

BAB III

PERKEMBANGAN SEKTOR KESEHATAN

Perkembangan sektor kesehatan di Indonesia saat ini terlihat tumbuh secara tidak maksimal. Sebagai contoh, standar mutu pelayanan rumah sakit masih belum tertata dengan baik, jumlah dokter khususnya spesialis masih sedikit, penyebaran dan pendapatan dokter tidak merata dan sebagian dokter rendah pendapatannya, indikator kinerja lembaga pelayanan kesehatan belum dipergunakan secara nyata. Bagian ini bertujuan membahas perkembangan komponen-komponen sektor kesehatan di Indonesia agar analisis dapat dilakukan secara baik. Pembahasan ini diperlukan untuk memahami hambatan-hambatan yang ada dalam pertumbuhan sektor pelayanan kesehatan di Indonesia.

Dalam membahas perkembangan sektor kesehatan, berbagai pelaku kunci dalam pelayanan kesehatan perlu diidentifikasi yaitu pemerintah, masyarakat, pihak ketiga yang menjadi sumber pendanaan, seperti PT Askes Indonesia, Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM); penyedia pelayanan, termasuk industri obat dan tempat-tempat pendidikan tenaga kesehatan; dan pemberi hutang luar negeri (Bank Dunia, ADB, OECF), serta badan-badan internasional yang memberikan *grant* seperti WHO, GTZ, USAID. Gambar 3.1 menunjukkan komponen-komponen dalam sistem pelayanan kesehatan.

3.1 Pemerintah

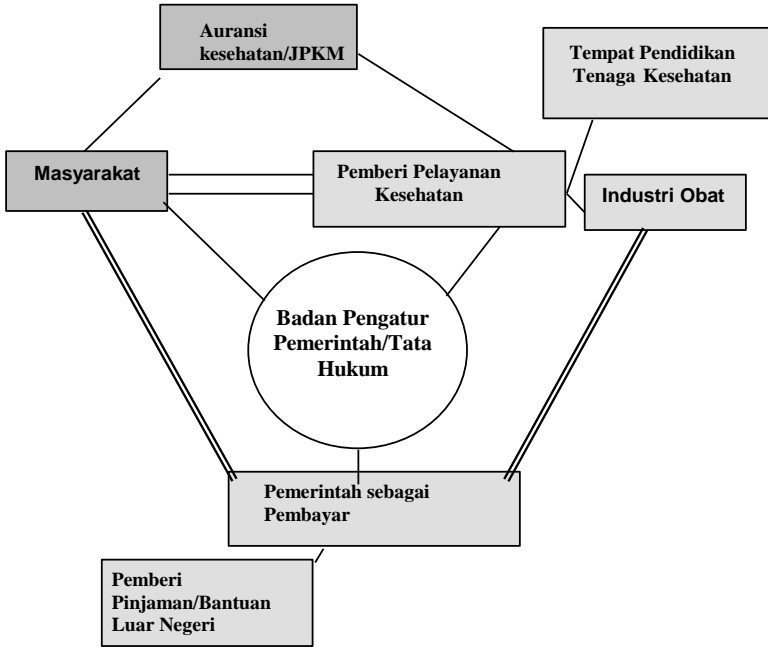
Selama hampir setengah abad ini, pemerintah Indonesia cenderung memandang kesehatan sebagai suatu sektor yang tidak

berdasar pada hukum ekonomi. Berbagai peraturan pemerintah, termasuk pentarifan Puskesmas dan rumah sakit yang mempengaruhi premi PT Askes Indonesia atau JPKM ditetapkan berdasarkan pertimbangan sosial dan politik, bukan dengan konsep *unit-cost* dan *subsidy*. Pengelolaan tenaga dokter spesialis dilakukan tanpa memperhatikan konsep pasar tenaga kerja. Masyarakat terbiasa memandang kesehatan sebagai sektor yang dibiayai oleh pemerintah dan murah. Keadaan ini mencerminkan ketidakjelasan situasi mengenai peran pemerintah dalam sektor kesehatan. Sebenarnya secara *de-facto* sistem kesehatan di Indonesia berjalan berdasarkan mekanisme pasar, akan tetapi sistem kesehatan nasional dikelola tidak berdasarkan hukum ekonomi, sehingga perlu dipikirkan peran pemerintah dalam kehidupan yang bertumpu pada mekanisme pasar.

Secara konseptual peran pemerintah dalam kesehatan saat ini dapat mengacu pada jalan ketiga dari Giddens (1999), yang mempunyai nilai-nilai: persamaan, perlindungan atas mereka yang lemah, kebebasan sebagai otonomi, tak ada hak tanpa tanggung jawab, tak ada otoritas tanpa demokrasi, pluralisme kosmopolitan dan konservatisme filosofis. Oleh karena itu, pemerintah memang harus tegas memutuskan pelayanan kesehatan sebagai pelayanan sosial atau komoditi pasar. Jika sudah mengarah ke komoditi pasar, maka diperlukan suatu sistem yang tepat dengan prioritas jelas untuk melindungi orang miskin (sebagai pihak yang lemah yang harus tetap dijaga). Untuk berbagai pelayanan kesehatan, termasuk JPKM, dapat dilaksanakan oleh lembaga swasta dengan sistem pengendalian mutu yang baik. Pemerintah diharapkan pula tetap menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan masyarakat yang berciri *public goods*, karena pihak swasta tidak mempunyai insentif cukup untuk melakukannya.

Kebijakan desentralisasi (otonomi daerah) tahun 2001 memicu pengkajian mengenai peran pemerintah pada sektor kesehatan. Terdapat beberapa hal penting yang perlu dibahas mengenai peran pemerintah. Pertama adalah peran pemerintah dalam konteks *good governance*. Kedua, mengenai hubungan antara kebijakan desentralisasi dan peran pemerintah dalam sektor kesehatan.

Ketiga, mengenai peran pemerintah dan *equity* serta keadaan pelaksanaannya di Indonesia.



Gambar 3.1 Komponen Sistem Pelayanan Kesehatan (Diadaptasi dari: *Public Health Forum* di London School of Hygiene and Tropical Medicine, tahun 1998).

Peran Pemerintah dan *Good Governance*

Pembahasan akademik mengenai peran pemerintah saat ini tidak dapat dipisahkan dari konsep *good-governance*. *Governance* menurut *United Nations Development Programme* (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 ...”.

Ada beberapa hal penting dalam konsep *good-governance* menurut UNDP antara lain, partisipasi masyarakat, transparansi, akuntabilitas, dan pengutamakan aturan hukum. Dalam konteks *good-governance* ini perlu dicermati Laporan Pembangunan Bank Dunia (1997) berjudul *State in Changing World*, yang menekankan peranan negara dalam memperbaiki pemerataan dan kegagalan pasar, serta mengenai peran sebagai pemberi pendanaan dan pemberi pelayanan.

Dalam laporan ini disebutkan juga bahwa peran negara terdiri atas 3 tingkat: (1) peranan minimal; (2) peran menengah; dan (3) peran sebagai pelaku kegiatan (Kovner, 1995). 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 orang miskin dan mengatasi bencana. Pada peran yang lebih meningkat maka dalam kegiatan mengatasi kegagalan pasar, pemerintah harus melakukan berbagai hal misalnya: menjamin pendidikan dasar, melindungi lingkungan hidup, mengatur monopoli, mengatasi berbagai hal yang terkait dengan tidak seimbangannya informasi, hingga menyediakan jaminan sosial. Pada tingkat pemerintah berperan sebagai pelaku kegiatan, maka dilakukan beberapa kegiatan seperti: mengkoordinasi swasta supaya tidak terjadi kegagalan pasar dan melakukan kegiatan mengatasi ketidakmerataan dengan tindakan redistribusi.

Pemahaman mengenai *good governance* bervariasi. Thoha (2000) menyatakan bahwa ada tiga pilar dalam masyarakat sipil yang madani yaitu pemerintah, masyarakat, dan lembaga-lembaga usaha. Sebagai catatan, pemahaman mengenai lembaga pelaku usaha bukan harus mencari keuntungan. Dalam konteks *good governance*, dimanakah peran pemerintah dalam sektor kesehatan? Brecher dalam Kovner (1995) menyatakan bahwa peran pemerintah ada tiga, yaitu (1) *regulator*, (2) pemberi biaya; dan (3) pelaksana kegiatan.

Kebijakan Desentralisasi dan Peran Pemerintah

Pada intinya kebijakan desentralisasi kesehatan di Indonesia menegaskan peran dan fungsi lembaga-lembaga pemerintah dalam sektor kesehatan. Peraturan Pemerintah (PP) No. 25/2000 menekankan peran pemerintah pusat lebih sebagai regulator. Peran pemerintah provinsi terlihat terbatas, sedangkan peran pemerintah kabupaten dan kota tidak disebutkan secara eksplisit sehingga membutuhkan berbagai penafsiran. Hasil dari seri *workshop* mengenai pengaruh desentralisasi terhadap lembaga-lembaga di pelayanan kesehatan di Indonesia pada bulan Juli 2002 - Agustus 2002 menunjukkan bahwa terjadi berbagai penafsiran terhadap fungsi Dinas Kesehatan Kabupaten (Dinkeskab). Penafsiran ini tidak lepas dari pengaruh situasi lingkungan pemerintah dan masyarakat ke dinas yang bersangkutan. Sebagai gambaran Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta cenderung memilih peran sebagai regulator dalam kegiatan kuratif, sementara di Kabupaten X cenderung ingin bertindak sebagai pelaksana dalam kegiatan kuratif.

Secara keseluruhan, sebenarnya dapat ditafsirkan bahwa pemerintah diharapkan lebih berfungsi pada peran regulasi dan pemberi biaya, khususnya di subsektor swasta yang sudah banyak melakukan kegiatan. Di sektor kesehatan dalam hal ini berarti banyak pada tindakan kuratif. Swasta cenderung tidak melakukan kegiatan promotif dan preventif tanpa dukungan pendanaan pemerintah kecuali apabila tindakan preventif dan promotif tersebut menuju ke arah yang lebih bersifat *private-goods*.

Di dalam sektor kesehatan terdapat berbagai lembaga pemerintah yang beroperasi. Peran sebagai pelaksana dilakukan misalnya oleh rumah sakit milik pemerintah pusat atau daerah. Peran sebagai pemberi sumber pendanaan dapat dilakukan oleh pemerintah pusat dan daerah. Peran sebagai regulator pelayanan kesehatan dapat dilakukan oleh Departemen Kesehatan bagi pemerintah pusat untuk sistem kesehatan di Indonesia ataupun Dinas Kesehatan Propinsi dan

Kabupaten/Kota bagi daerah-daerah. Peran sebagai pelaksana membutuhkan sistem manajemen yang baik. Salah satu konsep yang perlu dikembangkan dalam perbaikan sistem manajemen adalah konsep manajerialisme dan otonomi rumah sakit yang akan dibahas pada Bab IV.

Perubahan peran pemerintah pada sektor rumah sakit dapat dilihat pada Peraturan Pemerintah No. 8 yang dikeluarkan pada awal tahun 2003. Peraturan Pemerintah (PP) No. 8/2003 mengatur posisi rumah sakit daerah, tetapi juga memperkuat fungsi Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten atau Kota. Dapat ditafsirkan bahwa sebagai pengganti PP No. 84/2000, PP No. 8/2003 mempertegas peran dinas. Dalam perubahan struktur sistem kesehatan, Dinas Kesehatan diharapkan berperan sebagai perumus kebijakan dan regulator termasuk pemberi perijinan untuk rumah sakit. Di samping itu, sebagai perumus kebijakan teknis diharapkan Dinkes dapat mengelola sistem pembiayaan kesehatan. Untuk provinsi dalam hal ini, Dinkes akan mengelola dana dekonsentrasi. Di samping fungsi regulasi dan penentu kebijakan, dinas diharapkan memberikan pelayanan umum. Dalam sektor kesehatan kegiatan yang unsur *public good*nya besar, misal kegiatan preventif dan promotif, maka peran Dinkes diharapkan meningkat.

Terlihat bahwa PP No. 8/2003 melakukan pemisahan rumah sakit daerah dari Dinkes secara manajerial. Keadaan ini dikhawatirkan mengakibatkan fragmentasi sistem kesehatan. Dalam menyikapi pemisahan ini perlu suatu kajian mengenai konsekuensi berupa reposisi hubungan antara RSD dan Dinkes. Peraturan Pemerintah No. 8/2003 mengisyaratkan pemisahan aspek manajemen rumah sakit daerah dari Dinkes. Di sisi lain, PP No. 8/2003 menekankan mengenai fungsi perijinan yang dipegang oleh dinas. Sebagai konsekuensi dari perubahan struktur ini, rumah sakit daerah perlu dipantau aspek mutu pelayanan kesehatan dan fungsinya dalam sistem rujukan oleh Dinkes. Pemantauan ini perlu dikaitkan dengan perijinan rumah sakit. Oleh karena itu, timbul wacana baru: rumah sakit daerah sebagai lembaga pelayanan kesehatan harus diperlakukan sama dengan rumah sakit swasta dalam hal perizinan. Analog dengan Surat Izin Mengemudi

(SIM) yang harus diberlakukan kepada semua orang (termasuk pegawai negeri) yang ingin mengemudikan mobil di jalan umum, maka perizinan rumah sakit harus diberlakukan juga kepada rumah sakit pemerintah.

3.2 Masyarakat

Masyarakat merupakan pihak yang harus merubah pandangan ekonomi terhadap kesehatan mereka sendiri. Di pandang berdasarkan perspektif sejarah, masyarakat Indonesia sudah terbiasa dengan sistem pelayanan yang bersifat sosial-misionarisme. Dengan latar belakang sejarah ada kemungkinan masyarakat belum siap melihat pelayanan kesehatan sebagai suatu industri yang berbasis pada *unit-cost*. Dalam hal ini masyarakat menganggap bahwa pelayanan kesehatan merupakan hak yang harus dipenuhi oleh pemerintah. Masyarakat tidak siap membayar untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Hal ini terbukti dari data Susenas di berbagai daerah yang menunjukkan bahwa pengeluaran rumah tangga untuk tembakau lebih besar dibandingkan dengan pengeluaran untuk kesehatan.

Dalam konteks masyarakat yang seperti ini haruslah dicari upaya agar timbul kebutuhan pada sistem asuransi kesehatan dengan cara *pooling* risiko. Dapat dipahami JPKM yang saat ini bertumpu pada pelayanan kesehatan primer sederhana tidak mampu menarik para peserta. Dalam hal ini tidak ada *demand* untuk membeli premi asuransi yang rendah biayanya karena masyarakat masih beranggapan bahwa tarif pelayanan masih rendah (Sudibya, 1997). Di samping itu, ada kemungkinan masyarakat masih mempunyai gotong royong (asuransi sosial) sendiri jika anggota keluarganya sakit atau anggota kampung, atau teman sekantor yang menderita sakit. Berbagai penelitian menunjukkan angka *drop out* yang tinggi dan kegagalan JPKM di berbagai tempat (Kusumo, 1998; Sudjarwo dkk, 1998; Sukeksi, 1998).

Masyarakat di Indonesia harus disadarkan bahwa pelayanan kesehatan bukan sebuah *public-goods* sejati. Situasi ekonomi negara

membuat masyarakat harus membayar guna memperoleh pelayanan kesehatan. Pendanaan pemerintah tidak mampu menanggung seluruh sistem pelayanan kesehatan. Masyarakat yang mampu diminta membayar melalui sistem JPKM atau langsung (tergantung kondisi). Dalam hal ini perlu upaya yang sistematis sehingga masyarakat siap menerima kenyataan bahwa pelayanan kesehatan membutuhkan biaya yang cukup tinggi, sehingga tertarik untuk membayar dengan cara *pre-payment* seperti premi asuransi kesehatan dan JPKM. Peluang untuk mendapatkan dana kesehatan dari masyarakat masih tinggi karena pengeluaran belanja rumah tangga untuk merokok masih tinggi.

3.3 Asuransi Kesehatan

Di dunia internasional, terjadi berbagai perubahan yang mencakup berbagai hal antara lain: adanya kompetisi pada berbagai perusahaan asuransi dan pilihan untuk asuransi; tuntutan akan peningkatan kepuasan pembeli asuransi; pendekatan pada hubungan kontraktual antarberbagai tingkatan pemerintah dan antarpembeli dan penyedia. Secara nyata negara-negara maju, sistem asuransi kesehatan berjalan dengan pendekatan ekonomi yaitu *demand* dan *supply*, sedangkan bagi mereka yang miskin maka negara akan memberikan bantuan.

Akan tetapi, di Indonesia saat ini pengembangan sistem asuransi kesehatan dijalankan tanpa menggunakan kaidah lembaga usaha yang berbasis ekonomi. Sistem penghitungan iuran dan pembayaran rumah sakit yang dilakukan oleh PT Askes Indonesia sebagai pengelola asuransi kesehatan terbesar di Indonesia belum sepenuhnya menggunakan pendekatan ekonomi. Sistem PT Askes Indonesia yang wajib untuk pegawai negeri dengan Surat Keputusan Bersama (SKB) antarmenteri terkait belum mampu menggairahkan para dokter dan pengelola rumah sakit pada pihak pemberi pelayanan kesehatan dan masyarakat untuk membelinya. Surat Keputusan Bersama (SKB) antarmenteri bukanlah sebuah instrumen ekonomi,

tetapi lebih merupakan instrumen sosial yang belum mencerminkan logika usaha berbasis prinsip ekonomi.

Program JPKM pemerintah masih jauh dari keadaan yang baik. Kritik tajam untuk JPKM adalah bahwa program ini terkesan menjual produk preventif dan promotif yang *notabene* adalah program *public-goods* yang harus dibiayai oleh pemerintah. Seharusnya JPKM tegas menjual produk kuratif dengan aspek promotif dan preventif yang mengikuti di dalamnya.

Dengan demikian, PT Askes Indonesia dan JPKM masih belum berfungsi sebagai alternatif sumber dana pelayanan kesehatan yang secara ekonomis menarik, kecuali beberapa produk sukarela PT Askes Indonesia. Di masa depan, sistem JPKM dan lembaga asuransi kesehatan harus ditata sehingga menarik bagi masyarakat dan sistem pelayanan kesehatannya. Dalam hal ini berkaitan dengan pertanyaan: siapkah dokter spesialis dibayar melalui model kapitasi? Sejarah menunjukkan bahwa dokter sama sekali tidak dididik mengenai kapitasi sehingga mereka cenderung tidak memahaminya. Dokter dan dokter spesialis dididik dalam suasana *cash and carry*.

Ketika merencana ke depan untuk perbaikan asuransi kesehatan, sejarah masa lalu perlu diperhatikan. PT Askes Indonesia mempunyai sejarah panjang dengan kritikan dari dokter, rumah sakit, dan masyarakat. Uji coba JPKM di berbagai daerah tidak disertai dengan penelitian evaluatif yang *independen* sehingga hasilnya membingungkan dan ada kesan bahwa kegagalan-kegagalan yang terjadi cenderung ditutup-tutupi. Dalam penataan mendatang harus diperhatikan berbagai hal, yaitu: (1) Aspek Manajemen Mikro Asuransi Kesehatan JPKM; (2) Hubungan antara masyarakat dengan lembaga JPKM dan Askes; dan (3) Hubungan antara lembaga asuransi kesehatan-JPKM dengan penyedia pelayanan.

Di masa mendatang diharapkan JPKM dan perusahaan asuransi kesehatan merupakan unit usaha yang berdasarkan prinsip-prinsip risiko dan memenuhi kriteria industri. Dalam hal ini diperlukan keterampilan manajemen mikro untuk mengolah asuransi kesehatan dan Badan Pelaksana (Bapel) JPKM. Keterampilan manajerial dan kemantapan sistem manajemen ternyata masih memiliki kekurangan.

Kasus di HKBP Tapanuli Utara menunjukkan bahwa keterampilan mengenai *managed care* masih sangat kurang (Sitorus, 1998). Hal ini dapat dipahami karena sumber daya manusia Indonesia yang paham dan terampil mengenai konsep *managed care* dan asuransi kesehatan masih belum banyak.

Hubungan antara masyarakat dan lembaga asuransi sebenarnya berdasarkan pada teori ekonomi mengenai masyarakat yang rasional. Apabila masyarakat tidak puas, maka akan cenderung untuk mengeluh ataupun keluar dari sistem asuransi kesehatan. Hal ini terkait dengan kepercayaan masyarakat pada sistem asuransi kesehatan dengan cara *pooling* risiko. Masalah *drop-out* dalam sistem keanggotaan sukarela menjadi isu penting mengingat belum adanya undang-undang yang mewajibkan masyarakat menjadi anggota JPKM dan asuransi kesehatan.

Hubungan antara lembaga asuransi kesehatan dan JPKM dengan penyedia pelayanan merupakan hubungan industrial yang diharapkan terkandung prinsip *win-win*. Tanpa prinsip *win-win* akan terjadi hal-hal yang cenderung menghambat perkembangan sistem asuransi kesehatan (Farida dan Kushadiwijaya, 1998). Dalam hal ini hubungan antara PT Askes Indonesia dan rumah sakit sebenarnya bukan merupakan hubungan industrial karena ditetapkan berdasarkan SKB tiga menteri mengenai Askes bagi pegawai negeri. Akibatnya, terjadi berbagai silang pendapat mengenai masalah keuangan antara rumah sakit dan PT Askes Indonesia. Walaupun demikian, ada hal menggembirakan di tahun 2002 terjadi berbagai kegiatan yang dilakukan oleh PT Askes Indonesia untuk mengurangi ketegangan dengan pengelola rumah sakit yang bersumber pada masalah pembayaran pasien Askes. Salah satu hal menarik adalah pemerintah Indonesia ikut serta memberikan iuran kepada PT Askes Indonesia selaku pemberi pekerjaan para pegawai negeri. Diharapkan kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh PT Askes Indonesia dalam memperbaiki hubungan antara lembaganya dengan berbagai pihak dapat menjadi momentum baik bagi perkembangan asuransi kesehatan di Indonesia.

merupakan fenomena global. Apabila sektor rumah sakit di Indonesia tidak mengikuti, kemungkinan rumah sakit akan kesulitan dalam mengikuti persaingan dunia.

Sesuai Gambar 3.2, maka ada dua kutub yang saling menjauhi, yaitu kutub birokrasi dan kutub lembaga usaha. Rumah sakit di Indonesia saat ini sedang bergeser dari kutub lembaga birokrasi mengarah ke kutub lembaga usaha (Trisnantoro, 1999a dan 1999b). Pada rumah sakit milik pemerintah pusat hal ini ditandai dengan berubahnya status menjadi Perusahaan Jawatan (Perjan). Pergeseran dari kutub birokrasi ke kutub lembaga usaha ini ternyata tidak mudah. Rumah sakit pemerintah dan juga swasta mengalami apa yang disebut sebagai keterperangkapan dalam masa lalu. Lebih jelas lagi, sistem manajemen rumah sakit terperangkap oleh sifat birokratis di masa lalu dan dapat bersifat patologis.

Struktur birokrasi yang dirancang untuk membuat birokrasi publik itu bisa memberi pelayanan kepada masyarakat secara efisien, adil, dan merata, ternyata juga memiliki potensi untuk melahirkan berbagai bentuk patologi birokrasi, yang membuat birokrasi menjadi disfungsional. Keadaan ini disebut dengan patologi dari birokrasi. Pada sektor rumah sakit, berbasis pada pandangan Dwiyanto (1998) beberapa fenomena patologi dari birokrasi adalah sebagai berikut:

1. Sikap dan perilaku rumah sakit yang belum menghargai konsumen. Salah satu sebab adalah langkanya tenaga dokter dan lemahnya posisi pasien sehingga terjadi paternalistik dalam pelayanan dokter. Sikap arogan dari dokter ini berlawanan dengan berbagai hasil penelitian yang menginginkan pelayanan dokter yang manusiawi (Dranove dkk, 1998; Like dan Zyzanski, 1988). Data mengenai jumlah dokter spesialis menunjukkan hal yang memprihatinkan. Indonesia kekurangan dokter spesialis yang pada akhirnya membuat laju perkembangan ekonomi sektor kesehatan menjadi rendah.
2. Koordinasi buruk antarberbagai instansi yang mengurus rumah sakit. Sebagai contoh adalah koordinasi dalam penempatan dokter spesialis yang dapat berlawanan dengan logika. Contoh kasus, sebuah rumah sakit di era sebelum desentralisasi yang sudah mempunyai banyak dokter spesialis dipaksa oleh Kantor Wilayah

Departemen Kesehatan (Kanwil Depkes) menerima tambahan tenaga dokter spesialis, walaupun tidak dibutuhkan (Permana, 1999, komunikasi pribadi).

3. Prosedur pengadaan alat, peralatan serta bahan habis pakai yang berbelit-belit. Berbagai bukti empirik seperti adanya Keputusan Presiden (Kepres) yang mengurangi efisiensi dalam pengadaan barang, pembelian alat kesehatan oleh pemerintah pusat yang tidak diperlukan oleh rumah sakit, pengadaan obat secara sentralisasi yang kaku merupakan contoh-contoh patologi birokrasi yang sangat mudah ditemui di sektor rumah sakit pemerintah.
4. Penggunaan prosedur (ICW) yang merupakan peninggalan Belanda sudah tidak cocok lagi dengan situasi saat ini. Prosedur ICW ini sampai tahun 2003 di saat Musyawarah Kerja Asosiasi Rumah Sakit Daerah (ARSADA) di Balikpapan masih diperdebatkan karena pengelola rumah sakit meminta otonomi pengelolaan keuangan, sementara otoritas keuangan menyatakan sebaliknya.
5. Birokratisasi akreditasi rumah sakit. Proses akreditasi yang tercampur dengan pengaruh birokrat akan menimbulkan ketakutan sehingga justru menghilangkan esensi dari proses akreditasi yaitu pengembangan mutu pelayanan. Yang terjadi adalah ketakutan untuk tidak lulus akreditasi sehingga dengan berbagai cara, pengelola rumah sakit mencoba untuk lulus. Dalam keadaan seperti ini dapat terjadi sebuah rumah sakit sangat sibuk mengejar lulus akreditasi tetapi melupakan prasyarat dasar untuk menjadi sebuah lembaga usaha yang baik dalam pelayanan kesehatan.

Berkembangnya berbagai bentuk patologi birokrasi itu merugikan masyarakat pengguna rumah sakit. Gejala ini banyak ditemui pada rumah sakit-rumah sakit pemerintah (Sufandi, 2000; Manurung dan Trisnantoro, 2000). Dampak lebih lanjut adalah kekacauan pandangan internal rumah sakit. Dapat terjadi fragmentasi kelompok. Direksi rumah sakit pemerintah dapat dengan mudah menjadi kelompok birokrat yang berbeda visi dan budaya kerja dengan para spesialis.

3.5 Tenaga di Rumah Sakit

Salah satu faktor utama yang dikaitkan dengan lambatnya perkembangan sektor kesehatan adalah langkanya tenaga ahli dan profesional di rumah sakit. Dalam hal ini ada dua golongan besar yaitu para profesional bidang manajemen dan profesional bidang medis-keperawatan. Penelitian oleh Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan UGM, Yogyakarta menunjukkan bahwa keterampilan manajerial para direksi dan manajer-manajer instalasi, serta kepala-kepala Staf Medis Fungsional (SMF) masih sangat terbatas. Hal ini wajar terjadi karena rekrutmen mereka untuk menjabat posisi saat ini tidak berdasarkan pada kemampuan teknis manajerial. Di sektor rumah sakit pemerintah, adanya eselonisasi mengakibatkan munculnya para direktur rumah sakit yang birokrat, sementara di swasta terjadi fenomena direktur "boneka" yang diangkat hanya sebagai formalitas belaka. Dengan demikian, saat ini relatif belum banyak jumlah profesional bidang manajemen yang terlatih dan menguasai keterampilan manajerial. Akibat langkanya tenaga terampil manajemen, menyebabkan keadaan penciptaan dan perluasan program kesehatan menjadi terhambat.

Di bidang medis-keperawatan terlihat jelas bahwa jumlah dokter spesialis dan perawat ahli sangat rendah (Depkes, 2000; Depkes, 1999). Berbagai gambaran menunjukkan bahwa dokter spesialis sangat sedikit. Akibatnya, perangkapan pekerjaan pada beberapa rumah sakit. Dalam keadaan ini dapat muncul sesuatu yang menyerupai kartel dokter spesialis, yang memegang kekuasaan untuk mengatur jumlah dokter spesialis yang masuk di pendidikan hingga ke penyebaran alumninya.

Adanya perangkapan pekerjaan yang sangat besar ini mengakibatkan kesulitan sistem manajemen mengelola dokter spesialisnya karena memang tidak ada sistem kontrak yang wajar. Terjadilah semacam keruwetan dalam penyebaran kerja. Apalagi sebagian dokter spesialis beranggapan bahwa profesi ini tidak boleh diatur orang luar karena memang jumlah dokter spesialis sangat sedikit sehingga *power* mereka untuk menawar menjadi sangat tinggi. Sebagai contoh, saat ini merupakan kelaziman apabila dokter spesialis bedah ortopedi sampai menjual sendiri *pen* untuk menyambung patah tulang tanpa melalui sistem keuangan rumah sakit. Perilaku ini bertentangan dengan sistem

manajemen lembaga usaha modern dan tentunya dapat melanggar UU Perlindungan Konsumen. Perilaku ini muncul karena rendahnya kepercayaan pada sistem manajemen rumah sakit atau karena motivasi keuntungan atau karena sistem manajemen rumah sakit yang tidak efisien.

Akibat langkanya para dokter spesialis tertentu maka mereka yang ingin sembuh dari penyakit mempunyai dua alternatif: (1) pergi mencari dokter spesialis ke luar negeri; atau (2) pindah ke pengobatan alternatif. Hal ini dapat memberikan penjelasan tentang pejabat dan orang kaya di Indonesia yang pergi berobat ke luar negeri atau menjelaskan mengapa pengobatan alternatif semakin marak di Indonesia.

Langkanya dokter spesialis di Indonesia tidak dapat dipisahkan dari perkembangan tempat pendidikan para dokter spesialis. Adanya kekurangan dokter spesialis dapat dilihat pada proses sejarah. Fakultas Kedokteran menempatkan proses pendidikan bukan sebagai hal yang penting. Sejarah perkembangan besarnya anggaran Fakultas Kedokteran dan akademik kesehatan sangat menyedihkan. Tidak ada anggaran khusus untuk pendidikan. Dokter spesialis yang berstatus sebagai dosen terlihat lebih memperhatikan aspek pelayanan medis di rumah sakit swasta yang memberikan insentif tinggi.

Sistem pelayanan kesehatan swasta perlu diperbaiki dengan berbagai macam tindakan, termasuk melengkapi SDM, khususnya dokter spesialis. Apabila memang tidak mempunyai dokter spesialis, maka pihak rumah sakit swasta diminta untuk mendidik para dokter spesialis di pusat pendidikan. Apabila pusat pendidikan tidak mau menerima, maka perlu dilakukan upaya mencari tenaga dokter spesialis dari negara-negara Asia Tenggara (ASEAN).

3.6 Donor-Donor yang Meminjamkan Dana

Departemen Kesehatan merupakan departemen yang *output*-nya sulit diukur. Berbeda dengan proyek-proyek fisik yang indikator keberhasilan dapat dilihat secara objektif. Di dalam proyek-proyek Bank Dunia dan *Asian Development Bank* (ADB) sektor kesehatan,

ternyata *output*-nya tidak jelas indikatornya. Beberapa proyek fisik seperti pembangunan rumah sakit ternyata mengalami kegagalan di berbagai tempat, seperti di Kalimantan dan Sumatera. Saat ini belum pernah dievaluasi secara independen dampak proyek Bank Dunia atau ADB atau *Overseas Economic Cooperation Fund* (OECF) terhadap sistem manajemen status kesehatan masyarakat. Untuk itu, diharapkan muncul keadaan agar proyek-proyek Bank Dunia dan ADB dievaluasi oleh Badan Evaluator Independen. Dalam hal ini perlu dilakukan suatu penelitian untuk mengetahui akuntabilitas proyek-proyek bantuan dan pinjaman luar negeri.