

BAB XI

PERILAKU EKONOMI RUMAH SAKIT

Dalam bab ini perilaku rumah sakit secara ekonomi dibahas melalui dua pendekatan yaitu (1) model standar perusahaan dan (2) model rumah sakit *non-profit*. Model standar perusahaan mengacu pada perilaku perusahaan yang memaksimalkan keuntungan. Sebenarnya definisi untung atau tidak untung tidak begitu jelas di Indonesia. Menurut Folland dkk (2001), batasan *non-profit* adalah secara hukum tidak boleh ada pihak yang menerima atau meminta sisa hasil usaha (SHU) lembaga tersebut. Sisa hasil usaha berarti selisih antara pendapatan dan biaya atau yang disebut sebagai untung dalam lembaga usaha biasa. Di Amerika Serikat terdapat dua ciri lain yang membedakan status *non-profit* dengan *for-profit*. Perbedaan pertama adalah lembaga *non-profit* tidak perlu membayar pajak perusahaan dan sering dibebaskan dari pajak bangunan dan tanah serta pajak penjualan. Kedua, sumbangan kepada lembaga *non-profit* akan mengurangi pajak bagi pihak-pihak yang menyumbang.

Definisi *non-profit* di Amerika Serikat masih sulit dipergunakan di Indonesia dan perlakuan pajak relatif hampir sama antara rumah sakit *non-profit* dengan rumah sakit *for-profit*. Dengan demikian, dapat dinyatakan bahwa dalam masa transisi lembaga sosial menjadi lembaga sosial-ekonomi, gambaran mengenai bentuk *for-profit* dan *non-profit* masih belum tegas dalam sektor rumah sakit di Indonesia. Bab ini akan membahas berbagai bentuk rumah sakit.

11.1 Model Standar Sebuah Perusahaan yang *For-Profit*

Tujuan perusahaan adalah menghasilkan keuntungan yang sebesar-besarnya dan berusaha mempunyai kemampuan yang cukup

dalam mencapai tujuan sesuai dengan perkembangannya. Rumah sakit yang berbentuk perusahaan terbatas bertujuan mencari laba, walaupun tujuan tersebut mungkin tidak dapat dicapai secepat dan sebesar perusahaan jasa keuangan. Hal ini mungkin disebabkan oleh lingkungan ekonomi rumah sakit yang berorientasi laba belum sekuat sektor lainnya.

Dalam model *Circular Flow*, Katz dan Rosen (1998) menyatakan minimal ada tiga komponen firma yaitu: (1) pekerja atau orang yang dibayar atas gaji tetap dan mempunyai peraturan kerja; (2) manajer yang bertanggung-jawab untuk menetapkan keputusan, dan 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 yang modern. Dengan dibukanya perusahaan di pasar saham, maka kemungkinan terdapat ribuan pemilik saham, yang tentunya sebagian besar tidak berurusan dengan keputusan-keputusan usaha. Keadaan ini menyebabkan kepemilikan lembaga usaha menjadi tidak personal (Scott, 1997). Pemisahan antara pemilik dengan para manajer ini menghasilkan struktur organisasi yang merupakan standar sebuah perusahaan yaitu adanya badan yang disebut sebagai *Board of Directors* dan para manajer yang menjalankan pekerjaan manajemen sehari-hari.

Pada perusahaan-perusahaan yang besar dan terbuka, pemilik saham akan bertambah besar jumlahnya. Pemilik saham yang banyak ini, menimbulkan biaya informasi yang cukup besar untuk mengendalikan manajer. Pemilik modal menjadi sulit mengikuti strategi-strategi yang dilaksanakan perusahaan atau yang diarahkan perusahaan. Pada prinsipnya mekanisme pengendalian oleh pemilik modal terhadap manajer menjadi bersifat tidak sempurna.

Tugas *Board of Directors* dalam rumah sakit model perusahaan tentunya serupa dengan perusahaan biasa. *Board of Directors* berperan sebagai tonggak utama dalam mekanisme pengendalian internal. Dalam sistem yang mengacu pada *good corporate governance*, terdapat peraturan yang menerangkan mengenai peran manajer dan

dewan. Salah satu tugas utama dewan adalah mengawasi kinerja para manajer atas nama pemegang saham. Jika anggota dewan menilai hasil kinerja manajer tidak sesuai dengan harapan pemegang saham, jika terjadi kesepakatan anggota dewan dapat memberhentikan manajer dan menggantinya dengan orang lain yang dinilai lebih mampu. Adanya ancaman pemberhentian ini mendorong para manajer bekerja memenuhi harapan pemegang saham, yaitu semakin besarnya dividen yang diterima.

Dalam perusahaan tanggung jawab *Board of Directors* secara umum adalah melakukan monitoring terhadap manajer atas mandat dari pemegang saham perusahaan. Secara rinci fungsi kuncinya antara lain adalah:

1. *Me-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, memberikan kompensasi, memonitor dan bila perlu mengganti direktur dan mengawasi perencanaan penggantian
3. Mengkaji pembayaran eksekutif dan dewan direktur
4. Memonitor dan mengelola berbagai konflik yang potensial dalam manajemen.

Dalam hal ini pengembangan *corporate governance* rumah sakit dapat dibahas melalui dua pendekatan, yaitu: (1) model standar perusahaan yang memaksimalkan keuntungan; dan (2) model rumah sakit *non-profit*. Dua model ini mempunyai *corporate governance system* agar tujuan rumah sakit dapat tercapai. Sistem *corporate governance* pada rumah sakit *for-profit* tujuannya adalah meningkatkan keuntungan sebesar-besarnya. Sementara itu, sistem *corporate governance* pada rumah sakit *non-profit* bertujuan menjamin agar misi rumah sakit dapat berjalan seefisien mungkin.

Pada awalnya adanya *Board of Directors* (di rumah sakit *for-profit*) atau *Board of Trustees* (di rumah sakit *non-profit*) lebih berfungsi sebagai stempel-cap yang mengesahkan keputusan-keputusan direksi. Fungsi awal lain yaitu menggalang dana-dana kemanusiaan atau mendapatkan dukungan politis. Oleh karena itu,

para anggota *Board* banyak berasal dari kalangan politisi, pengusaha, pemimpin-pemimpin informal di masyarakat, atau dermawan. Akan tetapi di Amerika Serikat dilaporkan bahwa fungsi *Board* dalam rumah sakit menjadi lebih menentukan dalam keputusan-keputusan manajemen (Alexander dkk., 2001).

Contoh *corporate governance* 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* berjumlah 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* adalah 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.

Dalam konteks struktur *corporate* kemungkinan terjadi perbedaan antara perilaku pemegang saham yang ingin memaksimalkan *profit* dengan manajer dan karyawan perusahaan. Manajer mungkin mempunyai tujuan lain di samping memaksimalkan laba antara lain meningkatkan penjualan, meningkatkan pangsa pasar, dan mengejar pertumbuhan perusahaan yang cepat. Manajer bukan pemilik, tetapi para profesional yang digaji untuk mengelola perusahaan. Gaji manajer cenderung meningkat sesuai dengan kenaikan penjualan total (Baumol, 1967). Dengan demikian, dapat dimengerti apabila manajer cenderung meningkatkan penjualan (*sales maximiser*). Namun, ada pula perilaku manajer yang cenderung mencari kepuasan lain dari pekerjaan mereka. Simbol-simbol kepuasan yang sering dipergunakan adalah: ruang kantor yang mewah, mempunyai mobil perusahaan yang bagus, menjadi anggota klub eksekutif, dan sebagainya.

Di dalam kelompok karyawan, motif memaksimalkan keuntungan mungkin juga tidak menjadi hal yang utama, kecuali apabila karyawan sekaligus menjadi pemegang saham. Faktor kesenangan dan

kenyamanan bekerja merupakan tuntutan karyawan yang mungkin akan mengurangi *profit*. Kemungkinan karyawan menuntut adanya rekreasi tahunan untuk keluarga atau pembangunan fasilitas olahraga di kantor. Pada suatu titik tertentu, tuntutan karyawan dapat dilakukan dengan cara demonstrasi mogok kerja dan seringkali hal itu terjadi di Indonesia akhir-akhir ini.

Tujuan bekerja manajer dan karyawan bukan untuk mencari keuntungan semata dapat memicu apa yang disebut sebagai *X-inefficiency*. Perusahaan dipaksa mengeluarkan anggaran yang seharusnya tidak diperlukan untuk kelangsungan hidup dan perkembangan perusahaan. Pertentangan klasik sering terjadi antara para pemilik, manajer, dan karyawan dalam hal perilaku hidup ini. Pada berbagai rumah sakit keagamaan, konflik antara karyawan dengan pemilik rumah sakit dan pihak direksi dapat terjadi pula.

Sebagai catatan, perilaku pemilik perusahaan tertentu sebagian bertujuan mencari kepuasan lain, di luar laba dari perusahaan. Pada keadaan ini pemilik merasakan bahwa yang penting bukan besarnya laba melainkan manfaat dari laba tersebut yang dapat digunakan untuk hal-hal yang bersifat membantu, misalnya memberi *sponsorship* pada perkumpulan olahraga atau memberi beasiswa. Akan tetapi, pada umumnya para pemilik tetap ingin meningkatkan keuntungan setinggi-tingginya.

11.2 Model Rumah Sakit Pemerintah dan Rumah Sakit Swasta *Non-Profit*

Seluruh rumah sakit pemerintah merupakan organisasi yang bersifat *non-profit*. Walaupun muncul perkembangan baru seperti menjadi perusahaan jawatan, lembaga teknis daerah, UPT Daerah, ataupun rumah sakit swadana, secara praktis rumah sakit pemerintah bukan berubah menjadi lembaga pencari keuntungan. Hal yang jelas terjadi adalah suatu proses yang mengarah pada bentuk-bentuk lembaga usaha, walaupun masih ditemukan rumah sakit yang dikelola sebagai lembaga birokrasi. Demikian pula berbagai rumah sakit

swasta, banyak diantaranya bersifat *non-profit*. Rumah sakit-rumah sakit yang bersifat *non-profit* pada umumnya dimiliki oleh yayasan keagamaan, sosial kemanusiaan ataupun perorangan. Dalam membahas rumah sakit *non-profit*, konsep pembahasan nantinya akan dilakukan serupa dengan rumah sakit yang berorientasi laba.

Mengapa ada lembaga *non-profit* ?

Berdasarkan teori ekonomi, *profit* merupakan hal penting bagi sebuah lembaga untuk berkembang. Pertanyaannya, mengapa masih ada lembaga *non-profit* di dunia? Bertahannya lembaga usaha *non-profit* menunjukkan bahwa tidak semua sektor kehidupan dipengaruhi oleh pasar seperti yang digambarkan pada model *Circular Flow* (Bagian II). Berbagai sektor, seperti pendidikan, kesehatan, transportasi timbul berbagai hal yang menyebabkan kegagalan pasar, misalnya adanya eksternalitas dan adanya *public goods*. Adanya eksternalitas akan membutuhkan peran pemerintah. Dengan menyediakan obat-obatan gratis untuk sekelompok orang yang sakit Tuberkulosis, maka pemerintah dapat lebih melindungi masyarakat sehat yang mempunyai kemungkinan tertular oleh sekelompok penderita Tuberkulosis ini.

Beberapa pelayanan kesehatan mempunyai ciri *public goods* yang bersifat *non-excludable*. Arti dari ciri ini adalah tidak mungkin untuk membatasi jasa yang diberikan ini dari masyarakat. Sebagai contoh, pelayanan rumah sakit yang bersifat *non-excludable* bagi orang miskin. Artinya, pelayanan harus bersifat gratis kepada seluruh orang miskin yang membutuhkannya. Dapat dibayangkan bahwa timbul kesulitan untuk melakukan penentuan tarif karena masyarakat miskin tidak mampu membayarnya.

Dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai aspek eksternalitas dan sifat *public goods*, pemerintah mempunyai anggaran sebagai perwujudan sikap politik negara kesejahteraan. Dalam memberikan pelayanan muncul pilihan untuk menyelenggarakan sendiri melalui lembaga pelayanan kesehatan pemerintah. Akan tetapi, kemungkinan lembaga-lembaga milik

pemerintah tidak cukup jumlahnya atau tidak cukup efisien untuk menangani pelayanan. Pilihan lain dengan cara mengkontrakkan kegiatan pelayanan kepada lembaga swasta. Dalam hal ini akan timbul keanehan apabila pemerintah memberikan kontrak pelayanan kesehatan yang mengandung eksternalitas dan sifat *public goods* kepada lembaga *for-profit*. Secara logika dana pemerintah dapat disalurkan kepada lembaga *non-profit* melalui mekanisme subsidi ataupun pemerintah seolah-olah membeli jasa dari lembaga *non-profit* ini.

Apabila ditinjau dari sisi dana masyarakat, pemberian dana masyarakat kepada lembaga *non-profit* masih terus bertahan. Sebagian masyarakat masih mempunyai niat menyumbang walaupun rendah. Di Amerika Serikat, sampai dengan tahun 1996, 3% dari total pendapatan rumah sakit berasal dari dana kemanusiaan. Faktor kemanusiaan yang melatarbelakangi sumbangan dari masyarakat ini dan pada aspek ini pula rumah sakit *non-profit* dapat bergerak lebih baik dibandingkan dengan yang *for-profit*.

11.3 Struktur Organisasi Rumah Sakit *Non-Profit*

Pemilik rumah sakit pemerintah adalah Departemen Kesehatan untuk RSUP, pemerintah provinsi atau kabupaten atau kota untuk rumah sakit daerah, dan angkatan bersenjata serta Polri untuk rumah sakit militer dan polisi. Rumah sakit BUMN dikelompokkan dalam rumah sakit swasta. Pemerintah sebagai pemilik berada pada posisi sebagai Dewan Penyantun atau atasan dari direksi rumah sakit yang diangkat. Hubungan antara pemilik sebagian atasan dan pengelola merupakan bagian dari sistem birokrasi pemerintahan. Oleh karena itu, jabatan manajemen pada rumah sakit pemerintah masih menggunakan model birokrasi dengan sistem eselon. Semakin tinggi jabatan struktural di rumah sakit, semakin membutuhkan eselon yang lebih tinggi pula. Dalam hal ini memang terjadi pemisahan yang jelas antara pemilik dengan manajer. Akan tetapi, hubungan ini tidak menggunakan konsep *corporate governance*, tetapi lebih mengandalkan pada hubungan atasan bawahan. Rekrutmen direksi rumah sakit peme-

rintah sering tidak jelas kriterianya. Baru pada tahun 2001 ini dikeluarkan suatu sistem baru rekrutmen direktur rumah sakit pemerintah pusat yang dilakukan oleh Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. Di dalam rumah sakit pemerintah daerah, pemerintah sebagai pemilik pada umumnya para pejabat mempunyai posisi di dalam Dewan Penyantun.

Sebagaimana telah dibahas, pemisahan dan hubungan kerja antara pemilik dan manajer menjadi hal penting dalam rumah sakit swasta *for-profit*. Berbeda dengan lembaga usaha swasta *for-profit*, misalnya dalam bentuk PT, lembaga usaha swasta *non-profit* yang bergerak pada rumah sakit sebagian tidak mempunyai pemisahan antara pemilik dengan pengelola atau karyawan. Pemilik rumah sakit, yang paling umum berbentuk yayasan dapat bertindak pula sebagai manajer rumah sakit. Dalam konteks ini, hubungan antara yayasan dan direksi dapat menjadi suatu masalah. Dengan tidak jelasnya hubungan antara direksi dan pemilik maka sistem kontrol internal yang menjadi jantung *good corporate governance* dapat tidak berjalan. Istilah *Board of Trustees* seperti pada rumah sakit *non-profit* di Amerika Serikat tidak banyak dikenal dalam rumah sakit Indonesia. Hal ini dapat dipahami karena model *corporate governance* di Indonesia lebih terpengaruh oleh model kontinental yang menggunakan istilah Dewan Komisaris, bukan model *Board* seperti di Amerika Serikat. Secara konseptual memang terjadi suatu ketidakjelasan pembagian tugas antara yayasan dan manajer rumah sakit di Indonesia.

Berbagai faktor dapat mempengaruhi timbulnya masalah dalam hubungan antara manajer dan pemilik rumah sakit, antara lain: anggota yayasan yang tidak mempunyai pemahaman dan keahlian mengenai rumah sakit, terjadi perangkapan jabatan yayasan dengan direksi sehingga menimbulkan *conflict of interest*; para manajer tidak memahami akan pentingnya sistem kontrol dan berbagai hal lainnya. Oleh karena itu, tidak mengherankan apabila muncul berbagai konflik antara yayasan dan direksi, atau antaranggota yayasan, atau antara anggota yayasan dan pemilik yayasan. Konflik tersebut terjadi pula pada lembaga-lembaga keagamaan yang seharusnya bebas dari konflik.

11.4 Perilaku Pemilik, Manajer dan Karyawan Rumah Sakit *Non-Profit*

Sesuai dengan namanya, organisasi *non-profit* adalah organisasi yang sifatnya tidak mencari laba. Dalam hal ini yang menjadi pertanyaan penting adalah apa yang mendorong pemilik, manajer dan karyawan untuk bekerja bersama? Apakah motivasi keuangan, motivasi surgawi, motivasi kemanusiaan, atau motivasi lain? Hal ini menarik dicermati karena pemilik rumah sakit keagamaan, misalnya RS Katolik tentu mempunyai misi surgawi memberikan pelayanan kesehatan kepada yang membutuhkan. Akan tetapi, apakah dokter spesialis atau perawat yang bekerja di RS Katolik juga mempunyai motivasi surgawi? Ataupun ada motivasi lain? Berbagai kasus menunjukkan ketidakcocokan antara perilaku pemilik dan karyawan. Sebagai contoh, sebagian direksi rumah sakit keagamaan adalah para biarawati yang bekerja dengan dasar surgawi. Akan tetapi, dokter spesialis yang bekerja di RS keagamaan ini adalah para profesional yang mempunyai pendapatan berdasarkan keinginan dan standar pasar. Akibatnya, timbul keanehan yaitu bahwa rumah sakit keagamaan saat ini menjadi tempat bekerja yang ideal bagi dokter untuk memperoleh pendapatan sangat tinggi. Hal ini tentunya berlawanan dengan prinsip-prinsip pemerataan dan kehidupan sederhana yang merupakan ajaran agama.

Perilaku Pemilik

Pemerintah sebagai pemilik rumah sakit, maka perilakunya adalah sebagai pelaksana tugas-tugas pemerintah. Kegiatan yang menjadi tugas pemerintah telah dirancang dalam perencanaan tahunan pemerintah melalui departemen-departemen dan Badan Perencana Pembangunan Nasional atau Daerah. Kegiatan ini akan dilakukan dalam bentuk proyek atau kegiatan rutin. Dalam hal ini sebenarnya rumah sakit merupakan tempat yang harus mendapatkan subsidi dari pemerintah karena sifatnya sebagai pelayanan publik. Akan tetapi, pada kenyataan dapat terlihat hal-hal berbeda. Sebagai contoh, di

beberapa rumah sakit daerah, timbul perilaku ekonomi pemilik yang mengharapkan kontribusi RSD untuk Pendapatan Asli Daerah dan menjadi penopang untuk kegiatan pemerintah daerah sehari-hari. Hal ini terjadi karena pemerintah daerah kekurangan *cash-flow* untuk melakukan kegiatan pemerintahan. Biaya untuk itu kemudian diambil dari rumah sakit karena merupakan lembaga pemerintah yang memiliki *cash-flow* paling lancar. Keadaan terburuk dari situasi ini adalah penggunaan pendapatan rumah sakit untuk membiayai kegiatan lain pemerintah. Hal ini berarti subsidi dari orang sakit untuk orang sehat. Patut dicatat bahwa pada pemerintah daerah yang miskin, pendapatan rumah sakit pemerintah berisiko dipotong untuk kegiatan pemerintah lainnya.

Perilaku pemerintah sebagai pemilik tidak dapat dilepaskan dari perilaku birokrat tingkat atas. Sebagai bagian dari birokrasi, seharusnya para birokrat tidak berperilaku sebagai pengusaha. Dalam hal ini kemungkinan bahwa perilaku birokrat tingkat atas ada yang menyimpang. Salah satu teori penyimpangan birokrat dikemukakan oleh Niskanen. Modelnya mengasumsikan bahwa birokrat tingkat atas mempunyai gaji yang tidak begitu besar. Untuk menambah pendapatan, diperlukan pemasukan tambahan dari proyek-proyek yang dilaksanakan di kantornya. Di samping itu, prestise birokrasi diperoleh apabila ada pengembangan program secara besar. Dampak praktisnya, jika birokrat ingin meningkatkan pendapatan dan prestisenya, maka cara yang paling baik adalah dengan meningkatkan anggaran belanja kantornya untuk proyek. Di Indonesia pemberian insentif kepada pimpinan dan staf proyek secara legal ataupun ilegal merupakan salahsatu cara meningkatkan penghasilan birokrat tingkat atas yang disesuaikan dengan anggaran proyek, sehingga perilaku birokrat tingkat atas tersebut dapat menjadi *budget-maximiser*.

Perilaku pemilik rumah sakit keagamaan yang diwakili oleh yayasan tentu berbeda dengan rumah sakit pemerintah. Prinsip dasar keagamaan adalah membantu pelayanan kesehatan terutama untuk orang miskin. Hal ini biasanya tercantum dalam pernyataan misi rumah sakit yang intinya adalah pernyataan tugas untuk melayani orang miskin dengan dasar kasih bagi rumah sakit Katolik, atau

melayani kaum *dhuafa* (orang miskin) bagi RS Islam. Akan tetapi, ternyata terjadi perilaku pemilik yayasan yang tidak hanya untuk melayani orang miskin. Pada berbagai rumah sakit keagamaan, yayasan sebagai pemilik dengan tegas menyatakan bahwa rumah sakit harus menghasilkan pendapatan dan memberikan kontribusi dalam jumlah tertentu untuk perkumpulan keagamaan. Dengan demikian rumah sakit diharapkan menjadi sarana penghasil uang bagi yayasan, bukan lagi sebagai tempat untuk diberi sumbangan. Salah satu hal menarik dari perilaku ini adalah anggapan bahwa rumah sakit telah menggunakan nama, koneksi, dan perlindungan dari perkumpulan keagamaan. Oleh karena itu, sudah selayaknya apabila rumah sakit memberikan kontribusi kepada pemilik.

Pemilik rumah sakit swasta meliputi perorangan, keluarga atau sekelompok orang yang mendirikan yayasan kemanusiaan. Di Indonesia, saat ini ada undang-undang mengenai Yayasan (UU No. 16/2001) dengan tegas melarang pembagian SHU untuk pemilik atau sekelompok pemilik lembaga *non-profit*. Dalam praktik, kemungkinan rumah sakit keagamaan yang *non-profit* berperilaku seperti pemegang saham pada perusahaan *for-profit*. Dalam hal ini SHU dibagikan kepada pemilik sehingga menyerupai PT. Keadaan ini dilarang dalam Undang-Undang Yayasan tahun 2001.

Kerancuan antara bentuk yayasan dan PT tersebut berimbas pada masalah pajak yang dikenakan untuk rumah sakit *for-profit* atau *non-profit*. Di Indonesia perilaku pajak antarkeduanya praktis tidak berbeda. Hal ini sangat berlainan dengan keadaan di Amerika Serikat.

Perilaku lain adalah besarnya gaji untuk anggota yayasan. Apabila anggota yayasan atau dewan penyantun digaji besar maka keadaannya akan menyerupai dewan komisaris di dalam perusahaan. Di Thailand dewan penyantun rumah sakit daerah tidak digaji, tetapi diberi ongkos transpor pada saat pertemuan. Di RS Mata Dr. Yap Yogyakarta, anggota yayasan rumah sakit tidak digaji tetapi diberi ongkos transpor yang kecil.

Perilaku Manajer

Para manajer rumah sakit *non-profit* mempunyai kemungkinan untuk berperilaku seperti manajer rumah sakit swasta *for-profit*. Hal ini terjadi apabila pendapatan manajer dikaitkan dengan besarnya pendapatan fungsional. Dengan demikian, terjadi perilaku *sales-maximiser* (Baumol, 1967). Hal ini dapat dilihat pada sistem insentif yang ada di beberapa RSUD dengan pendapatan direktur tergantung pada besar kecilnya pendapatan fungsional. Di RSUP milik pemerintah pusat, perilaku ekonomi manajer rumah sakit dapat berupa *sales maximiser* atau *budget maximiser*, apabila ada proyek-proyek yang memberi insentif untuk direksi rumah sakit. Di berbagai rumah sakit swasta *non-profit*, perilaku manajer dapat pula *sales maximiser*. Akan tetapi, menarik untuk dicermati pada beberapa rumah sakit keagamaan, misalnya RS Katolik, beberapa manajer puncak adalah para biarawati. Perilaku ekonomi para manajer ini terlihat sama dengan pemilik yaitu perilaku surgawi. Sebagai contoh, RS Panti Rapih Yogyakarta, direktur keuangannya adalah seorang suster yang sepertinya tidak menerima gaji atau mendapat fasilitas berlebihan.

Perilaku ekonomi karyawan rumah sakit yaitu dokter, perawat, dan karyawan nonmedik bervariasi dan individualistik. Dalam hal ini tidak ada keharusan bahwa perawat rumah sakit keagamaan harus berperilaku surgawi, dengan prinsip pendapatan bukanlah hal penting. Dokter spesialis yang bekerja di rumah sakit keagamaan atau rumah sakit *for-profit* ternyata juga tidak melakukan pembedaan. Perilaku ekonomi tenaga kesehatan ini akan dibahas pada bagian berikutnya.

Masalah dalam Rumah Sakit Non-Profit

Secara keseluruhan rumah sakit *non-profit* cenderung lebih kompleks perilakunya, dengan sistem aturan yang tidak setegas rumah sakit *for-profit*. Dalam hal ini apa yang disebut *good corporate governance* pada rumah sakit *non-profit* mungkin justru belum terbangun sebaik rumah sakit *for-profit*. Sebagai contoh siapa yang menjadi pengawas para birokrat yang menjadi penentu kebijakan

rumah sakit atau birokrat yang merangkap manajer rumah sakit? Apa ukuran kinerja rumah sakit pemerintah? Dalam kehidupan politik, para birokrat yang menjadi eksekutif akan diawasi oleh rakyat melalui Dewan Perwakilan Rakyat (DPR). Oleh karena itu, anggaran belanja pemerintah harus disetujui oleh dewan. Pertanyaan lebih lanjut adalah apakah DPRD paham mengenai manajemen dan seluk beluk rumah sakit? Apakah ketidakpahaman mereka akan menjadi penghambat besar untuk rumah sakit?

Secara umum memang terdapat berbagai masalah di lembaga *non-profit* seperti yang dinyatakan oleh Herzlinger (1999). Masalah pertama adalah kemampuan organisasi yang tidak mencukupi untuk memenuhi tugas sosialnya. Masalah kedua adalah lembaga *non-profit* cenderung untuk tidak efisien. Sebagai contoh, beberapa lembaga donor kemanusiaan menghabiskan biaya terlalu banyak untuk acara penggalangan dana dan administrasi sehingga hanya menyisakan kurang dari 50% untuk bantuan bagi yang membutuhkan. Masalah ketiga adalah membiasakan diri dengan hal-hal yang tidak sepatutnya. Contoh, kasus di *Empire Blue Cross* dan *Blue Shield* yang menginvestasikan 17 juta dollar untuk sistem informasi dengan dipimpin oleh seorang dokter gigi yang tidak mempunyai pengalaman dalam pengembangan sistem tersebut. Masalah membiasakan hal-hal yang tidak patut adalah pada penghasilan eksekutif atau karyawan yang dapat tinggi sekali pada lembaga *non-profit*. Masalah keempat adalah seringnya lembaga *non-profit* telalu berani menghadapi risiko yang berlebihan dalam menjalankan usahanya.

Lebih lanjut Herzlinger (1999) menyatakan bahwa masalah akan menjadi semakin berat karena lembaga pemerintah dan *non-profit* mempunyai kekurangan pada tiga mekanisme yang menjamin akuntabilitas usaha. Pertama, para staf tidak mempunyai rasa memiliki terhadap organisasi. Akibatnya, besar kemungkinan tidak adanya sistem untuk mencegah kompensasi yang berlebihan, ketidaktahuan mengenai mekanisme untuk menjadikan bisnis menjadi lebih efisien, dan ketidakmampuan mengelola risiko. Kedua, dapat terjadi lembaga *non-profit* kekurangan pesaing seperti pada kasus rumah sakit rujukan tertinggi. Sebagai rumah sakit rujukan tertinggi di suatu wilayah,

dipandang dari segi teknis medik tidak ada rumah sakit lain yang menjadi saingan. Ketiga, lembaga *non-profit* kekurangan indikator untuk mengukur sukses atau gagalnya lembaga. Hal ini berbeda dengan lembaga *for-profit* yang mempunyai laba sebagai ukuran kesuksesan.

Rumah sakit di Indonesia juga muncul problem tersebut. Sebagai contoh, terlalu banyak dokter pada RS Pendidikan dengan kinerja pendidikan dan operasional yang rendah. Produktivitas rendah ini sudah menjadi hal yang biasa. Di samping itu, sudah menjadi kebiasaan bahwa dokter pemerintah berada di rumah sakit swasta pada jam dinas. Keadaan lain yang sudah terbiasa misalnya, seorang dokter tanpa pelatihan akuntansi menjadi kepala bagian akuntansi atau keuangan. Dapat dikatakan bahwa profesionalisme dalam rumah sakit *non-profit* sering kali sulit diukur.

11.5 Model-Model Ekonomi Rumah Sakit *Non-Profit*

Dengan adanya berbagai masalah tersebut, pertanyaan yang muncul adalah bagaimana model rumah sakit *non-profit* yang ideal? Berikut ini dibahas beberapa model ekonomi rumah sakit *non-profit*. Tiga model yang dibahas yaitu *Newhouse*, *Pauly* dan *Redisch*, serta *Harris*. Model-model ini dapat dipergunakan untuk menerangkan perilaku rumah sakit di Indonesia.

Model Newhouse

Model ekonomi rumah sakit yang dikemukakan oleh Newhouse (1970) ini menyatakan bahwa keputusan-keputusan manajemen rumah sakit *non-profit* dilakukan dalam interaksi antara: (1) *Board of Trustee*; (2) para manajer; dan (3) para staf medis. Anggota dewan penyantun tersebut adalah orang-orang dengan berbagai macam latar belakang, tetapi diharapkan mempunyai pemahaman mengenai pelayanan kesehatan dan kemampuan manajerial. Keputusan yang diambil pada prinsipnya mengenai jumlah dan mutu pelayanan

kesehatan yang harus disediakan. Ketiga pihak tersebut diharapkan sepakat untuk menghasilkan keputusan.

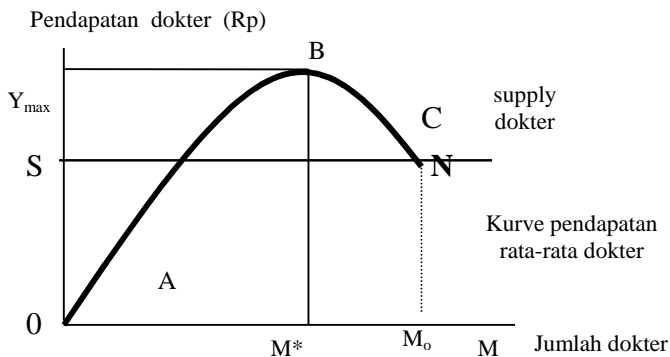
Dua implikasi model ini adalah, pertama, rumah sakit harus dikelola seefisien mungkin dengan kontrol internal kuat. Model ini dapat membuat rumah sakit cenderung menghasilkan pelayanan kesehatan yang tidak menghasilkan keuntungan dan menghasilkan prestise yang tinggi. Keadaan ini terjadi andaikata anggota *Board of Trustee*, manajer, dan dokter mempunyai keinginan untuk mengembangkan teknologi mutakhir dengan motivasi masing-masing. Kemungkinan perhitungan ekonomi tidak diperhatikan dalam pengembangan ini. Dengan implikasi ini, rumah sakit cenderung menuju ke arah mutu yang tinggi dengan dukungan teknologi mutakhir kedokteran. Implikasi kedua, harus ada suatu kontrol eksternal yang kuat agar produktivitas rumah sakit ini dapat diketahui oleh masyarakat yang sudah membayar pajak. Model ini menekankan perlunya kontrol dari luar rumah sakit agar manfaat sosial rumah sakit dapat berjalan maksimal. Kontrol dari luar dapat dilakukan oleh wakil-wakil masyarakat atau lembaga konsumen.

Model *Newhouse* dapat terlihat pada rumah sakit *non-profit* yang mendapat subsidi tinggi, tanpa ada kekhawatiran rugi, misalnya rumah sakit milik perusahaan minyak, rumah sakit pendidikan pemerintah, dan lain-lain. Efektivitas model ini akan kecil apabila pengendali internal atau eksternal rumah sakit tidak mempunyai indikator jelas mengenai sukses atau tidaknya rumah sakit. Hal ini yang menjadi bahan pemikiran pada Bab V untuk mencari indikator yang tepat untuk seluruh pihak yang mempunyai keterkaitan dengan rumah sakit.

Model Pauly dan Redisch

Model ini tidak memperhatikan manfaat sosial rumah sakit atau sistem kontrol dari luar. Pauly dan Redisch (1973) menyatakan bahwa rumah sakit sebenarnya suatu perusahaan para dokter. Jika ada direktur rumah sakit dan staf, mereka tidak berada dalam posisi menentukan. Pengambilan keputusan dipengaruhi kuat oleh para

dokter spesialis. Pengambilan keputusan strategis, seperti penetapan tarif dan penerimaan dokter baru mutlak ditetapkan oleh para dokter. Pada keadaan ini dokter menguasai kendali keputusan untuk kepentingan ekonomi mereka. Sistem manajemen berdasarkan motivasi memaksimalkan pendapatan dokter spesialis. Dalam model ini, keputusan untuk menerima dokter baru bekerja di rumah sakit berupa sistem tertutup, yang tergantung pada penilaian para dokter terhadap pendapatan mereka (Gambar 11.1).



Gambar 11.1 Model untuk memaksimalkan pendapatan dokter di rumah sakit

Sumbu vertikal Y adalah pendapatan dokter, dan sumbu horisontal menggambarkan jumlah dokter yang bekerja di rumah sakit. Kurva N menggambarkan pendapatan rata-rata dokter. Kurva N mulai pada titik A tanpa pendapatan sama sekali, kemudian naik ke titik B sebagai titik maksimum, yang kemudian turun. Kenaikan pendapatan rata-rata sampai ke titik B, sejalan dengan pertambahan jumlah dokter. Kurva S menggambarkan *supply* dokter yang bersifat elastis, karena model ini berada pada daerah perkotaan yang banyak dokter. Untuk dokter staf yang sudah bekerja di rumah sakit dengan jumlah M^* , model Pauly dan Redisch menyatakan bahwa mereka berusaha untuk berada di titik B, dengan pendapatan rata-rata berada pada tingkat tertinggi. Dengan kata lain, sistem akan ditutup, tidak boleh ada dokter baru masuk walaupun sebenarnya jumlah dokter masih dapat

ditambah sampai jumlah M_0 dengan pendapatan berada pada titik C.

Sebuah rumah sakit yang menggunakan sistem terbuka akan menyediakan dokter hingga pada titik M_0 , karena memang masyarakat masih membutuhkan dan ada dokter yang mau bekerja di dalam rumah sakit. Sistem terbuka ini berlaku pada model *Newhouse* karena tekanan dari luar untuk membuka rekrutmen dokter baru untuk tenaga rumah sakit yang memang dibutuhkan dan secara ekonomi masih memungkinkan. Akan tetapi, model *Pauly* dan *Redisch* merupakan antitesis dari *Newhouse*, ada semacam hak veto dokter untuk tidak menambah staf dokter baru.

Pertanyaan penting, apakah semua dokter yang bekerja berperilaku memaksimalkan pendapatan? Jawabannya tentu tidak. Sebagian dokter berperilaku meningkatkan pendapatan setinggi-tingginya, akan tetapi ada pula yang berperilaku sesuai dengan asas kemanusiaan. Namun, terjadi sebuah kasus menarik di rumah sakit pemerintah. Dokter yang ada menolak adanya dokter baru atau dokter yang dikontrak untuk merawat pasien. Tindakan ini mengesankan adanya keserakahan karena dokter tersebut sering meninggalkan pekerjaan di rumah sakit pemerintah untuk merawat pasien di rumah sakit swasta. Akibat sering di rumah sakit swasta, menimbulkan keluhan pasien di rumah sakit pemerintah. Kasus di rumah sakit pemerintah ini menunjukkan perilaku memaksimalkan pendapatan oleh dokter yang lebih besar dibanding model *Pauly* dan *Redisch*.

Model Harris

Model ekonomi rumah sakit Harris (1997) menyatakan bahwa rumah sakit sebenarnya gabungan dari dua kelompok, pertama kelompok dokter, dan yang kedua kelompok pemilik dan manajer. Kedua kelompok ini berhubungan secara kompleks dan penuh ketidakpastian. Model *Harris* ini menyatakan bahwa dokter berhubungan dengan rumah sakit berdasarkan kepentingan pasien. Mengingat penyakit yang diderita pasien bermacam-macam dan satu sama lain saling berbeda, maka kemungkinan dokter akan meminta ke pihak rumah sakit berbagai peralatan dan bahan yang sangat

bervariasi. Akibatnya, terjadi komunikasi dalam hubungan kerja yang sangat bermacam-macam, negosiasi, pembujukan-pembujukan, adanya standar yang dilanggar, bahkan pertengkaran untuk menekankan kepentingan masing-masing. Sering terjadi pula di antara para dokter terjadi persaingan, bukan kerja sama atau persekutuan.

Model *Harris* ini mempunyai tiga implikasi. Pertama, dengan peran dokter sebagai agen pasien maka rumah sakit akan cenderung menggunakan teknologi baru atas usulan dokter. Kedua, peraturan rumah sakit untuk meningkatkan efisiensi yang hanya berlaku pada kelompok manajer dan pemilik akan tidak menghasilkan dampak berarti. Sebaiknya diterapkan peraturan untuk para dokter sehingga kelompok dokter juga meningkatkan efisiensi dalam tindakannya. Ketiga, mereorganisasi instalasi dan bagian di rumah sakit sehingga para dokter akan lebih terlibat dalam pengambilan keputusan.

Dari ketiga model ekonomi rumah sakit *non-profit* tersebut, terdapat satu benang merah penting yaitu perilaku dokter merupakan penentu dari perilaku rumah sakit secara keseluruhan. Menarik untuk dicermati, rumah sakit *profit making* biasanya menggunakan pengembangan model *Pauly and Redisch* sehingga para dokter dapat leluasa menentukan pendapatannya dan tidak ada pihak luar yang mengkritik. Untuk rumah sakit *non-profit*, model *Newhouse* dan *Harris* merupakan model yang perlu diacu agar kualitas pelayanan rumah sakit meningkat, jumlah pelayanan meningkat, namun mempunyai efisiensi tinggi.

Mengacu pada efisiensi rumah sakit sebagai lembaga usaha, model ekonomi rumah sakit memang banyak yang berubah ke arah lembaga usaha yang mempunyai aspek *profit*. Perpindahan ini terjadi di seluruh dunia, termasuk di Inggris terjadi suatu perubahan dari sistem yang cenderung birokrat menjadi semi lembaga usaha pada tahun 1990-an. Di Selandia Baru terjadi perubahan bentuk yang sangat drastis dari lembaga yang birokratis menjadi ke arah lembaga usaha bahkan menggunakan pendekatan komersial (Barnett dkk., 2001). Di berbagai negara sedang berkembang terjadi perubahan rumah sakit ke arah lebih otonom, seperti yang terjadi di RS Ban Phaew Bangkok, Thailand.

11.6 Berbagai Hal Terkait dengan Perilaku Rumah Sakit

Cara memutuskan penghasilan sebuah rumah sakit

Cara rumah sakit menetapkan penghasilan rumah sakit tergantung pada lingkungannya (Glaser, 1987). Pada lingkungan yang menganut sistem ekonomi pasar, rumah sakit dapat menetapkan sendiri tarifnya. Hal ini terjadi di Amerika Serikat. Manajer rumah sakit dapat menetapkan sendiri anggaran belanjanya dan sistem pentarifannya. Di Indonesia rumah sakit secara *de-facto* dapat menetapkan sendiri tarifnya, terutama untuk kelas-kelas atas dan berbagai penanganan kedokteran. Di berbagai tempat, pengaruh pemerintah masih kuat dalam menetapkan penghasilan rumah sakit. Dalam hal ini timbul aturan pemerintah tentang anggaran belanja dan tarif rumah sakit. Sebagai contoh, di Perancis dan beberapa negara bagian Amerika, seperti New York dan New Jersey, terdapat kantor pemerintah yang mengatur anggaran belanja dan tarif rumah sakit.

Di antara kedua sistem tersebut, terdapat berbagai bentuk dalam penetapan tarif misalnya tawar-menawar, ataupun adanya komisi independen untuk menentukan tarif. Tawar-menawar antara rumah sakit (yang didukung oleh asosiasi rumah sakit provinsi atau nasional) dan tim yang dibentuk oleh pembayar merupakan cara umum untuk menentukan kontrak dan gaji dokter. Sebagai contoh, adanya negosiasi untuk pentarifan rumah sakit swasta di Perancis. Contoh lembaga penetapan tarif adalah *Central Orgaan Tarieven Gezondheidszorg* (CTOG) di Negeri Belanda, yang berfungsi sebagai komisi pengatur milik pemerintah (Glaser, 1989).

Berdasarkan kenyataan, di Indonesia terjadi keadaan yang menunjukkan adanya campuran antara kekuatan pasar dan peran pemerintah. Pentarifan untuk rumah sakit pemerintah dan swasta dipengaruhi oleh pemerintah. Khusus rumah sakit pemerintah daerah, pentarifan dilakukan oleh Peraturan Daerah. Dalam hal ini terjadi berbagai variasi dalam penetapan peraturan daerah. Ada daerah yang sangat longgar tetapi ada pula yang sangat kaku. Akan tetapi, berbagai komponen pelayanan, termasuk bangsal VIP, penetapan tarif

dilakukan rumah sakit tanpa ditentukan oleh peraturan pemerintah. Sistem ini semakin dipakai karena penetapan tarif oleh pemerintah sering tidak sesuai dengan *unit-cost* dan tersedianya subsidi. Sebagai contoh, kesulitan untuk menetapkan tarif foto *rontgen* dengan peraturan pemerintah akibat berubah-ubahnya *unit-cost* film foto karena naik-turunnya kurs dollar. Dengan demikian, pentarifan semakin diserahkan kepada pasar.

Mekanisme Pembayaran untuk Rumah Sakit

Rumah sakit mempunyai berbagai macam mekanisme dalam pembayaran antara lain: anggaran belanja total, pembayaran secara harian, tagihan secara terinci, dan pembayaran berbasis pada kasus. Anggaran belanja total merupakan mekanisme dengan cara pemerintah membayar semua atau hampir semua penghasilan rumah sakit, seperti di Inggris dan Kanada. Pembayaran biasanya dilakukan dalam 12 atau 24 kali pembayaran yang mencakup seluruh jumlah yang dibagikan untuk biaya operasi tahun yang akan datang. Anggaran belanja rumah sakit di Inggris adalah bagian dari hierarki anggaran belanja pelayanan kesehatan nasional. Setiap rumah sakit di Kanada bersifat otonom dan mendapat bantuan total dari pemerintah provinsi.

Biaya harian merupakan standar ongkos harian rata-rata yang meliputi semua atau hampir semua biaya perawatan untuk semua pasien. Rumah sakit dibayar untuk jumlah hari rawat inap seorang pasien dikalikan standar ongkos harian. Hal ini telah menjadi cara pembayaran rumah sakit yang paling umum dalam sistem pembayaran "*third-party payment system*". Ongkos harian mempunyai beberapa bentuk. Dapat meliputi keseluruhan, termasuk gaji dokter. Dapat berupa rata-rata dari semua pelayanan klinis di rumah sakit. Sebagai contoh, rumah sakit *non-profit* dan rumah sakit umum di Jerman. Ongkos harian dapat pula meliputi keseluruhan, kecuali bonus untuk dokter, yang dibayar oleh yayasan penyakit khusus secara terpisah tergantung jadwal pembayaran. Contoh lain, rumah sakit di Negeri Belanda dan di hampir semua klinik swasta di Eropa. Tarif harian dapat meliputi keseluruhan, termasuk gaji pegawai dengan ongkos

terpisah untuk pelayanan klinik utama.

Mekanisme rumah sakit dibayar melalui tagihan terinci banyak digunakan oleh rumah sakit seperti tagihan untuk tamu hotel. Jika pihak ketiga, misalnya asuransi kesehatan akan membayar uang belanja harian rumah sakit, rumah sakit tetap mengirim rincian tagihan pasien sesuai standar tarif harian untuk beberapa pelayanan klinis dan untuk beberapa pelayanan ekstra. Beberapa rumah sakit (khususnya rumah sakit swasta di Eropa) menaikkan biaya pelayanan untuk beberapa pelayanan klinik tertentu dan tagihannya dibuat secara terpisah, seperti penggunaan kamar operasi, obat, alat-alat kedokteran, fisioterapi, dan bonus untuk dokter. Pada semua rumah sakit di Eropa, pasien ditagih secara terpisah untuk kamar kelas utama atau kamar kelas dua atau pelayanan ekstra.

Sebuah sistem pembayaran yang berdasarkan pada diagnosis, awalnya dipraktikkan secara eksperimen untuk semua pembayar di New Jersey dan Maryland dan sekarang digunakan secara luas di Amerika. Pada tahun 1983 Medicare mulai membayar dengan dasar diagnosis kelompok untuk semua pasien rawat inapnya. Tagihan ini populer disebut sebagai pembayaran berdasarkan DRG.

Hubungan Antarrumah Sakit

Secara tradisional, sebuah rumah sakit adalah sekelompok bangunan atau sebuah bangunan besar yang berada di suatu tempat. Pasien datang ke sebuah rumah sakit secara fisik dengan tindakan memasuki halaman rumah sakit dan menggunakan jasanya. Akan tetapi perubahan terakhir memperlihatkan bahwa rumah sakit tidak hanya dibatasi oleh dinding, tetapi berkembang menjadi sebuah organisasi yang kompleks dan mempunyai prinsip "*hospital without walls*". Berbagai kegiatan rumah sakit dilakukan di luar kompleks fisik rumah sakit, misalnya kunjungan rumah untuk diperiksa, mengambil sampel darah, ataupun perawatan di rumah. Dipandang dari sistem manajemen, pola kesatuan rumah sakit-rumah sakit mempunyai ciri-ciri khusus yang mempengaruhi perilaku ekonominya. Beberapa kelompok yaitu rumah sakit soliter, rumah sakit dalam

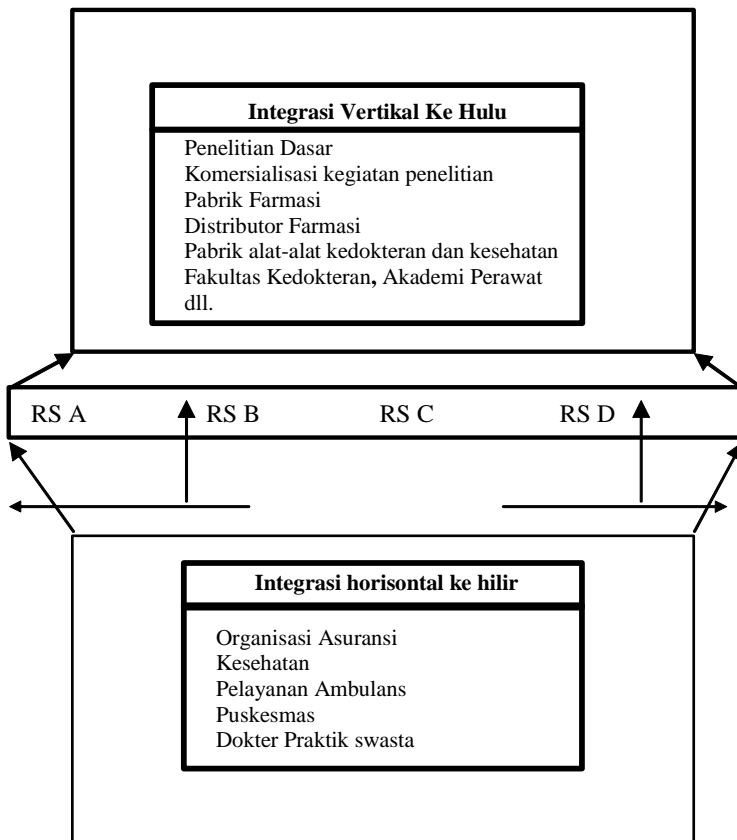
bentuk jaringan, dan rumah sakit dalam bentuk *debundling*.

Rumah sakit soliter adalah rumah sakit yang berdiri sendiri tanpa ada jaringan. Perkembangan rumah sakit yang sendirian ini biasanya bertahap-tahap, dimulai dari kegiatan-kegiatan yang pokok untuk kemudian berkembang menjadi suatu sistem yang lengkap. Dibandingkan dengan rumah sakit yang mempunyai induk dan bersifat jaringan, perkembangan rumah sakit soliter ini relatif lebih lambat.

Bila ada sejumlah rumah sakit mempunyai pemilik yang sama misalnya, yayasan keagamaan, yayasan kemanusiaan, pemerintah, ataupun perusahaan swasta maka dapat membentuk suatu rantai rumah sakit. Dengan bekerja sama dalam suatu jaringan, rumah sakit-rumah sakit tersebut dapat saling menunjang dalam berbagai aspek manajemen seperti akuntansi, pembelian barang, pembelian obat, laboratorium, dan manajemen sumber daya manusia. Jaringan rumah sakit tersebut dapat meningkatkan efisiensi karena akan menimbulkan *economies of scale*. Sebagai contoh, program pemasaran rumah sakit jaringan tentunya akan lebih murah dibandingkan dengan pemasaran yang hanya untuk satu rumah sakit. Saat ini rumah sakit-rumah sakit yang berdiri sendiri mengadakan kerja sama dengan rumah sakit lain untuk membentuk suatu jaringan.

Inovasi-inovasi organisasi rumah sakit di Amerika Serikat menemukan suatu pola baru yang berlawanan dengan pola jaringan rumah sakit. Departemen atau unit-unit yang secara tradisional berada di bawah satu jenjang manajemen dapat dibagi-bagi menjadi fragmen-fragmen terpisah dalam bentuk unit bisnis strategis yang independen. Sebagai contoh, laboratorium klinik secara menyeluruh dipisahkan dari manajemen rumah sakit menjadi satu bagian yang otonom. Dalam inovasi ini, laboratorium klinik secara otonom mempunyai manajemen terpisah. Laboratorium klinik dan rumah sakit mempunyai hubungan yang bersifat bisnis. Laboratorium klinik dapat memberikan jasa pelayanan kepada pasien di luar pasien rumah sakit. Bagian-bagian lain yang dapat dipisahkan antara lain radiologi, unit gawat darurat, dapur, dan bagian klinis, misalnya anasthesi. Keadaan ini disebut sebagai *debundling* atau memisahkan berbagai unit.

Bentuk mutakhir rumah sakit adalah berdasarkan sistem pelayanan kesehatan yang terintegrasi (lihat Gambar 11.2). Pada sistem terintegrasi, rumah sakit merupakan bagian tidak terpisahkan sistem pelayanan kesehatan pada umumnya. Pada integrasi ke hulu, rumah sakit mempunyai sekolah perawat, atau perusahaan distribusi obat misalnya. Sementara itu, ke hilir (mendekati pasien) rumah sakit mempunyai jaringan klinik atau praktik dokter yang tersebar sehingga memudahkan akses pasiennya. Keadaan ini disebut integrasi vertikal



Gambar 11.2 Hubungan Integrasi Vertikal dan Horizontal

sehingga rumah sakit dapat mempunyai keunggulan kompetitif karena jaringan pelayanan dan distribusinya menjadi efisien. Keadaan ini merupakan salah satu strategi bisnis yang banyak dibahas pada buku teks manajemen strategis.

Dalam model ini kemungkinan kombinasi antara integrasi vertikal dan jaringan rumah sakit atau jaringan organisasi pelayanan kesehatan. Dengan model ini akan terjadi suatu konglomerasi besar dalam organisasi pelayanan kesehatan. Apabila konglomerasi terlalu besar dan terlalu kuat, maka perilaku monopoli dapat terjadi. Oleh karena itu, muncul berbagai peraturan untuk mengendalikan konglomerasi ini. Salah satu cara untuk menghindarkan diri dari konglomerasi adalah hubungan antara rumah sakit dan berbagai lembaga atau para dokter praktik dilakukan secara kontraktual atau model afiliasi.