masa pakai. Desain dan pemeliharaan PSC dipisahkan, sehingga pertimbangan biaya di masa depan menjadi sulit.
7	Optimalisasi Biaya Siklus Hidup Produk	Tanpa VfM	Tinggi VfM	KPBU mengoptimalkan biaya konstruksi dan pemeliharaan selama seluruh masa kontrak. PSC tidak.
8	Pembagian Risiko (Konstruksi & Desain)	Rendah VfM	Tinggi VfM	Risiko dialihkan kepada pihak yang paling efisien dalam mengelolanya. KPBU lebih mampu menangani proyek-proyek berskala besar, kompleks, dan berisiko tinggi.
9	Kecepatan Pelaksanaan Proyek	Tinggi VfM	Tinggi VfM	Kedua metode tersebut dianggap setara.
10	Pemenuhan Spesifikasi Output	Rendah VfM	Tinggi VfM	KPBU memiliki potensi yang lebih besar untuk memenuhi standar minimum (misalnya, mencakup pemeliharaan fasilitas).

No	Indikator VfM	PSC	KPBU	Penjelasan
11	Kemudahan Menghasilkan Pendapatan	Rendah VfM	Tinggi VfM	KPBU memaksimalkan potensi pendapatan (biaya pengguna, pengembangan komersial). PSC sering kali hanya berfokus pada pelayanan publik.
12	Dampak Kontrak Jangka Panjang terhadap Sektor	Rendah VfM	Tinggi VfM	Availability Payment (AP): memungkinkan alokasi anggaran yang jelas. Biaya Pengguna: Masa konsesi yang panjang dapat membatasi ruang gerak Manajer Proyek Kerjasama (dikenal sebagai Penanggung Jawab Proyek Kerjasama, PJPK).
13	Pendekatan Biaya Sepanjang Siklus Hidup	Rendah VfM	Tinggi VfM	Biaya konstruksi dan pemeliharaan dalam skema KPBU lebih tinggi selama masa konsesi dibandingkan dengan skema PSC.
14	Peluang Kerja Sama Antar-Sektor	Rendah VfM	Tinggi VfM	KPBU memungkinkan kerja sama yang lebih luas dan kemitraan eksternal.
15	Permintaan Pasar	Tinggi VfM	Tinggi VfM	PSC menarik minat yang tinggi karena proses pengadaannya yang sederhana. KPBU menarik minat yang tinggi karena potensinya dalam pengembangan bisnis.

Sumber: Data *Feasibility Study* RSUD X oleh Peneliti (2026)