

BAB IV

KEBIJAKAN OTONOMI DALAM MANAJEMEN RUMAH SAKIT

4.1 Globalisasi dan Otonomi Rumah Sakit

Di Indonesia problem keuangan menyebabkan kemampuan pemerintah pusat untuk membiayai pembangunan menjadi berkurang. Secara praktis, pemerintah menjauhi negara kesejahteraan (*welfare-state*), yang seharusnya negara membiayai seluruh pelayanan publiknya dari hasil pajak dan usaha negara. Rumah sakit semakin dilepas ke arah sistem pelayanan yang berbasis pada prinsip *private-goods*. Akibatnya, di samping mengacu pada pelayanan sosial kemanusiaan secara faktual, pelayanan rumah sakit telah berkembang menjadi suatu industri yang berbasis pada prinsip-prinsip ekonomi dengan salah satu ciri menonjol yaitu sifat kompetitif (Otter, 1991). Pemahaman bahwa rumah sakit sudah merupakan suatu industri ini menjadi dasar pengembangan mutu pelayanan rumah sakit. Tanpa pemahaman ini sulit bagi rumah sakit Indonesia untuk bersaing dengan pelayanan luar negeri. Fakta telah menunjukkan bahwa telah banyak orang Indonesia yang mencari pengobatan ke luar negeri. Fenomena ini dapat disebut sebagai globalisasi tahap pertama. Sementara itu, globalisasi tahap kedua adalah beroperasinya rumah sakit asing di Indonesia atau penanaman modal asing dalam sektor pelayanan kesehatan.

Saat ini pelayanan rumah sakit di Indonesia menghadapi suatu masa yang menjadi tanda tanya. Benarkah kompetisi global akan menyebabkan pelayanan kesehatan di Indonesia terdesak oleh investasi asing atau pelayanan kesehatan pemerintah akan terdesak oleh pelayanan kesehatan swasta, termasuk pelayanan kesehatan preventif

dan promotif (Brotowasito, 1993; Mulyadi, 1995). Apabila kita mengacu pada sektor lain, telah terdapat bukti sejarah bahwa produksi Indonesia terdesak oleh kompetisi global; misalnya minuman ringan, makanan cepat saji (*fast-food*), hingga manajemen perhotelan.

Sementara itu, di lingkungan lokal terjadi pula keadaan yang menarik. Para staf organisasi pelayanan kesehatan melakukan berbagai tindakan untuk mencari pendapatan yang lebih tinggi. Organisasi pelayanan kesehatan yang dulu bersifat misionaris telah menjadi suatu lembaga, yang para profesionalnya, seperti dokter spesialis, dokter umum, perawat, dan tenaga-tenaga lain mencari nafkah untuk hidup. Ketidakmampuan lembaga rumah sakit dalam memberikan insentif ekonomi yang memadai menyebabkan para profesional mencari di tempat lain. Kasus dokter spesialis rumah sakit pemerintah yang mendapatkan penghasilan terbesarnya dari rumah sakit swasta merupakan contoh klasik kegagalan lembaga rumah sakit pemerintah dalam memberikan kompensasi yang cukup.

Salah satu konsep penting dalam sektor rumah sakit yang digunakan secara global untuk meningkatkan mutu pelayanan adalah otonomi rumah sakit. Di berbagai negara konsep otonomi rumah sakit merupakan bagian reformasi pelayanan publik yang bertujuan memperhatikan tuntutan masyarakat agar terjadi peningkatan mutu pelayanan publik dan berkurangnya korupsi, pengembangan sumber daya manajemen, hingga peningkatan akuntabilitas dan transparansi dalam perencanaan dan penentuan proses anggaran. Hasil lain yang diharapkan dari otonomi rumah sakit adalah meningkatnya kepercayaan masyarakat pada lembaga pemerintah yang memberikan pelayanan rumah sakit.

4.2 Dua Dimensi Otonomi Rumah Sakit

Chawla dkk (1996) menyatakan bahwa definisi otonomi rumah sakit berada pada dua dimensi, yaitu: (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 dipergunakan pada rumah sakit-rumah sakit pemerintah ataupun swasta. Pada konteks rumah sakit swasta, otonomi rumah sakit diartikan sebagai seberapa jauh direksi rumah sakit dapat melakukan keputusan manajemen, misalnya menentukan anggaran. 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 SDM. Perlu dipahami bahwa semakin besar level tingkatan otonomi sebuah rumah sakit pemerintah tidak berarti mengarah pada privatisasi, selama tidak ada pemindahan pemilikan ke pihak masyarakat.

Lebih lanjut Chawla dkk (1996) memberikan sebuah model konseptual dalam bentuk matriks seperti pada Tabel 4.1 . Dalam model ini digambarkan bahwa ada sebuah kontinum (pada sumbu mendatar) yang terdapat sentralisasi penuh dengan otonomi rendah menuju desentralisasi penuh dengan otonomi tinggi. Pada kolom (sumbu tegak), terdapat pembedaan otonomi pada tingkat makro yaitu pada sistem kesehatan nasional dan pada tingkat mikro di rumah sakit. Terdapat lima *domain* dalam otonomi rumah sakit yaitu: (1) manajemen strategis yang memiliki fungsi 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 SDM yang meliputi kewenangan untuk mengangkat dan memberhentikan sumber daya manusia, menciptakan pos-pos jabatan baru, menentukan peraturan kepegawaian, kontrak, dan gaji.

Tabel 4.1 Kerangka konseptual untuk otonomi rumah sakit

Fungsi Manajemen dan Kebijakan	Tingkat Otonomi				
	Sentralisasi Penuh dengan Otonomi Rendah	----->			Desentralisasi Penuh dengan Otonomi Tinggi
		Otonomi Sebagian			
		a	b	c	
Manajemen Strategik	Semua keputusan diambil oleh pemilik Kontrol langsung oleh pemilik misal Pemerintah, Kementerian BUMN, atau lembaga swasta	Keputusan diambil secara bersama oleh pemilik dan manajemen RS Diatur oleh Dewan Pengelola yang ditunjuk oleh pemilik, dan diarahkan oleh pemilik, tetapi bukan menjadi bawahan pemilik			Keputusan diambil seluruhnya oleh manajemen RS 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 memiliki kewenangan pengambilan keputusan independen secara bermakna
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 Pengelola			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	Staf ditunjuk oleh pemilik; sepenuhnya berada dibawah kontrol peraturan pemilik	Staf dipekerjakan oleh Dewan Pengelola, dan bekerja dibawah 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

Dengan menggunakan pemahaman ini dapat disimpulkan bahwa kebijakan swadana rumah sakit di Indonesia merupakan bentuk otonomi sebagian. Kebijakan swadana memberikan otonomi terbatas pada aspek keuangan dan tidak penuh. Sementara itu, terdapat istilah otonomi penuh yang disebut sebagai korporatisasi sampai ke arah privatisasi rumah sakit pemerintah.

4.3 Korporatisasi Rumah Sakit

Di Filipina, bahasa yang dipergunakan untuk kebijakan otonomi rumah sakit adalah *hospital corporatization*. Dalam istilah ini terdapat pemahaman suatu proses yang mengarah menjadi lembaga usaha (*corporate*) yang mempunyai otonomi luas. Salah satu pokok reformasi di Filipina seperti yang dinyatakan oleh Dr. Mario C. Villaverde, seorang pejabat Depkes di Filipina, mengenai otonomi di bidang keuangan rumah sakit, sebagai berikut.

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

Pengalaman di Filipina menunjukkan bahwa rumah sakit-rumah sakit khusus mempunyai bentuk *corporate* seperti *Philippine Children Medical Center*. Di Indonesia pengembangan ke arah konsep otonomi rumah sakit sudah dilakukan dengan kebijakan swadana. Kebijakan ini sebenarnya hanya merupakan sebagian kecil dari berbagai aspek otonomi rumah sakit. Kebijakan swadana terbatas pada penggunaan pendapatan fungsional rumah sakit. Sementara itu untuk aspek-aspek lain, termasuk pembelian alat rumah sakit, rekrutmen dokter spesialis misalnya, masih dilakukan oleh pemerintah pusat. Di Thailand kebijakan penggunaan pendapatan fungsional rumah sakit pemerintah secara otonom telah berjalan lama dan luas. Oleh karena itu, inovasi aplikasi otonomi rumah sakit di Thailand tidak hanya dalam hal manajemen keuangan saja, tetapi mencakup pula manajemen SDM

dan berbagai aspek lain. Inovasi ini dilakukan di RS Ban Phaew Bangkok.

Pada intinya, proses korporatisasi rumah sakit sudah berjalan di Indonesia. Proses ini berjalan walaupun masih mengalami kerancuan mengenai makna yang ada. Sebagai contoh, di sebuah RSD di Jawa Timur, ditemukan pengembangan rumah sakit swadana menjadi rumah sakit dalam bentuk Lembaga Teknis Daerah. Pengembangan ini ternyata justru kemunduran karena otonomi penggunaan pendapatan fungsional ternyata tidak ada lagi setelah menjadi Lembaga Teknis Daerah. Rumah sakit berubah kembali sistem manajemen keuangannya seperti lembaga birokrasi. Di Daerah Khusus Ibukota (DKI) Jakarta, rumah sakit-rumah sakit daerah berkembang menjadi Unit Pelaksana Teknis Plus (UPTP) yang memiliki berbagai tambahan otonomi, termasuk otonomi di bidang sumber daya manusia. Di kelompok RSUP, perubahan rumah sakit swadana menjadi Perjan berkembang menjadi lembaga yang diharapkan lebih otonom dan dikelola sebagai lembaga usaha (*corporation*). Akan tetapi, pada awal tahun 2003 kebijakan Perjan berada pada persimpangan jalan karena ternyata rencana undang-undang mengenai BUMN tidak mengenal bentuk Perjan. Dalam RUU tersebut hanya ada dua bentuk yaitu Perum dan PT yang keduanya berdasarkan asas mencari keuntungan. Dengan asas ini tentunya bentuk Perum dan PT bukanlah pilihan ideal bagi RSUP. Oleh karena itu, berkembang wacana untuk menjadikan RSUP sebagai organisasi yang berbentuk hukum Badan Layanan Umum (BLU). Bentuk hukum BLU ini sebenarnya dapat diartikan sebagai lembaga usaha tidak mencari untung (*non-profit corporation*). Bentuk BLU ini masih terus dikembangkan aplikasinya. Secara garis besar, pola berpikir bentuk otonomi rumah sakit di Indonesia dan aspek manajemen yang diberikan otonomi dapat dilihat pada Tabel 4.2.

Tabel 4.2 Aspek-aspek manajemen dalam otonomi rumah sakit di Indonesia

Aspek manajemen yang diberikan otonomi				
Bentuk Hukum RS Pemerintah	Keuangan	Sumber Daya Manusia	Pembelian Alat, Obat, dan bahan habis pakai	Manajemen Strategik
RSUP				
PNBP		-		
Unit Swadana	+ (terbatas)	+(terbatas)	-	+ (Terbatas)
Perusahaan jawatan	+	+ (terbatas)	+	+
Badan Layanan Umum (dalam wacana)	?	?	?	?
RSD				
Unit Swadana	+ (terbatas)	+(terbatas)	-	Terbatas
Lembaga Teknis Daerah (bervariasi pemahamannya)	?	?	?	?
Badan Usaha Milik Daerah (BUMD) (dalam wacana)	+	?	?	?

Sampai sekarang masih sulit untuk mengkaji aspek-aspek otonomi yang diberikan ke rumah sakit, khususnya rumah sakit daerah. Penyerahan berbagai aspek otonomi ini tergantung pada konteks daerah masing-masing. Patut dicermati pada tabel di atas dan perlu dipahami bahwa semakin banyak aspek manajemen yang diotonomikan, maka rumah sakit tersebut akan semakin menggunakan kaidah-kaidah perusahaan dalam pengelolaan rumah sakit. Dampak dari penggunaan kaidah-kaidah perusahaan dapat dilihat pada Tabel 4.3.

Tabel 4.3 Cara menilai dampak otonomi

Kriteria untuk Evaluasi	Tingkatan Dampak Otonomi			
	Dampak Sebaliknya	Tidak Ada Perubahan	Beberapa Perbaikan	Perbaikan Bermakna
Efisiensi				
Kualitas layanan dan kepuasan public				
Akuntabilitas				
Pemerataan				
Mobilisasi Sumber Daya				

Dalam kriteria evaluasi ini terlihat bahwa hal-hal yang terkait dengan prinsip-prinsip ekonomi seperti efisiensi, akuntabilitas, pemerataan dan mobilisasi sumber daya merupakan hal penting dalam reformasi rumah sakit. Dengan demikian, perubahan rumah sakit dari lembaga sosial menjadi lembaga usaha membutuhkan kemampuan dan keterampilan menggunakan ilmu ekonomi yang tidak hanya mencari keuntungan keuangan semata, tetapi juga penggunaan ilmu ekonomi untuk pemerataan dan etika lembaga usaha rumah sakit.

PENUTUP

Berdasarkan pengamatan dengan perspektif sejarah, secara *defacto* manajemen rumah sakit mengalami perubahan ke sistem yang mengarah pada sistem korporasi. Implikasinya adalah dampak terhadap citra sosial dan misionarisme yang melekat selama ini. Timbul beberapa pertanyaan kritis, yaitu: (1) Apakah mungkin sistem manajemen lembaga usaha dengan nilai-nilai sosial dilakukan oleh rumah sakit?; (2) Jika rumah sakit telah menerapkan sistem manajemen lembaga usaha, apakah pihak-pihak lain juga telah berubah? Sebagai catatan, rumah sakit harus dilihat sebagai bagian dari sistem pelayanan kesehatan yang terdiri atas: masyarakat,

pemerintah, sistem JPKM dan lembaga asuransi kesehatan, serta pemberi pelayanan kesehatan yang terdiri atas pelayanan primer sampai tersier, industri farmasi atau peralatan medis, dan sistem pendidikan tenaga kesehatan.

Apabila rumah sakit berubah akan tetapi pihak-pihak lain tidak berubah, maka dengan mudah akan terjadi konflik, misalnya konflik antara PT Askes Indonesia dan rumah sakit pemerintah; konflik antara rumah sakit dan Dinas Kesehatan Provinsi atau Kabupaten atau Kota; Konflik di dalam rumah sakit sendiri; antara direksi dan dokter spesialis; konflik dengan masyarakat mengenai masalah tarif yang terlalu mahal. Dengan demikian, apabila sistem pelayanan kesehatan menghendaki penurunan konflik, maka dibutuhkan suatu perubahan besar dalam sistem pelayanan kesehatan.

Berpijak pada dinamika peristiwa-peristiwa yang tercatat dalam sejarah, perubahan sektor pelayanan kesehatan layak disebut sebagai reformasi karena mempunyai ciri-ciri sebagai berikut: perubahan lebih mengarah pada struktural dan bukan merupakan perubahan evolusioner atau sedikit-sedikit; perubahan tidak hanya kebijakan saja, tapi melembaga; perubahan merupakan hal yang disengaja, bukan kebetulan-kebetulan; perubahan harus berkelanjutan dan bersifat jangka panjang; dan perubahan didukung secara politis dari atas; yang di mulai dari pemerintah pusat, provinsi, hingga tingkat kabupaten. Dalam proses perubahan sejarah ini terlihat bahwa ilmu ekonomi menjadi sangat penting peranannya. Dalam hal ini patut ditekankan bahwa ilmu ekonomi bukan hanya bertujuan untuk mencari keuntungan, akan tetapi ilmu ini dapat dipergunakan sebagai dasar pegangan untuk mencari keadilan dan pemerataan bagi seluruh lapisan masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan.