

## BAB 11

---

# **GOVERNANCE DI SEKTOR RUMAH SAKIT**

---

**F**akta menunjukkan bahwa sektor rumah sakit bergerak dengan pengaruh mekanisme pasar. Dalam suatu kehidupan dengan mekanisme pasar, selalu ada tata aturan agar tidak terjadi penyimpangan akibat pengaruh negatif mekanisme pasar. Sebagai gambaran, walaupun ada perdagangan bebas di sebuah negara tidak berarti kekuatan pasar menentukan segalanya. Di Amerika Serikat ada UU anti monopoli dan anti kartel agar masyarakat tidak dirugikan dari praktik negatif perdagangan. Oleh karena itu rumah sakit dan seluruh profesional di dalamnya sebagai pelaku usaha dalam sistem kesehatan perlu mempunyai tata aturan yang baik. Sebagaimana disebut dalam Bab 10, ada tiga hal penting untuk diperhatikan: Sistem tata aturan dalam sektor kesehatan; Sistem tata aturan dalam lembaga rumah sakit; dan Sistem tata aturan kelompok profesional khususnya dokter di rumah sakit. Sistem pengendalian dalam sektor kesehatan mengacu pada konsep *good governance*. Sistem tata aturan

lembaga rumah sakit mengacu pada *good corporate governance* sedangkan untuk para dokter adalah *good clinical governance*.

## 1. Good Governance di Sektor Kesehatan

Konsep *Good governance* dalam sistem kesehatan mempunyai komponen penting di kehidupan sehari-hari yaitu: (1) pemerintah; (2) masyarakat; dan (3) kelompok pelaku usaha. Hubungan antara ketiga komponen ini perlu dirinci agar terjadi tata aturan yang baik dalam sistem. Identifikasi peran dan hubungan antar lembaga merupakan hal penting namun mungkin sulit dilakukan. Ada beberapa kasus yang menunjukkan kesulitan ini.

Kasus 1. Dalam sebuah kegiatan penelitian ke kabupaten X, Kepala Dinas Kesehatan dan Direktur RSD mempunyai pendapat mengenai perkembangan RS sebagai Lembaga Teknis Daerah. Berikut ini kutipan ucapan dari Kepala Dinas Kesehatan:

*Setelah rumah sakit menjadi Lembaga Teknis Daerah, kami sulit masuk ke rumah sakit. Sepertinya direject. Jadi kami seperti jalan sendiri-sendiri. Seksi RS di Dinas sulit memeriksa rumah sakit dan kami tidak tahu memeriksanya dengan dasar apa?*

Di sisi lain, direktur RSD menyatakan:

*Setelah kami menjadi Lembaga Teknis Daerah, Kepala Dinas mengacuhkan kami. Proyek-proyek pengembangan kelembagaan tidak pernah masuk ke RS. Peralatan radiology Puskesmas saat ini malah lebih canggih dibanding rumah sakit karena ada dana dari pusat. Kami tidak kebagian. Rumah sakit seperti tempat pembuangan sampah tenaga kerja manusia. Ya kami sama-sama tahu diri, jangan sampai konflik. Tetap menjaga perasaan masing-masing.*

Kasus 2. Terkait dengan hubungan dinas kesehatan dan rumah sakit swasta. Dalam sebuah pertemuan antar Direktur

RS Swasta di kota M, ada pertanyaan menggelitik mengenai fungsi Dinas Kesehatan Kota dan Provinsi. Sebenarnya apa fungsi mereka? Pada intinya para direktur RS Swasta berharap bahwa Dinas Kesehatan dapat membantu mereka dalam pengembangan sumber daya manusia, memberi subsidi, dan meningkatkan mutu pelayanan. Akan tetapi harapan ini terlihat sulit dipenuhi. Salahsatu tandanya adalah perhatian Dinas Kesehatan terhadap rumah sakit tidak lah besar. Hal ini dapat dilihat pada kenyataan bahwa sudah 4 bulan ini seksi pelayanan di Dinas Kesehatan kosong karena pejabat lama, seorang perawat senior, pensiun dan belum ada orang yang siap menggantikan.

Kasus 3. Menggambarkan hubungan antara profesional dengan Dinas Kesehatan disebuah kota. Ada sebagian dokter spesialis yang bekerja di banyak rumah sakit (6 rumah sakit). Kegiatan ini jelas melanggar aturan. Dinas Kesehatan sedang merencanakan untuk mengurus hal ini, tapi sulit melakukannya. Seorang staf menyatakan bahwa sulit karena ewuh pekewuh (sungkan) karena para dokter yang merangkap-rangkap adalah mantan dosennya saat kuliah di fakultas kedokteran.

Ketiga kasus di atas menunjukkan bahwa ada “sesuatu” yang terjadi di Dinas Kesehatan yang perlu dikaji untuk melihat makna yang terdapat di dalamnya. Bab ini bertujuan untuk mengkaji “sesuatu” tersebut dalam sudut pandang adanya PP No. 8 Tahun 2003, sebagai pengganti PP No. 84 Tahun 2000 dengan berbagai pasal yang layak diperhatikan, yaitu:

Untuk Provinsi

Pasal 5

- (1) Dinas Daerah Provinsi merupakan unsur pelaksana pemerintah provinsi dipimpin oleh seorang Kepala yang berada di bawah dan bertanggung-jawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Dinas Daerah Provinsi mempunyai tugas melaksanakan kewenangan desentralisasi dan dapat ditugaskan untuk

melaksanakan penyelenggaraan wewenang yang dilimpahkan kepada Gubernur selaku Wakil Pemerintah dalam rangka dekonsentrasi.

- (3) .....
- (4) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), Dinas Daerah Provinsi menyelenggarakan fungsi:
  - a. Perumusan kebijakan teknis sesuai dengan lingkup tugasnya;
  - b. Pemberian perijinan dan pelaksanaan pelayanan umum;
  - c. Pembinaan pelaksanaan tugas sesuai dengan lingkup tugasnya......

Pasal 6.

- (5) Lembaga Teknis Daerah Provinsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) dapat berbentuk Badan, Kantor, dan Rumah Sakit Daerah.
- (6) Lembaga Teknis Daerah Provinsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) terdiri dari sebanyak-banyaknya 8 (delapan).

Untuk Kabupaten Kota

Pasal 9

- (1) Dinas Daerah Kabupaten/Kota merupakan unsur pelaksana pemerintah kabupaten/kota dipimpin seorang kepala yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada bupati/walikota melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Dinas Daerah Kabupaten/Kota mempunyai tugas melaksanakan kewenangan desentralisasi.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), Dinas Daerah Kabupaten/Kota menyelenggarakan fungsi:
  - a. Perumusan kebijakan teknis sesuai dengan lingkup tugasnya;

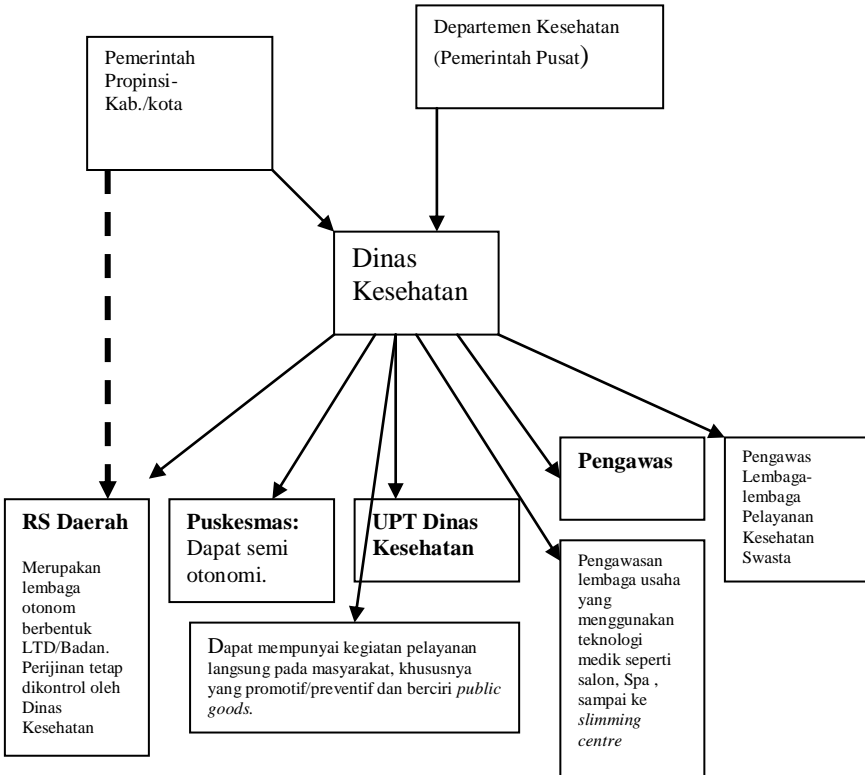
- b. Pemberian perijinan dan pelaksanaan pelayanan umum;
- c. Pembinaan pelaksanaan tugas sesuai dengan lingkup tugasnya
- .....

Pasal 10.

- (6) Lembaga Teknis Daerah Kabupaten/ Kota sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) dapat berbentuk Badan, Kantor, dan Rumah Sakit Daerah.
- (7) Lembaga Teknis Daerah Kabupaten/Kota sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) terdiri dari sebanyak-banyaknya 8 (delapan).

PP No. 8 Tahun 2003 menunjukkan ada pemisahan rumah sakit sebagai lembaga pelayanan dari Dinas Kesehatan sebagai lembaga birokrat. Pemisahan ini merupakan aplikasi konsep *good governance* di sektor kesehatan. Rumah sakit didorong menjadi lembaga pemerintah yang bergerak sebagai tempat pelayanan, bukan lembaga birokrat. Dalam menyikapi pemisahan ini, perlu ada suatu kajian mengenai konsekuensi reposisi dinas kesehatan. PP No. 8 Tahun 2003 menekankan mengenai fungsi perijinan yang dipegang oleh Dinas. Sebagai konsekuensi dari perubahan ini, rumah sakit daerah perlu dipantau aspek mutu pelayanan kesehatan dan fungsinya dalam sistem rujukan oleh Dinas Kesehatan. 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 perijinan. Analog dengan surat ijin mengemudi (SIM) yang harus diberlakukan kepada semua orang (termasuk pegawai negeri) yang ingin mengemudikan mobil di jalan umum, maka perijinan rumah sakit harus diberlakukan juga kepada rumah sakit pemerintah.

Secara diagram, posisi baru Dinas Kesehatan pasca desentralisasi dan keluarnya PP No. 8 Tahun 2003 dalam sistem kesehatan wilayah adalah sebagai berikut:



**Catatan:**

1. Model ini dapat dipergunakan dalam konteks restrukturisasi Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai PPNo. 25 Tahun 2000.
2. Peran pemerintah pusat masih penting dalam hal penyusunan standar, kebijakan, pembiayaan bagi daerah miskin, dan berbagai program kesehatan yang membutuhkan derajat sentralisasi yang cukup tinggi (misal surveillance).

Dalam perkembangan baru ini, ada berbagai pertanyaan penting dalam hal fungsi Dinas Kesehatan: Apakah Dinas Kesehatan siap menjadi:

(1) perancang sistem kesehatan wilayah; (2) pemantau mutu pelayanan kesehatan rumah sakit, (3) pemberi perijinan; (4) penjamin sumber dana bagi keluarga miskin yang sakit; dan (5) penjaga sistem rujukan kesehatan. Apakah Dinas Kesehatan sudah menyiapkan berbagai perangkat untuk fungsi barunya? Hal ini menyangkut adanya peraturan daerah, ketersediaan tenaga manusia, adanya *surveyor*, instrumen penilai mutu pelayanan medik di rumah sakit, instrumen perijinan, sampai tersedianya dana untuk kegiatan tersebut.

Dalam kaitannya dengan poin di atas, apakah Departemen Kesehatan pusat sudah mempunyai rencana untuk perubahan sistem kesehatan wilayah akibat adanya PP No. 8 Tahun 2003? Apakah Departemen Kesehatan Pusat sudah mempunyai standar nasional untuk pemantauan mutu dan perijinan rumah sakit, termasuk rumah sakit swasta dan pemerintah daerah/pusat? Tanpa ada perubahan ini *good governance* di sektor rumah sakit-kesehatan tidak akan berjalan. Akibatnya akan terjadi anarkis di sektor kesehatan.

## 2. *Good Corporate Governance* di rumah sakit

*Good corporate governance* merupakan konsep untuk meningkatkan transparansi dan akuntabilitas yang saat ini dianjurkan dipergunakan pada lembaga usaha. Diharapkan dengan penggunaan *corporate governance* akan ada sistem manajemen yang meningkatkan efisiensi. Pengertian efisiensi ini yaitu bagaimana cara meningkatkan hasil semaksimal mungkin (Eldenbug dkk.,2001).

Secara umum, sistem *corporate governance* bertujuan untuk memberikan pedoman strategis dan mengoperasionalkan sebuah dewan yang melakukan *monitoring* terhadap pekerjaan manajer (OECD, 2001). Konsep *corporate governance* berasal dari sektor perusahaan dalam mencari keuntungan. Perlu dicatat bahwa tujuan perusahaan memperoleh keuntungan adalah menghasilkan keuntungan yang sebesar-besarnya dan berusaha mempunyai kemampuan

yang cukup dalam mencapai tujuan sesuai dengan lingkungannya. Laba akan dibagi ke pemilik modal atau pemegang saham. Namun, lembaga *nonprofit* pun dapat menggunakan model *corporate governance* untuk meningkatkan efisiensinya. Rumah sakit *nonprofit* yang mengambil bentuk lembaga usaha perlu mempertimbangkan konsep *corporate governance*.

Usaha memahami *corporate governance* dapat dimulai dari hakikat sebuah lembaga usaha. Katz dan Rosen (1998) menyatakan bahwa paling sedikit ada tiga komponen dalam lembaga usaha yaitu, (1) pekerja atau orang yang dibayar atas gaji tetap dan mempunyai peraturan kerja; (2) manajer yang bertanggung jawab menetapkan keputusan, memonitor para pekerja; dan (3) pemilik yang mempunyai modal dan menanggung risiko keuangan usaha. Dalam model standar perusahaan terdapat pemisahan antara pemilik dengan para manajer pelaksana. Pemisahan antara pemilik dengan para manajer merupakan salah satu ciri lembaga usaha modern. Pemisahan antara pemilik dengan para manajer ini menghasilkan struktur organisasi yang merupakan standar sebuah perusahaan. Standar tersebut yaitu adanya badan yang disebut sebagai *Board of Directors*.

*Board of Directors* berperan sebagai tonggak utama dalam mekanisme pengendalian internal. Dalam sistem yang mengacu pada *corporate governance*, terdapat peraturan yang menerangkan tentang peran manajer dan *Board of Directors*. Tanggung jawab *Board of Directors* secara umum dalam perusahaan adalah melakukan monitoring terhadap manajer atas mandat dari pemegang saham perusahaan (OECD, 2001). Secara rinci fungsi kuncinya antara sebagai berikut:

1. Melakukan *review* dan mengarahkan strategi lembaga usaha, rencana besar, kebijakan risiko, anggaran tahunan dan rencana usaha; menetapkan indikator kinerja, *monitoring* pelaksanaan dan kinerja lembaga usaha serta mengawasi pengeluaran modal.



2. Memilih dan memberikan kompensasi, memonitor dan apabila perlu mengganti direktur dan mengawasi perencanaan penggantian
3. Mengkaji pembayaran eksekutif dan dewan direktur
4. Memonitor dan mengelola berbagai konflik yang potensial dalam manajemen.

Sistem *corporate governance* pada rumah sakit *for profit* tujuannya yaitu meningkatkan keuntungan sebesar-besarnya. Sementara itu, sistem *corporate governance* pada rumah sakit *nonprofit* bertujuan menjamin agar tujuan rumah sakit dapat tercapai seefisien mungkin. *Board of Directors* pada rumah sakit *nonprofit* sering disebut sebagai *Board of Trustees*.

Pada awalnya kehadiran *Board of Directors* atau *Board of Trustees* di rumah sakit lebih berfungsi sebagai stempel atau cap yang mengesahkan keputusan-keputusan direksi. Akan tetapi, di Amerika Serikat dilaporkan bahwa fungsi board pada rumah sakit menjadi lebih menentukan dalam keputusan-keputusan manajemen (Alexander dkk., 2001). Fungsi awal lain yaitu menggalang dana-dana kemanusiaan atau mendapatkan dukungan politis. Oleh karena itu, sebagian anggota *board* berasal dari kalangan politisi, pengusaha, pemimpin-pemimpin informal di masyarakat atau dermawan. Perkembangan rumah sakit di Indonesia menunjukkan hal ini. Fungsi *board* yang sering disebut sebagai Dewan Pembina dari yayasan pemilik atau secara sederhana disebut sebagai anggota yayasan. Menurut Kovner (1995) secara umum pekerjaan *Board of Directors* di rumah sakit adalah menetapkan dan menjaga misi rumah sakit; bertindak sebagai wali untuk menjaga aset dan investasi dari pemilik saham para rumah sakit *for profit* atau kepentingan pemilik pada rumah sakit *nonprofit*; memilih, menasihati, dan memeriksa pimpinan rumah sakit; menyerahkan tanggung jawab urusan medik kepada dokter dan usaha pengembangan mutu pelayanan serta memberikan arahan untuk rumah sakit dan menjamin pertumbuhan dan perkembangannya.

Contoh sistem yang menggunakan *corporate governance* pada rumah sakit *for profit* adalah adanya struktur *Board of Directors* di University Health System Ltd. yang dimiliki oleh Tulane University (20% saham) dan Columbia, sebuah perusahaan *for profit* yang bergerak dalam jaringan rumah sakit (80% saham) (Bulger dkk., 1999). Anggota *board* sebanyak 10 orang terdiri atas 5 orang dari Tulane University dan 5 orang dari Columbia. Pimpinan *board* berasal dari Tulane University. Semua keputusan besar harus disetujui oleh tiga anggota dari Tulane University dan tiga anggota dari Columbia. Keputusan yang membutuhkan suara mayoritas dari *board* berkaitan dengan pengangkatan dan pemberhentian direktur rumah sakit, pengembangan usaha atau penghapusan pelayanan rumah sakit, modifikasi penunjang akademik, dan pembelian rumah sakit pendidikan dalam radius 75 mil. Contoh *corporate governance* rumah sakit *non profit* dapat dilihat pada rumah sakit pendidikan North Carolina. Rumah sakit pendidikan ini merupakan gabungan antara Wake Forest University dengan North Carolina Baptist Hospital yang mempunyai jaringan pelayanan kesehatan. Kedua lembaga tersebut bersifat *nonprofit*. Masing-masing lembaga terdapat *Board of Trustees*.

Penelitian yang dilakukan oleh Alexander dkk. (2001) mengenai struktur, komposisi, dan seleksi *board* di Amerika Serikat menarik untuk disimak. Penelitian tersebut menggambarkan perbedaan beberapa aspek *board* selama 10 tahun (antara tahun 1989 hingga tahun 1997) pada rumah sakit swasta *nonprofit*, rumah sakit pemerintah, dan rumah sakit *for profit*. Penelitian tersebut sangat besar dengan melibatkan 3.100 rumah sakit pada tahun 1989 kemudian tahun 1997 sebanyak 2.100 rumah sakit. Jumlah anggota *board* merupakan hal penting dalam penelitian tersebut. Jumlah anggota mempengaruhi lama waktu pengambilan keputusan. Berbagai keluhan manajer dan konsultan manajemen rumah sakit yakni bahwa jumlah anggota *board* terlalu banyak sehingga mengakibatkan keputusan menjadi lama. Manajer dan para konsultan berpendapat bahwa jumlah

anggota *board* yang sedikit lebih baik karena akan mempercepat proses pengambilan keputusan. Akan tetapi, jika *board* terlalu sedikit akan tidak baik karena dapat mengakibatkan terbentuknya blok-blok dengan mudah. Rata-rata jumlah *board* pada tahun 1989 sebanyak 13,5 orang sedang pada tahun 1997 adalah 13,6 orang. Jumlah *board* paling banyak pada rumah sakit yang tidak mencari untung (18.8 dan 16.6 orang rata-rata pada tahun 1989 dan 1997). Semakin besar jumlah Tempat Tidur (TT) rumah sakit, maka semakin banyak anggota *board*.

Salah satu fungsi *board* yang sangat strategis adalah menilai kinerja Direksi. Ternyata tidak semua *board* rumah sakit mempunyai fungsi ini. Akan tetapi, dapat diketahui bahwa tahun 1997 terjadi peningkatan yang cukup besar dalam persentase rumah sakit yang melakukan pengawasan terhadap direksi. *Board of Director* rumah sakit pemerintah merupakan kelompok paling rendah dalam fungsi pengawasan direksi. Semakin besar jumlah TT maka persentase yang melakukan pengawasan lebih tinggi. Dengan beban dan tanggung jawab yang semakin meningkat, seharusnya *board* akan dibayar untuk pekerjaannya. Akan tetapi, penelitian Alexander menunjukkan hasil yang menunjukkan penurunan persentase rumah sakit yang memberikan insentif untuk anggota *board* dari tahun 1989 hingga tahun 1997. Kelompok rumah sakit *for profit* ternyata justru mengalami penurunan, sementara kelompok rumah sakit pemerintah tetap. Seperti yang telah diduga, kelompok rumah sakit swasta *nonprofit* mempunyai persentase kecil jumlah anggota *Board* yang di bayar. Hal ini berkaitan dengan himbauan dari Kantor Informasi Dana Kemanusiaan Nasional untuk tidak memberikan kompensasi bagi anggota *board* pada lembaga-lembaga *nonprofit*.

Kesimpulan penelitian Alexander dkk. (2001) menyatakan bahwa peran *board* pada rumah sakit adalah sebagai penjamin kelanggaan (*continuity*) perkembangan rumah sakit. *Board* tidak berfungsi sebagai pemimpin perubahan dan perkembangan. Selama sepuluh tahun

perkembangan *board*, tidak mencerminkan adanya perubahan yang radikal. Akan tetapi, *board* mengalami peningkatan kekuatan dalam menetapkan keputusan yang terkait dengan kinerja rumah sakit.

Peran *Board of Directors* dalam penyusunan rencana strategis menurut Wolper (1999) sangat penting. *Board of Directors* berperan aktif dalam menyusun rencana strategis khususnya dalam penyusunan misi dan visi rumah sakit. Pertemuan-pertemuan awal dalam penyusunan rencana strategis perlu dihadiri oleh *Board of Directors* (Zuckermann, 1998). Dokumen rencana strategis juga harus mendapat persetujuan dari *Board of Directors* untuk disahkan.

Siapa saja dan apa syarat menjadi anggota *board*? Menurut American Hospital Association dan Ernst Young, terdapat beberapa kriteria penting untuk menjadi anggota *board* (Pointer dan Orlikoff, 1999) yaitu mempunyai nilai-nilai yang sama dengan rumah sakit, mempunyai kepemimpinan di masyarakat, secara keuangan tidak kekurangan, memahami perencanaan strategis dan mempunyai visi, mempunyai waktu, dan secara politis merupakan orang berpengaruh.

### **Apakah struktur *corporate governance* perlu dipakai oleh rumah sakit di Indonesia?**

Dengan melihat situasi dan kondisi sektor rumah sakit di Indonesia, apakah konsep *corporate governance* perlu diaplikasikan? Pada intinya keuntungan *corporate governance* di rumah sakit digunakan untuk hal-hal, (1) untuk perbaikan sistem pengawasan internal dan (2) peningkatan efisiensi untuk meningkatkan daya saing. Kerugian struktur *corporate governance* antara lain, bertambahnya biaya operasional, keputusan dapat menjadi lebih lama, dan menambah jalur birokrasi.

Jawaban untuk rumah sakit swasta *for profit* adalah sudah selayaknya harus memiliki Dewan dalam kerangka struktur *corporate governance*. Pemilik saham rumah sakit swasta *for profit* pada umumnya mempunyai pengalaman dalam perusahaan di luar sektor kesehatan yang terbiasa

dengan konsep *corporate governance*. Sedangkan rumah sakit *nonprofit* jawaban pertanyaan tersebut terletak pada pemilik rumah sakit dan penafsiran UU Nomor 16 tahun 2001. Pemilik RS *nonprofit* pada umumnya adalah lembaga pemerintah, keagamaan, dan sosial. Pasal 3 dalam UU Nomor 16 tahun 2001 menyebutkan bahwa yayasan dapat melakukan kegiatan usaha untuk menunjang pencapaian maksud dan tujuannya dengan cara mendirikan badan usaha dan/ atau ikut serta dalam suatu badan usaha. Di samping itu, disebutkan pula bahwa yayasan tidak boleh membagikan hasil kegiatan usaha kepada pembina, pengurus, dan pengawas.

Secara keseluruhan rumah sakit *nonprofit* di Indonesia cenderung lebih kompleks perilakunya dengan sistem aturan yang kurang jelas di banding rumah sakit *for profit*. Dalam hal ini sistem *corporate governance* pada rumah sakit *nonprofit* mungkin akan lebih sulit dibentuk apabila dibandingkan dengan rumah sakit *for profit*. Sebagai gambaran, sebagian lembaga usaha swasta *nonprofit* yang bergerak di rumah sakit ternyata tidak mempunyai pemisahan antara pemilik dengan pengelola. Beberapa kasus muncul seperti:

- Terjadi perangkapan jabatan pada yayasan dengan direksi atau pelaku kegiatan di rumah sakit sehingga menimbulkan *conflict of interest*;
- Para manajer yang tidak memahami pentingnya sistem kontrol sehingga cenderung memutuskan sendiri walaupun untuk keputusan yang sangat besar dan strategis;
- Anggota yayasan yang mengawasi rumah sakit ternyata tidak mempunyai pemahaman mengenai rumah sakit. Hal ini terkait dengan kriteria pemilihan.

Oleh karena itu, tidak mengherankan apabila muncul konflik antara yayasan dengan direksi atau antaranggota yayasan atau antara anggota yayasan dengan pemilik yayasan. Konflik antara anggota yayasan atau anggota keluarga (terutama untuk generasi-generasi setelah pendirinya meninggal). Konflik tersebut terjadi pula di lembaga-lembaga

keagamaan. Struktur *corporate governance* mempunyai keuntungan dapat mencegah berbagai konflik. Akan tetapi, perlu ditekankan bahwa struktur *corporate governance* merupakan sistem formal yang mungkin tidak cocok dengan kultur kekeluargaan yang sekarang ini mungkin dianut oleh yayasan keagamaan atau sosial. Struktur formal ini mungkin justru akan membuat lebih banyak konflik. Oleh karena itu, penggunaan struktur *corporate governance* pada rumah sakit swasta *nonprofit* benar-benar harus dipertimbangkan dengan seksama.

Dalam konteks keterkaitan UU Nomor 16 tahun 2001, tentang yayasan dan konsep *corporate governance* terdapat kemungkinan diterapkan untuk RS swasta *nonprofit*. Kemungkinan pertama adalah rumah sakit *nonprofit* berubah menjadi perusahaan terbatas. Dalam hal ini maka struktur *corporate governance* dengan mudah dapat dipergunakan. Akan tetapi, perubahan menjadi rumah sakit *for profit* dapat bertentangan dengan misi rumah sakit yang berdasar nilai keagamaan dan sosial. Apakah misi sosial akan ditinggalkan untuk meningkatkan efisiensi? Pertanyaan ini mungkin akan dijawab tidak oleh para pengelola yayasan keagamaan.

Alternatif kedua adalah yayasan bersifat *nonprofit* memiliki saham dalam rumah sakit berbentuk perusahaan mencari keuntungan. Hal ini dapat dilakukan dengan cara melakukan kerja sama dengan perusahaan yang mencari keuntungan. Akan tetapi, keadaan ini juga menyangkut masalah misi yayasan. Apakah berdasarkan nilai-nilai yang dianut oleh yayasan diperbolehkan mempunyai saham dalam rumah sakit berbentuk perusahaan yang mencari keuntungan?

Alternatif ketiga adalah rumah sakit *nonprofit* tetap berbentuk yayasan tetapi menggunakan konsep *corporate governance*. Alternatif ini mungkin yang akan menjadi pilihan berbagai yayasan sosial dan keagamaan yang mempunyai rumah sakit. Alternatif ini merupakan tantangan menarik bagi para pemilik, konsultan, dan peneliti manajemen rumah sakit untuk mengembangkan konsep *corporate governance* pada rumah sakit yayasan *nonprofit*.

### Relevansi bagi rumah sakit pemerintah

Rumah sakit pemerintah mempunyai sejarah yang dekat dengan sifat birokratis. Sebagai gambaran, direksi rumah sakit pemerintah mempunyai tingkat eselon tertentu dalam sistem pegawai negeri. Rumah sakit pemerintah daerah dengan pemerintah sebagai pemilik terdiri dari eksekutif dan legislatif (DPRD) sebagai wakil rakyat, dapat mempunyai posisi dalam dewan penyantun. Peran dan komposisi anggota Dewan Penyantun pada rumah sakit daerah masih belum jelas.

Dapat dinyatakan bahwa hubungan antara pemilik dan para pengelola merupakan bagian dari sistem birokrasi pemerintahan. Oleh karena itu, jabatan manajemen di rumah sakit-rumah sakit pemerintah masih menggunakan model birokrasi dengan sistem eselon. Semakin tinggi jabatan struktural di rumah sakit, membutuhkan eselon yang lebih tinggi pula. Dapat disebutkan bahwa pada rumah sakit pemerintah memang terjadi pemisahan yang jelas antara pemilik dengan manajer. Akan tetapi, hubungan ini tidak menggunakan konsep *corporate governance*. Hubungan yang terjadi lebih mengandalkan pada hubungan atasan-bawahan.

Bagaimana prospek aplikasi struktur *governance* rumah sakit pemerintah di masa mendatang? Pada masa desentralisasi ini diperlukan suatu sistem *governance* yang baik. Dalam konteks RSD, sudah terdapat laporan bahwa Bupati atau Walikota menjadi sangat berkuasa sehingga jabatan direktur RS pemerintah diberikan berdasarkan hubungan kedekatan bukan berbasis pada kemampuan manajerialnya. Dewan yang mempunyai anggota tokoh masyarakat di sebuah RSUP lokal mungkin dapat meningkatkan rasa kepemilikan daerah terhadap rumah sakit pemerintah pusat.

## 3. Good Clinical Governance

Salah satu faktor kunci dalam pengembangan pelayanan rumah sakit adalah bagaimana meningkatkan mutu pelayanan

klirik. Rumah sakit adalah lembaga yang memberikan pelayanan klinik sehingga mutu klinik merupakan indikator penting bagi baik buruknya rumah sakit. Baik dan buruknya proses pelayanan klinik dipengaruhi oleh penampilan kerja dokter spesialis pada rumah sakit. Sebagaimana sistem *governance* di manajemen rumah sakit, saat ini dikembangkan sistem *governance* di klinik. Pengembangan ini dipelopori oleh Inggris pada dekade 90-an dengan menggunakan istilah *clinical governance*.

Prinsip dasar dalam pengembangan pengelolaan *clinical governance* adalah bagaimana mengembangkan sistem untuk meningkatkan mutu klinik. Peningkatan mutu tersebut dilakukan dengan cara memadukan pendekatan manajemen, organisasi, dan klinik secara bersama (Roland dkk. 2001). *Clinical governance* bertugas memastikan bahwa telah terdapat sistem untuk memonitor kualitas praktik klinis yang berfungsi dengan baik; praktik klinis selalu dievaluasi dan hasil evaluasinya digunakan untuk melakukan perbaikan; dan praktik klinis sudah sesuai dengan standar, seperti yang dikeluarkan oleh badan regulasi profesi nasional.

Secara rinci, sistem yang diterapkan dalam *clinical governance* meliputi berbagai kegiatan seperti audit klinis, manajemen efektif bagi kolega klinis yang berkinerja buruk, manajemen risiko, praktik klinis berbasis pada bukti (*evidence based*), pelaksanaan bukti efektivitas klinik, pengembangan keterampilan kepemimpinan bagi klinisi, pendidikan berkelanjutan bagi semua staf klinis, sampai audit *feedback* dari konsumen.

Kerangka kerja *clinical governance* tersusun atas empat hal yaitu *evidence based medicine*, informasi yang baik, penilaian kerja klinik, dan hubungan antara klinisi dengan manajemen. Berbagai implikasi besar muncul dengan kerangka kerja ini. Pertama, rumah sakit melakukan pelaksanaan praktik klinik berbasis pada bukti (*evidence based practice*). Pelaksanaan *evidence based* merupakan hal yang berat. Kedua, dilakukan perbaikan infrastruktur informasi klinis. Ketiga, dilakukan pengembangan mekanisme



untuk menilai kinerja klinik yang terpadu dengan kinerja manajemen. Keempat, perlu dilakukan pengembangan pengetahuan dan keterampilan kepemimpinan di antara staf klinis. Dalam hal ini harus terdapat klinisi yang menjadi pemimpin (*leader*) dari para klinisi.

*Clinical governance* harus dibangun di atas sistem yang baik dan efektif serta harus diintegrasikan sepenuhnya ke dalam sistem *governance* rumah sakit. Akan tetapi, disadari bahwa untuk membangun kepercayaan dan menciptakan kelompok klinisi yang mempunyai motivasi tinggi dalam kualitas perawatan klinisnya diperlukan perubahan sikap dan kultur yang mendasar terutama pada lingkungan klinisi. Di Indonesia perubahan kultural ini sangat diperlukan di kalangan klinisi.

Siapa yang bertanggung jawab untuk menerapkan *clinical governance*? Kelompok di rumah sakit yang paling relevan untuk mengelolanya adalah Komite Medik. Bagaimana fungsi Komite Medik saat ini? Menurut Karnadihardja (2000) Komite Medik adalah suatu organisasi nonstruktural di rumah sakit yang bertujuan menjamin terselenggaranya pelayanan medik yang baik, profesional, yang selalu mengacu kepada kepentingan pasien, serta memperhatikan Kode Etik Kedokteran dan Kode Etik Rumah Sakit serta norma-norma yang berlaku pada masyarakat Indonesia. Komite Medik sebagai organisasi *intern* nonstruktural tidak mempunyai garis komando dengan Direksi RS dan Dewan Pembina tetapi berupa garis koordinasi. Oleh karena itu, kebijakan-kebijakan yang bersifat mengikat dikeluarkan oleh Direksi sebagai hasil keputusan rapat bersama antara Direksi, Komite Medik, dan perwakilan Dewan Pembina.

Bagaimana keadaan Komite Medik saat ini? Dalam hal ini belum dilakukan penelitian mendalam mengenai efektivitas komite medik. Akan tetapi, berdasarkan pengamatan pada berbagai rumah sakit Komite Medik mengalami kesulitan dalam menjalankan perannya. Jika dilihat pada peraturan Komite Medik dapat dilihat bahwa Komite Medik tersusun atas beberapa bagian seperti, Badan Pengurus Harian (BPH),

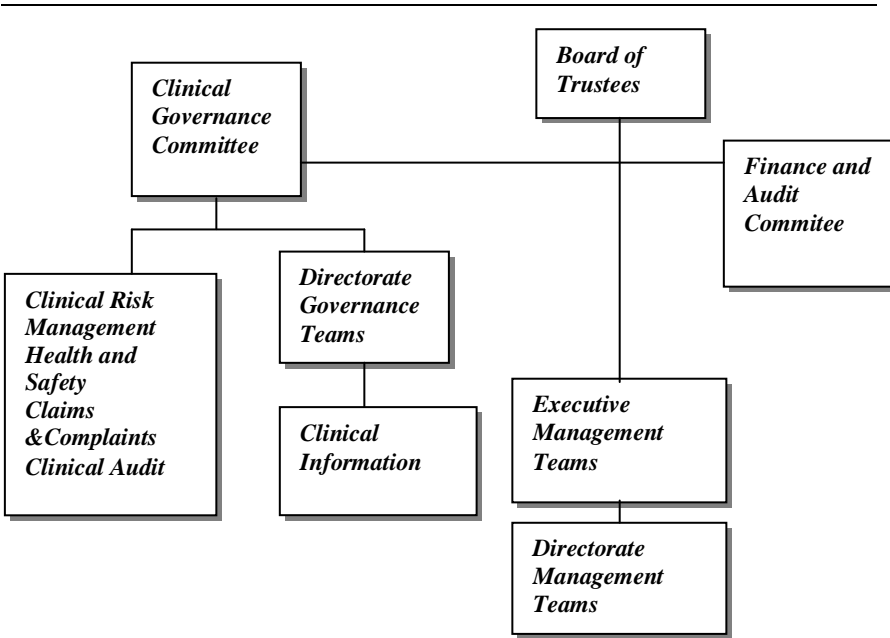
panitia-panitia, dan Anggota. Panitia-panitia di dalam komite medik antara lain Panitia Rekam medik, Panitia Utilisasi, Panitia Audit Medik, merangkap *Peer Review*, Panitia Kredensial, Panitia Terapi dan Farmasi, Panitia Infeksi Nosokomial, Panitia Jaringan, Panitia Etik Rumah Sakit, dan lain sebagainya.

Badan Pengurus Harian Komite Medik (*Executive Committee of The Medical Staff*) terdiri atas ketua, wakil ketua, sekretaris, dan anggota. Menurut Karnadihardja (2000) BPH Komite Medik mewakili staf medik dalam hubungan yang dinamis sehari-hari dengan Direksi dan Dewan Pembina. Salah satu organ utama untuk mensosialisasikan kebijakan-kebijakan secara formal dilakukan melalui rapat bersama yang diselenggarakan secara rutin antara Komite Medik, Direksi, dan Badan Pembina (*Joint Conference Committee*).

Berdasarkan struktur dan perannya, Komite Medik merupakan unit penting dalam rumah sakit. Di Amerika Serikat kedudukan *Chief of Medical Staff* sangat kuat, sejajar dengan *Chief Executive Officer* (CEO) rumah sakit dan bertanggung jawab pada *Governing Board* (White, 1997). Komite Medik di Indonesia cenderung diberlakukan bukan seperti instalasi yang berhak merencanakan anggaran. Di beberapa rumah sakit Komite Medik bahkan tidak mendapatkan anggaran. Kesulitan yang ditemui dapat dianalisis dari jumlah dan komposisi tempat bekerja para spesialis. Sebagian besar spesialis adalah pegawai negeri yang bekerja di rumah sakit swasta. Pertanyaan pentingnya adalah apakah mungkin dengan pola bekerja spesialis yang bekerja sambil menjalankan fungsi *clinical governance* di Komite Medik pada rumah sakit pemerintah? Seperti diketahui para spesialis mempunyai pekerjaan lain di rumah sakit swasta karena pendapatan gaji dari pemerintah relative rendah. Apakah Komite Medik dapat berfungsi mengelola *clinical governance* dengan baik mengingat banyak dokter spesialis yang bekerja di berbagai rumah sakit? Pertanyaan-pertanyaan ini memerlukan penelitian untuk menjawabnya. Pada

prinsipnya isu mengenai manajemen spesialis akan menjadi semakin penting di masa mendatang.

Gambar 4.1 menunjukkan ada fungsi regulasi internal dalam hal mutu medik yang dilakukan oleh sistem *clinical governance* (Lugon dkk., 2001). Dalam sistem *clinical governance* ada infrastruktur yang bertugas menangani *clinical risk management, health and safety, Claims* dan *complaints*, serta *clinical audit*. Disamping itu, ada infrastruktur untuk menangani pengelolaan sistem informasi klinik. Sistem informasi klinik ini sangat strategis untuk memberikan data mengenai kinerja pelayanan klinik, termasuk para dokternya. Dalam Gambar 4.1 terlihat bahwa *Clinical Governance* merupakan bagian dari *Corporate Governance*. Hal ini penting dalam kaitannya dengan wewenang untuk menerima, *reappoint* (memperpanjang) atau mengakhiri hubungan kerja dengan dokter.



**GAMBAR 4.1.**  
**CLINICAL GOVERNANCE DI RUMAH SAKIT**  
 (Lugon dkk. 2001)

### *Governance* Klinik dan Manajemen Tenaga Spesialis

Salah satu aspek strategis di masa mendatang adalah bagaimana rumah sakit dapat mengelola para spesialis sejak dari rekrutmen sampai ke terminasi kerja. Pada saat ini di berbagai belahan dunia pola bekerja para dokter spesialis dapat dilihat pada Tabel 4.2.

**TABEL 4.2.**  
**POLA BEKERJA PARA DOKTER**

Jenis pegawai	<i>Part-timer</i>	<i>Full-timer</i>
Pegawai tetap	Di Indonesia, sebagian besar dokter spesialis di rumah sakit pemerintah merupakan pegawai tetap, namun secara <i>de-facto</i> merupakan dokter part-timer di rumah sakit pemerintah. Fenomena ini timbul disebabkan terutama gaji rendah dan tarikan bekerja di rumah sakit swasta dengan pendekatan <i>fee-for service</i> .	Ada sebagian (kecil) dokter di rumah sakit pemerintah yang bekerja secara <i>de-facto</i> secara <i>full-timer</i> .  Sebagian kecil dokter yang bekerja di rumah sakit swasta merupakan pegawai tetap yang bekerja secara <i>full-timer</i> .  Di Inggris dokter bekerja di rumah sakit pemerintah dengan model gaji bulanan yang tinggi sehingga tarikan luar tidak kuat. Sebagai catatan tidak banyak rumah sakit swasta di Inggris.
Pegawai tidak tetap/kontrak	Berbagai rumah sakit swasta memberlakukan sistem seperti ini. Dokter spesialis bukan merupakan pegawai tetap yang digaji oleh rumah sakit. Sistem pembayaran kepada dokter dilakukan terutama dengan pendekatan " <i>fee-for-service</i> ".	Pendekatan kontrak untuk bekerja <i>full-timer</i> merupakan pendekatan yang sering dipergunakan di Amerika Serikat. Menurut White (1997) dokter di rumah sakit Amerika bukan merupakan pegawai rumah sakit. Mereka adalah profesional swasta.

Situasi di Indonesia saat ini secara *de facto* lebih menyerupai model Amerika Serikat dibandingkan dengan Inggris. Sebagian besar spesialis di rumah sakit swasta bukan

berstatus sebagai pegawai tetap. Saat ini ada wacana menarik di rumah sakit pemerintah. Konsep dokter mitra mulai dipertimbangkan untuk diterapkan. Dengan adanya desentralisasi dan kebijakan otonomi rumah sakit pemerintah, kemungkinan dilakukan pengaturan jam bekerja sehingga konsep *full-timer* dan *part-timer* dapat diberlakukan di rumah sakit pemerintah. Sebagai konsekuensi situasi ini, maka harus ada proses kredensial yang baik, proses pemantauan kinerja dokter yang berada dalam kontrak, dan bagaimana proses *reappointment* dapat dilakukan.

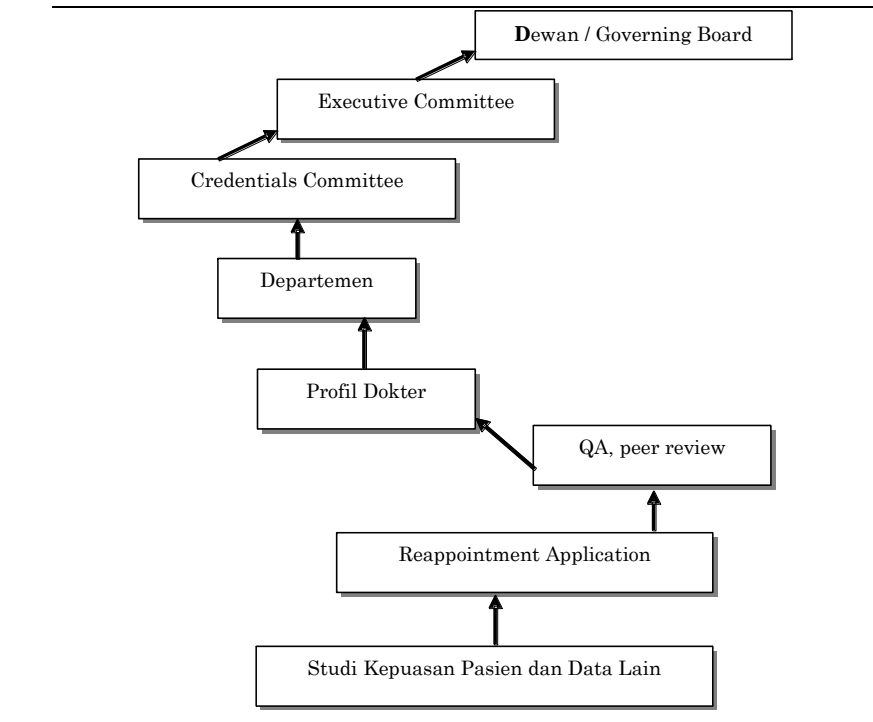
Masalah kredensial, *reappointment*, dan terminasi merupakan hal sensitif dan di Indonesia saat ini masih merupakan hal baru. Model ini dinilai oleh sebagian dokter sebagai bagian dari sistem yang “memperdagangkan” dokter sebagai suatu profesional yang mulia. Ada bagian dari kultur profesi dokter yang cenderung enggan menerima suatu sistem hubungan kerja yang jelas antara rumah sakit dengan dokter, khususnya di rumah sakit pemerintah. Beberapa rumah sakit enggan menggunakan kata-kata kontrak kerja, tetapi lebih menggunakan kata-kata melakukan kerja sama. Akan tetapi, dalam kehidupan modern model kontrak, *reappointment*, dan terminasi merupakan konsekuensi dari situasi yang berciri globalisasi. Cepat atau lambat, model hubungan kontraktual antara dokter dengan rumah sakit menjadi semakin dipergunakan.

Sebagai catatan khusus, di berbagai negara maju sistem kesehatan saat ini sering di tolok ukurkan dengan sistem di sektor yang mempunyai sistem pengendalian termasuk terhadap mutu sumber daya manusia yang baik. Sektor yang banyak diacu adalah penerbangan (Institute of Medicine, 1999 dan 2001). Dalam dunia penerbangan, masalah *safety* dan mutu pelayanan sudah menjadi bagian dari kehidupan sehari-hari dan akhirnya menjadi budaya yang menonjol. Bagi sumber daya manusia yang cenderung tidak memperhatikan masalah *safety* dan mutu, aturan di penerbangan akan mampu mengeluarkannya dari sistem.

Oleh karena itu, sistem manajemen rumah sakit perlu mengantisipasi perkembangan hubungan kerja antara dokter dan rumah sakit dengan cara menguatkan tata aturan di rumah sakit. Diharapkan rumah sakit menerapkan prinsip-prinsip *good corporate governance* dalam mengelola spesialis. Secara khusus rumah sakit diharapkan untuk menerapkan prinsip-prinsip *clinical governance*. Dalam hal ini ada berbagai kegiatan yang terkait dengan *clinical governance* sebagai berikut:

- Proses *credentialing* untuk menerima seseorang menjadi staf dokter di sebuah rumah sakit.
- Fungsi regulasi internal untuk mutu pelayanan dokter spesialis yakni diperlukan pemantauan, pelaporan, dan sebagainya.
- Wewenang untuk menggunakan informasi appraisal kinerja dokter untuk keputusan perpanjangan (*reappointment*) atau pemutusan kerja sama. Proses *reappointment* ini dapat dilakukan secara serius atau hanya formalitas saja.

Apabila *reappointment* dilakukan secara serius, ada dua alasan pertimbangan untuk mengangkat kembali dokter di rumah sakit. Pertama adalah proses *reappointment* berdasarkan indikator klinik, dan kedua adalah berdasarkan perilaku dokternya sendiri. Waktu untuk *reappointment* ini menurut Joint Commission adalah tidak lebih dari interval 2 tahun. Dalam kegiatan *reappointment* ada berbagai hal penting yang perlu diperhatikan, termasuk penulisan dalam bentuk *by laws*. Dalam hubungan antara dokter dengan rumah sakit *by laws* untuk para staf dokter yang bersifat *self governing (clinical governance)* harus tetap disahkan oleh *governing board* rumah sakit. Keputusan untuk pemutusan hubungan kerja berdasarkan prosedur *reappointment* perlu ditetapkan. Di Amerika Serikat keputusan tidak berada di Staf Medik atau Direksi tapi ada di *Board of Trustees (non-profit) atau Board of Directors (For-profit)*. Gambar 4.2 di bawah ini menunjukkan proses *reappointment* (White, 1997).



**GAMBAR 4.2.**  
**PROSES REAPPOINTMENT DOKTER**  
 (White, 1997)

Kinerja dokter dimonitor dalam sistem ini sebagai dasar untuk proses *reappointment*. Sebagaimana disebutkan di atas, kinerja dokter dapat diukur dari aspek klinik dan perilaku sebagai staf. Dalam proses *reappointment* fungsi *Board* dalam *corporate governance* merupakan hal penting. Makna *Corporate Governance* adalah suatu struktur yang bertujuan agar lembaga usaha berperilaku secara efisien. Dalam pengertian efisiensi ini adalah bagaimana cara untuk meningkatkan hasil semaksimal mungkin (Eldenburg dkk., 2001). Secara umum sistem *corporate governance* bertujuan untuk memberikan pedoman strategis dan mengoperasi-

onalkan sebuah dewan yang melakukan monitoring terhadap pekerjaan manajer (OECD, 2001).

Di rumah sakit, American Hospital Association menyatakan bahwa *Board of Trustees* mempunyai wewenang untuk mengatur profesi medik. Fungsi *Board* yang terkait dengan profesi medik:

1. *Appoints, reappoints, and approves privileges for all medical staff members.*
2. *Ensures that the Hospital medical staff is organized to support the objectives of the Hospital.*
3. *Reviews and takes final action of appeals involving termination of medical staff appointments.*
4. *Approves medical staff bylaws and proposed revisions.*
5. *Approves appointment of chairmen of medical staff department and medical staff officers.*

Dengan tata aturan yang jelas ini, maka manajemen spesialis akan lebih mudah dilakukan sehingga konsentrasi dapat diberikan pada pengembangan pelayanan medik dan pelayanan lainnya. Patut dicatat apabila tata aturan ini tidak diterapkan ada kemungkinan para pengelola rumah sakit dan dokter spesialis akan lelah mengurus hal-hal yang tidak perlu. Tata aturan diharapkan dapat menghindari ketidak obyektifan penilaian, termasuk hal-hal yang terkait dengan masalah keuangan.

### **Bagaimana Situasi *Governance* di Rumah Sakit Indonesia?**

Model *Good Corporate Governance* di Indonesia berbeda dengan di Amerika Serikat. Hal ini terpengaruh oleh sistem hukum yang dipakai di Indonesia yang berasal dari model hukum *continental* (Eropa daratan). Dalam *Kode Good Corporate Governance*, perusahaan di Indonesia menggunakan model Dewan Komisaris yang tidak seaktif model *Board of Directors* di Amerika Serikat. Secara lebih khusus, rumah sakit di Indonesia masih dalam tahap mencari bentuk untuk *good corporate governance*. Saat ini sedang direncanakan



penelitian mengenai bentuk *corporate governance* di rumah sakit Indonesia.

Demikian pula yang terjadi dalam aplikasi *clinical governance* di rumah sakit Indonesia. Di manakah fungsi *clinical governance* seperti yang ada di Gambar 4.1 dilakukan di rumah sakit? Apakah kegiatan *clinical governance* dilakukan oleh Komite Medik? Ataukah Direktur Medik? Ataukah Satuan Pengawas Intern? Dalam pengamatan sementara, kenyataan yang terjadi saat ini adalah tidak operasionalnya Komite Medik di berbagai rumah sakit. Komite Medik cenderung bekerja dengan sifat sebagai pemadam kebakaran. Jika ada masalah baru akan menangani. Di samping itu, Komite Medik cenderung tidak operasional, tidak mempunyai sistem dan sumber daya cukup untuk mengelola risiko klinik, keamanan dan kesehatan staf medik, penanganan keluhan, audit klinik, dan tidak mempunyai infrastruktur informasi klinik. Dengan demikian, ada kendala berat dalam melakukan kegiatan operasional. Di sisi lain fungsi Direktur Pelayanan Medik dirasa terlalu berat karena bercampur baur antara fungsi direktur operasional untuk instalasi-instalasi medik dan mengelola para dokter. Dua fungsi ini sebenarnya sulit dirangkap dalam satu jabatan.

Keadaan manajemen spesialis di rumah sakit Indonesia saat ini masih dalam tahap awal pengembangan. Isu mengenai *clinical governance* baru saja dimulai di Indonesia tahun 2001 ketika rombongan eksekutif Departemen Kesehatan dan berbagai direktur rumah sakit difasilitasi Magister Manajemen Rumah Sakit UGM untuk mengunjungi Inggris. Persatuan Dokter Manajemen Medik Indonesia (PDMMI) baru berumur muda untuk melakukan pengembangan.

### **Bagaimana skenario masa depan governance di rumah sakit?**

Ada dua faktor yang mempengaruhi skenario di masa mendatang yaitu faktor yang pasti dan faktor yang tidak pasti. Beberapa faktor yang pasti antara lain: Demand terhadap

pelayanan rumah sakit semakin meningkat; Masyarakat semakin menuntut adanya transparansi dan efisiensi pelayanan rumah sakit. RS Singapura, Australia, AS, Eropa (pemain lama) dan di Malaysia, Thailand (pemain baru) sudah terbukti mampu memenuhi harapan ini; Peraturan hukum semakin mendorong dipergunakannya *good corporate governance*. Faktor yang tidak pasti adalah kemauan pemerintah, swasta, masyarakat dan para profesional untuk menggunakan konsep *governance* di sektor kesehatan.

Berdasarkan faktor-faktor tersebut ada tiga Skenario Utama penggunaan konsep *governance* di rumah sakit. Skenario pertama adalah Status Quo dimana tidak terjadi perubahan sama sekali. Skenario kedua adalah keadaan yang pesimistik dimana rumah sakit di Indonesia menjadi semakin mendekati organisasi para seniman dimana *governance* merupakan hal yang sulit diterapkan. Skenario ketiga adalah keadaan dimana rumah sakit di Indonesia menjadi semakin mendekati rumah sakit-rumah sakit di negara maju dimana *governance* merupakan dasar dari kebijakan kesehatan, sistem manajemen dan kegiatan operasional.