

BAB I

SISTEM MANAJEMEN RUMAH SAKIT DALAM PERSPEKTIF SEJARAH

Menurut seorang ahli sejarah ekonomi (Purwanto, 1996) pelayanan rumah sakit di Indonesia telah dimulai sejak awal keberadaan VOC pada dekade ketiga abad XVII, sebagai suatu bagian tidak terpisahkan dari usaha VOC itu sendiri. Pembangunan rumah sakit merupakan upaya untuk mengatasi persoalan yang dihadapi akibat pelayaran yang jauh yaitu dari Eropa ke Indonesia dan tidak didukung oleh fasilitas medis yang baik, adaptasi klimatis, dan ketidakmampuan mengadaptasi serta mengatasi penyakit tropik.

Boomgard (1996) menyatakan bahwa sejarah rumah sakit di Indonesia tidak dapat dipisahkan dari perkembangan ilmu kedokteran Barat di Asia yang berlangsung sejak tahun 1649, ketika seorang ahli bedah bernama Caspar Schamberger berada di Edo (saat ini Tokyo) untuk mengajarkan ilmu bedah kepada orang Jepang. Masa ini merupakan awal dari beralihnya sistem tradisional kesehatan di Asia yang mengacu pada sistem Cina dan berubah menjadi sistem Belanda (Akira, 1996). Pengalihan ini berjalan secara lambat. Patut dicatat bahwa pelayanan kesehatan Barat sering diperuntukkan bagi keluarga bangsawan. Purwanto (1996) menyatakan bahwa pada masa awal rumah sakit di Indonesia secara eksklusif hanya diperuntukkan bagi orang-orang Eropa. Baru pada masa berikutnya orang non-Eropa yang bekerja dengan VOC mendapat kesempatan untuk menggunakan rumah sakit, akan tetapi berbeda tempat, fasilitas, dan pelayanan. Sementara itu, orang Cina secara eksklusif digiring oleh peraturan VOC maupun oleh Pemerintah Hindia Belanda untuk mendirikan rumah sakit sendiri sehingga ilmu kedokteran dan pengobatan

tradisional Cina diberlakukan tanpa ada pengaruh terapeutik dan farmakologis barat.

Baru pada awal abad XX pengaruh Barat mulai ada di rumah sakit yang dikelola oleh orang Cina. Selain itu, penduduk pribumi boleh dikatakan tidak mendapat perhatian dalam masalah pelayanan rumah sakit ini. Walaupun pada akhir abad XVII ada usaha dari misionaris Kristen untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada anak-anak pribumi, tetapi lingkup dan dampak tindakan ini terlihat kecil. Baru pada akhir abad XIX suatu usaha sistematis dalam pelayanan rumah sakit kepada penduduk pribumi dilakukan oleh para misionaris Kristen di Indonesia.

Sampai akhir abad XIX, pada dasarnya rumah sakit di Indonesia merupakan rumah sakit militer yang secara eksklusif ditujukan kepada anggota kesatuan militer dan pegawai VOC atau kemudian pemerintah baik orang Eropa maupun pribumi. Sementara itu, orang sipil yang berhak mendapat pelayanan rumah sakit hanya orang Eropa atau penduduk non-Eropa yang secara yuridis formal disamakan dengan orang Eropa. Hal ini berhubungan dengan kebijakan kesehatan penguasa pada waktu itu yang tidak mengindahkan penduduk pribumi.

Apabila penduduk pribumi mendapat pelayanan kesehatan, hal itu hanya dilakukan sebagai bagian dari upaya melindungi kepentingan orang Eropa. Pelayanan rumah sakit kepada orang pribumi dipelopori oleh para misionaris Kristen. Dalam perkembangannya beberapa organisasi sosial-keagamaan, seperti Muhammadiyah mendirikan rumah sakit sederhana dalam bentuk pelayanan kesehatan umum seperti yang ada di Yogyakarta dan memberikan pelayanan rumah sakit untuk penduduk pribumi.

Ketika terjadi pergeseran kebijakan politik kolonial pada akhir abad XIX dan awal abad XX, secara langsung berdampak pula pada kebijakan kesehatan pemerintah kolonial yang berpengaruh terhadap perkembangan pelayanan rumah sakit oleh pemerintah untuk penduduk pribumi.

Keberadaan pendidikan "Dokter Jawa" pada bagian kedua abad XIX mempunyai arti penting dalam pelayanan rumah sakit untuk penduduk pribumi. Pada masa awal para "Dokter Jawa" ini hanya

memberikan pelayanan kesehatan untuk penduduk sipil pribumi tidak dalam pengertian pelayanan rumah sakit, akan tetapi setelah pemerintah mulai membangun rumah sakit maka para "Dokter Jawa" ini merupakan pendukung utama dari pelayanan rumah sakit untuk penduduk sipil pribumi (Purwanto, 1996).

Sejak akhir abad XIX terdapat pengembangan rumah sakit swasta yang dikelola oleh perkebunan besar dan perusahaan pertambangan. Satu catatan yang perlu diperhatikan bahwa walaupun hampir semua rumah sakit pada awal abad XX sudah membuka pelayanan untuk penduduk pribumi, pada dasarnya perbedaan secara yuridis formal dalam masyarakat kolonial tetap tercermin dalam pelayanan rumah sakit.

Menurut Purwanto (1996) pada masa awal perkembangan rumah sakit masa VOC sampai awal abad XIX, pendanaan rumah sakit diperoleh dari subsidi penguasa dan dana yang diambil dari pasien yang pada dasarnya adalah pegawai VOC. Pada saat itu juga telah berkembang pemberian pelayanan rumah sakit tergantung kepada kebutuhan dan kemampuan pasien, terutama yang berhubungan dengan diet yang diterima pasien. Tinggi atau rendahnya tarif yang diberlakukan sesuai dengan pelayanan dan kebutuhan pasien, sehingga secara tidak langsung kelas dalam rumah sakit sudah tercipta pada waktu itu.

Pada masa kekuasaan Daendels terjadi perubahan yang cukup penting. Sejak saat itu personil militer dibebaskan dari biaya rumah sakit, sedangkan pegawai sipil baru menikmati pembebasan biaya rumah sakit. Di kalangan penduduk sipil pribumi ada delapan kelompok yang dinyatakan bebas dari biaya rumah sakit, antara lain pelacur yang ditemukan sakit, orang gila, penghuni penjara, dan orang sipil yang bekerja pada kegiatan pemerintah. Pada sektor perkebunan dan pertambangan, biaya rumah sakit para buruh dipotong langsung secara reguler dari upah yang mereka terima, terlepas dari apakah mereka memanfaatkan pelayanan rumah sakit ataukah tidak. Sementara itu, rumah sakit milik orang Cina diharuskan membiayai sendiri dan dana itu terutama diambil dari pajak khusus yang berlaku pada masyarakat Cina pada waktu itu.

Rumah sakit swasta, seperti rumah sakit misionaris Kristen dan milik perusahaan pada mulanya harus membiayai sendiri semua kebutuhan dan sejak tahun 1906 pemerintah sudah memberikan subsidi secara teratur dalam bentuk bantuan tenaga, peralatan, obat-obatan, maupun dana. Berdasarkan peraturan tahun 1928, sekitar 60% sampai 70% dari seluruh biaya operasional rumah sakit milik misionaris Kristen disubsidi oleh pemerintah.

Trisnantoro dan Zebua (2000) menggambarkan keadaan pendanaan ini melalui sebuah rumah sakit Zending di Indonesia. Rumah sakit Zending tersebut, pada jaman Belanda (1936) mendapat subsidi yang cukup besar untuk membiayai rumah sakit. Jumlah pengeluarannya sebesar F. 218,459.03. Berdasarkan jumlah pengeluaran sebesar itu, sumber pendanaannya diperoleh dari berbagai sumber dengan rincian sebagai berikut: subsidi dari gubernemen atau pemerintah (44,5%); dari gereja-gereja di negeri Belanda, dari dokter, dan keuntungan bagian kelas (19,4%); dari pembayaran pasien rumah sakit (10,7%); Sumbangan Pemerintah Kasultanan termasuk F. 250 dari Pakualaman (8,4%); sumbangan perusahaan-perusahaan perkebunan, N.I.S, pemberian dan iuran Ned. Indie (5,6%); setoran premi pensiun dari personil (2,4%), dan pengeluaran yang tidak tertutup atau defisit (9%). Dengan demikian, rumah sakit keagamaan ini mempunyai subsidi pemerintah dan bantuan dari donor sebesar kurang lebih 70%-80% dari total sumber pendanaan. Namun, enam puluh tahun kemudian, rumah sakit tersebut tidak lagi mempunyai subsidi yang substansial untuk membiayai pelayanannya. Praktis rumah sakit keagamaan tersebut telah menjadi lembaga usaha yang harus membiayai segala kegiatannya dari pendapatan pasien.

Akar sejarah tersebut menunjukkan bahwa rumah sakit di Indonesia berasal dari suatu sistem yang berbasis pada rumah sakit militer, yang diikuti oleh rumah sakit keagamaan, dan kemudian berkembang menjadi rumah sakit pemerintah serta menunjukkan aspek sosial yang akan memberikan pengaruh besar pada persepsi masyarakat mengenai rumah sakit. Patut dicatat pula bahwa subsidi pemerintah merupakan suatu hal yang sangat umum terjadi sebelum kemerdekaan. Sebagai catatan lain, sistem asuransi kesehatan telah

dikenal lama dalam sejarah pelayanan kesehatan di Indonesia. Dalam hal ini, maka jaminan pelayanan kesehatan oleh pemerintah merupakan hal yang sudah lama dipraktikkan. Sebagaimana dinyatakan oleh Boomgaard (1996) akar sejarah jaminan pelayanan kesehatan oleh pemerintah berdasarkan pada pemikiran sederhana para pelaut, serdadu, pedagang, dan birokrat layak mendapat pelayanan dari pemerintah karena jauh dari keluarga. Berdasarkan pengaruh sejarah, maka pada awal abad XXI terdapat berbagai jenis pemilik rumah sakit di Indonesia dengan berbagai kasus yang menarik untuk dibahas.

1.1 Rumah sakit Milik Pemerintah

Ada dua jenis pemilikan rumah sakit pemerintah, yaitu rumah sakit milik pemerintah pusat atau RSUP dan rumah sakit milik pemerintah provinsi dan kabupaten atau kota (Rumah Sakit Umum Daerah atau RSUD). Kedua jenis rumah sakit pemerintah ini berpengaruh terhadap gaya manajemen rumah sakit masing-masing. Rumah sakit pemerintah pusat, mengacu kepada Departemen Kesehatan (Depkes), sementara rumah sakit pemerintah provinsi dan kabupaten atau kota mengacu pada *stakeholder* utamanya yaitu pimpinan daerah dan lembaga perwakilan masyarakat daerah. Rumah sakit pemerintah pusat sebagian adalah rumah sakit pendidikan yang cukup besar dengan hubungan khusus ke Fakultas Kedokteran. RSUD mempunyai keunikan karena secara teknis medis berada di bawah koordinasi Depkes, sedangkan secara kepemilikan sebenarnya berada di bawah pemerintah provinsi atau kabupaten atau kota dengan pembinaan urusan kerumahtanggaan dari Departemen Dalam Negeri (Depdagri). Patut dicatat bahwa banyak rumah sakit milik pemerintah pusat atau daerah yang berakar dari rumah sakit zaman Belanda milik pemerintah Hindia Belanda atau milik lembaga keagamaan yang dikonversi.

Pada dekade 1990-an rumah sakit pemerintah menerapkan kebijakan swadana yaitu rumah sakit pemerintah diberi kewenangan lebih besar dalam mengelola sistem keuangannya. Keluaran yang

diharapkan dari kebijakan swadana adalah kinerja pengelola yang semakin meningkat sehingga citra rumah sakit pemerintah di mata masyarakat semakin baik. Akan tetapi, kebijakan swadana di rumah sakit pemerintah tidak diteruskan menuju otonomi rumah sakit akibatnya, walaupun sudah swadana tetapi kinerja rumah sakit pemerintah masih rendah. Pada tahun 2000, dengan adanya Undang-Undang (UU) baru mengenai desentralisasi pelayanan kesehatan, sebagian RSUP berubah menjadi perusahaan jawatan dan sebagian RSUD menjadi Lembaga Teknis Daerah atau tetap sebagai Unit Pelaksana Teknis Daerah.

Kasus Rumah sakit Pemerintah di Bali

Rumah sakit milik pemerintah cenderung hidup dalam suasana birokrasi yang mempunyai sistem kaku sehingga ada kemungkinan tidak mendapatkan manfaat positif dari perkembangan lingkungan yang semakin membaik. Sebagai gambaran, berbagai RSUD di Bali tidak mendapatkan manfaat dari perbaikan lingkungan eksternal berupa status sosial ekonomi Bali yang meningkat. Terjadi suatu kegagalan usaha rumah sakit untuk mendapatkan dana dari masyarakat. Hal ini dapat terjadi karena rumah sakit-rumah sakit daerah di Bali dikelola dengan suatu asumsi dasar bahwa pelayanan kesehatan harus murah dan mengikuti berbagai kaidah birokrasi pemerintah. Keadaan ini merupakan bentukan dari sejarah rumah sakit pemerintah yang mendapat subsidi besar di masa lampau.

Kebijakan rumah sakit di Bali tidak mengenal nilai-nilai lembaga usaha, misalnya keinginan para stafnya untuk mendapatkan penghasilan memadai dari rumah sakit pemerintah. Berbagai penelitian di Bali menunjukkan adanya bukti bahwa pelayanan kesehatan yang ditekan murah di rumah sakit daerah ini tidak berarti sangat murah. Tarif rawat jalan yang murah untuk pelayanan dokter spesialis dapat tidak bermakna karena resepnya berisi obat-obat mahal dan harus dibeli di apotek tertentu.

Konsep yang dipergunakan di Bali menyebabkan pelayanan rumah sakit menjadi bersifat lapis dua (*two-tier*). Bagi masyarakat

kelas menengah ke atas, rumah sakit swasta merupakan tempat berobat, sedangkan rumah sakit pemerintah khususnya rumah sakit daerah diperuntukkan bagi kelompok masyarakat miskin. Keadaan ini sebenarnya tidak ada masalah asalkan subsidi pemerintah untuk rumah sakit daerah cukup tinggi yang mencakup subsidi untuk fisik bangunan, peralatan medis, sampai ke insentif bagi SDM.

Namun, data menunjukkan bahwa subsidi tersebut relatif kecil. Akibatnya, gedung dan fasilitas fisik rumah sakit relatif tidak sesuai dengan standar, proses kerja di dalam rumah sakit menjadi tidak baik, dan keinginan para dokter spesialis bekerja di luar menjadi lebih banyak. Dalam keadaan ini, rumah sakit pemerintah daerah di lingkungan Bali yang sangat dinamis pertumbuhannya, dapat berpredikat sebagai "bulgur" atau menjadi "*tikus yang kurus di lumbung padi*". Mengapa menjadi "bulgur"? Rumah sakit daerah di Bali berkembang hanya untuk melayani orang miskin sehingga mutunya rendah akibat subsidi yang sangat kecil dari pemerintah. Akibatnya, RSUD menjadi sebuah lembaga yang inferior karena masyarakat yang meningkat pendapatannya cenderung lebih menggunakan pelayanan rumah sakit swasta. Menarik untuk dicermati bahwa pada tahun 1999–2000, salah satu rumah sakit daerah di Bali, RSUD Tabanan, berusaha meninggalkan citra "bulgur" ini dan secara sistematis berusaha mengembangkan diri untuk melayani seluruh lapisan masyarakat di Kabupaten Tabanan. Pada tahun 2001, setelah melakukan perubahan selama 5 tahun, barulah RSUD Tabanan mampu meninggalkan citra "bulgur" ini.

Kasus Rumah sakit Pemerintah di Papua

Provinsi Papua merupakan provinsi yang kaya dari segi alam, tetapi anggaran pembangunan untuk kesejahteraan rakyat sangat kurang (relatif) dan masyarakat tidak mempunyai daya beli untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu. Ada berbagai akibat yang muncul. Pertama, pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit masih diperlakukan berupa *public-goods* yang harus gratis atau tarif sangat rendah. Kedua, terdapat masalah dalam SDM. SDM termasuk

spesialis membutuhkan dukungan biaya agar pendapatan mereka cukup tinggi. Ketiga adalah perbedaan kultur antara sistem pelayanan kesehatan modern dan keadaan masyarakat Papua.

Namun, masalah khusus yang dihadapi adalah kegagalan pengadaan SDM di Papua. Sebagai gambaran, tahun 1999 hanya terdapat dua orang dokter spesialis bedah. Dokter spesialis lebih banyak menghabiskan waktu Wajib Kerja Sarjana ke-2, kecuali beberapa orang dokter spesialis anak, kebidanan dan penyakit kandungan, serta penyakit dalam yang berada dalam kantong-kantong daerah makmur di Papua seperti, Jayapura dan Sorong.

Seorang dokter spesialis bedah pada tahun 2000 menyatakan bahwa pendapatan seorang dokter spesialis bedah sangat rendah karena Peraturan Daerah (Perda) sangat kecil, sementara masyarakat banyak yang tidak mampu. Penghasilan yang diterima maksimal hanya Rp 5.000.000,00, sedangkan pada kota besar di Pulau Jawa dapat mencapai Rp 30.000.000,00 sebulan. Pada tahun 2000, harga tiket pesawat dari Pulau Jawa ke Papua mencapai Rp 7.500.000,00 untuk pulang pergi. Ditambahkan bahwa perhatian pemerintah daerah untuk dokter spesialis sangat kurang. Akibatnya, muncul berbagai kejadian, misalnya RSUD Merauke tidak dapat menarik dokter spesialis untuk datang ke sana. Bahkan RSUD Sorong yang dianggap baik ternyata terpaksa melepaskan dokter spesialis bedah untuk pulang ke Pulau Jawa karena yang bersangkutan tidak betah. Pada tahun 2003, dengan adanya kebijakan desentralisasi berbagai pemerintah kabupaten di Papua meningkatkan insentif bagi tenaga dokter spesialis.

Kasus RSUD Banyumas dan RSD X

Terdapat beberapa RSUD yang saat ini berkembang pesat, seperti RSUD Banyumas dengan pendapatan tinggi dan dapat menunjukkan sebagai suatu badan usaha yang dinamis. SDM termasuk direktur dapat menggantungkan hidup dari rumah sakit tersebut. Dengan demikian, profesionalismenya dapat diandalkan. RSUD Banyumas terlihat sangat kuat dalam pengembangan SDM karena hal

ini terkait dengan kompensasi yang diterima. Di samping itu, para pemimpin formal dan informal mempunyai komitmen tinggi untuk melakukan perubahan. Bupati sebagai *stakeholder* sangat penting dalam membantu pendanaan pengembangan, walaupun RSUD sudah menjadi swadana dan mempunyai pendapatan fungsional yang cukup tinggi. Kalangan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) juga mendukung pengembangan RSUD Banyumas dari anggaran daerah selama sepuluh tahun terakhir.

Sebagai perbandingan kontras, RSUD X tidak mempunyai gairah untuk berkembang. Para *stakeholders* dan pemimpin cenderung mengalami kebuntuan dalam pengembangan rumah sakit. Gambaran di bawah ini yang diucapkan Direktur RSUD X menunjukkan keputusan dalam usaha mengembangkan rumah sakit.

“Sebelum krisis moneter pernah dilakukan uji coba swadana. Bupati sudah memberikan ijin dan mengerti diperlukan dana untuk menambah jasa medis dan memberikan kesempatan pada rumah sakit swasta untuk mempergunakan sumber daya manusia rumah sakit kami dengan sistem *win-win*. Tetapi, karena kenaikan harga barang habis pakai, pendapatan rumah sakit kami terus menurun, insentif atau jasa medis sampai menunggak tidak terbayarkan sehingga gagal uji coba yang dilakukan kembali pada keadaan semula sebelum uji coba. Upaya lain yang diusulkan menurut Surat Keputusan Menteri Kesehatan (SK Menkes) adalah bahwa tarif kelas II ditetapkan sesuai dengan *unit cost*. Dengan kondisi ini diharapkan penentuan tarif yang lain (kelas I dan VIP) dapat digunakan dengan Surat Keputusan (SK) Bupati. Akan tetapi DPRD tidak menyetujui hal ini.”

Lebih lanjut, sang Direktur menyatakan keputusasaannya:

“Dengan SK lebih mudah, karena apabila ada kenaikan harga, tarif bisa disesuaikan dengan SK Bupati. Tetapi DPRD tidak mau, orang di sana hanya berfikir politis, berkeinginan murah dan bagus, tanpa melihat kebutuhan. Sehingga ya... sudah terserah saja semua kebijaksanaan pada Pemerintah Daerah (Pemda) untuk diapakan rumah sakit ini apakah diswastakan

atau kalau perlu ditutup atau jadi agen SDM untuk rumah sakit swasta. ”

Dari keluhan-keluhan tersebut terlihat bahwa masalah ekonomi merupakan hal penting dalam usaha mengembangkan RSUD X. Akan tetapi, patut dicatat bahwa keberhasilan RSUD Banyumas ini masih harus diuji dalam jangka lebih panjang karena salah seorang dokter spesialisnya merencanakan untuk membuka klinik pribadi dengan rawat inap.

1.2 Rumah sakit Milik Militer

Sejarah menunjukkan bahwa sebagian rumah sakit di Indonesia berasal dari program pelayanan kesehatan milik militer di masa kolonial Belanda. Contoh rumah sakit militer paling besar adalah Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat (RSPAD) Gatot Subroto di Jakarta. Pada tahun 1995, di Indonesia terdapat 112 rumah sakit militer yang berinduk pada Angkatan Darat (62), Angkatan Laut (19), Angkatan Udara (19), dan Kepolisian (12). Rumah sakit-rumah sakit militer tersebut misi utama sebenarnya untuk kesehatan militer dan persiapan perang. Pihak militer menganggap bahwa pelayanan rumah sakit bukan urusan pokok sehingga pendanaan rumah sakit tersebut sangat terdesentralisasi dan akibatnya sangat tergantung pada situasi serta kondisi lingkungan bekerja.

Beberapa rumah sakit militer seperti RSPAD Gatot Subroto Jakarta atau Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut (RSPAL) di Surabaya merupakan ujung tombak kemajuan pelayanan kesehatan militer. Peralatan dan SDM dapat mengungguli Rumah Sakit Umum (RSU). RSPAD Gatot Subroto bahkan mempunyai visi untuk menjadi pusat berbagai subspecialis Indonesia dengan mengirimkan sumber daya medisnya untuk melanjutkan pendidikan di luar negeri dan bekerja sama dengan negara maju.

Rumah sakit militer di Bogor lokasinya sangat strategis yaitu di depan Istana Bogor dengan pemandangan indah ke lembah dan

gunung. Potensi rumah sakit ini luar biasa sehingga dapat memanfaatkan posisinya untuk berkembang. Pada sisi ekstrim lain, rumah sakit-rumah sakit militer di daerah terpencil berada dalam keadaan mempertahankan hidup. Rumah sakit militer di kota besar pun ada yang mengalami keadaan yang sulit berkembang, misal rumah sakit militer di Yogyakarta. Walaupun berada di daerah *elite* Kotabaru di Yogyakarta, rumah sakit ini menghadapi kendala pengembangan yang cukup berat. Secara keseluruhan rumah sakit militer saat ini sudah menerima pembayaran langsung dari masyarakat dan berkompetisi dengan rumah sakit lainnya. Pengamatan terakhir menunjukkan bahwa rumah sakit militer benar-benar mengembangkan suatu sistem manajemen yang berorientasi pada kompetisi.

1.3 Rumah sakit Swasta Milik Yayasan Keagamaan dan Kemanusiaan

Di Indonesia, pemilikan rumah sakit oleh yayasan mempunyai sejarah panjang yang bersumber dari masa kolonial Belanda, terutama rumah sakit Kristen dan Katolik. Di berbagai kota, rumah sakit swasta besar dimiliki oleh lembaga-lembaga keagamaan misalnya: Rumah Sakit (RS) Bethesda di Yogyakarta, RS PGI Cikini di Jakarta, RS Charitas di Palembang, RS St. Elisabeth di Semarang, RS PKU Muhammadiyah di Yogyakarta. Perkembangan menarik terjadi saat ini yaitu sumbangan dana-dana kemanusiaan yang menjadi sumber tradisional pendanaan ternyata semakin berkurang, kecuali pada beberapa rumah sakit Islam. Filosofi pemilik rumah sakit ini mempengaruhi pola manajemen dan situasi rumah sakit. Sebagai contoh, rumah sakit keagamaan yang dimiliki oleh lembaga keagamaan yang konservatif terlihat sangat berhati-hati dalam melakukan investasi untuk pengembangan.

Dalam perkembangannya, rumah sakit keagamaan Kristiani yang berasal dari semangat misionaris tersebut saat ini justru terkenal sebagai rumah sakit untuk kelas menengah ke atas, atau dalam arti lain tarif sebagian besar kelas perawatannya adalah mahal. Hal ini wajar

terjadi karena untuk biaya operasional, bantuan dari *charity funds* sudah berkurang tajam. Di beberapa rumah sakit misionaris, boleh dikatakan dana sumber pendanaan dari kemanusiaan sudah mendekati nol persen. Walaupun demikian, rumah sakit keagamaan tersebut masih berusaha memberikan pelayanan kesehatan untuk orang miskin dengan konsep subsidi silang.

Pada beberapa daerah, masih ada rumah sakit Kristiani yang berusaha untuk tetap pada semangat misionaris, bahkan RS Elim di Sulawesi Selatan menolak keras pengaruh perbedaan kelas di masyarakat. Rumah sakit tetap bertahan menyelenggarakan pelayanan murah yang seragam, walaupun sebagian masyarakat ada yang meminta pelayanan yang lebih baik dengan membayar lebih mahal.

Sebagai jawaban terhadap perubahan yang terjadi, sebagian besar pengambil keputusan di rumah sakit keagamaan masih melihat perubahan yang ada tanpa strategi pengembangan yang jelas. Hal ini dapat membawa suatu risiko yaitu rumah sakit keagamaan akan menjadi lembaga usaha yang praktis untuk mencari keuntungan atau untuk menghidupi SDM. Hal ini disebabkan hilangnya subsidi dan kenyataan bahwa pelayanan kesehatan semakin mahal serta tenaga kesehatan semakin menuntut pendapatan yang tinggi. Sudah menjadi kenyataan bahwa justru rumah sakit keagamaan menjadi: 1) tempat bagi sebagian dokter spesialis untuk meningkatkan pendapatan setinggi-tingginya; dan 2) tempat penjualan yang baik bagi industri farmasi.

Subsidi yang mengecil ini mengakibatkan rumah sakit keagamaan kesulitan mencari sumber dana bagi orang miskin. Sementara itu, penggalan dana-dana kemanusiaan sama sekali tidak dilakukan secara sistematis. Dalam melayani orang miskin, pengamatan menunjukkan bahwa sebagian direktur rumah sakit keagamaan berkeinginan menerapkan konsep subsidi silang yaitu keuntungan dari kelas atas akan diberikan kepada orang miskin yang sakit. Akan tetapi, patut dicatat bahwa pendekatan subsidi silang dalam era manajemen modern sama sekali tidak masuk akal. Dalam persaingan ketat tidak mungkin diharapkan bahwa semua orang kaya yang sakit bersedia mensubsidi orang miskin yang sakit. Orang kaya yang sakit mencari pengobatan yang terbaik dan paling efisien. Berbagai pengamatan

menunjukkan bahwa konsep subsidi silang ternyata tidak ada, ataupun jika ada, subsidi silang ini akan menggerogoti aset dan kemampuan investasi rumah sakit keagamaan.

Penelitian Abeng dan Trisnantoro (1997) di sebuah rumah sakit swasta menunjukkan bahwa tarif kamar VIP berada di bawah *unit cost*. Hal yang dikhawatirkan adalah justru pasien kelas bawah memberikan subsidi ke kelas atas. Hal ini mungkin terjadi karena harga obat yang mempunyai keuntungan yang sama besarnya antara kelas atas dan kelas bawah, sedangkan jumlah pasien kelas bawah jauh lebih banyak di banding dengan kelas atas. Konsep subsidi silang, apabila dilakukan secara murni, akan menurunkan daya kompetitif sebuah rumah sakit, termasuk daya kompetitif internasional.

Pendekatan subsidi silang ini secara praktis mengharapkan direktur rumah sakit melakukan pekerjaan yang sangat berat yaitu sebagai manajer lembaga pelayanan kesehatan, sekaligus sebagai pengatur redistribusi pendapatan masyarakat yang *notabene* adalah tanggung jawab pemerintah atau yayasan pemilik rumah sakit. Dapat dibayangkan bahwa beban direktur dan sistem manajemen menjadi sangat berat dalam melakukan subsidi silang ini yang sebenarnya berada di luar jangkauan mereka. Pada kasus ekstrim, sebuah rumah sakit keagamaan besar harus mensubsidi rumah sakit keagamaan kecil atau bahkan mensubsidi sekolah-sekolah atau panti asuhan. Keadaan ini mencerminkan ketidaksiapan rumah sakit keagamaan bersaing dengan rumah sakit lain yang tidak terbebani misi sosial.

Hal penting lain yang mengesankan ketidaksiapan rumah sakit keagamaan menjadi rumah sakit yang berbasis pada sistem manajemen modern adalah keengganan mengembangkan diri menjadi lebih efisien dan kompetitif. Salah satu hal penting di sini adalah bentuk kerja sama antarrumah sakit keagamaan. Sampai saat ini belum ada sistem jaringan antarrumah sakit keagamaan yang mencerminkan efisiensi dan daya saing yang tinggi. Berbagai bukti pada sektor lain seperti makanan dan perhotelan, serta keadaan rumah sakit keagamaan di Amerika Serikat menunjukkan bahwa sistem jaringan merupakan jawaban peningkatan efisiensi dan daya saing. Perubahan ke arah jaringan ini memang sulit, apalagi merubah dari suatu sistem yang

sudah terbiasa sendiri-sendiri menjadi suatu jaringan. Hal ini berbeda dengan Hotel Ibis atau Novotel yang membuat jaringan dari kegiatan yang baru sama sekali.

Kasus Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta dan Rumah Sakit Bethesda Serukam Pontianak

Dua rumah sakit Kristen yang kontras keadaannya akibat lingkungan dapat dipaparkan sebagai studi kasus menarik. Rumah sakit Bethesda di Yogyakarta merupakan rumah sakit swasta terbesar di Yogyakarta. Rumah sakit Bethesda mempunyai lingkungan baik untuk pengembangan usahanya dan telah menjadi rumah sakit yang sistem manajemennya sudah menyerupai badan usaha yang progresif. Pelayanan perawatan medis saja mempunyai sekitar 10 kelas, mulai dari yang paling murah hingga yang super VIP. Bandingkan dengan RS Elim di Sulawesi Selatan yang menolak keras adanya perbedaan kelas perawatan.

Di samping pelayanan medis sebagai bisnis inti, RS Bethesda Yogyakarta melakukan berbagai diversifikasi, terutama yang memperkuat bisnis medisnya. Tidak dapat dibayangkan oleh pendiri RS Bethesda seratus tahun yang lalu, bahwa saat ini rumah sakit mempunyai hotel, kantin, ruang pertemuan, sampai warung telepon. Sebelum krisis moneter di penghujung tahun 1990-an RS Bethesda merencanakan ekspansi bisnis dengan mengakuisisi rumah sakit militer yang berada di belakangnya untuk mengembangkan suatu rumah sakit dengan standar internasional. Pengamat luar menyebutkan bahwa perilaku RS Bethesda merupakan tindakan usaha yang agresif. Akan tetapi, agresivitas RS Bethesda ini perlu dikaji dalam hal efektivitas dan efisiensinya. Dipertanyakan apakah sistem manajemen di dalamnya mempunyai kemampuan sebagai suatu *corporate* yang mempunyai berbagai usaha. Dikhawatirkan terjadi suatu kesalahan perencanaan yang fatal, terlebih lagi pada situasi moneter yang banyak ketidakpastiannya. Ketika terjadi pergantian direksi di RS Bethesda selama krisis moneter di Indonesia, terlihat bahwa direksi baru menerapkan sistem manajemen yang tidak agresif, termasuk tidak

meneruskan pengembangan rumah sakit standar internasional.

Rumah sakit Bethesda di Serukam Kalimantan Barat menunjukkan kondisi berbeda. Lingkungan luar RS Bethesda di Serukam tidak dapat diandalkan untuk pemasukan. Sementara itu, dana-dana kemanusiaan (sebagai *charity funds*) menurun. Akibatnya, terjadi penurunan kinerja dan kesulitan menarik staf untuk bekerja di sana. Hal ini dipersulit dengan kenyataan adanya saingan dari rumah sakit di Kuching, Malaysia.

Kasus Rumah Sakit Islam dan Rumah Sakit PKU Muhammadiyah di Yogyakarta

Menurut sejarah, Rumah Sakit Islam (RSI) dibangun lebih belakangan dari rumah sakit keagamaan non-Islam. Hal ini terlihat dari letak bangunan. Rumah sakit-rumah sakit keagamaan Kristiani biasanya berada di jalan-jalan paling strategis di kota-kota besar, misal di Palembang (RS Charitas), Yogyakarta (RS Bethesda dan RS Pantirapih), RS RKZ Surabaya, dan RS Elisabeth Semarang.

Saat ini RSI mulai bangkit dengan pengembangan-pengembangan baru yang dimulai dari fisik. Dengan demikian, banyak dana yang digunakan untuk pengembangan fisik (kasus RSI Klaten, RSI Solo, RSI Yogyakarta).

Rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta merupakan rumah sakit yang tertua dan letaknya strategis, tetapi memiliki lahan yang sangat sempit. Rumah sakit PKU Muhammadiyah bahkan harus membuat kebijakan strategis yang sulit untuk dipilih, apakah tetap berada pada lokasi lama yang sangat sempit ataukah pindah agak ke luar kota.

Masalah yang dapat diamati dari RSI ini adalah efek dari kesibukan untuk membangun secara fisik, kelengkapan fasilitas, ketenagaan medis dan manajerial, serta warisan sejarah yang masih kurang mengakar. Memang menjadi pertanyaan menarik, apakah sistem manajemen yang diimpor dari Barat dapat diadopsi oleh semangat Islami di RSI. Dengan usia RSI yang relatif masih muda, dapat dipahami apabila sistem manajemennya belum tertata dengan

baik.

Keadaan ini dapat dipersulit dengan kondisi moneter saat ini yang pembangunan fisik (konstruksi) dan pembelian alat-alat medis menghadapi kendala nilai "kurs dollar" yang tinggi. Sebagai contoh, pembangunan RSI di Kalasan Yogyakarta saat krisis tentu membutuhkan penanganan yang jauh lebih rumit dibanding rumah sakit-rumah sakit yang telah berdiri dan beroperasi dalam waktu lama. Disinilah sistem manajemen RSI yang baru berada dalam ujian yang berat.

Hal penting lain bagi RSI adalah masalah biaya operasional dan pemeliharaan yang tidak semudah biaya investasi untuk memperolehnya. Akibatnya, terdapat kemungkinan rumah sakit terbangun secara fisik dan tercukupi peralatannya, tetapi tidak mempunyai subsidi untuk operasional dan pemeliharaan. Akibatnya, tarif menjadi tinggi yang sebenarnya berlawanan dengan misi sosial RSI. Sementara itu, belum ada standar sumber pendanaan termasuk pembagian SHU, apakah untuk pemilik ataukah harus dipakai untuk pengembangan.

Sebuah kasus di RSI telah terjadi pertikaian antara pemilik dengan direksi. Pertikaian berlarut-larut hingga terjadi perangkapan jabatan direktur oleh pemilik. Lebih lanjut terjadi masalah hukum akibat situasi ini.

1.4 Rumah sakit Swasta Milik Dokter

Kepemilikan rumah sakit oleh dokter biasanya bersumber dari prestasi klinis seorang dokter. Sebagai contoh, seorang dokter spesialis kebidanan dan penyakit kandungan dapat memiliki rumah sakit melalui perluasan klinik spesialis kebidanan dan penyakit kandungannya. Perluasan klinis ini dimulai dari kesehatan anak dengan membentuk rumah sakit ibu dan anak. Kemudian dapat berkembang menjadi RSU. Adapula rumah sakit khusus yang dimiliki oleh dokter misalnya rumah sakit mata, rumah sakit jiwa, dan lain-lain.

Fenomena saat ini menunjukkan terdapat sejumlah dokter

bersepakat membangun rumah sakit secara bersama-sama. Akan sulit seorang dokter tanpa kerja sama dengan rekan-rekannya membangun dan menjalankan rumah sakit yang lengkap dengan sarana dan prasarana medis yang kompleks. Gaya kepemilikan dokter akan mempengaruhi pola manajemen.

Kasus di Bali, Padang, dan Yogyakarta menunjukkan bahwa dosen-dosen senior di Fakultas Kedokteran biasanya mempunyai rumah sakit kecil atau klinik besar yang menempati areal yang tidak dirancang untuk rumah sakit. Keadaan ini membuat sistem manajemen sulit dikembangkan dengan berlandaskan visi yang mantap. Di samping itu, ada berbagai masalah antara lain keterbatasan lahan, fasilitas, gedung yang semakin menua, dan juga kepemilikan yang merangkap sebagai dokter.

Di tengah tuntutan masyarakat yang semakin kritis akan mutu pelayanan, tuntutan untuk mematuhi Analisis Mengenai Dampak Lingkungan (AMDAL), dan tuntutan hukum, maka sistem manajemen rumah sakit yang dimiliki oleh dokter membutuhkan pemikiran kembali. Beberapa kasus menunjukkan bahwa kemunduran keterampilan klinis pemilik diakibatkan karena usia lanjut sehingga menyebabkan kemunduran rumah sakit. Dengan demikian, timbul berbagai alternatif di masa mendatang bahwa rumah sakit kecil milik para dokter ini mungkin akan *merger* dengan sesamanya atau dibeli oleh rumah sakit besar dan akan berfungsi sebagai satelit-satelitnya.

Pada prinsipnya rumah sakit kecil milik para dokter sulit berkembang menjadi pusat pengembangan teknologi kedokteran. Dikhawatirkan apabila dosen senior terlalu mementingkan praktik di rumah sakit pribadinya maka kemungkinan terjadi stagnasi dalam pengembangan teknologi kedokteran di suatu wilayah, termasuk di tempat yang ada rumah sakit pendidikannya. Keadaan ini sudah tercermin pada berbagai rumah sakit pendidikan pemerintah, yang para dokter senior dan profesor lebih banyak melakukan kegiatan di rumah sakitnya daripada di rumah sakit pendidikan. Hal ini tentu mengurangi laju perkembangan rumah sakit pemerintah. Patut dicatat bahwa kegiatan rumah sakit pribadi pada umumnya adalah kasus-kasus penyakit yang sederhana karena keterbatasan peralatan medik.

1.5 Rumah sakit Swasta Milik Perusahaan yang Mencari Keuntungan

Rumah sakit saat ini sudah dianggap sebagai tempat yang menarik dan potensial untuk menghasilkan keuntungan. Dengan demikian, berbagai perusahaan, terutama yang bersifat konglomerasi memandang perlu untuk mendirikan rumah sakit yang menguntungkan. Kecenderungan lain adalah tantangan pendirian jaringan rumah sakit, seiring dengan ekspansi bisnis konglomerasi. Contoh paling menarik adalah RS Gleneagles Siloam di Karawaci Tangerang yang berinduk pada kelompok perusahaan Lippo. Rumah sakit yang dikelola oleh perusahaan untuk mencari keuntungan ini merupakan fenomena baru yang melanda Indonesia, khususnya di Jakarta pada tahun 1980-an dan 1990-an.

Sejarah rumah sakit ini masih singkat, tetapi dengan naluri bisnis yang baik dan kekuatan modal dan sistem manajemennya, rumah sakit milik perusahaan ini dapat menggantikan peran rumah sakit keagamaan di masa mendatang, apabila rumah sakit lainnya tidak memperbaiki sistemnya. Sistem manajemen rumah sakit yang mencari keuntungan relatif lebih mudah dibandingkan dengan rumah sakit keagamaan atau rumah sakit pemerintah. Sistem manajemen perusahaan dengan mudah dapat diterapkan.

1.6 Rumah sakit Milik Badan Usaha Milik Negara

Beberapa Badan Usaha Milik Negara (BUMN) mempunyai rumah sakit, misalnya Pertamina, PT. Aneka Tambang, PT Pelni, dan berbagai perusahaan perkebunan. Dengan sifat sebagai organ BUMN, maka keadaan rumah sakit tersebut sangat tergantung pada kondisi

keuangan induknya. Rumah sakit Pertamina Pusat terkenal sebagai rumah sakit yang mempunyai peralatan dengan teknologi tinggi karena Pertamina mampu membiayainya dan mempunyai segmen masyarakat yang menuntut penyediaan peralatan dengan teknologi tinggi. Sebaliknya, kondisi PT Timah yang pernah mempunyai masa sulit, mempengaruhi rumah sakitnya hingga dalam kondisi yang sulit untuk berkembang, sehingga rumah sakit dilepas dari induknya.

Isu tentang strategi besar PT Pertamina saat ini, juga mempengaruhi rumah sakit-rumah sakit Pertamina yang tersebar di seluruh Indonesia. Dapat diramalkan apabila Pertamina mempunyai strategi efisiensi maka sebagian rumah sakit diharuskan berubah menjadi pusat keuntungan. Hal ini tentu menuntut keterampilan manajerial yang berbeda dibandingkan ketika rumah sakit-rumah sakit Pertamina dikelola sebagai *cost-centre*.

Perkembangan Rumah sakit dan Ilmu Ekonomi

Dengan memahami perkembangan berbagai rumah sakit dari masa lalu sampai sekarang, secara keseluruhan, perkembangan sejarah rumah sakit menunjukkan bahwa faktor ekonomi merupakan hal penting sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa salah satu faktor penting dalam pertumbuhan ataupun kemunduran rumah sakit adalah aspek ekonomi. Tanpa adanya sumber dana cukup, perkembangan rumah sakit akan sulit berjalan. Tanpa insentif ekonomi memadai bagi sumber daya manusia, sebuah rumah sakit akan kesulitan menarik tenaga yang menjadi penentu keberhasilan pelayanan rumah sakit. Pertanyaan pentingnya adalah apakah para pengambil kebijakan dan pengelola rumah sakit mau dan mampu mempelajari ilmu ekonomi untuk merumuskan kebijakan dan mengelola rumah sakit di Indonesia.