

BAB I

DINAMIKA LINGKUNGAN USAHA RUMAH SAKIT

Yogyakarta yang tergolong kota berukuran sedang, merupakan lingkungan usaha berbagai rumah sakit. Berbagai rumah sakit terdapat di kota ini seperti rumah sakit keagamaan, antara lain RS Bethesda, RS Panti Rapih, RS PKU Muhammadiyah dan rumah sakit kecil lainnya. Yogyakarta juga memiliki rumah sakit pendidikan, yaitu RS Dr. Sardjito (yang terletak di luar batas kota, Kabupaten Sleman) yang merupakan rumah sakit pendidikan Fakultas Kedokteran UGM. Di samping itu, Pemerintah Kota Yogyakarta juga memiliki rumah sakit. Tahun 2001, RS Dr. Sardjito membuka bangsal VIP baru. Bangsal tersebut dinamai Paviliun Cendrawasih. Paviliun ini dibukan menyusul paviliun Wijaya Kusuma yang dinilai terlalu penuh. RS Dr. Sardjito mempunyai proyek raksasa berupa pembangunan *Central*

Operating Theatre (COT) dengan *soft-loan* dari pemerintah Austria.

RS Bethesda merupakan RS swasta terbesar di Yogyakarta yang berlokasi di Jalan Jendral Sudirman. Jalan tersebut akhir-akhir ini bertambah ramai kendaraan sehingga seringkali jalan tersebut macet. RS Bethesda pada tahun-tahun sebelum krisis ekonomi terjadi (sekitar tahun 1997) merencanakan membangun rumah sakit bagi para eksekutif bekerja sama dengan pihak luar negeri. Akan tetapi, rencana ini dibatalkan. Sementara itu, RS Panti Rapih mengembangkan berbagai rumah sakit satelit; di utara kota memperluas RS Panti Nugroho, di timur dengan RS Panti Rini, dan di selatan mengembangkan RS Ganjuran. RS PKU Muhammadiyah sedang mengembangkan membuat rumah sakit kedua karena kompleks rumah sakit yang berada di Jalan KHA Dahlan sudah tidak mampu menampung pasien dan keluarganya. Dengan area parkir yang sangat sempit dan jalan yang semakin macet, keputusan untuk membuka rumah sakit kedua menjadi suatu hal yang penting. Happy Land sebuah rumah sakit modern dengan konsep inovatif yang memadukan antara pelayanan kesehatan, perbelanjaan, dan rekreasi dibuka di daerah Timoho, kawasan pemukiman mahal di tengah kota Yogya. Sementara itu sebuah rumah sakit bertaraf internasional akan dibuka di daerah utara kota Yogyakarta. Di samping berbagai rumah sakit umum, di Yogyakarta terdapat pula rumah sakit khusus mata, yaitu RS Mata Dr. Yap yang mempunyai akar sejarah panjang. Dengan mengutamakan kestabilan usaha, RS Mata Dr. Yap terlihat berkembang pesat dengan dukungan tenaga medis dari Fakultas Kedokteran UGM.

Boston, sebuah kota di pantai timur Amerika Serikat, merupakan tempat Universitas Harvard. Universitas ini mempunyai Fakultas Kedokteran terkemuka di dunia. Di samping Universitas Harvard, Boston juga memiliki beberapa perguruan tinggi lain seperti Tufts University, Boston University, dan University of Massachussets yang masing-masing mempunyai fakultas kedokteran pula. Rumah sakit-

rumah sakit di Boston terkenal sebagai rumah sakit papan atas dalam mutu pelayanan dengan standar internasional. Dalam waktu sepuluh tahun terakhir ini berbagai perkembangan baru muncul. Perkembangan tersebut terutama mengenai penggabungan beberapa rumah sakit dalam satu lembaga. Massachusetts General Hospital, Brigham and Women Hospital yang biasanya bersaing sengit, bergabung menjadi satu kelompok pada tahun 1994 dengan nama *Partners Health Care*.

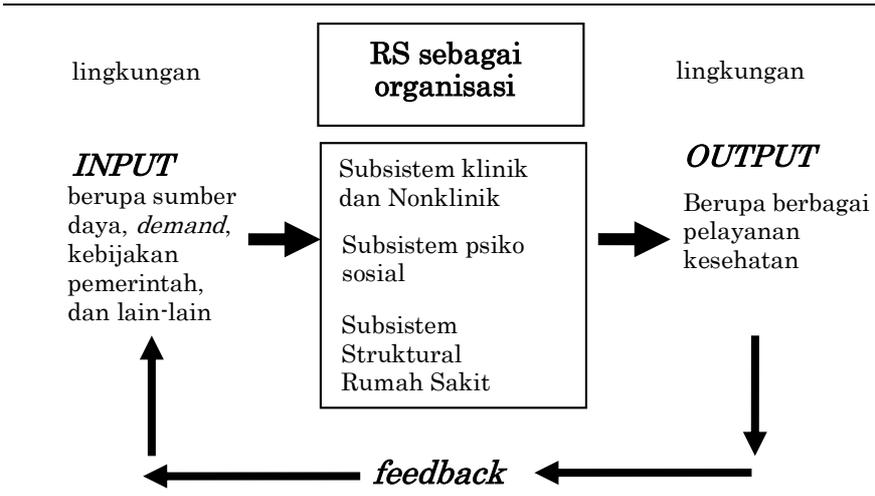
Penggabungan ini bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan yang mencakup rumah sakit pendidikan, pelayanan-pelayanan spesialisik, pelayanan di masyarakat, dan kelompok dokter. Salah satu tujuan penggabungan ini yaitu untuk menghadapi tekanan perusahaan-perusahaan asuransi kesehatan yang menggunakan sistem *managed health care*. Tahun 1998, kelompok *Partners Health Care* menggabungkan dua lembaga yaitu antara Brigham and Women's Hospital dengan Faulkner Hospital menjadi Brigham and Women's/Faulkner Hospitals. Penggabungan ini dilakukan dengan tujuan agar terjadi pemisahan-pemisahan kasus. Untuk penanganan kasus-kasus yang bersifat tersier dilakukan di Brigham and Women's Hospital, sedangkan kasus-kasus yang bersifat pelayanan sekunder dan primer serta pasien-pasien mental dilakukan di RS Faulkner. Rumah sakit lain juga melakukan penggabungan, misalnya RS Katolik Diaconess bergabung dengan RS Beth Israel menjadi RS Beth Israel Diaconess. Dari hal ini dapat dilihat terjadinya suatu proses penggabungan antarrumah sakit yang dulunya masing-masing bersaing ketat.

1. Konsep Pemikiran Mengenai Perubahan Lingkungan

Jika diperhatikan dinamika lingkungan usaha rumah sakit terjadi hampir di berbagai penjuru dunia. Metafora organisasi rumah sakit sebagai makhluk hidup juga terlihat di rumah

sakit-rumah sakit di Yogyakarta, Boston dan bahkan di seluruh dunia. Di seluruh dunia, para manajer rumah sakit perlu memperhatikan secara seksama dinamika lingkungan. Tanpa memperhatikan dinamika lingkungan ada kemungkinan sistem manajemen yang dipergunakan tidak akan cocok dan masa depan rumah sakit menjadi suram.

Dalam memahami lingkungan, pemikiran sistematis perlu dikembangkan. Pemikiran yang dipergunakan adalah dengan menggunakan model rumah sakit sebagai suatu organisasi jasa yang memproses *input* dan menghasilkan jasa pelayanan kesehatan. Dalam Gambar 1.1, terlihat bahwa rumah sakit mempunyai berbagai subsistem seperti teknik medik dan teknik nonmedik. Subsistem teknik medik meliputi ilmu kedokteran dan keperawatan sedangkan teknis nonmedik meliputi antara lain subsistem keuangan, sumber daya manusia, dan informatika yang digunakan untuk menghasilkan jasa pelayanan. Dalam rumah sakit subsistem teknik bergerak bersama dengan subsistem psikososial dan struktural untuk mengolah berbagai *input* menjadi produk jasa pelayanan kesehatan. Dalam proses produksi ini semua *input* dan komponen subsistem berinteraksi pula dengan lingkungan.



GAMBAR 1.1.

DIAGRAM SISTEM RUMAH SAKIT DAN LINGKUNGANNYA

Menurut Pollit (1990)

Dengan model berpikir seperti tertuang pada Gambar 1.1, dapat dilihat bahwa perubahan lingkungan mampu mempengaruhi rumah sakit serta seluruh komponennya. Sebagai gambaran perubahan lingkungan usaha akibat globalisasi dapat mempengaruhi cara berpikir pemerintah sehingga ada kebijakan baru untuk rumah sakit. Peraturan baru ini dapat dipengaruhi perjanjian internasional, sehingga memungkinkan penanaman modal asing di bidang rumah sakit atau masuknya dokter spesialis asing ke Indonesia. Dengan masuknya modal asing dalam sektor rumah sakit, misalnya dengan pendirian rumah sakit baru, akan mampu mempengaruhi proses klinik di rumah sakit-rumah sakit yang sudah ada. Perubahan lingkungan lain misalnya UU Praktik Kedokteran yang sudah disahkan oleh pemerintah dan DPR akan mempengaruhi proses pelaksanaan di rumah sakit. Sementara itu, perubahan lingkungan teknologi dapat mempengaruhi jenis peralatan medik yang diperlukan oleh rumah sakit. Peralatan menjadi semakin modern dan mahal.

Ada hubungan antara dinamika lingkungan dengan perubahan pada subsistem dalam rumah sakit. Sebagai gambaran, gaya hidup di negara maju mempengaruhi gaya hidup profesional di Indonesia, termasuk yang bekerja di rumah sakit. Dokter sebagai profesional mempunyai standar cara hidup yang khusus dan mungkin berbeda dengan profesi lain. Globalisasi dengan penekanan pada nilai pasar mempengaruhi kehidupan dokter yang dapat dilihat dari tingkat konsumsi dan prasarana kehidupan, pola penyelenggaraan pertemuan ilmiah internasional dan nasional, sampai ke aspek pendidikan keluarga. Standar hidup dokter yang dipengaruhi oleh sistem global tentu saja akan mempengaruhi proses penanganan klinik.

Sistem manajemen yang berlaku global, mempengaruhi pola berpikir sebagian manajer rumah sakit dengan menekankan pada efisiensi dan produktivitas serta memperhatikan pemerataan pelayanan. Berbagai ilmu untuk

mengelola rumah sakit berasal dari negara maju, termasuk dalam sistem keuangan dan informasi yang menggunakan teknologi tinggi. Akan tetapi, ada pula manajer rumah sakit yang berpikiran sebagai birokrat yang mengelola berdasarkan kekuasaan sehingga cenderung tidak memperhatikan pelayanan kepada masyarakat dan mendukung kerja sama antarprofesi di rumah sakit.

Gambaran lain, teknologi kedokteran dan obat-obat semakin cepat berkembang. Apa yang sepuluh tahun yang lalu dianggap baru, saat ini dapat dikatakan ketinggalan zaman. Kemajuan teknologi kedokteran sangat mempengaruhi proses subsistem klinik. Demikian pula teknologi komputer semakin mempengaruhi proses subsistem klinik maupun nonklinik.

Secara kesatuan, sebuah rumah sakit akan menjadi organisasi yang lemah apabila para pelaku dalam subsistem di rumah sakit tidak mempunyai cara pandang yang sama, visi yang sama terhadap perubahan lingkungan selain rasa memiliki tentunya. Sebagai gambaran, bagaimana subsistem di sebuah Rumah Sakit Daerah (RSD) bereaksi terhadap pendirian RS swasta baru yang modalnya dimiliki oleh dokter pemerintah yang bekerja di RSD tersebut. Pendirian rumah sakit swasta oleh para dokter spesialis tersebut timbul karena di daerah tersebut terdapat sekelompok orang yang tidak puas dengan pelayanan RSD. Kelompok ini mempunyai kemauan dan kemampuan untuk membayar pelayanan secara lebih yang tidak mungkin dijalankan di RSD. Dalam hal ini peluang pasar untuk pendirian rumah sakit swasta mempengaruhi proses pelayanan di rumah sakit pemerintah. Dalam kasus ini, proses klinik di RSD tersebut mempunyai risiko tinggi untuk mengalami kemunduran akibat pendirian rumah sakit swasta milik para dokter yang bekerja di RSUD tersebut. Proses klinik di RSD tersebut menjadi terganggu karena dokter dan sebagian perawat melakukan kegiatan klinik serupa di RS swasta. Dalam hal ini ada konflik waktu. Bagaimana mengatasi hal ini? Pada intinya model berpikir ini menekankan keterkaitan antarsubsistem di rumah sakit dengan perubahan lingkungan luar yang juga saling terkait.

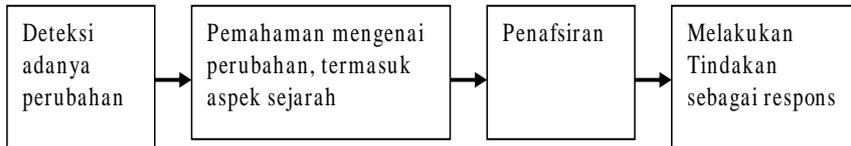
Dengan menggunakan pola pemikiran yang tertuang pada Gambar I.1, perkembangan rumah sakit bersifat dinamis dengan interaksi antara lingkungan dan keadaan di dalamnya. Tanpa ada interaksi ini, perubahan tidak mungkin terjadi di rumah sakit. Dengan kata lain rumah sakit beroperasi tidak dalam ruang hampa.

2. Memahami Perubahan Lingkungan

Pemahaman perubahan lingkungan tidak dapat dilakukan secara terpisah. Pemahaman sebaiknya dilakukan melalui proses yang dapat digambarkan dengan keadaan ketika seseorang berada dalam situasi baru (Louis, 1980). Pada situasi baru seseorang perlu proses pemahaman yang akan menghasilkan penafsiran. Secara bertahap dimulai dari kegiatan mendeteksi adanya perubahan dan berusaha memahaminya.

Sebagai contoh, UU mengenai BUMN terbaru menghapuskan Perusahaan Jawatan (Perjan) sebagai satu bentuk BUMN. UU ini tentunya akan mengubah Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) yang sudah menjadi Perusahaan Jawatan (Perjan). Alternatif untuk RSUP adalah menjadi Perusahaan Umum (Perum), PT, atau menjadi Badan Layanan Umum (BLU). Situasi ini merupakan hal baru yang harus ditafsirkan oleh para manajer. Sebenarnya apakah makna Perusahaan Umum dan apa makna BLU? Apa dampak kebijakan baru ini? Aspek-aspek apa sajakah yang berbeda? Apakah terdapat hal-hal tidak terduga, atau yang tidak kita pikirkan sebelumnya? Jika para manajer RSUP tidak mempunyai informasi mengenai makna dan akibat-akibat berbagai pilihan tersebut, kemungkinan muncul gejala kebingungan atau gagap seperti orang baru di suatu tempat kerja. Secara praktis, apabila seseorang tidak mempunyai pemahaman mengenai perubahan manajemen rumah sakitnya maka manajer rumah sakit tidak akan mampu melakukan penafsiran terhadap kejadian-kejadian di lingkungan rumah sakit. Akibat lain yaitu ia tidak mengetahui tindakan apa yang sebaiknya dilakukan. Gambar

I.2 menunjukkan hubungan antara identifikasi perubahan, penafsiran, dan tindakan yang akan diambil.



GAMBAR 1.2.
HUBUNGAN ANTARA IDENTIFIKASI PERUBAHAN,
PENAFSIRAN DAN TINDAKAN YANG AKAN DIAMBIL

Gambar 1.2. menunjukkan bahwa seorang manajer rumah sakit harus mempunyai kemampuan untuk mendeteksi adanya perubahan. Dari kemampuan mendeteksi ini diharapkan ada pemahaman mengenai perubahan yang terjadi termasuk pengaruh masa lampau dalam suatu perkembangan sejarah. Dengan pemahaman ini diharapkan seorang manajer mampu menafsirkan secara lebih baik mengenai perubahan. Dengan pemahaman dan penafsiran tersebut, diharapkan ada tindakan sebagai respons terhadap perubahan.

Faktor-Faktor Masa Lalu yang Mempengaruhi Perubahan

Salah satu hal penting dalam perubahan adalah ciri sekuensial atau pentahapan waktu dalam perubahan. Perubahan tidak berjalan di ruang hampa. Hubungan sekuensial antarkejadian perlu dicermati. Seperti dapat diperhatikan bahwa perubahan RSUP menjadi Perusahaan Umum (Perum) atau BLU dipengaruhi berbagai aspek, misalnya tata hukum, aspek politik pemerintah, dan aspek masyarakat. Sementara itu perubahan menjadi Perum atau BLU akan mempengaruhi aspek sumber daya manusia, sistem manajemen hingga ke hubungan antarprofesional di rumah sakit. Pengaruh tersebut berlangsung berlaku dari satu masa ke masa lain: dahulu, sekarang dan yang akan datang.

Apakah dengan adanya kebijakan menjadi Perum akan mengubah pula sistem manajemen sumber daya manusianya? Dengan memahami perbedaan antara masa lalu, masa sekarang, dan masa yang akan datang, seorang manajer rumah sakit dapat memperkirakan berbagai hambatan dalam perkembangan rumah sakit. Berbagai ahli sejarah menyatakan bahwa keputusan yang memperhatikan sejarah masa lalu lembaga akan lebih efektif dibanding dengan yang mengabaikan sejarah itu. Selanjutnya dikatakan bahwa jika keputusan dilakukan dengan melihat sejarah masa lalu maka berbagai hambatan dan tantangan dapat diidentifikasi untuk analisis. Dengan demikian, agar pemahaman menjadi lebih baik maka analisis dengan menggunakan perspektif sejarah perlu dilakukan (March, Sproull and Tamuz 1996).

Berdasarkan aspek sejarah, sistem manajemen rumah sakit bergantung pada kebijakan politik pemerintah dari masa ke masa. Perubahan rumah sakit dari aspek politik di Indonesia dapat ditelusuri sejak jaman penjajahan Belanda. Konsep dasar pemerintah kolonial Belanda pada awalnya adalah membangun rumah sakit untuk keperluan tentara, pejabat-pejabat pemerintah, dan karyawan perusahaan. Tujuan praktisnya yaitu menyehatkan tenaga manusia agar mampu bekerja dengan baik sehingga dapat tetap menjaga kelangsungan pemerintahan kolonial. Kemudian, sekitar penghujung abad 20, gerakan keagamaan Kristiani dan politik balas budi Belanda memperhatikan rumah sakit sebagai bagian dari pelayanan kesejahteraan bagi rakyat (Purwanto, 1999).

Oleh karena itu, pada awal abad 20 rumah sakit- rumah sakit pemerintah dan keagamaan didirikan di berbagai daerah di Indonesia. Sampai sekarang rumah sakit-rumah sakit keagamaan Kristiani dan rumah sakit milik pemerintah kolonial Belanda masih berdiri, walaupun sebagian sudah berubah menjadi rumah sakit milik pemerintah.

Konsep gerakan keagamaan dan pendirian rumah sakit untuk militer atau sipil menunjukkan bahwa ada perhatian pemerintah kolonial Belanda terhadap rumah sakit. Bangunan

rumah sakit Belanda dirancang secara cermat dan berada di tempat-tempat strategis pada masanya. Dalam tindakan operasional, rumah sakit-rumah sakit zaman Belanda mendapat subsidi pemerintah yang sangat membantu operasionalnya untuk menjalankan misi sosialnya. Subsidi ini cukup bermanfaat untuk pelayanan apabila dikaitkan dengan teknologi kedokteran pada masa Belanda yang masih sederhana tetapi membutuhkan biaya besar.

Latar belakang sejarah ini perlu diperhatikan dalam kerangka pandangan masyarakat terhadap rumah sakit dan pemberian subsidi. Berbagai faktor penting dalam subsidi pendirian rumah sakit di masa lalu dan biaya operasional; yaitu pemerintah Belanda mempunyai kebijakan balas budi, adanya kelompok-kelompok kemanusiaan berbasis agama yang mempunyai misi pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin dan biaya operasional rumah sakit yang relatif masih rendah dibanding sekarang. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa citra rumah sakit sebagai lembaga sosial sudah lama berada di benak masyarakat.

Setelah kemerdekaan, kepemilikan rumah sakit banyak berubah. Berbagai rumah sakit militer, keagamaan, dan pemerintah kolonial Belanda berubah menjadi rumah sakit militer milik TNI, pemerintah daerah, atau pemerintah pusat. Sebagai gambaran, di Jawa Tengah ada sembilan rumah sakit zending yang berubah menjadi rumah sakit daerah yaitu di Blora, Purwodadi, Surakarta (Jebres), Magelang (Tidar), Purworejo, Kebumen, Purwokerto, Purbalingga (Trenggiling), dan Wonosobo. Periode perpindahan kepemilikan dari lembaga keagamaan Kristen menjadi milik pemerintah menyebabkan penurunan subsidi yang berasal dari luar negeri. Sementara itu, subsidi dalam negeri sangat rendah dan tidak berkesinambungan. Walaupun terdapat UU No. 18 Tahun 1953 tentang Merawat Orang Keluarga Miskin dan Orang-Orang Yang Kurang Mampu serta UU No. 48 Tahun 1953 yang menjadi dasar hukum tentang penunjukan rumah sakit-rumah sakit swasta yang merawat keluarga miskin dan orang-orang kurang mampu, tetapi kedua UU ini tidak jelas

pelaksanaannya. Di samping itu, isi lembaran negara mengenai detail pemberian subsidi relatif tidak lengkap dibanding masa pemerintahan Belanda. Penurunan subsidi ini mempengaruhi sistem manajemen rumah sakit. Praktis rumah sakit-rumah sakit di Indonesia harus berjalan dengan sumber biaya yang terbatas dan harus mencari pendapatan untuk membiayai operasionalnya. Hal tersebut mengakibatkan rumah sakit di Indonesia harus bertumpu pada penggunaan tarif untuk mencukupi biaya operasional. Patut dicatat bahwa pada masa orde lama (sebelum 1965) pemerintah Indonesia menerapkan kebijakan yang tidak bersandar pada bantuan asing.

Ketika orde baru berkuasa tahun 1965, pembuatan kebijakan dan manajemen pelayanan kesehatan di Indonesia ditandai dengan kembalinya lembaga-lembaga donor internasional seperti WHO dan UNICEF. Badan-badan luar negeri tersebut membantu menyusun master plan sistem pelayanan kesehatan di Indonesia. Master plan kesehatan pada jaman orde baru disusun akhir tahun 1969 dan intinya mengembangkan konsep pelayanan kesehatan yang berbasis pada pelayanan kesehatan primer. Pelayanan kesehatan primer merupakan pilihan penting utama. Rumah sakit-rumah sakit pemerintah Indonesia kekurangan dana, termasuk untuk memberikan gaji yang layak dan insentif bagi para dokternya. Subsidi pemerintah untuk rumah sakit pemerintah dilakukan terutama untuk gaji tenaga dan pembelian alat. Dalam hal penggajian karyawan, termasuk dokter, sistem pengganjiaan mengikut pola penggajian pegawai negeri sipil. Dokter digolongkan sebagai sarjana yang digaji sama dengan sarjana lain. Tidak ada perbedaan antara karyawan berjenjang agama dan para dokter.

Menyadari perlunya subsidi agar rumah sakit dapat berjalan, maka di dekade 1990-an pemerintah memberikan biaya operasional melalui subsidi OPRS dari Departemen Kesehatan dan SBO dari Departemen Dalam Negeri. Kedua jenis subsidi operasional ini tidak diperbolehkan untuk insentif dokter. Insentif bagi dokter di rumah sakit sebagai tambahan

gaji pada masa Operasi Tertib (Opstib) dinilai sebagai pelanggaran (komunikasi pribadi dengan Sudibjo Sardadi). Akibatnya para dokter spesialis pemerintah meluangkan waktu untuk bekerja di rumah sakit swasta atau mendirikan berbagai lembaga pelayanan kesehatan swasta karena memang merupakan tuntutan pasar. Hal tersebut dapat dilihat dengan adanya fenomena berbagai rumah sakit khususnya rumah sakit bersalin swasta yang didirikan atau dimiliki oleh dokter spesialis pemerintah di berbagai kota.

Fakta ini menunjukkan bahwa masalah manajemen spesialis sudah berakar lama. Besarnya tarif dan mutu pelayanan membuat ada semacam dua lapis pelayanan rumah sakit. Rumah sakit pemerintah identik dengan rumah sakit bermutu rendah dan faktor pelayanan terkadang tidak memuaskan pasien. Sementara rumah sakit swasta memiliki keunggulan yang merupakan kebalikan dari sifat-sifat rumah sakit pemerintah. Oleh karena itu, rumah sakit swasta lebih menarik dokter untuk bekerja di dalamnya.

Salah satu tonggak penting dalam sejarah rumah sakit adalah perubahan Permenkes No. 920 Tahun 1986 mengenai pemilik rumah sakit swasta. Menurut Permenkes No. 920 Tahun 1986, pemilik rumah sakit swasta adalah perorangan, kelompok, atau yayasan. Permenkes baru Nomor 84/Menkes/Per/II/1990 menambahkan satu kata kunci yaitu badan hukum lainnya. Dengan demikian, berbagai badan hukum, termasuk perusahaan terbatas yang *profit-making* dapat mempunyai rumah sakit. Lembaga perseroan terbatas (PT) ini dapat merupakan penanam modal dalam negeri atau penanam modal asing. Permenkes No. 84/Menkes/per/II/1990 ini menjadi penting karena merupakan legalisasi motif mencari untung bagi pelayanan rumah sakit dan merupakan cermin dari semakin berkembangnya pengaruh luar negeri dalam sistem perumahan sakitan di Indonesia.

Pengaruh penting lain dalam perubahan sistem manajemen di rumah sakit berasal dari luar negeri, khususnya badan-badan pembiayaan di luar WHO. Bank Dunia mulai masuk ke Indonesia pada awal tahun 1990-an dengan proyek-

proyek pengembangan untuk kesehatan. Tahun 1993, Bank Dunia memilih kesehatan sebagai pokok bahasan World Development Report. Fakta-fakta yang dapat ditarik dari laporan tersebut adalah sebagai berikut. Pertama, Bank Dunia ingin meningkatkan sumber daya untuk meningkatkan status kesehatan melalui pendekatan di luar sektor pelayanan kesehatan dan peningkatan dana dari asuransi kesehatan. Dalam hal ini terlihat bahwa pendekatan Bank Dunia berbeda dengan WHO. Bank Dunia menilai aspek ekonomi di dalam kesehatan menjadi hal penting, khususnya sumber pendanaan untuk pelayanan.

Kedua, Bank Dunia ingin meningkatkan pemerataan pelayanan kesehatan melalui realokasi sumber daya pemerintah dari pelayanan kuratif tersier ke program-program kesehatan masyarakat dan pelayanan klinik dasar dan menggunakan sistem asuransi kesehatan yang fair. Hal ini menjadikan pelayanan rumah sakit merupakan kegiatan yang sebaiknya tidak dibiayai oleh pemerintah. Keadaan ini menyebabkan pelayanan rumah sakit dimasukkan ke dalam golongan *private good* yang sebaiknya dibiayai oleh masyarakat sendiri.

Ketiga, bahwa Bank Dunia ingin meningkatkan efisiensi melalui peningkatan mutu pelayanan dan penurunan ongkos produksi. Untuk peningkatan efisiensi ini perlu adanya keragaman dan kompetisi pada sisi pemberi pelayanan dan input pelayanan kesehatan. Fakta ini menunjukkan bahwa rumah sakit sebaiknya dikelola dengan menggunakan konsep ekonomi dan membutuhkan kemampuan manajerial.

Pada awal dekade 1990-an melalui Kepres 38/1991, pemerintah Indonesia meluncurkan kebijakan baru mengenai RS Swadana yang sejalan dengan pola pikir Bank Dunia. Kebijakan ini memiliki basis bantuan USAID yang pada intinya mengandung pengertian bahwa pendapatan fungsional rumah sakit dapat langsung digunakan. Kebijakan ini mengarah pada otonomi keuangan rumah sakit. Namun, swadana menjadi kebijakan yang setengah matang karena tidak disertai dengan perubahan dasar hukum yang memadai.

Hal tersebut tampak ketika terjadi skandal penyimpangan uang negara di Departemen Pertambangan sehingga kebijakan swadana ditarik kembali pada akhir tahun 1990-an. Penarikan ini bertepatan dengan kebijakan desentralisasi kesehatan oleh pemerintah. Kebijakan swadana yang berupa Keppres kemudian dihentikan oleh pemerintah Indonesia tahun 1998, khususnya untuk RSUP. Kebijakan Swadana kemudian diganti dengan kebijakan bahwa RSUP berubah menjadi Perjan. Pada tahun 2004, terjadi lagi perubahan yaitu Perjan harus diubah kembali menjadi Perum atau BLU.

Pada akhir dekade 1990-an terjadi krisis ekonomi di Indonesia. Salah satu faktor penyebab krisis adalah kerentanan ekonomi Indonesia akibat liberalisasi perdagangan pasar modal dan keuangan (Stiglitz, 2002). Krisis ekonomi ini menyebabkan masyarakat dan pemerintah kekurangan daya beli, termasuk memberikan biaya untuk pelayanan kesehatan. Sebagai reaksi atas kesulitan masyarakat miskin untuk membayar pelayanan kesehatan, pemerintah Indonesia menyelenggarakan program Jaring Pengaman Sosial (JPS) atau *social safety net*. JPS tersebut diterapkan untuk berbagai sektor, termasuk rumah sakit. Sistem Jaring Pengaman Sosial tercatat dipergunakan oleh negara-negara yang menjalankan mekanisme pasar, sebagai sistem pelindung masyarakat miskin yang tidak mampu membeli. Model subsidi JPS merupakan model yang pertama kali diterapkan di Indonesia. Model ini memungkinkan masyarakat miskin mendapat subsidi untuk pelayanan rumah sakit melalui program nasional. Namun, perlu dicatat bahwa biaya untuk program JPS berasal dari hutang Indonesia kepada Asian Development Bank (ADB) dan bukan dari sumber dalam negeri. Model JPS ini kemudian diikuti dengan program penyediaan dana untuk keluarga miskin melalui program yang berasal dari dana kompensasi BBM pada tahun 2001.

Berbeda dengan sistem JPS yang ada di negara dengan sumber keuangan yang kuat seperti di Amerika Serikat (dengan kebijakan *Medicaid*), relatif jumlah JPS tidak cukup

untuk membiayai kebutuhan bagi keluarga miskin di Indonesia. Pada awalnya, model JPS tidak memberikan insentif keuangan yang cukup bagi tenaga kesehatan sehingga muncul pendapat yang mengarah ke pengertian semakin banyak melayani masyarakat miskin maka tenaga kesehatan tersebut akan menjadi miskin pula. Hal tersebut mengakibatkan rendahnya mutu pelayanan kesehatan di Indonesia sebagaimana terjadi di berbagai negara sedang berkembang. Pada tahap selanjutnya, minimnya subsidi pemerintah mengakibatkan kurangnya gairah tenaga kesehatan untuk bekerja.

Krisis ekonomi ini menjadi bahan pemicu diskusi: di manakah letak pihak yang bertanggung jawab terhadap pemerataan pelayanan rumah sakit. Pemikiran pertama adalah direktur rumah sakit dengan strategi *"cross-subsidy"*. Pemikiran kedua, posisi penjamin pemerataan bukan pada rumah sakit melainkan ada pada lembaga pemerintah yang memberi subsidi atau swasta yang akan menyumbang. Saat ini sudah berkembang ke arah pemikiran kedua bahwa yang menjamin subsidi bukanlah rumah sakit, tetapi pemerintah.

Pada intinya pemahaman sejarah masa lalu merupakan hal penting dalam menafsirkan perubahan. Ada beberapa hal penting dalam aspek sejarah. Pertama, pembiayaan dari pemerintah untuk rumah sakit di Indonesia tidak cukup dan tidak mempunyai sistem pengaman untuk keluarga miskin secara cukup. Konsep pemerataan dan keadilan (*equity*) model negara kesejahteraan tidak ada. Selain itu, konsep jaring pengaman sosial model negara yang berbasis pasar merupakan sistem reaktif yang dibentuk berdasarkan adanya krisis. Kedua, sistem manajemen rumah sakit khususnya rumah sakit pemerintah belum tertata baik. Dasar hukum rumah sakit, terutama RS pemerintah terus berubah-ubah. Sistem manajemen rumah sakit di Indonesia yang mengacu pada konsep manajemen dan ekonomi yang universal baru berlangsung pada beberapa dekade akhir abad ke-20. Sebelum masa tersebut, sistem manajemen rumah sakit pemerintah cenderung menggunakan model manajemen lembaga sosial

atau lembaga pemerintahan. Ketiga, ketidakpuasan dokter rumah sakit pemerintah akan kompensasi akan melahirkan budaya kerja yang mengatakan:

“menurut status sosial merupakan pegawai pemerintah yang tercatat di rumah sakit, tetapi mendapatkan penghasilan utama dari rumah sakit swasta dan praktik pribadi.”

Dalam hal ini terdapat perbedaan pandangan dan cara bekerja antara rumah sakit pemerintah dengan stafnya, khususnya tenaga medis. Perbedaan pandangan ini menimbulkan kesulitan dalam pengelolaan rumah sakit. Penafsiran akan ketiga hal ini perlu dilakukan secara kontekstual di setiap rumah sakit. Kombinasi antara pemahaman masa lalu dan keadaan saat ini akan membantu para manajer untuk menafsirkan perubahan yang terjadi di lingkungan dan memutuskan tindakan yang tepat.

3. Menafsirkan Perubahan Lingkungan dan *Organizational Learning*

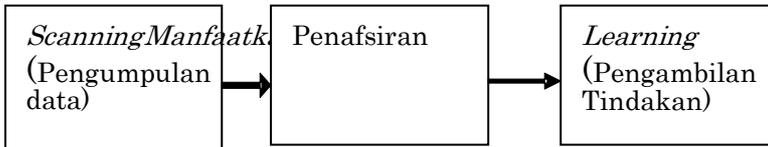
Weick (1995) dalam bukunya menulis bab mengenai *Sense making in organization*, menyatakan suatu teori yang berbasis pada analogi dengan makhluk hidup. Ketika lingkungan berubah, organisasi mempunyai sistem untuk mendeteksi perubahan tersebut, menganalisis situasi, menafsirkannya, dan menjadi rangsangan melakukan aksi sebagai jawaban atas perubahan yang terjadi. Sebagaimana makhluk hidup, kecerdasan para pengelola rumah sakit mempengaruhi ketepatan penafsiran perubahan yang terjadi. Ketepatan penafsiran ini akan membantu ketepatan *respons* dan tindakan yang diambil. Penafsiran terhadap perubahan mendorong manajer rumah sakit untuk melakukan tindakan agar organisasinya dapat berkembang terus.

Penafsiran terhadap perubahan penting untuk melakukan adaptasi strategis terhadap perubahan lingkungan. Menurut Shortell dkk (1992) adaptasi strategis berarti rumah

sakit melakukan perubahan-perubahan dalam perencanaan dan pelaksanaan kegiatan untuk mencapai tujuan organisasi. Perubahan ini sebagai akibat tuntutan lingkungan luar dan kebutuhan untuk memperkuat posisi dalam persaingan. Penafsiran secara tidak strategis mempunyai arti adanya pemahaman mengenai perubahan lingkungan yang ada. Namun, para manajer tidak melakukan tindakan untuk melakukan perencanaan ataupun perubahan kegiatannya. Dalam keadaan ini timbul semacam kemacetan dalam perubahan organisasi.

Tindakan organisasi berdasarkan penafsiran dapat dikembangkan melalui konsep pembelajaran (*learning*). Daft dan Weick (1984) mengembangkan model seperti yang terdapat pada Gambar I.3. Dalam gambar tersebut disebutkan bahwa pengambilan tindakan merupakan proses pembelajaran. Apakah tindakan yang diambil dapat meningkatkan kinerja lembaga? Proses pembelajaran ini mencakup organisasi secara keseluruhan untuk terus berkembang dalam lingkungan yang selalu berubah. Karena lingkungan yang selalu berubah, maka pembelajaran ini dilakukan secara terus-menerus.

Dalam hal pembelajaran, ada pertanyaan kritis: siapa yang belajar? Apakah sumber daya manusia di organisasi ataukah organisasi secara keseluruhan, ataukah keduanya? Pertanyaan ini relevan diajukan dalam latar belakang rumah sakit di masa sekarang. Pengamatan menunjukkan sebagian sumber daya manusia rumah sakit mempunyai tingkat status intelektual dan sosial-ekonomi yang tinggi. Akan tetapi keadaan rumah sakit yang bersangkutan berada pada situasi yang sebaliknya, misalnya kumuh secara fisik, mutu rendah, dan pelayanan yang tidak menyenangkan bagi masyarakat. Hal tersebut pada akhirnya sampai pada suasana kerja tidak menyenangkan. Keadaan ini sering terlihat pada rumah sakit pendidikan pemerintah. Hal tersebut dapat diketahui dari ketidakcocokan antara keadaan sumber daya manusia berlatar belakang pendidikan tinggi dengan keadaan rumah sakit yang memprihatinkan.



GAMBAR 1.3
KONSEP PEMBELAJARAN (*LEARNING*)

Dalam hal pembelajaran perlu dilakukan metafora ke olahraga beregu atau suatu kelompok yang bekerja secara bersama, misalnya orkes simfoni. Sebagai gambaran; Manchester United merupakan salah satu tim sepakbola terbaik di dunia. Pemainnya sebagian besar berpredikat bintang dan mengetahui teknik bermain bola dengan baik. Selaras dengan pemainnya, Manchester United juga merupakan tim hebat dengan manajer yang disegani, para pelatih yang kuat, dan infrastruktur pendukung yang mantap. Para musisi di Boston *Symphony Orchestra* mempunyai kemampuan individual tinggi dan selalu belajar untuk menyiapkan diri sebelum musim pertunjukkan. Manajemen orkestra dan konduktor dapat mengelola para individu tersebut menjadi suatu kelompok yang dapat menunjukkan kinerjanya: memainkan orkes secara bagus. Dapat disebutkan bahwa pemain bola tidak dapat bekerja sendirian, sama dengan pemain biola yang memainkan simfoni. Pemain bola dan pemain biola dalam orkes simfoni memperoleh kemampuan yang dimiliki secara pribadi tetapi prestasi yang dicapai akan dinilai secara kelompok.

Pada berbagai rumah sakit, khususnya rumah sakit pemerintah, bakat dan kemampuan staf bagus hanya mungkin tidak selaras dengan kinerja rumah sakitnya. Ada kesenjangan yang terjadi. Berbagai faktor dapat menerangkan hal ini. Sebagai kasus ada dokter pemerintah bekerja di rumah sakit pemerintah dan swasta. Dokter tersebut senantiasa melakukan pengembangan diri dengan cara membaca berbagai jurnal terbaru, belajar keterampilan terbaru, dan menjadi dokter yang baik. Akan tetapi, sistem organisasi di

rumah sakit pemerintah menyebabkan kemampuan individualnya tidak dipergunakan secara maksimal. Dokter tersebut kemudian mengembangkan kemampuan individunya di rumah sakit swasta bersama dengan timnya. Dapat dikatakan bahwa rumah sakit pemerintah tersebut gagal mengembangkan kerja kelompok seperti rumah sakit swasta tadi.

Saat ini berkembang penggunaan konsep *organizational learning* dalam melakukan penafsiran terhadap perubahan lingkungan dan tindakan yang dilakukan. Argyris dan Schon (1978) menyebutkan bahwa *organizational learning* terjadi ketika anggota organisasi bertindak sebagai agen pembelajaran sebagai respon terhadap perubahan-perubahan lingkungan luar dan dalam dan cara mendeteksi dalam memperbaiki kesalahan-kesalahan organisasi. Dalam hal ini ada ahli yang menyatakan bahwa *organization learning* merupakan suatu filosofi, bukan sebuah program (Solomon, 1994).

Penafsiran dan tindakan pembelajaran oleh organisasi dilakukan menurut dua pendekatan (Cook dan Yanow, 1993). Pendekatan pertama adalah proses pembelajaran oleh perorangan demi untuk pengembangan organisasi. Dalam konteks rumah sakit, para perawat, manajer, dokter belajar terus-menerus untuk pengembangan rumah sakitnya. Dengan peningkatan kemampuan diri dan kemampuan bekerja dengan anggota lain, maka organisasi dapat meningkat kinerjanya. Pendekatan kedua menyatakan bahwa organisasi merupakan makhluk hidup yang melakukan respons dan pembelajaran akibat pengaruh rangsangan luar. Secara bersamaan di level organisasi, dilakukan pembelajaran untuk para anggota dalam melakukan pengembangan. Kedua pendekatan ini sama-sama menekan perlunya pembelajaran di level perorangan.

Dalam proses pembelajaran oleh perorangan, terdapat pemahaman belajar secara operasional dan belajar secara konseptual. Belajar operasional merupakan pembelajaran pada level prosedur. Dalam hal ini seseorang belajar langkah-langkah yang dipergunakan untuk menyelesaikan sebuah

pekerjaan. Belajar secara konseptual mencakup pemikiran mengenai berbagai hal di balik tindakan yang diperlukan. Dalam pembelajaran secara konseptual, berbagai kondisi, prosedur dan konsep didiskusikan yang akan menghasilkan berbagai kerangka baru. Pembelajaran perseorangan dengan demikian merupakan lingkaran pembelajaran konseptual dan operasional. Pembelajaran perseorangan ini menurut Kim akan mengarah ke pembelajaran konseptual di level organisasi. Pada akhirnya akan mempengaruhi kerangka kerja organisasi dan individu-individu lain di dalam organisasi.

Konsep *organizational learning* perlu dipelajari oleh rumah sakit yang mengalami perubahan lingkungan. Dengan berpijak pada *organizational learning* maka pengembangan strategi rumah sakit dapat mempunyai dasar kuat. Sebagai gambaran, ketika kebijakan desentralisasi diterapkan akan terjadi perubahan dalam ekonomi rakyat dan kekuatan ekonomi pemerintah daerah. Perubahan lingkungan yang besar ini dapat ditafsirkan sebagai pemicu bagi direktur rumah sakit daerah untuk secara konseptual mempelajari makna desentralisasi dalam pelayanan kesehatan. Dalam mempelajari konsep ini, berbagai prosedur operasional, misalnya pengajuan anggaran harus dikaji ulang. Dengan pendekatan pembelajaran operasional dan konseptual ini direktur rumah sakit dapat menyimpulkan berbagai hal baru untuk rumah sakitnya sebagai akibat kebijakan desentralisasi. Kerangka baru dikembangkan di rumah sakit bersama dengan staf rumah sakit. Berbagai tindakan dapat dilakukan, mulai dari memahami posisi rumah sakit dalam tata kesehatan wilayah, menyusun ulang rencana strategis rumah sakit dan melaksanakan berbagai inovasi dan kegiatan baru, melakukan pendekatan ke DPRD untuk menjamin sumber biaya pelayanan rumah sakit dan berbagai hal lain. Tindakan-tindakan ini membutuhkan kesadaran mengenai manfaat pembelajaran. Corbett dan Kenny (2001) menyatakan bahwa lembaga yang sadar akan pembelajaran cenderung untuk berhasil.

Dengan menggunakan istilah lain (*learning organization*) Senge (1990) menyatakan bahwa organisasi perlu melakukan berbagai usaha sehingga para anggotanya secara terus-menerus meningkatkan kapasitas mereka untuk mencapai hasil yang diharapkan dan secara terus-menerus belajar untuk belajar secara bersama.

Berbagai Konsep Penting untuk Menafsirkan Perubahan yang Terjadi

Bagian ini membahas isi pembelajaran konseptual. Mengapa diperlukan pembelajaran ini? Perubahan-perubahan lingkungan perlu ditafsirkan secara cerdas dan membutuhkan manajer dan pemilik rumah sakit yang memahami berbagai konsep penting. Konsep-konsep tersebut antara lain mengenai perubahan global, konsep *good governance* dalam tatanan masyarakat, konsep otonomi rumah sakit dan konsep melakukan proyeksi ke depan untuk berpikir secara skenario. Pada bagian ini dibahas sebagian konsep yang sebaiknya dikuasai manajer rumah sakit.

Konsep Perubahan Global

Pengamatan menunjukkan bahwa obat semakin banyak variasinya dan harga obat semakin mahal. Teknologi kedokteran semakin meningkat dan menghasilkan berbagai alat kedokteran yang canggih. Pasien semakin menuntut pelayanan yang bermutu. Para perawat semakin mengembangkan diri. Direksi rumah sakit menggunakan berbagai konsep manajemen baru. Para dokter semakin mengembangkan diri dengan berbagai pengetahuan dan keterampilan. Akan tetapi semuanya berujung pada perubahan bahwa pelayanan kedokteran di rumah sakit menjadi semakin mahal. Bagaimana kita menafsirkan perubahan-perubahan ini?

Salah satu konsep untuk menafsirkan berbagai hal tersebut adalah perubahan global yang dipicu oleh tekanan

pasar. Dunia (global) merupakan tatanan yang dinamis. Sejarah tata dunia menunjukkan adanya pergolakan, perang antarnegara, konflik antarideologi, bangsa, dan pemeluk agama. Dalam konteks perubahan tata ekonomi dunia yang mempengaruhi sektor rumah sakit, saat ini berkembang aliran yang disebut sebagai neoliberalisme (Stiglitz 2002). Paham neoliberalisme ini berasal dari sebuah konsensus di Washington, Amerika Serikat, yang menekankan pentingnya stabilisasi. Liberalisasi perdagangan dan privatisasi. Pandangan neoliberalisme menganggap dunia sebagai pasar besar yang dapat dimanfaatkan oleh produsen secara efisien.

Banerjee dan Linstead (2001) menyatakan bahwa globalisasi dapat menjadi jenis baru kolonialisme karena kekuatan modal negara maju akan menguasai negara berkembang. Penguasaan ini dilakukan dengan melalui ketergantungan pada barang dengan cara meningkatkan konsumsi melalui berbagai promosi gaya hidup melalui iklan. Secara populer hal ini disebut sebagai konsumerisme dimana manusia adalah pasar yang harus dipengaruhi untuk membeli sesuatu. Globalisasi dapat berakibat buruk atau baik, tergantung kesiapan negara. Namun, terdapat anggapan bahwa globalisasi saat ini justru menguntungkan negara-negara maju seperti Amerika Serikat. Beberapa negara di Afrika mengalami kemunduran ekonomi karena adanya perjanjian perdagangan bebas (Stiglitz 2002).

Akibat paham globalisasi ini membawa penduduk dunia yang masuk dalam *World Trade Organization* menjadi pasar besar, sehingga penduduk Sleman, Yogyakarta bisa membeli BMW yang dibuat di Jerman atau penduduk Brooklyn di Massachussets dapat membeli panci buatan Maspion, Surabaya. Obat tradisional Cina dapat dibeli di London, sementara para laki-laki di Singapura dapat membeli Viagra. Dalam konteks perdagangan global ini penjual berbagai barang dan jasa teknologi tinggi dikuasai oleh negara maju yang bebas menjual ke seluruh negara. Sektor kesehatan merupakan contoh nyata ketergantungan ini. Hampir seluruh teknologi obat dan peralatan kedokteran merupakan produk negara

maju yang dikonsumsi pula oleh negara sedang berkembang dengan harga setempat yang sangat tinggi.

Perubahan global membuat sebuah negara menjadi semakin sulit untuk melakukan isolasi dari perubahan dunia. Di samping itu, semakin sulit menemukan manusia yang tidak terpengaruh budaya global. Sebagai contoh, cara hidup manusia Indonesia semakin terpengaruh oleh kebudayaan luar. Berbagai simbol kesuksesan masyarakat maju berimbas ke Indonesia menggantikan simbol-simbol tradisional. Mobil mewah, seperti BMW dan Mercedes Benz dapat menjadi simbol sukses seorang profesional, misalnya pengacara, dokter atau dosen perguruan tinggi di negara sedang berkembang. McDonald merupakan simbol dari modernisasi pola makan di luar untuk anak-anak dan remaja Indonesia menggantikan makanan tradisional. Aqua menggantikan peran Perusahaan Daerah Air Minum di Indonesia sebagai simbol untuk keluarga modern yang memperhatikan rasa dan aspek kesehatan. Menghadiri pertemuan *American Psychiatrist Association* di Amerika Serikat menjadi salah satu kegiatan prestisius psikiater dari negara sedang berkembang. Pendidikan anak di luar negeri merupakan simbol sukses orang tua, dan sebagainya.

Semua produk industri global tersebut membutuhkan biaya yang besar untuk memperolehnya. Dari mana sumber dananya? Dalam sektor kesehatan yang bertumpu pada pembayaran langsung, sumber dana tentunya berasal dari pasien, atau dari industri obat dan teknologi kedokteran yang pada akhirnya membebankan pada pasien. Seorang psikiater dari RRC yang menghadiri kongres *American Psychiatrists Association* di Philadelphia pada tahun 2002 mengakui bahwa biaya perjalanannya dibiayai dari pabrik obat.

Berbagai teknologi medik dan konsep-konsep baru berkembang, tumbuh dan menyebar dengan cepat ke seluruh penjuru dunia yang dipacu penggunaan Internet. Isu mengenai efisiensi, produktivitas, pengembangan mutu dan pemerataan pelayanan merupakan kata-kata kunci dunia yang mengenai pula sektor rumah sakit. Sistem manajemen rumah sakit di

Indonesia juga terpengaruh oleh kata-kata kunci ini. Berbagai kegiatan dilakukan untuk mengembangkan sistem manajemen di rumah sakit dengan konsep-konsep yang dipakai secara universal di berbagai belahan bumi. Sistem akreditasi rumah sakit diberlakukan di Indonesia, pengembangan ilmu kedokteran banyak bertumpu pada teknologi global, dan sistem manajemen rumah sakit mengadopsi konsep-konsep global.

Pengaruh gaya hidup global ini menyebabkan sebagian profesional di negara berkembang, termasuk manajer rumah sakit, dokter, dan perawat, menjadi kelompok manusia dalam tatanan sosial di masyarakat yang meluncur pada jalur cepat selaras dengan globalisasi. Di kalangan sumber daya manusia rumah sakit, pola hidup global ini membutuhkan sumber pembiayaan kuat dengan ukuran *dollar* karena mengkonsumsi produk internasional. Kebutuhan ini menimbulkan masalah. Seperti diketahui pendapatan profesional Indonesia dengan gaya hidup global menggunakan ukuran mata uang rupiah yang kecil kekuatannya. Sementara itu, berbagai pajak untuk barang mewah impor yang dikonsumsi profesional Indonesia. Sebagai gambaran, harga mobil Honda Civic di Amerika Serikat sekitar 10.000 US\$, sedangkan di Indonesia sekitar 25.000 US\$ (berkisar Rp 220 juta rupiah). Harga mobil Civic di Amerika Serikat setara dengan 1 bulan gaji profesional menengah, sementara untuk Indonesia merupakan 150 bulan gaji dokter PNS golongan IIIId. Dapat dibayangkan, untuk memenuhi standar hidup global dalam kepemilikan mobil, para profesional yang berada pada jalur global di negara sedang berkembang (termasuk di Indonesia) harus bekerja sangat keras untuk mendapat tambahan pendapatan di luar gaji resminya.

Konsep *Good-Governance* dan Peran Pemerintah

Dalam sektor kesehatan ada perkembangan baru yang menarik. Sebuah tim peneliti dari UGM melakukan pengembangan baru mengenai sistem pemantauan mutu di sebuah provinsi. Pengembangan ini berupa uji coba terhadap fungsi sebuah lembaga independen pengawas mutu rumah sakit yang

akan membantu Dinas Kesehatan Kabupaten dan Provinsi. Di Jakarta mulai berkembang kelompok-kelompok dan ahli hukum yang membantu masyarakat dalam menuntut tenaga kesehatan dan rumah sakit apabila melakukan kesalahan dalam pelayanan. Pemerintah pusat memberikan dana kompensasi BBM untuk masyarakat miskin yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Apa penafsiran hal-hal tersebut?

Perubahan-perubahan tersebut dapat diketahui melalui pemahaman atas konsep *good governance* yang membahas hubungan antara (1) pemerintah, (2) masyarakat, dan (3) pihak swasta. *Governance* menurut UNDP adalah:

“the exercise of economic, political and administrative authority to manage a country’s affairs at all levels. It comprises the mechanisms, processes and institutions through which citizens and groups articulate their interests, exercise their legal rights, meet their obligations and mediate their differences...”

Beberapa hal penting dalam konsep *good-governance* menurut UNDP antara lain partisipasi masyarakat, transparansi, akuntabilitas, dan mengutamakan aturan hukum. Dalam konteks *good-governance* ini perlu dicermati Laporan Pembangunan Bank Dunia (1997) berjudul *State in Changing World*. Laporan ini menekankan pada peranan negara dalam memperbaiki pemerataan dan kegagalan pasar. Dalam hal ini penekanan mengenai peran sebagai pemberi pembiayaan dan pemberi pelayanan. Laporan tersebut juga menyebutkan tentang peran negara yang terbagi dalam tiga tingkat: (1) peranan minimal; (2) peran menengah; dan (3) peran sebagai pelaku kegiatan.

Pada peran minimal, pemerintah bertugas menyediakan pelayanan publik murni, misalnya pertahanan, tata hukum dan perundangan, hak cipta, manajemen ekonomi mikro, dan kesehatan masyarakat. Di samping itu, pemerintah harus meningkatkan program untuk mengatasi kemiskinan, melindungi keluarga miskin, dan mengatasi bencana. Pada

peran yang lebih tinggi pemerintah harus melakukan berbagai hal untuk mengatasi kegagalan pasar, misalnya menjamin pendidikan dasar, melindungi lingkungan hidup, mengatur monopoli, mengatasi berbagai hal yang terkait dengan tidak seimbangnya informasi, sampai menyediakan jaminan sosial. Pada tingkat pemerintah berperan sebagai pelaku kegiatan, terdapat beberapa kegiatan supaya tidak terjadi kegagalan pasar. Kegiatan tersebut seperti mengkoordinasi swasta dan melakukan kegiatan untuk mengatasi ketidakmerataan dengan tindakan redistribusi.

Dalam konteks *good governance*, dimanakah peran pemerintah dalam sektor kesehatan? Kovner (1995) menyatakan bahwa peran pemerintah ada tiga, yaitu (1) *regulator*, (2) pemberi biaya; dan (3) pelaksana kegiatan.

Peran Sebagai Regulator

Peran pemerintah sebagai *regulator* merupakan hal penting. Rumah sakit dalam konsep ini merupakan lembaga jasa pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta yang perlu diawasi mutunya oleh pemerintah dan juga oleh masyarakat. Oleh karena itu, timbul berbagai mekanisme pengawasan, termasuk adanya lembaga bantuan hukum untuk kesehatan, lembaga pengawas mutu pelayanan kesehatan, sampai pada sistem akreditasi rumah sakit. Di dalam PP No. 25 tahun 2000 yang mengacu pada UU No. 22 tahun 1999, terlihat jelas bahwa ada kebijakan yang mendorong peran pemerintah menjadi lebih aktif dalam regulasi.

Pemerintah pusat berperan sebagai *regulator* dengan berbagai fungsi antara lain dalam penerapan standar nilai gizi dan pedoman sertifikasi teknologi kesehatan dan gizi, penetapan pedoman pembiayaan pelayanan kesehatan, penetapan standar akreditasi sarana dan prasarana kesehatan, penetapan pedoman standar pendidikan dan pendayagunaan tenaga kesehatan, penetapan pedoman penggunaan, konservasi, pengembangan dan pengawasan tanaman obat, penetapan pedoman penapisan, pengembangan dan penerapan teknologi kesehatan dan standar etika

penelitian kesehatan, pemberian ijin dan pengawasan peredaran obat serta pengawasan industri farmasi, penetapan persyaratan penggunaan bahan tambahan (zat aditif) tertentu untuk makanan dan penetapan pedoman pengawasan peredaran makanan, dan penetapan kebijakan sistem jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat. Sedangkan kewenangan provinsi sebagai *regulator* yaitu berkaitan dengan hal-hal: penetapan pedoman penyuluhan dan kampanye kesehatan; pengelolaan dan pemberian izin sarana dan prasarana kesehatan khusus, seperti rumah sakit jiwa, rumah sakit kusta, dan rumah sakit kanker; serta sertifikasi teknologi kesehatan dan gizi.

Aspek tata hukum yang kuat dalam konsep *good governance* ini akan mempengaruhi sistem manajemen rumah sakit sebagai lembaga usaha. Pengaruh tersebut terutama untuk memperkuat sistem manajemennya sehingga dapat menjadi efektif, bermutu, transparan, dan dapat dipertanggungjawabkan. Dalam tingkatan mikro kelembagaan, dikenal pula konsep *good corporate governance* yang akan dibahas pada Bab 11. WHO menyebutkan isu *governance* yang mempengaruhi sistem kesehatan, adalah: Komitmen politik; Berpihak pada kaum miskin; Keseimbangan peran antara pemerintah, swasta dan organisasi masyarakat dalam Pelayanan Kesehatan; Mengatasi kegagalan pasar; manajemen pelayanan kesehatan yang berfokus pelanggan; Partisipasi dan konsultasi seluas mungkin; Memerangi praktik ilegal; Tanggap dan adil dalam pembiayaan kesehatan; dan Desentralisasi.

Peran pemerintah sebagai regulator di bidang kesehatan merupakan peran yang relatif baru. Selama 30 tahun terakhir peran pemerintah sebagian besar masih berada dalam fungsi pelaksana. Perbedaan peran pemerintah sebagai regulator dan pelaksana dapat dilihat pada Tabel 1.1. Dalam tabel tersebut dapat dilihat bahwa pemerintah sebagai regulator mempunyai ciri-ciri yang memang tidak mudah dilakukan.

TABEL 1.1.
PERBEDAAN PERAN PEMERINTAH SEBAGAI
REGULATOR DAN PELAKSANA
 (Bossert dkk. 1998)

	Pemerintah sebagai Regulator	Pemerintah sebagai Pelaksana
Peran	Lembaga regulator	Mengelola institusi pelayanan publik
Tujuan	Menjamin kompetisi dan sistem kompensasi mengarah ke pencapaian indikator kesehatan wilayah	Efisiensi dan <i>survival</i> institusi pelayanan pemerintah
Unit Analisis	Berbagai jenis fasilitas pelayanan kesehatan modern dan tradisional milik pemerintah dan swasta di suatu wilayah	Fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah, terutama Puskesmas dan rumah sakit.
Konsekuensi	Mengembangkan sistem regulasi wilayah dan/atau melaksanakannya	Bersaing dengan swasta
Persyaratan	<ul style="list-style-type: none"> - Integrasi sistem informasi kesehatan pelayanan milik pemerintah dan swasta - Pengembangan standar institusi dan standar pelayanan 	Sistem manajemen yang baik

Pemerintah Sebagai Pembayar

Peran pemerintah sebagai pembayar di sektor kesehatan tergantung pada kekuatan dan situasi ekonomi negara. Dalam hal ini negara-negara sedang berkembang relatif mempunyai kemampuan ekonomi rendah. Kemampuan rendah ini menyebabkan pembiayaan pelayanan kesehatan cenderung dibiayai oleh masyarakat. Hal ini berarti sistem pelayanan kesehatan bertumpu pada daya beli masyarakat atau sistem

pasar. Tabel I.2 menunjukkan bahwa di negara-negara sedang berkembang peranan pemerintah lebih rendah dibanding swasta, kecuali di Kuba yang merupakan negara sosialis. Cina, sebagai negara komunis peranan swasta meningkat karena mulai menggunakan ekonomi pasar. Sebaliknya di negara maju peranan pemerintah sangat besar, kecuali di Amerika Serikat yang mengandalkan pada kekuatan masyarakat.

Krisis ekonomi sejak tahun 1997 menyebabkan berbagai negara di Asia Timur, terutama negara sedang berkembang semakin kekurangan kemampuan untuk membiayai pembangunan di berbagai sektor. Indonesia merupakan negara yang paling parah terkena dampak krisis ekonomi, termasuk dalam penurunan mata uang rupiah terhadap dollar. Sebagai gambaran, dibanding dengan negara-negara lain, pengeluaran per kapita Indonesia untuk kesehatan sangat rendah, terutama setelah krisis ekonomi. Apabila negara-negara lain pengeluaran kesehatan (diukur dengan dollar) meningkat, Indonesia justru mengalami menurun.

TABEL 1.2.
PENGELUARAN BIAYA KESEHATAN DI BERBAGAI NEGARA

Negara	Pengeluaran kesehatan total perkapita		Pengeluaran kesehatan oleh pemerintah perkapita		Persentase Pengeluaran Kesehatan oleh pemerintah terhadap total	
	Berdasarkan dollar		Berdasarkan dollar		1997	1998
	1997	1998	1997	1998	1997	1998
Australia	1912	2226	1655	1982	87	89
Canada	2183	2363	1525	1657	70	70
Denmark	1953	2138	1607	1751	82	82
Germany	2225	2382	1703	1806	77	76
Japan	1783	1763	1417	1377	79	78
United States	3915	4055	1780	1817	45	45
United Kingdom	1457	1512	1220	1260	84	83
China	127	143	50	55	39	38
India	111	110	17	20	15	18
Brazil	454	470	183	227	40	48
Cuba	282	303	247	266	88	88
Kuwait	554	536	485	487	88	91
Negara-negara Asia Tenggara						
Brunei	992	985	403	428	41	43
Indonesia	78	54	18	14	23	26
Malaysia	194	168	112	97	58	58
Myanmar	24	32	5	5	21	16
Philippine	162	144	70	61	43	42
Thailand	221	197	126	121	57	61
Singapura	679	744	233	263	34	35
Vietnam	90	112	18	27	20	24

Sumber data: Diolah dari WHO Report 2001

Berdasarkan tabel tersebut di atas, dapat diketahui bahwa pengeluaran kesehatan pemerintah Indonesia terkecil dibanding dengan negara-negara Asia Tenggara, kecuali Myanmar. Akan tetapi, dibanding dengan negara-negara di Afrika sub-Sahara, keadaan Indonesia relatif lebih baik. Gambaran pengeluaran kesehatan per-kepita ini menunjukkan

terdapat masalah pada kemampuan pemerintah membiayai pelayanan kesehatan.

Satu hal penting yang menjadi catatan mengenai peran pemerintah bahwa dalam tahun-tahun krisis anggaran Departemen Kesehatan RI banyak dibiayai oleh hutang. Tahun 1996, 23% anggaran pembangunan berasal dari hutang luar negeri. Angka ini naik terus menjadi 48% di tahun 2000. Persentase yang cukup besar ini menimbulkan keadaan bahwa peran pemerintah sebagai pembayar pelayanan kesehatan menjadi semakin tergantung pada lembaga-lembaga pemberi hutang seperti Bank Dunia ataupun ADB. Dengan ditingkatkannya subsidi keluarga miskin melalui dana kompensasi BBM, diharapkan peran pemerintah menjadi semakin besar di dalam pembiayaan rumah sakit.

TABEL.1.3.
ANGGARAN KESEHATAN DI INDONESIA

Anggaran Pemerintah Pusat 1996 – 2001					
(dalam juta rupiah)					
<i>Budget Type</i>	<i>Budget Year</i>				
	1996	1997	1998	1999	2000
A. Dana Pembangunan (DepKes)	1,593,547.1	1,850,256.9	3,782,010.1	3,406,203.0	2,043,490.40
1. Dana dalam negeri					
2. Hutang Luar negeri	366,360.2	538,525.4	1,208,235.1	1,028,151.5	983,785.60
B. Dana Rutin	739,454.5	1,034,107.1	1,140,816.6	1,420,353.2	1,729,435.33
C. SBO	49,500.0	55,000.0	73,000.0	87,330.9	111,491.20
Total	2,382,501.6	2,939,364.0	4,995,826.7	4,913,887.1	3,884,416.93

Sumber: Biro Keuangan Departemen Kesehatan RI

Peran Pemerintah sebagai Pelaksana

Peran pemerintah sebagai pelaksana di sektor rumah sakit dilakukan terutama oleh rumah sakit pemerintah pusat dan

pemerintah daerah. Kepemilikan rumah sakit di Indonesia, jumlah rumah sakit milik pemerintah sejak tahun 1995 berkurang sedikit. Sebaliknya, di sektor swasta antara tahun 1995 sampai dengan tahun 2000 tercatat pendirian rumah sakit swasta baru sebanyak 73 (tujuh puluh tiga) buah. Pertumbuhan ini berarti terjadi kenaikan sekitar 15%. Berdasarkan kenyataan tersebut sepertinya krisis ekonomi terlihat tidak mempengaruhi kenaikan jumlah rumah sakit swasta.

TABEL 1.4.
PERTUMBUHAN RUMAH SAKIT DI INDONESIA

Pemilik rumah sakit	1995		1997		1998		2000	
	Jumlah RS	Jumlah TT						
Pemerintah	598	79,443	599	80,490	602	80,629	595	80,667
Swasta	477	38,863	491	41,506	511	42,539	550	44,837
Total	1,488	179,666	1,507	184,646	1,534	185,779	1,561	188,400

Sumber: Departemen Kesehatan

Berdasarkan tabel 1.4 di atas terlihat bahwa fungsi pemerintah sebagai pelaksana kegiatan rumah sakit relatif berkurang. Namun, sektor swasta justru berkembang walaupun di Indonesia tidak dijumpai proses privatisasi rumah sakit pemerintah. Pemerintah tetap menjadi pemilik rumah sakit. Akan tetapi, terdapat proses otonomi manajemen rumah sakit yang berakibat pada semacam pemisahan antara fungsi pemerintah sebagai pemberi biaya atau regulator dengan fungsi pelayanan. Kebijakan-kebijakan tersebut antara lain adanya perubahan RSUP menjadi Perjan yang diubah kembali menjadi Perum atau BLU, RSD menjadi Lembaga Teknis Daerah yang tidak berada di bawah Dinas Kesehatan (PP No. 8 Tahun 2003).

Dengan model otonomi (akan dibahas pada bagian selanjutnya), akan ada hubungan kontraktual antarlembaga pemerintah. Di masa depan akan terjadi pemisahan yang semakin tegas antara pemerintah sebagai pembayar dengan pemerintah sebagai pelaksana.

Konsep Desentralisasi dan Proyeksi Perubahan

Sejak tahun 2001, berbagai perubahan terjadi akibat kebijakan desentralisasi. Di sebuah kabupaten yang tiba-tiba mempunyai anggaran tinggi karena desentralisasi, bupati atau kepala daerahnya berpikiran untuk membiayai pelayanan kesehatan sehingga masyarakat dapat gratis memanfaatkan pelayanan tersebut. Sebagian rumah sakit-rumah sakit jiwa milik pemerintah pusat yang didaerahkan mengalami masalah kekurangan anggaran akibat dana untuk operasional dan pemeliharaan berkurang. Gaji untuk para spesialis diserahkan ke daerah. Apa makna berbagai fenomena ini?

Salah satu hal penting dalam menafsirkan perubahan adalah bagaimana kemampuan melakukan proyeksi ke depan. Kemampuan menganalisis lingkungan secara periodik dan memproyeksikan ke masa depan akan mempengaruhi rutinitas organisasi. Secara perorangan, kemampuan melakukan pandangan kedepan merupakan salah satu ciri pemimpin yang visioner. Dalam konteks kebijakan desentralisasi, ada berbagai hal yang perlu diproyeksikan, antara lain fungsi pemerintah daerah dan pusat, fungsi lembaga usaha, skenario perkembangan asuransi kesehatan, dan perubahan sikap masyarakat.

Fungsi Pemerintah Daerah dan Pusat dalam Pemerataan Kesehatan

Risiko kebijakan desentralisasi terletak pada adanya kemungkinan bahwa pemerintah daerah tidak akan memprioritaskan sektor kesehatan. Hal ini tercermin dari pernyataan Depkes RI mengenai isu-isu strategis desentralisasi pelayanan kesehatan. Sampai sekarang, anggaran kesehatan dibiayai oleh pemerintah pusat. Dalam konteks pembangunan, anggaran kesehatan dapat dipandang sebagai program nonfisik, yang tidak menarik perhatian pemerintah daerah. Pengalaman di masa lalu menunjukkan bahwa sebagian besar pengeluaran pemerintah daerah digunakan untuk pembangunan fisik dan administrasi. Risiko

akan kekurangan dana menjadi semakin besar apabila anggota DPRD berhubungan erat dengan masyarakat bisnis konstruksi.

Fungsi pemerintah daerah di bidang kesehatan tergantung pada keadaan ekonomi pemerintah daerah dan masyarakat yang bersangkutan. Apabila pemerintah daerah miskin sementara masyarakat mempunyai tingkat ekonomi tinggi maka biaya pelayanan kesehatan akan lebih banyak ditanggung oleh masyarakat. Dalam hal ini, perlu ada pembangunan sistem manajemen publik di daerah. Pemerintah setempat mungkin akan memiliki beberapa inisiatif manajemen publik baru, seperti: (1) lebih mengarah ke pengawasan; (2) mendorong sektor swasta untuk bekerja sama dengan pemerintah; (3) meningkatkan peran pemerintah setempat sebagai regulator dan pembuat kebijakan. Pada masyarakat dengan tingkat kesejahteraan tinggi, maka sistem pelayanan kesehatan akan bergeser ke mekanisme pasar, seperti yang terjadi pada berbagai negara maju.

Sementara itu, pemerintah daerah yang miskin dan masyarakatnya miskin, maka fungsi pemerintah daerah otomatis juga cenderung kecil. Dalam situasi ini diperlukan peranan pemerintah pusat secara lebih kuat. Permasalahan berikutnya adalah: (1) apakah ada dananya; dan (2) apakah ada data untuk penetapan alokasi anggaran. Kedua masalah ini sebenarnya memiliki keterkaitan. Tanpa adanya data maka sulit untuk meyakinkan perlunya dana pusat untuk sektor kesehatan di daerah miskin. Dengan demikian, bagi pemerintah pusat tersedianya data sumber pembiayaan pelayanan kesehatan menjadi sangat penting. Hal ini disebabkan oleh adanya kebijakan desentralisasi pelayanan kesehatan. Merupakan suatu ketidakadilan apabila provinsi atau kabupaten maupun kota yang memiliki tingkat ekonomi tinggi masih mendapat anggaran dari pemerintah pusat. Dengan demikian, alokasi anggaran untuk sektor kesehatan haruslah berbasis pada data kesehatan masing-masing wilayah.

Beberapa hal penting dalam analisis data untuk penganggaran sektor kesehatan wilayah meliputi: (1) data

yang ada diharapkan mampu mengidentifikasi pengaruh desentralisasi terhadap pembiayaan sektor kesehatan oleh pemerintah pusat dan daerah; (2) mampu mengidentifikasi daerah-daerah yang mempunyai keterbatasan ekonomi untuk membiayai sektor kesehatan melalui pemerintah dan masyarakat; dan (3) mampu mengidentifikasi pola alokasi anggaran kesehatan oleh pemerintah setempat pasca desentralisasi.

Fungsi Lembaga-Lembaga Usaha dalam Pelayanan Kesehatan

Kebijakan desentralisasi ini akan memungkinkan lingkungan tempat lembaga-lembaga pelayanan kesehatan dikelola dengan menggunakan prinsip usaha. Dengan adanya lembaga usaha di lembaga pelayanan kesehatan (termasuk usaha pelayanan kesehatan preventif seperti pemberantasan nyamuk) maka biaya pelayanan kesehatan dapat lebih digali. Dengan demikian, lembaga usaha di bidang kesehatan berfungsi sebagai penggali dana untuk pelayanan kesehatan dan selanjutnya untuk pengembangan pelayanan kesehatan. Penggalan dana untuk kesehatan ini merupakan salah satu manfaat dari berkembangnya konsep otonomi rumah sakit (Lihat bagian berikut). Akan tetapi, perubahan ini harus dilakukan dengan hati-hati agar fungsi sosial lembaga pelayanan kesehatan tidak berkurang. Dalam hal ini kebijakan *social safety net* perlu dijalankan selama masih ada masyarakat miskin yang membutuhkan.

Peranan Lembaga Asuransi Kesehatan

Berkaitan dengan asuransi kesehatan, maka pemerintah pusat dan daerah dapat membeli asuransi untuk keluarga miskin. Dalam situasi semacam ini, pemerintah pusat dan daerah akan bertindak sebagai pembeli asuransi kesehatan. Pada akhir tahun 2004 PT Askes Indonesia ditunjuk sebagai pengelola dana untuk keluarga miskin bersumber dana kompensasi BBM pemerintah pusat. Kebijakan ini kontroversial karena menghapuskan peran Bapel JPKM di

berbagai daerah yang selama ini mengelola dana keluarga miskin.

Dengan menggunakan matriks keuangan pemerintah dan masyarakat, ada empat skenario dalam skema peranan lembaga asuransi kesehatan pascadesentralisasi seperti terlihat pada tabel 1.5. berikut ini:

TABEL 1.5.
PROYEKSI PERAN LEMBAGA ASURANSI KESEHATAN DALAM
SISTEM KESEHATAN WILAYAH

	Kemampuan Ekonomi Pemerintah Daerah Kuat (dihitung dari PAD dana persamaan dan sumber pemerintah setempat lainnya).	Kemampuan Ekonomi Pemerintah Daerah Lemah
Kemampuan Ekonomi Masyarakat Kuat (dihitung dari PDRB per kapita)	Model 1: Masyarakat kelas menengah dan atas harus membayar pelayanan yang diterima atau dengan membeli premi asuransi. Keluarga miskin akan dibiayai oleh pemerintah pusat dan daerah.	Model 2. Masyarakat harus membayar premi. Namun demikian, untuk keluarga miskin, diharapkan agar DAU atau sumber pemerintah lainnya akan digunakan untuk membeli premi. Masyarakat menengah ke atas diharapkan mampu membayar sendiri
Kemampuan Ekonomi Masyarakat Lemah	Model 3. Diharapkan agar pemerintah daerah akan membayarkan premi untuk keluarga miskin dari berbagai sumber.	Model 4. Diharapkan agar pemerintah pusat akan membayarkan premi asuransi kesehatan untuk keluarga miskin melalui berbagai sumber.

Diharapkan mobilisasi sumber pembiayaan pelayanan kesehatan pada masa-masa yang akan datang ditekankan pada subsidi dari pemerintah pusat dan daerah (yang mampu) bagi keluarga miskin melalui skema *managed care*. Program ini mungkin diimplementasikan melalui mekanisme *contracting out* ke lembaga asuransi kesehatan. Pemerintah daerah melalui Dinas Kesehatan dapat bertindak sebagai pembeli atas nama keluarga miskin.

Peran baru Dinas Kesehatan Provinsi, Kabupaten atau Kota

Manajemen publik yang baru mengakibatkan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat bertindak sebagai regulator, pemerintah, dan pemegang anggaran untuk pembiayaan pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin. Dalam pelayanan kesehatan, diharapkan ada otonomi kebijakan dalam fasilitas kesehatan milik pemerintah untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan. Salah satu tugas bagi Dinas Kesehatan Kabupaten/Distrik adalah mengusulkan anggaran, termasuk layanan kesehatan bagi keluarga miskin. Proses alokasi anggaran pada pemerintah daerah ini penting untuk memastikan ketersediaan pembiayaan kesehatan bagi keluarga miskin.

Berkaitan dengan RSUD, status RS mungkin berubah menjadi Badan Usaha, Lembaga Teknis Daerah dengan sifat BLU, atau nama lain. Pada dasarnya terdapat kemungkinan rumah sakit menjadi lebih otonom dari pemerintah. Pengawasan mutu pelayanan medik dan koordinasi kesehatan wilayah tetap berada dalam pengawasan dan koordinasi Dinas Kesehatan. Dalam hal ini ada satu hal yang sangat penting yaitu kenyataan bahwa pembiayaan untuk sektor kesehatan tidak harus masuk ke Dinas Kesehatan. Masih terdapat dinas lain di lingkungan Pemda yang dapat membiayai sektor kesehatan, misalnya Dinas PU dalam kerangka pembangunan lingkungan hidup yang sehat, Dinas Pendidikan, ataupun Dinas Pertanian untuk masalah gizi masyarakat. Dinas Kesehatan mungkin akan lebih mengurus sektor kesehatan yang mengarah ke mobilisasi gerakan preventif serta pembiayaan kuratif bagi keluarga miskin.

Dalam hal pelayanan kuratif, Dinas Kesehatan dapat berperan menjadi pembeli sekaligus pengawas untuk pelayanan rumah sakit bagi keluarga miskin. Dengan demikian, kemungkinan dana untuk keluarga miskin dapat diberikan melalui rumah sakit swasta, apabila rumah sakit pemerintah kurang efisien.

Pertanyaan penting kemudian, siapa yang menjadi perencana kesehatan wilayah? Apakah Dinas Kesehatan,

ataukah lembaga formal/ informal dalam bentuk *Board of Health*? Pertanyaan tersebut sangat sulit dijawab. Hal ini karena masalah tersebut tergantung pada letak kabupaten/ kota terutama dalam hal keadaan ekonomi. Pemerintah daerah yang kaya mungkin akan memiliki dominasi dari pemerintah sehingga Dinas Kesehatan menjadi perencana yang dominan yang akan melibatkan berbagai dinas lain swasta dan masyarakat. Sementara itu, pada daerah masyarakat dengan tingkat kesejahteraan tinggi (kaya), namun pemerintah daerah miskin, terdapat kemungkinan bentuk *board* akan menjadi lembaga yang sangat menentukan. Hal tersebut diharapkan melibatkan semua komponen sektor kesehatan bagi suatu perencanaan kesehatan wilayah.

Pada tahun 2003 keluar PP No. 8 yang merubah struktur sistem kesehatan wilayah. PP No. 8 Tahun 2003 ini memperkuat fungsi Dinas Kesehatan provinsi dan kabupaten/kota. Sebagai pengganti PP No.84 Tahun 2000, PP No. 8 Tahun 2003 mempertegas peran Dinas sebagai pengatur kebijakan. Terlihat jelas bahwa ada pemisahan rumah sakit daerah dari dinas kesehatan secara manajerial. Dalam perubahan struktur sistem kesehatan, Dinas Kesehatan diharapkan berperan sebagai perumus kebijakan dan regulator, termasuk memberi perijinan untuk rumah sakit. Di samping itu, sebagai perumus kebijakan teknis diharapkan Dinas Kesehatan dapat mengelola sistem pembiayaan kesehatan. Untuk provinsi dalam hal ini, Dinas Kesehatan akan mengelola dana dekonsentrasi. Di samping fungsi regulasi dan penentu kebijakan, Dinas diharapkan memberikan pelayanan umum dalam sektor kesehatan, kegiatan dimana mengandung unsur *public goods* besar, misal kegiatan preventif dan promotif.

Konsep Manajerialisme dan Otonomi Rumah Sakit

Awal dekade 1990-an pemerintah meluncurkan kebijakan swadana rumah sakit melalui Keputusan Presiden No. 38 Tahun 1991 tentang Unit Swadana. Keputusan Presiden ini merupakan hal penting dalam penggunaan konsep manajemen

di rumah sakit pemerintah. Unit swadana pemerintah adalah instansi pemerintah yang mempunyai kewenangan untuk menggunakan penerimaan fungsional secara langsung.

Kebijakan swadana di rumah sakit pemerintah tidak berumur panjang di RSUP milik pemerintah pusat karena pada tahun 1997 terbit UU No. 20 tentang Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP). Sementara itu RSD tetap menjadi unit swadana. Ketika UU Desentralisasi terbit pada tahun 1999, Departemen Kesehatan mencoba mencari bentuk rumah sakit. Dengan bersandar pada PP No. 6 Tahun 2000 tentang Perusahaan Jawatan, pemerintah melakukan kebijakan menjadikan RSUP sebagai Perjan. Akan tetapi status RSUP sebagai Perjan tidak berumur panjang karena pada tahun 2003 terbit UU No. 19 tentang BUMN yang mengatur bentuk kelembagaan hanya dua yaitu Perusahaan Umum dan Persero. Pada tahun 2004 terbit UU No. 1 tentang Perbendaharaan Negara yang mengatur mengenai otonomi keuangan rumah sakit.

Kebijakan swadana di RS Daerah tetap berjalan akan tetapi sifat swadana menjadi sulit dilakukan karena ada Keputusan Menteri Dalam Negeri No. 29 Tahun 2001 yang mengatur sistem keuangan aparat pemerintah daerah. Praktis sebagian RS Daerah menjadi lembaga birokrasi. Pada tahun 2003 keluar PP No. 8 yang menegaskan bahwa RSUD dapat berbentuk Lembaga Teknis Daerah yang berada di luar Dinas Kesehatan. PP No. 8 Tahun 2003 ini diperkuat dengan UU No. 32 Tahun 2004 yang menyatakan RSUD sebagai Lembaga Teknis Daerah. Disamping itu RSD juga dapat menjadi lembaga Badan Layanan Umum.

Sektor rumah sakit swasta juga mengalami perubahan. Rumah sakit swasta diperbolehkan menjadi Badan Usaha yang mencari untung pada tahun 1992. Sebagai hasilnya di berbagai kota besar muncul rumah sakit berbentuk PT. Selanjutnya tahun 2001 disahkan UU No. 16 mengenai Tata Kerja Yayasan.

Bagaimana menafsirkan perubahan-perubahan yang mengenai rumah sakit pemerintah dan swasta ini? Salah satu

konsep yang perlu dilihat dalam perubahan ini adalah manajerialisme dan otonomi rumah sakit. Dalam proses perkembangan pemerintah, otonomi rumah sakit merupakan salah satu aplikasi konsep manajerialisme. Konsep manajerialisme bersumber pada teori Taylor pada awal abad XX. Teori Taylor menekankan mengenai efisiensi dalam kerja dengan menggunakan model kelompok yaitu kelompok yang menggunakan kemampuan pengelolaan dan mereka yang melakukan pekerjaan manual. Pendekatan Taylor ini banyak dikritik, tetapi tetap mempunyai pengaruh sampai saat ini. Dalam konteks rumah sakit, peran para manajer (yang tidak melakukan kegiatan langsung pelayanan medik) menjadi semakin meningkat, terutama pada rumah sakit-rumah sakit skala besar. Pada rumah sakit yang relative kecil, direktur rumah sakit mungkin masih dapat dirangkap oleh seorang dokter yang bekerja di klinik. Akan tetapi, pada rumah sakit-rumah sakit besar hal ini sudah tidak memungkinkan untuk dilakukan sehingga timbul kelompok manajer pengelola. Dengan demikian, berkembang manajemen sebagai fungsi organisasi yang terpisah. Manajemen ini kemudian mempunyai peran penting dalam merencanakan, melaksanakan, dan mengawasi jalannya kegiatan.

Konsep manajerialisme memiliki pemahaman bahwa lembaga yang menggunakan konsep manajemen dalam pelaksanaan kegiatan akan mempunyai kinerja yang lebih baik (Pollit, 1990). Akan tetapi, sistem manajemen yang baik membutuhkan otonomi pada berbagai aspek dan kebutuhan. Istilah yang sering digunakan secara praktis adalah tersedianya wewenang untuk menetapkan keputusan sendiri dan mengelola pelaksanaannya. Tanpa wewenang ini, sebuah rumah sakit pemerintah misalnya, akan cenderung menjadi bagian dari sistem birokrasi besar yang kaku. Pengertian otonomi menurut kamus adalah:

The quality or state of being self governing, especially "the right or power of self government; 'existing or capable of existing independently; and subject to its laws only".

Pemahaman otonomi di rumah sakit adalah wewenang untuk mengelola sumber daya, dengan mengikuti prosedur dan standar yang ditetapkan. Otonomi rumah sakit merupakan bagian dari reformasi pelayanan publik di berbagai negara. Chawla dkk. (1996) menyatakan bahwa definisi otonomi rumah sakit berada pada dua dimensi: (1) seberapa jauh sentralisasi pengambilan keputusan; dan (2) jangkauan keputusan untuk menentukan kebijakan dan pelaksanaan program oleh rumah sakit. Dengan demikian, konsep otonomi rumah sakit dapat digunakan di rumah sakit-rumah sakit pemerintah maupun swasta. Pada konteks rumah sakit swasta, otonomi rumah sakit diartikan sebagai seberapa jauh direksi rumah sakit dapat melakukan keputusan manajemen, misalnya menentukan anggaran atau menerima tenaga. Di rumah sakit pemerintah derajat otonomi dapat diukur, misalnya dari indikator mengenai proses rekrutmen dokter. Jika rumah sakit pemerintah tidak mempunyai wewenang untuk menerima dokter, rumah sakit tersebut tidak otonom dalam manajemen sumber daya manusia.

Lebih lanjut Chawla dkk. (1996) memberikan sebuah model konseptual dalam bentuk matriks seperti terlihat pada Tabel 1.6. Dalam model ini digambarkan bahwa ada sebuah kontinum (pada sumbu mendatar). Kontinum tersebut mengandung suatu keadaan sentralisasi penuh dengan otonomi rendah, menuju ke keadaan desentralisasi penuh dengan otonomi tinggi. Pada kolom (sumbu tegak), terdapat lima domain dalam otonomi rumah sakit: (1) manajemen strategi dengan wewenang penetapan visi dan misi, penetapan tujuan umum secara luas, pengelolaan aset rumah sakit dan pertanggungjawaban kebijakan rumah sakit; (2) administrasi untuk mengelola manajemen sehari-hari, misalnya pengaturan jadwal, alokasi ruangan, sistem informasi manajemen; (3) aspek pembelian yang mencakup obat, peralatan rumah sakit dan barang habis pakai; (4) manajemen keuangan yang mencakup penggalan sumber daya keuangan, perencanaan anggaran, akuntansi dan alokasi sumber-sumber daya; (5) aspek manajemen sumber daya manusia yang meliputi

kewenangan untuk mengangkat dan mem-berhentikan sumber daya manusia, menciptakan pos-pos jabatan baru, menentukan peraturan kepegawaian, kontrak dan gaji.

TABEL 1.6.
KERANGKA KONSEPTUAL UNTUK OTONOMI RUMAH SAKIT

Fungsi Manajemen dan Kebijakan	Tingkat Otonomi				
	Sentralisasi Penuh dengan Otonomi Rendah	-----> Otonomi Sebagian			Desentralisasi Penuh Otonomi Tinggi
		A	B	C	
Manajemen Strategis	Kontrol langsung oleh pemilik: Pemerintah, BUMN, atau lembaga swasta	Diatur oleh Dewan Pengelola yang ditunjuk oleh pemilik dan diarahkan oleh pemilik. Akan tetapi Dewan ini bukan menjadi bawahan pemilik		Dewan Pengelola yang dibentuk secara independen, membuat keputusan secara independen	
Administrasi	Manajemen langsung oleh pemilik, yang juga menetapkan peraturan untuk manajemen RS	Kekuasaan terbatas yang didesentralisasikan ke manajemen RS; pemilik masih memiliki pengaruh atas keputusan manajemen		Manajemen independen yang beroperasi dibawah arahan Dewan Pengelola, dengan wewenang cukup dalam pengambilan keputusan yang independen	
Pembelian	Pembelian dilakukan secara terpusat, dimana pemilik menentukan jumlah dan total pengeluaran	Kombinasi antara pembelian yang disentralisasi dan didesentralisasikan		Pembelian secara keseluruhan dikontrol oleh manajemen RS	
Manajemen Keuangan	Didanai penuh oleh pemilik; pemilik memiliki kontrol atas keuangan	Pemilik mensubsidi plus mendanai melalui sumber-sumber lain. Ada pengaruh dari pemilik tetapi secara umum berada di bawah kontrol Dewan		Otonomi penuh secara keuangan. Tidak ada subsidi dari pemilik; Pengelolaan dana secara keseluruhan berada di bawah kontrol Dewan; manajer memiliki kapasitas pengambilan keputusan independen yang signifikan	
Manajemen Sumber Daya Manusia	Staf ditunjuk oleh pemilik; sepenuhnya berada dibawah kontrol peraturan pemilik	Staf dipekerjakan oleh Dewan Pengeloladan bekerja di bawah peraturan Dewan Pengelola, tetapi juga harus mentaati peraturan pemilik		Staf dipekerjakan oleh Dewan Pengelola; semua kondisi dan peraturan ditetapkan oleh Dewan; manajer memiliki kapasitas pengambilan keputusan yang signifikan	

Sumber : Chawla dkk. (1996)

Konsep otonomi rumah sakit diterapkan di berbagai negara. Di berbagai negara, istilah yang digunakan untuk otonomi rumah sakit adalah *hospital corporatization*. Istilah korporatisasi merupakan suatu tahap (tahap ketiga) dari perubahan bentuk lembaga pemerintah dari (1) rumah sakit sebagai Unit birokrasi pemerintah, (2) rumah sakit sebagai unit otonomi, (3) rumah sakit sebagai unit korporasi, dan (4) rumah sakit yang diswastanisasikan (Preker dan Harding 2003). Korporatisasi rumah sakit mempunyai prinsip mempertahankan kepemilikan pemerintah tetapi mengurangi biaya rumah sakit dengan cara: (1) memberikan wewenang untuk meningkatkan penerimaan dari pasien; (b) merubah stuktur insentif di rumah sakit (Eid, 2001). Model ini diujicobakan di Lebanon untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit pemerintah. Istilah ini memiliki pemahaman suatu proses yang mengarah menjadi lembaga usaha (*corporate*) dan terdapat pemisahan dalam fungsi pemerintah sebagai pembayar dan pemberi pelayanan (Govindaraj dan Chawla, 1996). Melalui pemisahan ini terjadi hubungan kontraktual antara pemerintah dengan rumah sakit yang mengalami *corporatization*. Sebagai contoh, pemerintah akan membayar rumah sakit pemerintah berdasarkan *unit cost* untuk membiayai penduduk miskin.

Filipina menggunakan istilah *hospital corporatization* dalam otonomi rumah sakit. Salah satu pokok reformasi di Filipina seperti yang dinyatakan oleh Dr. Mario C. Villaverde, seorang pejabat Departemen Kesehatan Filipina, berkaitan dengan otonomi bidang keuangan rumah sakit, adalah sebagai berikut:

“Reformasi dalam bidang perumahsakitian di Filipina diharapkan mampu untuk mengijinkan rumah sakit pemerintah menerima dan mengelola sendiri pendapatan fungsional yang didapat dari masyarakat”.

Rumah sakit-rumah sakit khusus di Filipina mempunyai bentuk *corporate* seperti yang ada pada *Philippine Children Medical Center*. Pengembangan ke arah konsep otonomi

rumah sakit di Indonesia sudah dilakukan dengan kebijakan swadana. Kebijakan ini sebenarnya merupakan salah satu bagian dari berbagai aspek otonomi rumah sakit. Kebijakan swadana terbatas pada penggunaan pendapatan fungsional rumah sakit pemerintah yang diperbolehkan untuk menjadi otonom. Sementara itu, untuk aspek-aspek lain seperti pembelian beberapa alat rumah sakit, rekrutmen dokter spesialis masih dilakukan oleh pemerintah pusat. Istilah korporatisasi sering dipakai oleh Bank Dunia yang menyebutkan bahwa rumah sakit pemerintah tetap merupakan aset milik pemerintah namun manajemen dikelola sebagai lembaga usaha dan harus bersaing dengan rumah sakit swasta. Korporatisasi bukanlah privatisasi, yaitu aset pemerintah dijual ke swasta.

Kebijakan penggunaan pendapatan fungsional rumah sakit pemerintah secara otonom di Thailand telah berjalan lama. Uji coba otonomi rumah sakit di RS Ban Phaew Thailand tidak hanya dalam hal manajemen keuangan saja bahkan mencakup pula manajemen sumber daya manusia. Keadaan ini yang sedang dikembangkan di DKI Jakarta dimana rumah sakit daerah diubah menjadi PT yang mempunyai otonomi di berbagai aspek, tidak terbatas pada keuangan saja.

Pada intinya, proses perluasan otonomi rumah sakit sudah berjalan di Indonesia. Proses ini berjalan walaupun masih terjadi kerancuan mengenai makna yang ada. Sebagai contoh kasus yang terjadi di sebuah RSD di Jawa Timur. Dengan berlakunya UU Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah dan UU Nomor 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah, memberi peluang sekaligus tantangan bagi RS dan Pemerintah Daerah untuk memiliki otonomi dalam pengelolaan RS. Diharapkan manajemen RS dapat lebih leluasa dalam menghadapi perubahan lingkungan yang demikian besar. Sebagai salah satu implikasi undang-undang yang baru, maka terbitlah Kepres Nomor 40 Tahun 2001 tentang Pedoman Kelembagaan dan Pengelolaan Rumah Sakit Daerah. Dengan adanya Kepres Nomor 40 Tahun 2001

tersebut, RSD di Jawa Timur tersebut berubah dari RSD Swadana dengan otonomi sebagian pada aspek keuangan menjadi bentuk Lembaga Teknis Daerah. Perubahan tersebut justru merupakan kemunduran dari aspek manajemen lembaga. Hal ini karena otonomi penggunaan pendapatan fungsional ternyata tidak ada lagi setelah menjadi Lembaga Teknis Daerah. Manajemen keuangan rumah sakit berubah kembali seperti lembaga birokrasi.

Pada kelompok RSUP, perubahan dari Swadana menjadi Perjan berkembang menjadi lembaga yang lebih kompleks. Kekompleksan tersebut karena terdapat lebih dari satu kementerian yang terlibat yaitu Departemen Kesehatan dan Kementerian Negara BUMN. Rumah sakit-rumah sakit daerah yang berada di Daerah Khusus Ibu Kota berkembang menjadi PT dengan berbagai tambahan otonomi, termasuk otonomi di bidang sumber daya manusia. Akan tetapi perubahan di DKI Jakarta memicu kontroversi. Pendapat yang pro menyatakan bahwa bentuk lembaga sebagai PT menjamin adanya otonomi luas yang mampu meningkatkan efisiensi rumah sakit. Pendapat yang kontra menyatakan bahwa bentuk PT merupakan pengingkaran dari sifat sosial rumah sakit yang berbasis kemanusiaan.

Pada tahun 2004 ini disahkan UU baru mengenai Perbendaharaan Negara (UU No. 1 Tahun 2004). UU ini mencakup Pelaksanaan pendapatan dan belanja negara/daerah, Pelaksanaan penerimaan dan pengeluaran negara/daerah, Pengelolaan kas, piutang, dan utang negara/daerah, Pengelolaan investasi dan barang milik negara/daerah, Penyelenggaraan akuntansi, informasi, dan pertanggungjawaban keuangan, Penyelesaian kerugian Negara, Pengelolaan Badan Layanan Umum, Perumusan standar, kebijakan, sistem dan standar di bidang keuangan.

Dalam cakupan UU ini ada satu hal yang terkait dengan bentuk organisasi RS pemerintah yaitu mengenai pengelolaan Badan Layanan Umum yang dalam berbagai pasal didefinisikan sebagai berikut:

Pasal 1

BLU adalah instansi di lingkungan Pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas

Pasal 2

Kekayaan Badan Layanan Umum merupakan kekayaan negara yang tidak dipisahkan serta dikelola dan dimanfaatkan sepenuhnya untuk menyelenggarakan kegiatan Badan Layanan Umum yang bersangkutan. Berkenaan dengan itu, rencana kerja dan anggaran serta laporan keuangan dan kinerja Badan Layanan Umum disusun dan disajikan sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari rencana kerja dan anggaran serta laporan keuangan kementerian negara/lembaga/pemerintah daerah.

Pasal 69 ayat 4

Pendapatan yang diperoleh Badan Layanan Umum sehubungan dengan jasa layanan yang diberikan merupakan Pendapatan Negara/Daerah.

Pasal 69 ayat 5

Badan Layanan Umum dapat memperoleh hibah atau sumbangan dari masyarakat atau badan lain.

Pasal 69 ayat 6

Pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dan ayat (5) dapat digunakan langsung untuk membiayai belanja Badan Layanan Umum yang bersangkutan.

Dengan melihat pasal-pasal tersebut terlihat bahwa BLU merupakan bentuk otonomi keuangan lembaga usaha pemerintah yang tidak mencari untung. Akan tetapi BLU tidak mengatur otonomi dalam SDM secara jelas.

Secara garis besar, hubungan antara berbagai aturan hukum pemerintah dan jangkauan otonomi rumah sakit di Indonesia dapat dilihat pada Tabel 1.7. Pada lajur ke bawah terdapat aturan hukum yang dapat dipergunakan oleh RS pemerintah, sedangkan pada baris ke kanan memuat berbagai aspek manajemen yang diberikan otonomi. Pada gambar tersebut di atas, perlu dipahami bahwa semakin banyak aspek

manajemen yang diotonomikan maka rumah sakit tersebut akan semakin mudah melakukan pengelolaan rumah sakit.

Tabel 1.7. menunjukkan bahwa berbagai aturan hukum pemerintah dapat dipergunakan oleh rumah sakit. Misalnya PP No. 8 Tahun 2003 menyebutkan mengenai RS sebagai Lembaga Teknis Daerah. Penyebutan ini menunjukkan otonomi manajemen RSD dari Dinas Kesehatan. Sementara itu untuk aspek keuangan, dapat mengambil bentuk Badan Layanan Umum (BLU) yang mempunyai otonomi luas. Dengan demikian RSD dalam konteks kelembagaan pemerintah di daerah berbentuk LTD berdasarkan PP No. 8 Tahun 2003 dan UU No. 32 Tahun 2004. Sedangkan otonomi keuangannya mengambil bentuk BLU (UU No. 1 Tahun 2004).

TABEL 1.7.
ASPEK-ASPEK MANAJEMEN DALAM OTONOMI RS DI
INDONESIA

Aturan Hukum yang dapat dipergunakan RS Pemerintah	Aspek manajemen yang diberikan otonomi			
	Keuangan	Sumber Daya Manusia	Pembelian Alat, Obat dan Bahan Habis Pakai	Manajemen Strategis
RSUP				
PNBP	Otonomi Rendah	Tidak ada Otonomi	Otonomi Rendah	Otonomi Sebagian
Unit Swadana	Otonomi Rendah	Tidak ada Otonomi	Otonomi Rendah	Otonomi Sebagian
Perusahaan jawatan	Otonomi Tinggi	Otonomi Rendah	Otonomi Tinggi	Otonomi Sebagian
Badan Layanan Umum	Otonomi Tinggi	Tidak dinyatakan secara jelas	Otonomi Tinggi	Otonomi Sebagian
RSD				
Unit Swadana	Otonomi sebagian	Tidak dinyatakan	Otonomi sebagian	Otonomi Sebagian
Lembaga Teknis Daerah	Tidak Dinyatakan	Tidak Dinyatakan	Tidak Dinyatakan	Tidak Dinyatakan
BUMD	Otonomi Tinggi	Otonomi Tinggi	Otonomi Tinggi	Otonomi Tinggi
Badan Layanan Umum Daerah	Otonomi Tinggi	Otonomi Rendah	Tidak jelas	Otonomi Tinggi

Sementara itu, perubahan RSUP menjadi BLU harus diperhatikan dalam konteks otonomi apa yang akan diberikan. Apabila otonomi dalam mengelola sumber daya manusia tidak ada, maka ada kemungkinan efektivitas kebijakan BLU di RSUP tidak akan maksimal.

Dengan demikian, pemahaman akan konsep otonomi rumah sakit diperlukan untuk menafsirkan perubahan rumah sakit menjadi Perum, BLU, dan Lembaga Teknis Daerah. Pemahaman itu bukan hanya mencakup perubahan masalah keuangan, akan tetapi terkait dengan konsep otonomi manajemen rumah sakit. Sebagai catatan penting konsep otonomi bukan berarti rumah sakit tidak membutuhkan dana subsidi atau sumbangan dari luar.

Ringkasan

Pada hakikatnya pengaruh internasional merambah sektor rumah sakit di Indonesia melalui proses globalisasi di berbagai hal. Pengaruh Bank Dunia dalam sektor rumah sakit juga menonjol yakni dengan menekankan pada efisiensi dan pemerataan pelayanan. Rumah sakit di Indonesia semakin bergerak ke arah korporasi (lembaga usaha) yang mempunyai otonomi luas. Korporatisasi rumah sakit pemerintah merupakan sebuah konsekuensi logis dari usaha peningkatan efisiensi pelayanan rumah sakit. Korporatisasi rumah sakit mempunyai risiko mengurangi pemerataan pelayanan kesehatan. Disamping itu sistem tata hukum untuk rumah sakit di Indonesia masih mencari bentuk. Menarik untuk dicermati bahwa pergerakan ke korporatisasi diimbangi dengan peningkatan peran pemerintah untuk mensubsidi keluarga miskin di rumah sakit melalui dana kompensasi BBM. Dengan demikian, pemerintah Indonesia di akhir tahun 2004 mengalami pergeseran ke arah kebijakan *welfare-state* yang berada dalam lengkung berbasis mekanisme pasar. Hal ini menyebabkan komplikasi-komplikasi yang perlu diperhatikan. Salah satu hal penting dalam perjalanan bentuk kelembagaan rumah sakit adalah diperlukannya UU atau PP khusus mengenai bentuk kelembagaan rumah sakit pemerintah dan swasta.