

## Kebijaksanaan Pengembangan Rumah Sakit dalam Pembangunan Jangka Panjang Tahap II

**Dr. Broto Wasisto, MPH**

*Direktur Jenderal Pelayanan Medik  
Departemen Kesehatan RI, Jakarta*

---

### PENDAHULUAN

Pembangunan Kesehatan bertujuan agar setiap penduduk mampu hidup sehat sehingga dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal, yang merupakan salah satu unsur kesejahteraan umum dari tujuan Pembangunan Nasional. Pola Umum Pembangunan Jangka Panjang Pertama merupakan bagian integral dari Pembangunan Nasional. Pembangunan Jangka Panjang Pertama yang meliputi jangka waktu 25 tahun telah dilaksanakan sejak 1968 dengan pentahapan lima tahunan, yang dikenal dengan Pelita, dan yang kini telah memasuki tahun terakhir Pelita V.

Pelita I lebih menekankan pembangunan sarana kesehatan, Pelita II telah meningkat kepada pembangunan kesehatan, sedangkan sejak Pelita III strategi pembangunan kesehatan menjadi lebih jelas dengan diterimanya pendekatan *Primary Health Care* (PKMD). Upaya pelayanan kesehatan yang semula hanya berupa upaya penyembuhan telah berkembang menjadi kesatuan upaya kesehatan untuk seluruh masyarakat, serta dengan peran serta masyarakat yang meliputi upaya-upaya peningkatan, pencegahan, penyembuhan serta pemulihan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Penyelenggaraan upaya kesehatan yang sangat luas dan rumit ini dirasakan perlu dikelola secara berhasil guna dan berdaya guna. Untuk itu, pada tahun 1982 telah diberlakukan Sistem Kesehatan Nasional (SKN), yang memberikan kejelasan arah dan tujuan pembangunan kesehatan.

SKN telah memuat rencana pembangunan kesehatan sampai akhir Repelita VI. Pada saat itu, diharapkan bahwa kita akan berada dalam tahap tinggal landas, yang sesuai dengan Kesehatan Bagi Semua pada Tahun 2000 yang dicanangkan WHO pada tahun 1978. Menjelang Pelita VI, kita juga akan

memasuki masa Pembangunan Jangka Panjang Kedua, yang pelaksanaannya perlu dipersiapkan bersama secara matang. Mengingat sumber daya yang dapat dimanfaatkan dalam pembangunan kesehatan sangat terbatas, perlu digali dan dikembangkan berbagai pola pemikiran serta kebijaksanaan-kebijaksanaan yang baru, yang akan mampu mencari terobosan-terobosan baru untuk mengatasi keterbatasan tersebut dan sekaligus mempercepat laju pertumbuhan pembangunan kesehatan, selaras dengan meningkatnya kesejahteraan, derajat kesehatan, serta tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan paripurna yang lebih bermutu dan terjangkau.

Walaupun derajat kesehatan penduduk telah membaik secara bermakna dalam 25 tahun terakhir, tetapi keadaannya masih ketinggalan jika dibanding dengan negara-negara tetangga di ASEAN. Hal ini tampak dari masih tingginya tingkat kematian bayi yakni sebesar 58/1000 kelahirar hidup pada tahun 1990, tingkat kematian ibu hamil/bersalin pada tahun 1986 sebesar 4, 5/1000 kelahiran hidup.

Rendahnya anggaran sektor kesehatan serta prioritas untuk menurunkan angka kematian dan angka kesakitan di Indonesia mempunyai dampak terhadap anggaran sektor perumahan yang sangat terbatas.

Rumah Sakit sebagai sarana pelayanan kesehatan rujukan yang semula hanya melaksanakan upaya penyembuhan dan pemulihan, dengan perubahan orientasi, nilai dan pemikiran yang berkembang sejalan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan sosial budaya juga melaksanakan upaya peningkatan dan pencegahan secara terpadu. Upaya kesehatan di rumah sakit mempunyai sifat-sifat atau karakteristik tersendiri. Karakteristik ini diakibatkan oleh karena rumah sakit merupakan organisasi yang unik dan kompleks. Kompleksitas atau karakteristik pela-

yanan rumah sakit perlu diketahui dan dipahami oleh setiap orang yang mempunyai tugas dan tanggung jawab dalam pembinaan dan penyelenggaraan rumah sakit.

### **KECENDERUNGAN DETERMINAN KESEHATAN**

Determinan kesehatan atau faktor-faktor yang dapat berpengaruh terhadap tingkat derajat kesehatan penduduk adalah faktor-faktor sosial, ekonomi, demografi, lingkungan dan upaya kesehatan. Dari sekian banyak faktor yang dapat berpengaruh tadi, empat faktor pertama mempunyai peran yang lebih penting. Pada hakekatnya determinan kesehatan tersebut saling berkaitan dan saling mempengaruhi.

Keadaan sosial masyarakat Indonesia terutama tingkat pendidikannya akan terus membaik. Bila pada tahun 1980 hanya 85% anak umur-sekolah (7 – 12 tahun) dapat memasuki sekolah dasar, maka pada tahun 1990 ia telah meningkat menjadi lebih dari 95%. Diduga bahwa pada tahun 2015 rata-rata tingkat pendidikan masyarakat Indonesia sudah mencapai SLTA, sedangkan buta huruf di kalangan wanita dewasa dapat dikatakan tidak ada lagi. Tingkat pendidikan yang meningkat ini menyebabkan masyarakat Indonesia menjadi lebih berpengetahuan dan lebih pandai memilih alternatif yang baik bagi dirinya serta lebih mudah menyerap informasi.

Walaupun tingkat pendidikan menjadi lebih baik, dikhawatirkan bahwa pada sebagian masyarakat akan timbul sikap hidup yang tak menguntungkan seperti misalnya kenakalan remaja, kecanduan obat, alkoholisme, merokok, *permissiveness* dan lain sebagainya. Keadaan ini dapat meluas dengan semakin tingginya tingkat urbanisasi yang tak seimbang dengan tingkat pertumbuhan ekonomi masyarakat tadi.

Keadaan ekonomi Indonesia dalam 20 tahun terakhir telah semakin membaik. Hal ini tidak lepas dari tersedianya sumberdaya alam yang melimpah, penduduk yang semakin mampu mengolah dan mengelola sumberdaya alam tadi dan perkembangan teknologi serta kebijaksanaan pembangunan. Meskipun mengalami krisis pada tahun 1982 dan 1987, GNP dan pendapatan per kapita terus meningkat. Begitu pula pemerataan pendapatan semakin membaik walaupun dirasakan agak lambat. Pendapatan perkapita penduduk Indonesia akan meningkat menjadi \$ 1000 pada akhir Repelita VI dan \$ 2500 pada akhir PJPT II.

Kecenderungan membaiknya keadaan ekonomi tadi akan tetap berlangsung dalam 25 tahun mendatang. Krisis ekonomi dunia masih dapat terjadi tetapi dampaknya terhadap Indonesia mungkin akan terbatas. Pada dekade 90-an ini, Indonesia akan masuk dalam kelompok negara-negara industri baru (NIC). Timbulnya konglomerasi akan tetap berlangsung karena keadaan pasar dan kebijaksanaan ekonomi yang memungkinkannya. Namun demikian gerakan koperasi yang timbul dari bawah akan dapat semakin memperkuat ketahanan ekonomi masyarakat strata menengah ke bawah. Harus diakui kantong-kantong kemiskinan masih akan dijumpai terutama di kota-kota dan daerah terpencil.

Perbaikan ekonomi yang menggembirakan tadi akan memungkinkan bangsa dan negara Indonesia memobilisasi lebih

banyak dana untuk upaya kesehatan. Penduduk akan semakin mampu membeli pelayanan yang tersedia terutama melalui sistem asuransi.

Jumlah penduduk dan struktur demografi sangat erat kaitannya dengan kesehatan karena ia akan mempengaruhi volume pelayanan dan pola pelayanan kesehatan. Dalam 30 tahun terakhir jumlah penduduk Indonesia meningkat sangat cepat yakni dari 97 juta pada tahun 1961, menjadi 118 juta pada tahun 1971, 147,33 juta pada tahun 1980 dan 179,32 juta pada tahun 1990. Yang cukup menggembirakan adalah bahwa angka pertumbuhan menurun dengan pesat yakni dari 2,31% pada dekade 70-an turun menjadi 1,9% pada dekade 80-an. Angka kematian yang menurun lebih cepat dari angka kelahiran menyebabkan Indonesia mengalami ledakan penduduk antara tahun-tahun 60 – 80.

Dalam 25 tahun mendatang jumlah penduduk Indonesia masih akan bertambah dengan tingkat pertumbuhan yang semakin menurun. Pada tahun 2005 diduga jumlah penduduk Indonesia sekitar 223,18 juta dengan angka pertumbuhan yang akan mendekati 0%. Menurunnya angka kelahiran dan angka kematian serta mengecilnya jumlah anggota keluarga menyebabkan struktur umur penduduk Indonesia menjadi lebih tua; mereka yang berumur lebih dari 16 tahun jumlahnya akan lebih banyak daripada yang berumur kurang dari 15 tahun. Persentase kelompok lanjut usia (>65 tahun) semakin lama semakin tinggi, sedangkan rata-rata harapan hidup waktu lahir pada tahun 2015 akan lebih dari 70 tahun. Dengan demikian beban dan pola pelayanan kesehatan akan sangat berubah.

Urbanisasi akan meningkat. Pada tahun 2000, sekitar 40% penduduk Indonesia tinggal di kota-kota dan pada tahun 2015 meningkat sampai lebih dari 50%. Akan timbul kantong-kantong kumuh di banyak kota. Migrasi penduduk dari Jawa masih akan terjadi terutama menuju pulau-pulau Kalimantan, Sulawesi dan Irian. Migrasi keluar pulau Jawa masih lebih besar daripada imigrasi, tetapi lebih dari 50% penduduk Indonesia masih tinggal di pulau Jawa yang kepadatannya mungkin akan mencapai 1000 per km<sup>2</sup>. Kota metropolitan dengan penduduk lebih dari 1 juta akan semakin banyak dan Jakarta akan menjadi mega metropolitan.

Lingkungan hidup khusus lingkungan fisik mempunyai arti penting bagi kelangsungan keadaan kesehatan dan kesejahteraan manusia. Persediaan air minum bersih seinakin tinggi cakupannya dalam 25 tahun mendatang. Sebagian besar penduduk yang hidup di kota-kota akan menikmati air minum yang lebih layak, namun demikian di beberapa tempat air minum bersih masih menjadi masalah. Pulau Jawa dapat mengalami kesulitan air minum bila pengelolaan sumber-sumber yang ada tidak cermat. Pemanfaatan jamban keluarga akan lebih meningkat.

Industrialisasi yang akan berkembang cepat pada masa mendatang dapat menyebabkan timbulnya polusi udara, air, suara dan thermal. Polusi limbah rumah tangga terhadap air sungai akan tetap terjadi meskipun sudah diambil langkah-langkah program kali bersih. Pengelolaan sampah akan semakin baik tetapi pengotoran kimiawi yang berasal dari insektisida, pupuk dan bahan lain dapat lebih sering terjadi.

Krisis energi yang terjadi menyebabkan Indonesia harus

mencari sumber energi alternatif. Pada dekade pertama tahun 2000 Indonesia akan memiliki sebuah Pembangkit Tenaga Listrik Nuklir (PLTN). Walaupun PLTN sebenarnya sangat aman namun kewaspadaan akan bencana tetap akan harus dipersiapkan. Ada kemungkinan PLTN akan bertambah lagi menjelang tahun 2015, begitu juga penggunaan zat-zat radioaktif akan meningkat, baik untuk kebutuhan industri maupun kesehatan.

Bertambah baiknya komunikasi dan transportasi akan mempunyai dampak positif maupun negatif terhadap keadaan kesehatan.

#### KECENDERUNGAN KEADAAN KESEHATAN

Keadaan kesehatan yang dimaksud di sini adalah status kesehatan penduduk dan pelayanan kesehatan. Tinggi rendahnya status kesehatan penduduk merupakan hasil pengaruh multifaktorial dari determinan kesehatan dan faktor-faktor tersebut dapat berubah atau berkembang.

Pelayanan kesehatan di Indonesia dalam 20 tahun terakhir berkembang sangat pesat sehingga pada tahun 1990 telah terdapat 15.000 Puskesmas Pembantu, sekitar 6000 Puskesmas dan 1500 RS swasta dan pemerintah. Sarana tersebut telah tersebar lebih merata sampai ke kabupaten, kecamatan dan desa-desa. Dan umumnya sarana-sarana ini telah dilengkapi dengan tenaga dokter, dokter spesialis, dokter gigi, apoteker, paramedis perawatan, paramedis non perawatan dan tenaga non medik. Kesemuanya tadi telah dijalin dalam sistem rujukan timbal balik dari bawah ke atas.

Dalam 25 tahun mendatang jumlah dan jenis pelayanan kesehatan akan sangat berkembang karena jumlah populasi yang meningkat, permintaan (*demand*) yang meningkat, transportasi dan komunikasi yang mudah, berubahnya pola penyakit dan lain sebagainya. Pelayanan kuratif akan semakin menonjol karena permintaan akan pelayanan preventif sudah menyatu (*terintegrasi*) dalam kehidupan sehari-hari.

Majunya ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran serta derasnya arus informasi menyebabkan timbulnya sofistikasi pada banyak rumah sakit dan sarana pelayanan. Akan timbul fenomena seperti *home-care*, *day-care*, *diagnostic center*, dan lain-lain. Rumah sakit yang spesialis akan lebih banyak jumlahnya. Perkembangan ini dapat mengubah fungsi Puskesmas menjadi *consultative center*, sedangkan Posyandu secara alamiah akan berkurang. Puskesmas yang berada pada tempat dengan lingkungan sosial ekonomi yang sangat berkembang, dapat berubah menjadi rumah sakit.

Pelayanan kesehatan swasta akan lebih banyak daripada pemerintah menjelang tahun 2000 nanti, dan rumah sakit pemerintah akan cenderung menjadi swadana. Rumah sakit pemerintah akan tampil bersaing terhadap swasta dalam artian penampilan fisik, pelayanan (*service*) dan kualitas. Perlunya pelayanan yang bermutu dan persaingan yang ketat mengakibatkan rumah sakit harus dikelola oleh direktur-direktur yang profesional yang didukung oleh staf *middle-management* yang tangguh.

Ongkos-ongkos umum yang meningkat dan introduksi teknologi baru menyebabkan ongkos pelayanan kesehatan akan semakin mahal. Keadaan ini dapat mempercepat tumbuhnya

asuransi kesehatan. Namun demikian perlu diperhatikan pula bahwa asuransi kesehatan yang tidak dikelola dengan baik akan mendorong ongkos-ongkos pelayanan untuk meningkat pula. Tingkat *employment-rate* pada sektor formal yang meningkat dan pendapatan per kapita yang semakin meningkat serta kesadaran akan perlunya jaminan yang pasti di masa mendatang akan menumbuhkan asuransi kesehatan yang dapat menjangkau lebih banyak penduduk. Pada saatnya, asuransi kesehatan harus ditetapkan menjadi suatu kewajiban.

Masalah pelayanan kesehatan yang dapat lebih rumit pada 25 tahun mendatang adalah hal-hal yang berhubungan dengan pelanggaran etik, *malpractice* serta tuntutan di pengadilan terhadap para dokter.

Berkembangnya pelayanan kesehatan akan diikuti oleh berkembangnya tenaga kesehatan yang jumlah dan jenisnya akan meningkat dalam 25 tahun mendatang. Dokter dan perawat yang spesialis, sarjana elektromedik, *hospital pharmacist*, *clinical epidemiologist*, ahli *industrial health*, *occupational health*, dan spesialisasi lainnya akan lebih banyak dibutuhkan. Tenaga kesehatan wanita akan melebihi pria sedangkan penyebarannya akan cenderung mengelompok di kota-kota. Ketimpangan distribusi tenaga tetap akan terjadi sedangkan rasio tenaga terhadap populasi akan membaik.

Bila dilihat kualifikasi pendidikan, tenaga kesehatan lulusan D3, S1 dan S2 jumlahnya akan lebih dominan pada masa mendatang baik pada sarana pemerintah maupun swasta. Tenaga fungsional pada rumah sakit pemerintah akan semakin banyak jumlah dan ragamnya, sedangkan golongan II dan III akan merupakan kelompok yang paling besar jumlahnya. Kantor administrasi kesehatan (Depkes, dan lain-lain) akan lebih banyak diisi oleh tenaga fungsional yang profesional sedangkan tenaga pendukung akan minimal jumlahnya. Desentralisasi kepada Daerah Tingkat II akan lebih luas. *Career planning* tenaga kesehatan menjadi lebih terbuka antara swasta dan pemerintah serta antara sektor yang satu dengan yang lainnya. Keadaan tadi semuanya menyebabkan berubahnya sistem pendidikan dan latihan tenaga serta sistem rekrutmen.

Teknologi kedokteran akan tetap meningkat kemajuannya, tetapi kemajuan dalam teknologi diagnostik akan jauh melebihi kemajuan dalam teknologi terapeutik. Bioteknologi semakin berperan terutama dalam produksi vaksin, obat dan prosedur diagnostik. Penggunaan obat juga cenderung meningkat baik jumlah maupun jenisnya. Obat-obatan baru untuk penyakit-penyakit menahun akan semakin banyak jenisnya. Penggunaan analgetika, vitamin dan obat adjuvan (penguat) akan terus meningkat, sedangkan penggunaan antibiotika relatif akan menurun atau menetap sesudah tahun 2000. Namun demikian antibiotika baru tetap akan bermunculan dan yang lama ditinggalkan. Bioteknologi akan meningkat peranannya dalam produksi obat-obatan. Kapasitas produksi obat jadi dan bahan baku obat Indonesia akan meningkat terus, sesuai dengan kemajuan ekonomi secara umum dan kenaikan permintaan akan obat-obatan. Mutu produk akan bertambah baik dan kompetitif di dunia internasional. Arus globalisasi ekonomi yang masuk Indonesia akan menyebabkan harga obat-obatan akan tetap meningkat.

Distribusi obat di Indonesia akan tetap bertambah baik sehingga cakupannya lebih merata. Konsumsi obat per kapita juga akan meningkat karena pola penyakit yang berubah dan masyarakat yang lebih mampu membelinya. Dikhawatirkan penjualan obat di pasar gelap akan bertambah begitu pula obat tentangan dan selundupan. Dengan demikian *incidence* dan intoksikasi dan efek samping obat dapat meningkat, karenanya dibutuhkan pusat informasi obat untuk mengatasi hal ini.

Obat-obat tradisional masih tetap akan dikonsumsi oleh sebagian masyarakat Indonesia tetapi jumlahnya tak akan meningkat dan relatif mungkin menurun. Kedokteran alternatif dapat timbul.

## RUMAH SAKIT DI INDONESIA

Bidang perumahsakitan di Indonesia diwarnai dengan pelayanan kesehatan yang sangat luas dan kompleks dengan berbagai jenis rumah sakit dan kepemilikannya.

Kegiatan upaya kesehatan yang menyangkut rumah sakit termasuk di dalam upaya rujukan kesehatan dan rujukan medis. Rujukan kesehatan terutama berkaitan dengan upaya promotif dan preventif yang mencakup bantuan teknologi, sarana dan operasional. Sedangkan rujukan medik adalah rujukan pelayanan terutama meliputi upaya kuratif dan rehabilitatif.

### a) Keadaan Perumahsakitan

Pelayanan kesehatan di rumah sakit terdiri dari berbagai jenis pelayanan yaitu dari pelayanan yang sederhana sampai yang canggih sesuai dengan kemampuan dan kelas rumah sakit. Di rumah sakit milik pemerintah ada pembagian kelas yakni A, B, C, D yang mencerminkan fasilitas pelayanannya. Sedangkan di rumah sakit swasta ada pembagian pratama, madya dan utama. Tetapi pembagian kelas tersebut hanya bisa mencerminkan fasilitas pelayanan secara kasar, karena walaupun sama-sama rumah sakit kelas C fasilitas pelayanannya bisa berbeda. Data yang menggambarkan fasilitas pelayanan yang sesungguhnya di rumah sakit masih susah ditemui. Padahal dengan adanya data tersebut sangat membantu pengembangan konsep rujukan.

Perkembangan rumah sakit di Indonesia dari Pelita ke Pelita cukup menggembirakan dalam berbagai segi. Pada akhir Pelita I rumah sakit di Indonesia berjumlah 1.116 buah dengan 81.753 tempat tidur, sedangkan pada tahun I Pelita V telah mencapai 1.532 rumah sakit dengan 118.565 tempat tidur. Dengan demikian dalam kurun waktu tersebut jumlah rumah sakit meningkat  $\pm 37\%$  dan tempat tidur meningkat 45%. Dari 1.532 rumah sakit 756 di antaranya adalah rumah sakit umum dengan kepemilikan 16 rumah sakit umum vertikal, 316 rumah sakit umum daerah, 112 rumah sakit umum ABRI, 81 rumah sakit umum milik Departemen lain dan 231 rumah sakit umum swasta.

Jumlah rumah sakit umum meningkat 30%, dari 581 pada akhir Pelita I menjadi 756 pada awal Pelita V dengan tempat tidur meningkat 44%, dari 63.643 pada akhir Pelita I menjadi 91.338 pada awal Pelita V. Kenaikan jumlah rumah sakit umum terbanyak adalah pada sektor swasta yaitu sebanyak 104%, dari 113 pada akhir Pelita I menjadi 231 pada awal Pelita V, sedang pada akhir tahun 1990 menjadi 244. Hal ini menyebabkan pergeseran

yang cukup tajam pada perbandingan rumah sakit umum pemerintah dan swasta. Prosentase rumah sakit umum swasta dari 19,4% pada awal Pelita I menjadi 31,9% pada tahun 1990.

Jumlah rumah sakit umum pemerintah pada tahun 1990 adalah 525 buah dengan 66.259 tempat tidur, sehingga rata-rata tempat tidur per rumah sakit umum pemerintah adalah 126 tempat tidur. Jika dibandingkan dengan jumlah penduduk maka rasio tempat tidur terhadap jumlah penduduk membaik yaitu 1 : 1.579 pada akhir Pelita I menjadi 1 : 1.515 pada awal Pelita V. (Bandingkan pada tahun 1985: Malaysia 1 : 370, Singapura 1 : 247, USA 1 : 170, Jepang 1 : 86).

Apabila kita melihat rasio tempat tidur terhadap penduduk berdasarkan wilayah terlihat perbaikan yang cukup besar untuk wilayah Jawa-Bali yaitu 1 : 1.900 pada Pelita I menjadi 1 : 1.586 pada awal Pelita V. Hal ini berbeda dengan wilayah luar Jawa-Bali yang semula 1 : 200 pada akhir Pelita I menurun menjadi 1 : 414 pada awal Pelita V.

Dalam bidang ketenagaan khususnya tenaga dokter rumah sakit umum Departemen Kesehatan dan Pemda terjadi peningkatan dari 5.951 pada akhir Pelita III menjadi 8.491 pada akhir Pelita IV (kenaikan 43%). Dengan demikian rasio dokter terhadap tempat tidur membaik keadaannya dari 0.14 menjadi 0.18. Demikian pula dengan tenaga paramedis perawatan yang meningkat dari 23.892 pada akhir Pelita III menjadi 29.018 pada akhir Pelita IV. Rasio paramedik perawatan terhadap tempat tidur membaik dari 0.56 menjadi 0.63.

Bila kita melihat rasio tenaga yang bekerja pada rumah sakit kelas A, B, C dan D terutama tenaga medis terdapat ketimpangan. Pada tahun 1988 rasio tenaga medis terhadap tempat tidur pada rumah sakit pemerintah adalah 0.13 dengan rasio tenaga medis terhadap tempat tidur pada rumah sakit kelas A adalah 0.70, kelas B 0.28, kelas C 0.09 dan kelas D 0.11. Sedangkan rasio ini hanya 0.06 pada rumah sakit-rumah sakit swasta. Terlihat di sini kekurangan tenaga medis terutama pada rumah sakit-rumah sakit swasta dan juga rumah sakit pemerintah kelas C.

Distribusi tenaga medis pada rumah sakit pemerintah kurang merata, 70% dokter bertugas di rumah sakit di wilayah Jawa-Bali, dan sebaliknya 70% tenaga paramedis perawatan bertugas di luar Jawa-Bali.

### b) Tingkat pemanfaatan dan mutu pelayanan

Tingkat pemanfaatan rumah sakit (BOR) secara nasional dari Pelita ke Pelita tidak menunjukkan kenaikan yang berarti. Hal ini disebabkan peningkatan jumlah tempat tidur rumah sakit sejajar dengan peningkatan jumlah penderita yang dirawat.

BOR rumah sakit umum yang pada Pelita I 54.1% justru turun menjadi 52.3% pada awal Pelita V, yang selanjutnya naik menjadi 54.2% pada tahun 1990. Hal ini menunjukkan bahwa pemanfaatan rumah sakit belum sebagaimana diharapkan, apalagi bila dikaitkan dengan efisiensi dan efektifitasnya. Berdasarkan kepemilikannya pada tahun 1990 BOR rumah sakit milik Departemen Kesehatan tertinggi, yaitu 65.8%, diikuti dengan Rumah Sakit Swasta 55.4%, rumah sakit Pemda 53.0%. Departemen lain 47.7% dan rumah sakit ABRI 42.1%. Sedangkan pada tahun

1988 Rumah sakit Dep.Kes dan Pemda BORnya mencapai 57.6% dengan wilayah DKI mempunyai BOR tertinggi yaitu 62.6%. Jawa-Bali 61.7% dan luar Jawa-Bali 48.6%; berdasarkan kelas rumah sakit pada tahun 1989, ternyata rumah sakit kelas A mempunyai BOR tertinggi, yaitu 72.5%, selanjutnya kelas B 60.6%, kelas C 57.7% dan kelas D masih rendah.

LOS rumah sakit DepKes dan Pemda rata-rata 6 hari; dengan LOS rumah sakit di DKI terpanjang yaitu 7 hari, sedangkan untuk daerah lain 6 hari. LOS rumah sakit swasta rata-rata 6 hari dengan LOS terendah 5 hari untuk wilayah Jawa-Bali, sedangkan wilayah lain 6 hari. LOS rumah sakit kelas A tertinggi, yaitu 10 hari, selanjutnya rumah sakit kelas B 7 hari, dan rumah sakit kelas C serta D sama yaitu 5 hari.

Jika dikaitkan antara BOR dan LOS wilayah DKI yang tinggi hal ini dimungkinkan karena adanya rumah sakit *top referral*, yang pada umumnya merawat pasien rujukan.

### c) **Pembiayaan**

Pembiayaan kesehatan di Indonesia, khususnya rumah sakit, berasal dari berbagai sumber yaitu :

- 1) Pemerintah Pusat dan Daerah
- 2) Badan Swasta
- 3) Bantuan Luar Negeri
- 4) Asuransi
- 5) Masyarakat

Anggaran kesehatan yang bersumber dari pemerintah, dari tahun ke tahun relatif tetap dan kecil jika dihitung prosentasenya dari seluruh Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara. Prosentase anggaran kesehatan terhadap anggaran pemerintah pada tahun 1982/1983 hanya 3.4% dan tahun 1986/1987 3.3%.

Demikian pula prosentase pembiayaan kesehatan bersumber dari pemerintah terhadap Produk Domestik Bruto (GDP) sangat kecil dan cenderung tidak berubah selama kurun waktu lima tahun (0.8% tahun 1982/83 dan 0.8% tahun 1986/87).

Anggaran kesehatan perkapita yang bersumber dari pemerintah dari tahun 1982/83 sampai dengan 1986/87 naik dari Rp. 3.198,90 pada tahun 1982/83 naik menjadi Rp. 4.300,70 pada tahun 1986/87 atau sebesar 34.4%. Namun bila dihitung dengan harga tetap tahun 1983, ternyata anggaran pada tahun 1982/83 dan 1986/87 tersebut relatif tetap. Prosentase pembiayaan kesehatan di rumah sakit dari anggaran kesehatan menurun sesuai dengan perubahan-perubahan dalam pola pemanfaatan dana, yang pada tahun 1982/1983 mencapai 32.8% dan selanjutnya tahun 1983/1984 naik menjadi 36.3%, dengan perubahan pola pemanfaatan dana, menurun terus sehingga pada tahun 1986/87 tinggal 30.8%.

Dengan keterbatasan kemampuan pemerintah maka perlu adanya penambahan dana dari pihak swasta, yang sejalan dengan keinginan pemerintah agar pihak swasta lebih aktif berperan serta dalam pembangunan bidang kesehatan, khususnya dalam bidang perumhaskitan. Diharapkan peran serta swasta dalam perumhaskitan dapat meningkat, sehingga pada tahun 2000 jumlah rumah sakit/tempat tidur pemerintah dan swasta berimbang.

Penggunaan dana oleh masyarakat/swasta daiam upaya

kesehatan pada umumnya adalah untuk upaya kuratif. Diperkirakan sekitar 97% dari seluruh biaya yang dikeluarkan adalah untuk pengobatan dan hanya 3% untuk pendidikan dan lain-lain. Prosentase pembiayaan dari masyarakat/swasta untuk pelayanan rumah sakit pada tahun 1985/86 cukup tinggi, yaitu 37.9%, sedang pembelian obat-obatan tertinggi, yaitu 40.5%. Dapat diperkirakan di sini bahwa pembiayaan oleh masyarakat/swasta sebagian besar adalah untuk pelayanan rumah sakit karena sebagian pembelian obat-obatan juga merupakan akibat dari pelayanan rumah sakit.

Selain dari pemerintah dan masyarakat, rumah sakit menerima biaya dari bantuan luar negeri. Bantuan luar negeri ini pada umumnya untuk pembiayaan investasi, akan tetapi akhirnya ini juga ada kecenderungan bantuan dalam biaya pemeliharaan dan operasional. Besarnya pembiayaan pelayanan RSU pemerintah yang berasal dari bantuan luar negeri dalam kurun waktu 1982/83 – 1986/87 rata-rata 4.9%.

Berdasarkan uraian di atas maka nyatalah bahwa pelayanan rumah sakit merupakan salah satu komponen yang paling banyak menyerap biaya, yang meliputi biaya investasi, pemeliharaan dan operasional, termasuk gaji dan upah. Jumlah alokasi dana rumah sakit pada tahun 1985/86 adalah 34.1% dari seluruh biaya, 27.7% berasal dari pemerintah dan 72.3% dari masyarakat/swasta.

Besarnya alokasi tersebut belum dapat menjamin terlaksananya pelayanan yang baik karena dana yang tersedia baru 56.1 % dari biaya yang dibutuhkan. Dana pelayanan rumah sakit sebagian besar (79.3%) dimanfaatkan untuk pelayanan kuratif, sedangkan untuk pelayanan preventif hanya 6%. Dari alokasi biaya rumah sakit ternyata jumlah subsidi pemerintah cukup besar.

Untuk dapat mengurangi jumlah subsidi tersebut dapat dilakukan dengan dua pendekatan :

- a) menurunkan *unit cost*/biaya satuan Iayanan dengan meningkatkan pemanfaatan fasilitas yang saat ini masih rendah;
- b) meningkatkan tarif layanan rumah sakit yang disesuaikan dengan kemampuan ekonomi masyarakat.

Sampai saat ini masih banyak rumah sakit, khususnya rumah sakit pemerintah yang menerapkan sistem akuntansi secara *cash basis*. Walaupun sistem ini mudah dalam pelaksanaannya namun biaya sesungguhnya tidak dapat diketahui secara tepat. Untuk mendapatkan informasi yang baik dan aktual dalam proses pengambilan keputusan, maka sistem akuntansi harus dilengkapi dengan sistem akuntansi akrual. Sistem ini sudah dilaksanakan pada sebagian rumah sakit swasta, dan juga akan diterapkan pada rumah sakit lembaga swadana.

Bilamana biaya satuan diketahui, maka tarif rumah sakit yang sesuai dapat ditetapkan dengan tetap memperhatikan kemampuan dan kemauan masyarakat untuk membayar. Dengan makin berkembangnya asuransi kesehatan maka biaya satuannya sangat diperlukan untuk negosiasi penetapan premi. Selain itu, untuk meningkatkan efisiensi perlu diketahui pusat-pusat biaya agar dapat dilaksanakan intervensi yang diperlukan. Perhitungan biaya satuan saat ini sudah merupakan suatu keharusan, banyak rumah sakit swasta yang telah menetapkan tarif ber-

dasarkan biaya satuan. Oleh karena itu diperlukan pengembangan manajemen keuangan rumah sakit yang baik.

## TANTANGAN MANAJEMEN RUMAH SAKIT DALAM PJPT II

Tantangan-tantangan penting dalam manajemen pelayanan rumah sakit pada masa mendatang antara lain :

### 1) Pembiayaan

Ongkos-ongkos pelayanan rumahsakit sudah pasti akan meningkat karena : ongkos-ongkos umum untuk *services* (misal listrik, air dan lain-lain) akan meningkat, teknologi modern untuk diagnostik dan terapeutik lebih banyak digunakan; dokter cenderung menggunakan prosedur-prosedur yang semakin banyak untuk menangani penyakit-penyakit kronik, bayaran untuk dokter dan perawat harus dinaikkan.

Keadaan tersebut mengharuskan manajemen rumah sakit dapat mengembangkan pelayanan yang efektif tetapi dengan ongkos yang realistis yakni ongkos yang sesuai dengan nilai dari jasa dan barang yang diberikan kepada pasien ditambah dengan *profit* yang layak.

### 2) Tenaga

Pada saat ini hampir semua rumah sakit pemerintah dan swasta sangat kekurangan tenaga perawat. Selain jumlahnya kurang, mutunya pun sering dikeluhkan masyarakat. Jumlah lulusan perawat diduga mencukupi, tetapi formasi di rumahsakit pemerintah sangat terbatas karena ada kecenderungan membatasi pengangkatan pegawai negeri baru. Sebagian rumah sakit swasta tak mampu mengangkat perawat baru apabila dari lulusan sekolah-sekolah perawat yang dianggap bermutu. Keadaan dokter spesialis lebih kompleks lagi terutama pada rumah sakit swasta. Hampir semua rumah sakit swasta, kira-kira 80% dari tenaga spesialisasi direkrut dari rumah sakit pemerintah sebagai tenaga paruh waktu (*part time*) dalam bentuk honorer atau *visiting-doctor* atau *on contract basis*. Ini berarti, secara tidak langsung rumah sakit swasta menikmati subsidi dari pemerintah. Dengan kecenderungan rumahsakit pemerintah akan diubah menjadi RS unit swadana maka pada masa mendatang RS swasta harus lebih mandiri dalam merekrut tenaga dokter spesialis purna waktu.

### 3) Teknologi kedokteran

Sebagai akibat kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi secara umum, maka teknologi kedokteran pun berkembang sangat cepat dalam dua puluh tahun terakhir ini. Teknologi (termasuk alat) kedokteran untuk diagnosis maupun terapi berkembang sangat cepat dan ditawarkan secara sangat intensif. Rumah sakit dihadapkan dengan suatu dilema apakah akan menggunakan teknologi baru yang ditawarkan dengan implikasi naiknya ongkos pelayanan ataukah tetap menggunakan cara-cara konvensional yang masih efektif dengan risiko akan kehilangan pangsa pasar. Manajemen rumah sakit dituntut untuk pandai memilih alternatif dalam memanfaatkan teknologi yang ditawarkan. Suatu koordinasi antar rumah sakit perlu dikembangkan untuk memanfaatkan secara bersama teknologi tertentu. Dengan cara ini,

investasi yang ditanam dapat dimanfaatkan secara bersama dengan optimal.

### 4) Pengembangan pelayanan

Pola penyakit dalam PJPT II secara berangsur-angsur akan berubah begitu pula permintaan (*demand*) akan pelayanan kesehatan. Masyarakat akan menuntut pelayanan yang lebih bermutu dan efektif. Keadaan ini mengharuskan manajemen rumahsakit mulai memikirkan pola pelayanan yang perlu dikembangkan pada masa mendatang. Ada jenis-jenis pelayanan yang mungkin secara berangsur-angsur harus diciutkan tetapi sebaliknya ada juga pelayanan-pelayanan yang perlu dikembangkan bahkan mungkin perlu ada pelayanan baru yang harus mulai ditampilkan. Pembagian tempat-tempat perawatan menurut penyakit atau disiplin ilmu kedokteran perlu ditinjau lagi dan mungkin perlu dilakukan penyesuaian-penyesuaian agar pemanfaatan rumah sakit menjadi lebih efisien. Dibutuhkan kemampuan dari manajemen rumah sakit untuk melihat masa depan guna membuat pembaharuan-pembaharuan dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit.

### 5) Permintaan masyarakat

Pada periode PJPT II rumah sakit akan dihadapkan kepada masyarakat yang lebih terdidik dan lebih mampu membeli pelayanan yang ditawarkan atau yang dibutuhkan. Masyarakat menginginkan pelayanan yang mudah dan nyaman serta akhirnya memberikan kepuasan dalam arti penyakit sembuh dalam waktu yang cepat dengan *service* yang baik. Untuk ini rumah sakit harus memberikan informasi yang akurat dan tepat tentang *service* yang dapat diberikan kepada setiap pasien. Perlu dikembangkan suatu sistem pelayanan yang didasari pada QCT (*quality, cost, time of delivery*) yakni pelayanan dengan kualitas yang baik (Q) dan dengan ongkos yang dapat dipertanggung jawabkan (C) serta diberikan pada waktu yang cepat dan tepat (T).

Keadaan tersebut perlu juga mendorong manajemen rumahsakit untuk memikirkan tentang kemungkinan perlu diperpanjangnya lama buka poliklinik rumah sakit (termasuk rumahsakit pemerintah) dan dikembangkannya sistem janji (*appointment*) menurut hari dan jam pelayanan, paling tidak untuk *service-service* tertentu. Sistem *appointment* akan mendidik *health provider* dan *health consumer* menjadi lebih disiplin dalam mematuhi waktu.

### 6) Hukum dan Etik

Dengan semakin majunya sebuah bangsa maka akan semakin tertib pula tata hukum di negara tersebut. Namun harus diakui bahwa pada masyarakat yang sedang berubah, tidak jarang penerapan tata hukum yang baru dapat menimbulkan masalah.

Pada bulan September 1992 Indonesia telah memberlakukan undang-undang baru dalam bidang kesehatan yakni UU No. 23 tahun 1992. Tujuan UU tersebut adalah memberikan kepastian hukum terhadap pembangunan dan pelayanan kesehatan, perlindungan terhadap penerima pelayanan kesehatan dan perlindungan terhadap pemberi pelayanan kesehatan. Dengan diberlakukannya UU tersebut menuntut-menuntut (*lawsues*) antara

pasien dengan rumah sakit atau dokter akan lebih sering terjadi pada waktu-waktu mendatang. Untuk menghindari hal ini manajemen rumah sakit harus menyiapkan informasi-informasi umum tentang pelayanan rumah sakit. Begitu pula standar-standar dan prosedur-prosedur teknis dan administrasi harus dibuat secara tertulis mengikuti referensi resmi yang dikembangkan oleh pemerintah dan atau ikatan profesi. Perubahan-perubahan yang tengah terjadi akan dapat pula menimbulkan benturan-benturan norma yang dapat mengakibatkan timbulnya pelanggaran-pelanggaran etik terutama pada rumah sakit-rumah sakit swasta. Suatu sistem untuk mencegah dan mengawasi pelanggaran etik ini perlu diperketat oleh manajemen rumah sakit. Persaingan yang semakin ketat antar rumah sakit-rumah sakit, terutama di kota-kota besar, mengharuskan manajemen rumah sakit untuk memperbaiki rumahsakitnya masing-masing disamping perlu ada koordinasi dan kerja sama antar rumah sakit.

#### 7) **Sistem Informasi Manajemen**

Dalam pelaksanaan sehari-hari, manajemen tidak lain suatu rangkaian pengambilan keputusan dengan mengikuti aturan main yang sudah ditetapkan menuju suatu tujuan tertentu. Maju mundurnya atau baik buruknya satu manajemen sangat dipengaruhi oleh mutu pengambilan keputusan dan hal terakhir ini sangat tergantung dari mutu informasi yang diperoleh dan kepandaian dari manajer untuk menggunakan informasi. Dengan demikian menjadi jelas bahwa bila rumah sakit menginginkan manajemen yang baik sehingga dapat memberikan pelayanan yang bermutu, ia harus mengembangkan cara pengumpulan data dan informasi yang akhirnya bisa memberi input kepada manajemen untuk mengambil keputusan guna perbaikan pelayanan. Sistem tersebut disebut sebagai : sistem informasi manajemen rumah sakit, semakin besar dan semakin kompleks sebuah rumah sakit semakin perlu ia suatu sistem informasi manajemen yang komprehensif.

Ada empat informasi yang dianggap prioritas untuk dikumpulkan dan dianalisis yakni : keuangan dan pembiayaan, tenaga, logistik (terutama obat) dan pelayanan (besarnya *inpatient-outpatient*). Semuanya ini harus dikaitkan secara integratif sehingga mempunyai makna bagi pengambilan keputusan manajemen.

#### **KEBIJAKSANAAN PENGEMBANGAN RUMAH SAKIT**

Rumah Sakit merupakan bagian integral dari keseluruhan sistem pelayanan kesehatan yang dikembangkan melalui rencana pembangunan kesehatan sehingga pengembangan Rumah Sakit pada saat ini tidak lepas dari Kebijakan Pembangunan Kesehatan yaitu harus sesuai dengan Garis-garis Besar Haluan Negara, Sistem Kesehatan Nasional dan Repelita bidang Kesehatan serta peraturan dan perundang-undangan lain. Sedangkan arah dan kebijakan dari pembangunan telah ditetapkan dalam kebijakan pokok pembangunan kesehatan seperti di bawah ini.

#### **KEBIJAKSANAAN POKOK PEMBANGUNAN KESEHATAN**

1) Pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia serta kualitas kehidupan dan usia harapan hidup manusia, meningkatkan kesejahteraan keluarga dan masyarakat, serta untuk mempertinggi kesadaran masyarakat akan pentingnya hidup sehat. Perhatian khusus diberikan pada golongan masyarakat yang berpenghasilan rendah, daerah kumuh perkotaan, daerah pedesaan, daerah terpencil dan kelompok masyarakat yang hidupnya terasing, daerah transmigrasi, serta daerah pemukiman baru.

2) Pengelolaan kesehatan yang terpadu perlu lebih dikembangkan agar dapat lebih mendorong peran serta masyarakat, termasuk dunia usaha, dalam pembangunan kesehatan. Kualitas pelayanan kesehatan ditingkatkan dan jangkauan serta kemampuannya diperluas agar masyarakat, terutama yang berpenghasilan rendah, dapat menikmati pelayanan yang berkualitas dengan terus memperhatikan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran secara serasi dan bertanggung jawab.

3) Pengadaan dan peningkatan sarana kesehatan perlu terus dikembangkan. Tenaga kesehatan dan tenaga penunjang kesehatan lainnya ditingkatkan kualitas dan kemampuannya serta persebarannya terus diupayakan agar merata dan menjangkau masyarakat di daerah terpencil. Penyediaan obat dan alat kesehatan yang makin merata dengan harga yang terjangkau oleh rakyat banyak ditingkatkan melalui pengembangan industri peralatan kesehatan dan industri farmasi yang makin maju dan mandiri, yang didukung oleh industri bahan baku obat yang andal melalui penguasaan ilmu pengetahuan dan teknologi.

4) Upaya perbaikan kesehatan masyarakat terus ditingkatkan antara lain melalui pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, penyediaan lingkungan pemukiman, perbaikan gizi, penyediaan air bersih, penyuluhan kesehatan, serta pelayanan kesehatan ibu dan anak. Perlindungan terhadap bahaya penyalahgunaan obat, zat adiktif, dan narkotika, terutama bagi generasi muda, serta pencemaran lingkungan perlu diberikan perhatian khusus; juga pengawasan ketat terhadap obat, makanan dan minuman. Penelitian dan pengembangan kesehatan perlu terus dilanjutkan antara lain untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

5) Pelayanan kesehatan baik oleh pemerintah maupun peran serta masyarakat harus mengindahkan prinsip kemanusiaan dan kepatutan dengan memberikan perhatian khusus kepada fakir miskin, anak-anak dan penduduk usia lanjut yang terlantar. Semua usaha untuk mewujudkan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat perlu dikembangkan dengan upaya memasyarakatkan pembiayaan kesehatan oleh masyarakat berdasarkan prinsip gotong royong.

6) Pengobatan tradisional yang secara medis dapat dipertanggungjawabkan terus dibina dalam rangka perluasan dan pemerataan pengobatan tradisional sebagai warisan budaya bangsa terus ditingkatkan dan didorong usaha pengembangannya melalui penggalian, penelitian, pengujian, dan pengembangan serta penemuan obat-obatan, termasuk budidaya tanaman obat tradisional yang secara medis dapat dipertanggungjawabkan.

Pengembangan rumah sakit sangat dipengaruhi oleh faktor-

faktor demografi, epidemiologi, sosial ekonomi, permintaan akan pelayanan, sistem pembiayaan dan kemajuan iptek. Karenanya, suatu kebijaksanaan dalam pengembangan rumah sakit harus memperhatikan kecenderungan faktor determinan di atas. Selain itu pengembangan rumah sakit juga tidak dapat lepas dari kebijaksanaan pokok pembangunan kesehatan.

Dengan melihat kecenderungan determinan kesehatan, kecenderungan keadaan kesehatan, keadaan rumah sakit dan hasil-hasil yang telah dicapai pada saat ini serta tantangan manajemen rumah sakit pada PJPT II maka perlu ditetapkan kebijaksanaan pengembangan rumah sakit dalam PJPT 11.

## KEBUAKSANAAN PENGEMBANGAN RUMAH-SAKIT DALAM PEMBANGUNAN JANGKA PANJANG TAHAP II :

### 1) Pembangunan Rumah Sakit baru

- Pembangunan rumah sakit baru dan penambahan tempat tidur dari rumah sakit yang ada akan dijalankan terus sesuai dengan permintaan yang ada (mekanisme pasar). Penambahan-penambahan rumah sakit baru terutama dijalankan dengan memperhatikan perkembangan sosial ekonomi masyarakat.
- Pemerintah tetap bertanggung jawab terhadap pembangunan rumah sakit di daerah-daerah yang kurang mampu guna menjamin pemerataan untuk menikmati hasil-hasil pembangunan.
- Setiap pembangunan rumah sakit baru harus didahului oleh studi kelayakan untuk menjamin tetap berjalannya rumah sakit tadi pada masa-masa mendatang dan dipenuhinya kaidah serta standar rumah sakit.
- Jumlah rumah sakit di suatu tempat akan dikendalikan dengan memperhatikan rasio tempat tidur terhadap penduduk dan sistem pembiayaan serta *pricing policy* (misal asuransi), pembangunan rumah sakit dilaksanakan dengan menyertakan peran serta masyarakat dan swasta yang semakin besar.

### 2) Pelayanan Rumah Sakit

- Pelayanan rumah sakit harus mendukung pelayanan kesehatan dasar seperti Puskesmas, Puskesmas Pembantu dan Posyandu. Dukungan ini dijalin dalam suatu sistem rujukan medik dan rujukan kesehatan yang selaras dengan pembangunan sistem pembiayaan melalui asuransi kesehatan/JPKM.
- Rumah sakit dikelola secara efisien untuk menjamin meningkatnya mutu dan cakupan pelayanan yang akhirnya mempunyai dampak nyata terhadap perbaikan derajat kesehatan masyarakat. Untuk itu perlu diterapkan dan dijalankan penggunaan standar pelayanan, dalam rangka peningkatan mutu dan akreditasi rumah sakit disamping penggunaan obat secara rasional dengan memanfaatkan obat generik.
- Menjalankan fungsi sosial yang tercermin dalam pelayanan bagi mereka yang tak mampu, kegiatan pelayanan di luar rumah sakit, penyuluhan kesehatan, turut serta dalam sistem asuransi kesehatan/JPKM, dan lain sebagainya.

### 3) Pembiayaan

- Pembiayaan rumah sakit mengutamakan sumber-sumber

yang berasal dari masyarakat yang dimobilisasi melalui sistem asuransi/JOKM. Rumah sakit pemerintah secara berangsur-angsur dikembangkan menjadi unit swadana sedangkan sumber dana yang berasal dari pemerintah dan yang dimobilisasi dari swasta dan masyarakat harus digunakan secara efisien dan dialokasikan secara cermat menurut prioritas dan masalah yang dihadapi.

- Setiap orang yang menikmati pelayanan kesehatan di rumah sakit akan dikenai kewajiban membayar sesuai dengan nilai jasa yang diterimanya. Untuk ini perlu dikembangkan sistem tarif berjenjang yang mendasarkan kepada pengeluaran yang berimbang dengan pemasukan (*cost recovery*), satuan biaya (*unit cost*) dan kemampuan daya beli masyarakat. Agar terjamin adanya pemerataan pelayanan, tarif dikembangkan dengan asas subsidi bersilang (*cross subsidy*) sehingga mereka yang tak mampu tetap terlindungi dan dapat menikmati pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.

### 4) Peran Serta Masyarakat dan Swasta

- Untuk meningkatkan peran serta masyarakat dan swasta perlu dikembangkan sistem yang insentif termasuk kemudahan dalam perizinan, rumah sakit boleh didirikan oleh badan hukum (termasuk PMDN dan PMA) disamping oleh yayasan. Pemerintah akan tetap memberikan bantuan dan perlindungan terhadap rumah sakit.
- Masyarakat dan swasta akan diberikan peran yang semakin besar dalam pelaksanaan pembangunan dan pengembangan rumah sakit. Pemerintah akan lebih banyak berperan dalam merumuskan kebijaksanaan (termasuk menetapkan standar-standar), pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan rumah sakit. Ikatan profesi akan membantu pemerintah dalam perumusan kebijaksanaan dan pengawasan serta peningkatan mutu pelayanan dan mutu tenaga kesehatan.

### 5) Ketenagaan

- Penempatan dan penyebaran tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit akan terus ditingkatkan sehingga jumlah dan susunan tenaga kesehatan di rumah sakit mencapai standar yang sudah ditetapkan. Penempatan dokter spesialis akan ditingkatkan dengan prioritas melengkapi rumah sakit kelas C di seluruh Indonesia sesuai dengan pemerataan penempatan tenaga.
- Guna mengatasi kekurangan pelayanan spesialistik di tempat-tempat terpencil yang membutuhkan, dokter-dokter umum terpilih akan dilatih secara khusus dalam bidang spesialisasi tertentu (semi spesialis).
- Rumah sakit swasta diberikan kemudahan untuk memperoleh dokter-dokter spesialis khususnya para dokter spesialis yang sudah menyelesaikan masa bakti ke-2. Secara berangsur-angsur rumah sakit swasta akan diberi bantuan agar mempunyai dokter dan dokter spesialis yang *full time*. Rumah sakit swasta diperkenankan mengirim dokter umumnya untuk mengikuti pendidikan spesialisasi. Prioritas diberikan kepada rumah sakit di periferi.

### 6) Manajemen

- Rumah sakit secara berangsur-angsur harus dikelola dengan

memperhatikan prinsip-prinsip ekonomi pelayanan kesehatan, sebagai bentuk produksi jasa, dapat ditingkatkan mutunya. Dalam kaitan ini, rumah sakit akan dilengkapi dengan perangkat organisasi yang lebih sesuai sebagai institusi sosial-ekonomi.

- Dengan semakin meningkatnya hubungan kerja dan semakin beragamnya jenis pelayanan, perlu dikembangkan sistem informasi manajemen rumah sakit yang menyangkut informasi sumber daya, pelayanan dan kegiatan rumah sakit. Untuk ini rumah sakit secara berangsur-angsur harus meningkatkan pengolahan data secara elektronik (*electronic data processing*).
- Staf manajemen rumah sakit perlu memperoleh pendidikan dan latihan yang menunjang perubahan-perubahan sistem

manajemen rumah sakit menuju pembentukan *career-planning* dalam manajemen atau administrasi rumah sakit.

#### 7) **Teknologi Kedokteran**

- Pemanfaatan teknologi kedokteran akan digalakkan terus dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan menuju perbaikan derajat kesehatan yang merupakan bagian dari kesejahteraan umum masyarakat. Teknologi kedokteran yang digunakan harus disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan yang ada dan kemampuan pembiayaan pemerintah dan masyarakat.
- Pemanfaatan teknologi kesehatan harus dikaitkan dengan upaya mengefisienkan kegiatan-kegiatan rumah sakit.

---

## Kalender Kegiatan Ilmiah

---

March 19–20, 1994 – **Instructional Course & Video-Urogynecology Update**  
Singapore

Information : Secretariat, Society for Continence (Singapore),  
c/o Division of Urology, Department of Surgery,  
Toa Payoh Hospital, Toa Payoh Rise, Singapore  
1129.

April 29 – May 2, 1994 **1st IFSSH Western Pacific Regional Workshop**  
Hong Kong

Information : Dr LK Hung, Secretary, 1st IFSSH Western  
Pacific Regional Workshop, Department of  
Orthopaedics and Traumatology, Prince of  
Wales Hospital, Shatin, Hong Kong.

May 21–24, 1994 – **11th Regional Conference of Dermatology**  
Singapore

Information : Secretariat,  
11th Regional Conference of Dermatology,  
c/o Conference and Exhibition Management  
Services Pte Ltd, #09-43 World Trade Centre,  
Singapore 0409.

June 16-18, 1994 **International Conference on Biomedical Periodicals**  
Beijing

Information : c/o Dr Jiang Yongmao, International Conference  
on Biomedical Periodicals, Chinese Medical  
Association, 42 Dongsu Xidajie, Beijing 100710,  
China.