

PRAKATA

Aplikasi ekonomi dalam manajemen rumah sakit merupakan suatu topik menarik untuk dibahas. Buku ini bertujuan membahas berbagai aspek aplikasi ekonomi, khususnya ekonomi mikro dalam manajemen rumah sakit. Ide untuk menulis buku ini timbul ketika saya sebagai dokter melanjutkan pendidikan pada Program Master dalam Ekonomi Kesehatan di *University of York* pada tahun 1989 dan saat mengikuti program Ph.D di *London School of Hygiene and Tropical Medicine* (bekerja sama dengan *London School of Economics and Political Sciences*) pada awal tahun 1990-an. Pada saat mengikuti pendidikan timbul gagasan untuk menulis buku mengenai aplikasi ekonomi dalam manajemen rumah sakit yang dapat dibaca dengan mudah oleh manajer rumah sakit yang sebagian besar adalah dokter.

Pada saat itu dan sampai sekarang, di Indonesia belum ada buku mengenai penggunaan ilmu ekonomi yang ditujukan untuk para manajer, dokter, dan tenaga kesehatan di rumah sakit. Dengan kombinasi antara pendidikan dokter dan pendidikan ekonomi serta berbagai penelitian manajemen rumah sakit yang dilakukan selama 10 tahun terakhir, maka buku ini ditulis untuk memahami aplikasi ilmu ekonomi dalam manajemen rumah sakit dengan bahasa yang diharapkan dapat dipahami oleh tenaga kesehatan, sehingga berbagai kurva dan grafik yang merupakan ciri khas buku ekonomi memang sengaja untuk tidak dibahas secara detail. Bagi ekonom, buku ini dapat dijadikan bacaan untuk melihat bagaimana manajemen rumah sakit menerapkan ilmu ekonomi.

Sebagai pengantar, kebutuhan rumah sakit akan ekonomi perlu ditelusuri dari masa ke masa yaitu rumah sakit sebagai suatu lembaga tidaklah terlepas dari dokter selaku profesi yang berusaha menyembuhkan anggota masyarakat dari sakit. Dalam hal ini perlu dilihat

bahwa pada masa lampau peran ilmu ekonomi masih terbatas. Sebagai suatu terjemahan dari kata Belanda *Zieken Huis*, rumah sakit di Indonesia sangat dipengaruhi oleh profesi dokter, bukan oleh ekonom atau manajer. Keterlekatan dengan dokter ini menyebabkan rumah sakit identik dengan dokter, termasuk juga cara berpikir dan bekerja. Sebagai gambaran ketika tahun 2000 ini ada penggunaan Undang-Undang (UU) Perlindungan Konsumen mengenai rumah sakit sebagai lembaga usaha, Ikatan Dokter Indonesia (IDI) bereaksi dengan menyatakan bahwa UU Perlindungan Konsumen tidaklah tepat dikenakan kepada rumah sakit. Dengan demikian, ada suatu kesan bahwa lembaga rumah sakit bukanlah lembaga usaha yang harus mematuhi UU Perlindungan Konsumen, serta merupakan lembaga yang identik dengan perkumpulan dokter.

Apabila ditelusuri lebih lanjut ada suatu pertanyaan kritis: apakah profesi dokter merupakan profesi seperti pekerja sosial, pendeta atau ulama yang sama sekali tidak mempunyai ikatan jual beli? Hal ini yang perlu diperhatikan dengan seksama. Profesi dokter, apabila bekerja sendiri melakukan praktik perorangan dapat berperilaku sebagai seorang ulama. Sebagaimana lazimnya, seorang ulama apabila diundang untuk memberikan jasa profesinya, seperti memberikan ceramah keagamaan, maka sang ulama tidak memberikan tarif berapa biayanya. Pihak pengundang dengan sukarela dapat memberikan biaya transpor ataupun sekedar penghargaan materi bagi ulama tanpa nilai rupiah yang ditetapkan. Bahkan pihak pengundang pun dapat tidak membayar sama sekali, apabila memang tidak mampu. Perilaku seperti ini juga terdapat pada dokter yang praktik sendiri. Di dalam praktik dokter secara perorangan kemungkinan tidak ada tarif pasti. Pembayaran sering diserahkan kepada pasien sendiri berdasarkan kelaziman.

Akan tetapi, ketika seorang dokter berpraktik di lembaga rumah sakit, terjadilah apa yang disebut penetapan tarif. Tindakan ini memberikan petunjuk kepada pasien berapa rupiah yang harus disediakan untuk mendapatkan jasa seorang dokter dan seluruh kegiatan penyertanya di rumah sakit. Terjadilah apa yang disebut sebagai transaksi ekonomi. Pasien mendapat pelayanan, sementara

dokter akan mendapatkan jasa medik. Atau dengan kata lain, ada pembeli pelayanan kesehatan dan ada penjual jasa yang disebut sebagai pasar pelayanan kesehatan. Di berbagai negara, memang pasar pelayanan kesehatan tidak ada karena pemerintah mampu untuk membelikan bagi seluruh rakyat dari hasil usaha negara dan pajak, misal: Brunei, Saudi Arabia, dan berbagai negara di Skandinavia. Keadaan ini hanya dapat terjadi pada negara yang mempunyai sumber ekonomi kuat. Hampir di seluruh negara berkembang, terjadilah apa yang disebut sebagai sistem pelayanan kesehatan berbasis pada pasar dan peran negara terbatas dalam memberikan intervensi berupa subsidi ke berbagai pihak yang membutuhkan.

Dengan demikian, rumah sakit merupakan lembaga tempat dokter bekerja yang hanya dapat beroperasi apabila ada sumber ekonomi. Tidak mungkin rumah sakit dapat berjalan tanpa ada sumber keuangan yang terkelola dengan baik. Oleh karena itu, rumah sakit menggunakan berbagai mekanisme manajemen untuk hidup dan berkembang. Di sinilah rumah sakit sebagai suatu lembaga dapat dibedakan dari masjid atau gereja. Untuk hidup dan berkembang rumah sakit memerlukan sumber dana yang besar.

Kebutuhan penduduk meningkat, penyakit semakin kompleks, dan teknologi kedokteran serta perawatan yang semakin tinggi menuntut tersedianya dana untuk investasi, operasional, dan pemeliharaan. Apabila dibandingkan dengan masjid, gereja, atau panti asuhan, biaya investasi dan operasional rumah sakit sangat tinggi. Dalam hal ini menarik untuk diperhatikan bahwa pada kalangan keagamaan terdapat kecenderungan membuat rumah sakit seperti membangun tempat ibadah. Pada saat pembangunan, sumber dana dapat dicari dengan relatif mudah, tetapi ketika berjalan rumah sakit tersebut kekurangan biaya operasionalnya karena tidak ada yang memberikan sumbangan.

Berlatar belakang pada kenyataan ini, rumah sakit dapat dilihat sebagai suatu lembaga usaha yang membutuhkan berbagai konsep ekonomi dan manajemen yang mungkin asing bagi para dokter atau pemilik rumah sakit. Rumah sakit tidak lagi harus dipandang sebagai suatu lembaga yang hanya bersandar pada norma-norma dan etika

profesi dokter, tetapi lebih mengarah pada suatu lembaga yang harus hidup secara bermutu, berkembang, dan mempunyai dasar etika berbagai profesi dan mempunyai etika bisnis. Dengan demikian, rumah sakit bukanlah lembaga yang hanya menggunakan prinsip-prinsip kedokteran atau kesehatan. Rumah sakit merupakan lembaga multiprofesional yang menghasilkan berbagai produk pelayanan kesehatan yang bermutu tetapi harus tetap memperhatikan aspek sosialnya. Buku ini akan membahas mengenai rumah sakit sebagai suatu lembaga yang tidak identik dengan perkumpulan dokter, namun lebih sebagai suatu lembaga yang berisi berbagai profesional.

Sifat rumah sakit yang unik ini perlu menggunakan berbagai ilmu untuk meningkatkan mutu pelayanan. Ekonomi merupakan salahsatu ilmu yang dapat dipergunakan. Dalam hal ini memang ada suatu pandangan yang menyamakan ekonomi dengan ilmu dagang di kesehatan. Sebuah ungkapan populer di kalangan dokter menyatakan bahwa:

”... menjadi dokter adalah baik, menjadi pedagang adalah baik, namun menjadi dokter yang pedagang adalah tidak baik”

Dalam hal ini sebaiknya pemahaman ilmu ekonomi jangan dianggap sebagai suatu konsep dagang. Ekonomi haruslah dipandang sebagai suatu alat untuk menerangkan berbagai perilaku di rumah sakit dan kalangan kesehatan. Tanpa pemahaman ilmu ekonomi, akan terjadi keadaan di kalangan dokter yang justru berlawanan dengan idealisme dalam masyarakat yang beradab.

Sebagai contoh, berbagai praktik tidak terpuji dapat dilakukan oleh dokter, misalnya pembatasan jumlah spesialis oleh sekelompok spesialis yang sangat berpengaruh dalam proses pendidikan dokter spesialis dan penempatan lulusan, di suatu tempat dan waktu yang mengarah ke praktik kartel. Sengaja atau tidak disengaja, praktik kartel ini dapat dilihat pada jumlah spesialis di berbagai kota besar. Contoh lain, penggunaan kewenangan untuk memasok bahan tertentu untuk praktik di rumah sakit. Hal ini dapat dilihat pada kasus oknum dokter yang hanya mau melakukan kegiatan mediknya apabila pasien membeli peralatan medik dari dokternya, bukan dari rumah sakit.

Praktik ini menjurus kepada perdagangan tidak sehat. Contoh berikutnya, penggunaan obat yang tidak rasional ataupun pembelian obat di tempat-tempat tertentu yang diarahkan karena dokter mempunyai insentif ekonomi. Hal ini merupakan praktik yang menjurus ke kolusi antara dokter dan industri farmasi. Praktik-praktik ini dalam kaidah ilmu ekonomi merupakan hal yang tidak terpuji, bahkan di beberapa negara dapat dituntut. Dengan demikian, ada berbagai sisi lain dari ilmu ekonomi yang akan berguna untuk dipergunakan di sektor kesehatan.

Dalam hal ini ekonomi menjadi ilmu yang sangat menarik untuk dipakai dalam mengelola rumah sakit. Sebenarnya ekonomi tidak hanya dipakai untuk mengelola rumah sakit, tetapi juga menerangkan perubahan yang terjadi di lingkungan rumah sakit. Sebagai suatu ilmu sosial, ekonomi dapat dipergunakan untuk menerangkan mengenai kebijakan politik di Indonesia. Hal ini dapat disebut sebagai ekonomi politik yang mampu menganalisis mengapa anggaran untuk pelayanan kesehatan di Indonesia sangat rendah dibanding dengan negara-negara lain. Kebijakan negara mengenai subsidi tentunya terkait dengan keadaan ekonomi dan pandangan politik mengenai pasar dan subsidi. Adanya program Jaring Pengaman Sosial (JPS) untuk pelayanan rumah sakit tentunya berlatar belakang pada masalah ekonomi di masyarakat dan pemerintahan. Dalam hal ini, pemahaman ilmu ekonomi mengenai *private-goods* dan *public-goods* perlu dikembangkan untuk semua pihak yang terkait dengan alokasi anggaran pelayanan kesehatan.

Ilmu ekonomi dapat pula dipergunakan untuk menerangkan mengapa terjadi pelayanan rumah sakit pemerintah bermutu rendah. Hal ini terjadi akibat kekurangan dana operasional dan insentif sehingga rumah sakit tidak mampu menarik para profesional bekerja dengan sepenuh hati. Dengan teori ilmu ekonomi mikro, perilaku-perilaku pemberi pelayanan kesehatan dapat dianalisis dan akan dicocokkan dengan perilaku masyarakat sebagai pembeli atau penerima subsidi pelayanan kesehatan. Dengan pemahaman seperti ini maka pelayanan kesehatan sebenarnya dapat disebut sebagai suatu komoditi dagang yang harus diperlakukan secara hati-hati.

Sebuah kasus aneh dari segi ekonomi terjadi di sebuah Rumah Sakit Daerah (RSD) yang berada di dekat area tambang. Peraturan Daerah (Perda) yang mengatur mengenai tarif di RSD tersebut disusun berdasarkan asumsi bahwa semua orang miskin. Tarif untuk *general check-up* di RSD tersebut ditetapkan tidak boleh lebih dari Rp15.000,00. Tarif ini berada jauh di bawah *unit cost*. Sementara itu, perusahaan tambang mempunyai anggaran untuk pemeriksaan *general check-up* sebesar Rp165.000,00 per orang. Terjadi keadaan yaitu pembeli mempunyai keinginan besar untuk memperoleh pelayanan tetapi sifat RSD sebagai lembaga yang diatur dengan birokrasi yang ketat membuat hubungan kerja tidak terjadi. Perusahaan tambang tersebut kemudian melakukan kegiatan pembelian *check-up* untuk sekitar 1.400 karyawannya di rumah sakit swasta yang berada pada jarak 100 km dari RSD. Perusahaan tambang tersebut harus menambah biaya transpor dan perjalanan dinas untuk karyawan yang akan diperiksa kesehatannya. Contoh ini merupakan salah satu kasus yang perlu dikaji secara ekonomi untuk mencari penyelesaian masalah dengan baik.

Kerangka Buku ini

Buku ini berusaha mengembangkan pemahaman mengenai pemakaian ilmu ekonomi untuk manajemen rumah sakit. Secara keseluruhan buku ini tersusun atas lima bagian, yaitu:

Bagian I membahas mengenai perkembangan sistem manajemen rumah sakit di Indonesia dan berbagai kebijakan kontemporer, termasuk adanya otonomi rumah sakit. Latar belakang sejarah dan kebijakan kontemporer ini sangat penting untuk penggunaan ekonomi dalam manajemen rumah sakit. Dalam Bagian I ini perkembangan sistem manajemen dilihat dari zaman Belanda yang sistemnya memang bertumpu pada pelayanan kesehatan untuk militer dan birokrat serta penyebaran agama. Tidak mengherankan apabila sistem manajemennya cenderung birokratis ataupun sangat menekankan pada indikator kemanusiaan. Penguasaan ilmu ekonomi bukan merupakan

tradisi dalam mengelola rumah sakit. Akan tetapi, perkembangan lingkungan sektor kesehatan, termasuk keadaan ekonomi negara dan rakyat, serta perkembangan teknologi memaksa sistem manajemen berubah secara bertahap. Pada Bagian I ini akan dibahas sebuah perubahan besar dalam kebijakan rumah sakit khususnya milik pemerintah karena adanya otonomi. Dengan adanya otonomi rumah sakit berarti para manajer dan pemilik rumah sakit dihadapkan pada berbagai tantangan yang membutuhkan ilmu ekonomi.

Untuk memahami ilmu ekonomi secara ringkas maka Bagian II disusun dengan suatu asumsi bahwa para pembaca akan mendalami lebih lanjut mengenai ilmu ekonomi dengan cara membaca buku-buku ekonomi, khususnya ekonomi mikro. Bagian II merupakan gambaran singkat mengenai ilmu ekonomi yang dipergunakan dalam sektor kesehatan. Model yang dibahas adalah *Circular Flow*, dan *demand and supply*. Di samping itu, Bagian II akan membahas pula aspek ekonomi dalam pengambilan keputusan. Bahasan ini merupakan intisari cabang ilmu ekonomi yang disebut sebagai ekonomi manajerial. Ekonomi manajerial menekankan bahwa pengambilan keputusan merupakan hal yang mengandung risiko tetapi merupakan suatu hal yang dapat dipelajari. Pada Bagian II ini dibahas pula masalah penting yang sering dicampuradukkan, yaitu pernyataan normatif dan pernyataan positif dalam ekonomi. Sampai saat ini, sektor kesehatan di Indonesia masih sering didominasi oleh pernyataan normatif, misalnya “pelayanan untuk orang miskin harus bermutu tinggi, tetapi pasien miskin tersebut tidak perlu membayar”. Sementara itu, pernyataan positif yang ada adalah: “Pelayanan rumah sakit pemerintah akan bermutu rendah jika orang miskin tidak membayar dan tidak ada subsidi cukup dari pemerintah”. Dalam praktik akhirnya sering terjadi pernyataan normatif dipaksakan untuk mengatur dunia nyata tanpa memperdulikan pernyataan positif yang mengandung sebab-akibat. Bagian II akan banyak membahas pendekatan ekonomi positif dengan latar belakang norma-norma yang ada di sektor kesehatan.

Bagian III membahas aplikasi ekonomi khususnya dalam manajemen sehari-hari di rumah sakit. Pembahasan tetap berdasar

model *Circular Flow*. Model ini memuat kajian mengenai perilaku rumah tangga dan perorangan dalam mengkonsumsi rumah sakit dan kajian rumah sakit sebagai suatu firma. Pada pembahasan mengenai perilaku masyarakat dan rumah tangga membutuhkan berbagai pemahaman khusus, seperti *supplier induced* dan *reduced demand*. Hal ini disebabkan oleh adanya hubungan khusus antara pasien dan dokter yang bertindak atas diri pasien dan rumah sakit sebagai lembaga yang merawat pasien. Hubungan ini jarang ditemui di sektor-sektor kehidupan lain.

Pada Bagian III, prinsip-prinsip ekonomi yang harus diperhatikan oleh rumah sakit sebagai suatu firma dibahas dengan cukup detail. Berbagai tantangan manajemen seperti penetapan tarif, masalah penghitungan *unit cost* sampai pada investasi akan dikaji.

Perilaku ekonomi rumah sakit dan tenaga dokter dibahas pada Bagian IV. Perilaku rumah sakit dapat digambarkan sebagai suatu hubungan dinamis antara rumah tangga dan rumah sakit sebagai suatu lembaga usaha. Perilaku ini sangat tergantung pada jenis rumah sakitnya; apakah *for-profit* atau *non-profit*. Namun, sebenarnya perilaku rumah sakit dipengaruhi oleh *stakeholders* di dalamnya. Perilaku pemilik, manajer, dan para dokter sangat penting dikaji.

Dalam Bagian IV, perilaku dokter spesialis dibahas secara mendalam karena dokter sangat mempengaruhi mutu pelayanan rumah sakit. Berbagai konsep penting seperti mekanisme pembayaran dokter, *life-cycle* profesi dokter, hingga masalah standarisasi pendapatan dokter merupakan hal penting. Di samping itu, aspek pasar tenaga dokter sebagai faktor produksi rumah sakit yang mempunyai karakteristik khas dibahas secara mendalam dari sudut pandang ekonomi.

Bagian III dan Bagian IV telah membahas mengenai berbagai fakta dalam mengelola rumah sakit yang terkait dengan ekonomi. Fakta-fakta yang sudah dibahas dengan pernyataan positif dalam ekonomi ini perlu dilihat dalam konteks pernyataan *normative*. Pada prinsipnya Bagian V bertujuan membahas hubungan antara ekonomi, konsep bisnis dan etika bisnis rumah sakit dalam konteks perubahan sistem manajemen rumah sakit. Dengan adanya kata kunci etika, maka

ada berbagai norma yang sebaiknya dianut oleh rumah sakit. Pembahasan dimulai dari pemaparan mengenai perilaku industri farmasi yang berorientasi pada memaksimalkan keuntungan. Perilaku industri farmasi yang mencari keuntungan pada kenyataannya berinteraksi dengan sektor rumah sakit yang mempunyai tradisi berperilaku sosial seperti yang dipaparkan pada Bagian I.

Interaksi antara perilaku mencari untung dan perilaku sosial di rumah sakit merupakan hal menarik untuk dibahas. Dibayang-bayangi kegiatan yang bekerja bersama dengan industri farmasi yang mempunyai sifat profit, rumah sakit mengalami suatu perkembangan dari suatu sistem yang dilandasi misi sosial menjadi lembaga usaha yang berfungsi sosial. Perkembangan ini dibahas dalam Bagian V dengan menggunakan indikator yang diharapkan dapat dipakai untuk mengukur aspek sosial dan bisnis rumah sakit. Pada Bab ini dikemukakan suatu bahasan mengenai etika bisnis rumah sakit yang sangat *normative* dan mungkin akan menjadi khayalan belaka. Pertanyaan penting yang akan dibahas adalah apakah norma-norma ekonomi, etika dokter, dan etika bisnis rumah sakit dapat berjalan berdampingan?

Dengan membaca seluruh Bab pada buku ini pembaca diharapkan dapat semakin memahami aplikasi ilmu ekonomi pada sektor kesehatan. Dengan pemahaman yang utuh maka diharapkan para manajer rumah sakit dan tenaga kesehatan akan memahami bahwa ilmu ekonomi bukanlah ilmu untuk mencari keuntungan semata, tetapi mempunyai banyak dimensi yang sesuai dengan hakikat lembaga pelayanan kesehatan untuk memberikan pelayanan bermutu yang mencerminkan keadilan.

Pepatah lama menyatakan bahwa "*tak kenal maka tak sayang*". Semoga dengan mengenali ilmu ekonomi akan semakin banyak makna ilmu ekonomi yang relevan dipergunakan dalam mengelola rumah sakit. Di samping itu, seperti yang terlihat dalam bab-bab yang ada, di Indonesia masih sedikit penelitian mengenai aplikasi ilmu ekonomi pada manajemen serta kebijakan rumah sakit. Dengan demikian, diharapkan buku ini bermanfaat tidak hanya bagi para manajer rumah sakit dan tenaga kesehatan, tetapi juga bagi para

peneliti agar terpacu untuk melakukan penelitian baru di bidang kesehatan dengan sudut pandang ilmu ekonomi. Sebagai catatan buku ini ditulis dalam usaha untuk menjadi sebuah buku teks yang tentunya banyak menyederhanakan berbagai hal kompleks di sektor rumah sakit. Di samping itu, karena sifatnya yang lintas disiplin ilmu, tentu ada berbagai bahasan yang terlihat terlalu dangkal.

Penulisan buku ini mengalami masa-masa sulit untuk penyelesaiannya karena kesibukan saya sebagai pengajar di Fakultas Kedokteran UGM, pengelola Magister Manajemen Rumah Sakit UGM antara tahun 1992-1998, dan pengelola Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan FK UGM, Yogyakarta. Beruntung ada dua pihak yang sangat membantu penyusunan buku ini. yaitu *Toyota Foundation* yang memberikan dana penelitian untuk sejarah pelayanan kesehatan di Indonesia dan Harvard University. Dengan adanya kesempatan melakukan studi yang dibiayai oleh *Freeman Foundation* di Harvard Medical School buku ini dapat diselesaikan di Boston. Untuk itu terima kasih kepada teman-teman dari Fakultas Ekonomi UGM, Dr. Bambang Purwanto, M.A., Ph.D., ahli sejarah ekonomi dari Fakultas Ilmu Budaya UGM, Drs. Bahaudin, dan dr. Pinzon yang telah membantu dalam penulisan buku ini serta tentunya para mahasiswa FK UGM, Pascasarjana UGM, serta para staf Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan UGM, Yogyakarta.

Sekip, Yogyakarta – Longwood Medical Area, Boston