

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Pembangunan kesehatan adalah bagian dari pembangunan nasional yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pembangunan kesehatan tersebut merupakan upaya seluruh potensi bangsa Indonesia, baik masyarakat, swasta maupun pemerintah.

Untuk menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan, diperlukan dukungan dari Sistem Kesehatan Nasional (SKN). SKN berperan besar sebagai acuan dalam penyusunan UU tentang Kesehatan, juga dalam penyusunan berbagai kebijakan, pedoman dan arah pelaksanaan pembangunan kesehatan.

Supra Sistem SKN adalah Sistem Penyelenggaraan Negara, SKN dengan berbagai Subsistem lainnya diarahkan untuk mencapai tujuan bangsa Indonesia seperti yang tercantum dalam pembukaan UUD 1945.

Dalam SKN terdapat subsistem upaya kesehatan terdiri dari Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP). Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit termasuk dalam UKP Strata kedua dan ketiga yaitu yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran spesialisik dan subspecialistik.

Karakteristik Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit

Pelayanan rumah sakit mempunyai sifat-sifat atau karakteristik tersendiri. Karakteristik ini diakibatkan oleh karena rumah sakit merupakan suatu organisasi yang sangat kompleks. Kompleksitas maupun karakteristik pelayanan rumah sakit perlu diketahui dan dipahami oleh setiap orang yang mempunyai tugas dan tanggung jawab dalam pembinaan dan penyelenggaraan rumah sakit.

Kompleksitas dari rumah sakit tersebut antara lain karena adanya berbagai kegiatan yang kadang-kadang kontradiktif bahkan sering menimbulkan konflik. Konflik terutama disebabkan oleh karena kehadiran dari pada aneka ragam tenaga dengan latar belakang pendidikan yang berkisar dari tenaga berpendidikan tinggi dan terampil sampai kepada

tenaga yang tidak berpendidikan. Konflik membakot terjadi antara profesi medis dan profesi manajemen yang disebabkan disatu pihak menggunakan pendekatan teknis medis (*medical clinical approach*) sedangkan dilain pihak menggunakan pendekatan manajerial (*manajerial approach*).

Menurut Evans, dibandingkan dengan kebutuhan hidup manusia yang lain kebutuhan pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan rumah sakit, mempunyai tiga ciri utama yang unik *uncertainty*, *asymetri of information*, dan *externality* (Evans, 1984). ketiga ciri utama tersebut menurunkan berbagai ciri lain yang menyebabkan pelayanan rumah sakit sangat unik dibandingkan dengan produk atau jasa lainnya. Keunikan yang tidak diperoleh pada komoditas lain inilah yang mengharuskan kita membedakan perlakuan pengaturan atau intervensi pemerintah.

Uncertainty

Uncertainty atau ketidakpastian menunjukkan bahwa kebutuhan akan pelayanan rumah sakit tidak bisa dipastikan, baik waktunya, tempatnya, maupun besarnya biaya yang dibutuhkan. Sifat inilah yang menyebabkan timbulnya respons penyelenggaraan mekanisme asuransi di dalam pelayanan kesehatan. Mekanisme asuransi yang mentrasfer dan menghimpun (*pool*) risiko perorangan/ kelompok kecil menjadi risiko kelompok besar merupakan solusi yang paling tepat terhadap ciri ini. Dengan membagi risiko itu kepada kelompok (dengan membayar premi) maka risiko tiap orang menjadi kecil/ ringan, karena dipikul bersama. Phelps (1992) juga mengemukakan sifat ini yang mendasari mekanisme asuransi kesehatan. Ciri ini pula yang mengundang mekanisme derma di dalam masyarakat tradisional dan modern. Karena pada akhirnya ciri ini menurunkan keunikan lain yang menyangkut aspek peri kemanusiaan (*humanitarian*) dan etika.

Rapoport (1982) juga menambahkan bahwa semua pelayanan kedokteran untuk memenuhi kebutuhan yang tidak pasti tersebut mengandung *uncertainty* atau risiko. Dengan ketidak-pastian ini, sulit bagi seseorang untuk menganggarkan biaya untuk memenuhi kebutuhan akan pelayanan rumah sakit., seseorang yang tidak miskin di Indonesia dapat menjadi miskin atau bangkrut manakala ia menderita suatu penyakit atau mengalami kecelakaan yang berat (*medically poor*).

Asymetry of information

Sifat kedua, *asymetry of information* menunjukkan bahwa konsumen pelayanan rumah sakit berada pada posisi yang lebih lemah sedangkan *provider* (dokter, dll) mengetahui jauh lebih banyak tentang manfaat dan kualitas pelayanan yang "dijualnya". misalnya kasus ekstrim pembedahan, pasien hampir tidak memiliki kemampuan untuk mengetahui apakah ia membutuhkan Kondisi ini sering dikenal dengan *consumer ignorance* atau konsumen yang bodoh.

Dapat dibayangkan bahwa jika sebuah rumah sakit atau penjual memaksimalkan laba dan tidak mempunyai integritas yang kuat terhadap norma-norma agama dan sosial, sangat dengan mudah terjadi *abuse* atau *moral hazard* yang dapat dilakukan rumah sakit melalui dokter yang bekerja di rumah sakit tersebut. Sebagai contoh sebuah rumah sakit bersalin di Jakarta, suatu ketika terdapat hampir semua pasien di suatu lantai yang menjalani persalinan dengan operasi saesar dengan alasan yang sama yaitu lilitan tali pusat. Perbedaan yang sangat unik ini menyebabkan demand pelayanan rumah sakit ditentukan oleh rumah sakit bukan oleh pasien. Sementara dalam pasar yang normal, konsumenlah yang menentukan jenis barang atau jasa dan jumlah yang dibelinya. Jadi pada komoditas pasar kekuatan (*power*) terletak pada konsumen atau pembeli dan oleh karenanya konsumen menjadi raja. Di dalam pelayanan rumah sakit, sebaliknya, rumah sakit-lah yang mempunyai power dan menjadi raja. Oleh karena itu, apa yang akan terjadi sangat tergantung dari moral petugas dan pemilik rumah sakit. Pemilik dan petugas rumah sakit yang memiliki hati nurani (raja yang adil dan berbudi luhur) yang tinggi akan menjadi dewa penolong bagi pasien.

Menyadari adanya ketidak seimbangan informasi, maka praktek kedokteran dan pelayanan rumah sakit di negara manapun memerlukan lisensi khusus dan dikontrol dengan sangat ketat oleh pemerintah. Tujuannya adalah untuk melindungi pasien dari pelayanan yang tidak berkualitas, harga yang mencekik, atau pelayanan yang dapat membodohi pasiennya. Akibat dari keharusan lisensi ini maka terjadi *entry barrier* yang membatasi masuknya *supply*.

Di Indonesia, pembiayaan obat mencapai sekitar 40% dari total pembiayaan kesehatan. Karena yang menentukan obat yang perlu dibeli pasien adalah dokter dan pasien tidak memiliki kemampuan memilih, maka kolusi antara perusahaan obat dengan dokter sangat mudah terjadi dan sudah banyak terjadi. Hal ini tambah memberatkan beban pasien, apalagi jika rumah sakit ikut memfasilitasi atau ikut berkolusi dengan perusahaan farmasi.

Externality

Externality menunjukkan bahwa konsumsi pelayanan kesehatan/rumah sakit tidak saja mempengaruhi "pembeli" tetapi juga bukan pembeli. Demikian juga risiko kebutuhan pelayanan kesehatan tidak saja mengenai diri pembeli. Contohnya adalah konsumsi rokok yang mempunyai risiko lebih besar pada yang bukan perokok. Akibat dari ciri ini, pelayanan kesehatan membutuhkan subsidi dalam berbagai bentuknya. Oleh karenanya, pembiayaan pelayanan kesehatan tidak saja menjadi tanggung jawab diri sendiri, akan tetapi perlunya digalang tanggung jawab bersama (publik). Ciri unik tersebut juga dikemukakan oleh beberapa ahli ekonomi kesehatan seperti Feldstein (1993) dan Rappaport (1982)

Selain itu, pelayanan kesehatan mempunyai aspek sosial yang rumit dipecahkan sendiri oleh bidang kedokteran atau ekonomi. Bidang kedokteran tidak bisa membiarkan keadaan seseorang yang memerlukan bantuan medis tetapi teknologinya atau biayanya belum tersedia. Dokter, tidak bisa memperlakukan pasien sebagai komputer yang jika salah satu komponennya tidak berfungsi, orang (seperti komputer) dapat dimusnahkan saja, jika teknologi untuk memfungsikannya sulit atau mahal. Dokter berusaha mencari teknologi baru untuk memecahkan masalah klinik yang tidak pernah tuntas. Teknologi baru tersebut menuntut penelitian longitudinal dan biaya besar. Akibatnya, teknologi baru menjadi mahal. Hal ini berdampak pada aspek ekonomi, dimana teknologi kedokteran dapat mengatasi keadaan pasien. Akan tetapi biaya untuk itu sering tidak terjangkau oleh kebanyakan orang. Karena manusia memberikan nilai yang sangat tinggi akan kehidupan dan kesehatan, maka seringkali timbul dilema besar yang menyangkut kelangsungan hidup seseorang hanya karena faktor biaya. Karena secara sosial kita tidak bisa melakukan pertimbangan biaya dan efisiensi maka harus ada suatu mekanisme yang mampu memecahkan pembiayaan pelayanan bedah, diagnostik canggih, pelayanan gawat darurat, dan pelayanan intensif lain yang mahal.

Sejarah Perumhaskitan di Indonesia

Rumah sakit di Indonesia berkembang secara unik yang mungkin berbeda dengan perkembangan rumah sakit di negara-negara lain. Di negara-negara Eropa rumah sakit pada awalnya dikembangkan oleh kebersamaan masyarakat tanpa campur tangan pemerintah. Baru setelah ide pembiayaan bersama muncul, pemerintah ikut turut campur tetapi lebih kepada pengaturan mekanisme pembiayaan bersama tersebut. Di Indonesia,

pada awalnya rumah sakit didirikan dan milik pemerintah Hindia Belanda yang merupakan lanjutan gagasan rumah sakit militer. Sejak tahun 1919 perhatian pemerintah Hindia Belanda lebih kepada upaya preventif dan promotif, sementara penyediaan rumah sakit diserahkan kepada masyarakat (perkumpulan Yang Seng Ie, untuk masyarakat Cina) dan kepada Missi Zending dan organisasi berlatar belakang agama lainnya. Kebijakan itu rencananya akan dilanjutkan oleh pemerintah RI seperti yang ditulis oleh Dr. Leimena di tahun 1955.

Tetapi pada tahun 1957 terjadi keretakan hubungan Indonesia dengan Belanda yang cukup parah sehingga semua asset Belanda ketika itu diambil alih (dinasionalisasi) oleh pemerintah RI, termasuk rumah sakit dan bahkan apotek (Van Gorkom yang kemudian menjadi Kimia Farma). Sejak saat itu pemerintah harus mengelola banyak rumah sakit dan juga membangun rumah sakit baru di berbagai daerah. Sejak saat itu pula timbul asumsi bahwa rumah sakit memang seharusnya diurus oleh pemerintah supaya murah dan kalau mungkin gratis, dan rumah sakit swasta – apalagi yang mencari untung – adalah bertentangan dengan rasa kemanusiaan. Disini dirancukan antara masalah kepemilikan dan pembiayaan. Anggapan semacam itu masih hidup sampai saat ini.

Di sisi lain banyak dokter yang mempunyai praktek swasta mengembangkan tempat praktiknya menjadi rumah sakit. Demikian pula bidan yang semula memiliki dan mengelola rumah bersalin mengembangkan sarana itu menjadi rumah sakit. Karena rumah sakit adalah usaha padat karya, padat teknologi dan padat modal, maka kemudian kepemilikan rumah sakit sering dilakukan secara bersama-sama. Selanjutnya kemudian muncul rumah sakit yang dimiliki oleh pemodal tanpa perlu latar belakang kesehatan. Maka menjamurlah rumah sakit swasta dengan kepemilikan yang berbeda, orientasi berbeda, dan bahkan bentuk serta sarana yang bervariasi. Semua itu terjadi karena tidak adanya pengaturan yang jelas dari pemerintah. Pengaturan yang ada, yaitu PERMENKES 190/86 tidak jelas arahnya dan dilatarbelakangi oleh anggapan yang hidup saat itu bahwa usaha rumah sakit tidak boleh mencari untung. Dengan makin besarnya modal yang diperlukan untuk membangun sebuah rumah sakit, termasuk rumah sakit pemerintah, dan makin besarnya biaya operasionalnya, penghormatan mencari untuk menjadi sebuah retorika kosong.

Perilaku dokter sendiri juga tidak mendukung munculnya rumah sakit yang benar-benar dikelola secara *professional* sehingga mampu memberikan layanan yang bermutu karena ternyata para dokter juga berorientasi mencari untung tanpa melihat apakah cara yang

ditempuhnya merugikan pasien atau tidak. Pada ujungnya masyarakat harus membayar mahal bukan saja karena tarifnya, juga mahal karena pelayanan yang diterima tidak bermutu, tidak efisien dan tidak pula efektif.

Pelayanan Kesehatan di Luar Negeri

Dimanapun di dunia, sebuah negara didirikan untuk mewujudkan kesejahteraan bagi rakyatnya. Di Eropa Barat, orang sering menyebut-nyebut welfare state. Disana, segala macam kebutuhan dasar seperti pelayanan kesehatan, pendidikan, tunjangan pengangguran, bahkan perumahan, disediakan pemerintah gratis. Di Inggris semua penduduknya (bahkan orang asing yang tinggal disana secara legal) tidak perlu membayar pelayanan kesehatan, baik jika mereka ke dokter praktek maupun jika mereka dirawat dan mendapat pembedahan di rumah sakit. Di Jerman, semua penduduknya (bahkan juga orang asing yang tinggal disana) tidak perlu membayar uang sekolah sampai tingkat doktoral (S3). Apakah negara-negara tersebut memiliki sumber alam melimpah untuk membiayai semua pelayanan publik tersebut? Tidak demikian, semua dana dikumpulkan dari penduduknya yang bekerja dan membayar pajak yang cukup tinggi.

Di Amerika Serikat, yang bukan negara kesejahteraan, boleh dikatakan semua harus bayar. Pajak di Amerika memang tidak setinggi pajak di Eropa, namun fasilitas publik disediakan dengan kualitas yang baik. Penduduk berusia lanjut dan yang menderita penyakit yang mematikan mendapat jaminan dari program Medicare, suatu program asuransi kesehatan sosial yang berlaku nasional. Semua orang berusia diatas 65 tahun mendapat jaminan perawatan di rumah sakit. Sementara penduduk miskin mendapatkan bantuan biaya medis dari program Medicaid. Tetapi mereka yang setengah miskin, tidak berhak mendapatkan *Medicaid*, yang bisa jadi miskin kalau mereka perlu dirawat di RS, karena sistem rumah sakit di Amerika diperlakukan mengikuti mekanisme pasar tanpa pengaturan tarif, juga jumlah rumah sakit publik yang tarifnya relatif rendah tidak banyak.

Sri Lanka yang merupakan salah satu negara berkembang, bahkan tergolong miskin, memberikan pelayanan kesehatan dan pendidikan gratis kepada semua penduduknya. Indikator kesehatan dan pendidikan menunjukkan bahwa orang Sri Lanka jauh lebih sehat dan lebih pintar dari orang Indonesia. Hal tersebut dapat terjadi karena semua penduduk bisa berkonsentrasi untuk belajar dan bekerja, tanpa harus sibuk cari pinjaman atau kasak-kusuk mengembangkan pungli untuk menutupi biaya pendidikan atau berobat di rumah

sakit. Penduduk Muangtai juga tidak perlu pusing memikirkan biaya perawatan di rumah sakit. Para pegawai mendapatkan jaminan kesehatan melalui program pemerintah atau jaminan sosial. Penduduk lain seperti nelayan dan petani, tanpa memandang mereka miskin atau kaya, hanya membayar 30 Baht (kira-kira Rp 6.000) setiap kali mereka dirawat di rumah sakit. Beban biaya sebesar itu sudah termasuk obat, tindakan operasi atau perawatan intensif jika diperlukan. Penduduk terbebas dari rasa takut dan tidak perlu ngebon kepada majikan jika istrinya melahirkan atau anaknya masuk rumah sakit.

Di Malaysia, penduduk juga boleh tenang berfikir dan berkonsentrasi belajar dan bekerja. Kalau mereka perlu rawat inap, maka tarifnya hanya RM 3 (sekitar Rp 6.000) sehari, termasuk segalanya; meskipun mereka harus masuk ICU atau menjalani operasi yang mahal. Bahkan penduduk Malaysia tidak perlu khawatir jika mereka harus menjalani operasi jantung, yang di Indonesia dapat menghabiskan lebih dari Rp 100 juta, di RS Pemerintah!! Di Malaysia, pemerintah sudah menjaminkannya dengan biaya murah apabila penduduk berobat di RS publik. Akan tetapi jika penduduk memilih rumah sakit swasta, maka penduduk harus siap dengan tarif yang lebih mahal. Namun demikian, tarif jasa medis di RS swasta juga dikontrol pemerintah, meskipun penggunanya dirawat di ruang VIP. Yang mahal ruangnya, tarif maksimum jasa dokter dan jasa tindakan tidak berbeda dan ditetapkan oleh Pemerintah.

Di Indonesia, televisi maupun surat kabar kerap menayangkan berbagai kasus penderitaan rakyat dan menghimbau sumbangan biaya pengobatan atau biaya perawatan rumah sakit. Bahkan Hasan meminta agar nyawa istrinya 'dicabut saja', antara lain karena ia tidak mampu lagi membiayai perawatannya. Di RS pemerintah yang kaya sekalipun, rakyat harus bayar uang muka jika memerlukan pembedahan atau perawatan intensif. Bisa jadi ribuan penduduk Indonesia meninggal dunia setiap tahunnya karena tidak ada uang muka untuk perawatan RS. Apakah ini tidak bertentangan dengan sila "Kemanusiaan yang adil dan beradab". Mungkin kita belum faham dengan sila itu. Sebagian kecil yang 'faham' berupaya sendiri membantu si lemah tersebut dengan upaya pengumpulan 'dana kemanusiaan'. Sering upaya itupun terbatas jika ada berita memilukan, seperti kasus artis Sukma Ayu. Reaksi kitapun seringkali baru muncul jika ada kasus, seperti halnya bayi miskin yang perlu perawatan yang ditolak di enam rumah sakit, termasuk rumah sakit pemerintah. Di banyak negara, upaya seperti itu tidak perlu dilakukan masyarakat, karena pemerintah sudah menjalankan fungsinya yaitu menjamin seluruh rakyat dapat memperoleh pelayanan rumah sakit dengan murah atau gratis.

Inggris, Malaysia dan Sri Lanka sudah menjalankan pelayanan kesehatan yang hampir gratis sejak puluhan tahun yang lalu. Sesungguhnya yang menjadi dorongan kebijakan yang “pro publik” itu adalah komitmen kepada kemanusiaan dan kebersamaan. Prinsip dasar sistem kesehatan yang dikembangkan Inggris adalah bahwa “Setiap orang harus mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan medisnya, bukan tergantung kemampuannya membayar”. Komitmen kemanusiaan itulah yang mengharuskan sistem kesehatan Inggris mewujudkan sistem kesehatan nasional yang egaliter, bukan hanya bagi warga negaranya, tetapi bagi semua orang yang secara legal tinggal di Inggris. Filosofi ini pulalah yang dianut oleh Sri Lanka, Muangtai, dan Malaysia.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

Untuk menunjang disusunnya suatu peraturan perundang-undangan tentang rumah sakit, maka perlu dipersiapkan suatu naskah akademisnya dengan tujuan agar pada suatu saat bahan ini dapat dipergunakan untuk menyusun peraturan perundang-undangan dimaksud.

Tujuan dari hasil penyusunan naskah akademis peraturan perundang-undangan tentang rumah sakit ini adalah untuk bahan masukan bagi departemen yang ada kaitannya dan mempunyai wewenang dalam penyusunan suatu Rancangan Undang-Undang tentang Rumah Sakit.

C. METODE PENDEKATAN

Didalam menyusun naskah akademis peraturan perundang-undangan tentang rumah sakit ini digunakan metode penyusunan :

- a. Studi kepustakaan
- b. Diskusi antar tim
- c. Dengar pendapat dengan nara sumber

D. SISTEMATIKA PENULISAN

Dalam menyusun naskah akademis Rancangan Undang-Undang tentang Rumah Sakit ini materi pokok yang akan diatur adalah sebagai berikut:

1. **Bab I Pendahuluan** menguraikan meliputi Latar Belakang, Maksud dan Tujuan, Metode Pendekatan dan Sistemetika Penulisan.
2. **Bab II Gambaran Umum Penyelenggaraan Rumah Sakit Di Indonesia** menguraikan meliputi Umum, Penyelenggaraan Rumah Sakit Saat Ini dan Kesenjangan Dalam Pemanfaatan Pelayanan Rumah Sakit.
3. **Bab III Pokok-Pokok Pemikiran Pengaturan Rumah Sakit** menguraikan meliputi Asas Pengaturan Rumah Sakit, Visi Pelayanan Rumah Sakit, Pendanaan Rumah Sakit, Pelayanan Kesehatan Sebagai Konsumsi, Konsep Public dan Private Goods dan Peran Swasta Dalam Pelayanan Rumah Sakit.
4. **Bab IV Alasan Perlunya Undang-Undang Tentang Rumah Sakit** menguraikan meliputi Alasan Filosofis, Alasan Yuridis, Alasan Sosiologis, Alasan Ekonomis.
5. **Bab V Pokok-Pokok Materi Muatan Dalam Pengaturan Rumah Sakit** menguraikan meliputi Ketentuan umum, Asas, Tujuan dan Fungsi, Pemilikan dan Penyelenggaraan, Fungsi Sosial, Perizinan dan Persyaratan, Pelayanan Gawat Darurat, Rekam Medis, Ketenagaan, Tanggung Jawab Hukum, Akreditasi dan Klasifikasi, Pembinaan dan Pengawasan serta Ketentuan Pidana
6. **Bab VI Penutup** menguraikan bahwa Naskah Akademis sangat dibutuhkan dalam rangka penyusunan Rancangan Undang-Undang tentang Rumah Sakit dengan usulan materi meliputi; Ketentuan Umum, Asas dan Tujuan, Tugas dan Fungsi, Tanggung Jawab Pemerintah, Standar dan Persyaratan, Jenis dan Klasifikasi, Penyelenggaraan Rumah Sakit, Pembiayaan, Pencatatan dan Pelaporan, Pembinaan dan Pengawasan, Penyidikan, Ketentuan Pidana, Ketentuan Peralihan, dan Ketentuan Penutup.

BAB II

GAMBARAN UMUM PENYELENGGARAAN RUMAH SAKIT DI INDONESIA

A. UMUM

Secara umum rumah sakit didefinisikan sebagai sebuah fasilitas kesehatan, sebagai suatu entitas yang terdiri dari fasilitas fisik dan fungsi pelayanan, yang didirikan untuk memberikan pelayanan kesehatan perorangan dengan menggunakan sumber daya yang tersedia (tenaga dan lainnya) secara efektif dan efisien. Definisi khusus rumah sakit banyak dibuat berbagai pihak sesuai dengan kebutuhan dan konteks pembahasan rumah sakit. Namun demikian, secara umum rumah sakit menyediakan pelayanan kesehatan 24 jam untuk memenuhi kebutuhan penduduk yang tidak pasti (uncertainty), khususnya dalam waktu pelayanan. Dalam Sistem Kesehatan Nasional rumah sakit dijabarkan sebagai institusi (suatu kesatuan fungsi yang di dalam UUD45 disebut fasilitas kesehatan) yang memberikan pelayanan medis sekunder atau rujukan, baik yang sifatnya relatif sederhana yaitu perawatan maupun pelayanan medis yang kompleks atau sering disebut pelayanan tersier seperti bedah jantung dan bedah otak. Perbedaan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, biasanya pada jam pelayanan dimana rumah sakit umumnya berfokus pada pelayanan rawat inap dan karenanya menyediakan pelayanan selama 24 jam. Namun demikian, untuk menunjang kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat di sekitarnya, rumah sakit dapat juga menyediakan pelayanan rawat jalan.

Menurut kepemilikan rumah sakit dibagi menjadi rumah sakit milik pemerintah dan rumah sakit milik swasta. Rumah sakit milik pemerintah umumnya disebut public hospital atau rumah sakit publik yang secara alamiah merupakan kewajiban pemerintah dalam melayani rakyatnya yang sedang menderita bencana suatu penyakit. Oleh karenanya tidak ada literatur yang membagi rumah sakit pemerintah menjadi rumah sakit bertujuan mencari laba atau bukan mencari laba. Rumah sakit publik ditujukan kepada semua penduduk, namun dalam prakteknya lebih banyak dimanfaatkan oleh penduduk berpenghasilan rendah. Hal ini tidak berarti bahwa penduduk berpenghasilan tinggi tidak berhak menggunakannya. Rumah sakit swasta pada awalnya umumnya didirikan oleh lembaga keagamaan untuk menolong sesama umatnya. Rumah sakit seperti disebut RS swasta nirlaba (tidak bertujuan mencari untung untuk donatur atau pendirinya). Namun dengan perkembangan materialisme, kini semakin banyak pihak swasta yang melihat

potensi rumah sakit sebagai tempat untuk menanggung rejeki. Maka pada umumnya literatur membagi rumah sakit swasta menjadi dua yaitu rumah sakit swasta nirlaba (not for profit) dan rumah sakit swasta pencari laba (for profit). Rumah sakit swasta nirlaba sering disebut sebagai rumah sakit komunitas.

Jumlah Rumah sakit di Indonesia seluruhnya per November 2005 adalah 1.259 buah dengan perincian; 31 buah milik Depkes, 80 buah milik Pemda Propinsi, 58 buah milik Pemda Kotamadya, 278 buah milik Pemda Kabupaten, 112 buah milik TNI/POLRI, 78 buah milik BUMN atau Departemen lainnya dan 622 buah milik Swasta.

Jumlah rumah sakit berdasarkan jenisnya adalah 988 buah Rumah Sakit Umum; 51 buah Rumah Sakit Jiwa; 22 buah Rumah Sakit Kusta; 9 buah Rumah Sakit Tuberculosis; 10 buah Rumah Sakit Mata; 55 buah Rumah Sakit Bersalin dan 124 buah rumah sakit lain..

B. PENYELENGGARAAN RUMAH SAKIT SAAT INI

Perumah sakitan di Indonesia, siapapun pemiliknya, saat ini boleh dikatakan tidak memiliki pengaturan yang kuat yang melindungi rakyat yang kuat sehingga abuse dan overutilization sering terjadi pada banyak rumah sakit swasta dan bahkan pada pelayanan swasta di RS pemerintah. Peraturan tertinggi rumah sakit di Indonesia adalah Peraturan Menteri Kesehatan. Setelah UU 10/2003, Peraturan Menteri tidak lagi masuk dalam hirarki undang-undang. Oleh karenanya, relatif rumah sakit di Indonesia tidak diatur padahal jumlahnya mencapai 1.259 buah, sedangkan BUMN yang jumlahnya hanya 260-an sudah diatur dengan Undang-Undang. Ironisnya, rumah sakit yang pelayanannya dibutuhkan oleh seluruh rakyat, tidak diatur seperti halnya bahan bakar minyak, tarif telepon, atau tarif listrik. Padahal, tanpa bahan bakar minyak, telepon, atau listrik, penduduk bisa hidup produktif. Tanpa pelayanan rumah sakit, penduduk dapat mati. Mengapa pengaturan rumah sakit di Indonesia tidak mengacu pada UUD 1945 yang mengatakan bahwa segala sesuatu yang merupakan kepentingan orang banyak dikuasai negara?

Memang pemerintah telah memiliki sekitar separuh jumlah rumah sakit, bahkan lebih dari separuh jumlah tempat tidur rumah sakit di seluruh Indonesia (lihat data tentang rumah sakit). Namun demikian, pelayanan yang diberikan seringkali dinilai tidak memuaskan dan rumah sakit publik menderita kekurangan dana yang kronik. Pelayanan RS publik

terus mendapat persepsi pelayanan yang tidak berkualitas dan terkesan asal melayani, sehingga penduduk yang relatif miskin sekalipun berupaya mencari pelayanan di RS swasta yang mahal. Birokrasi, sistem kepegawaian, dan sistem penggajian pemerintah menyebabkan pelayanan RS publik dinilai tidak responsif terhadap demand rakyat dan tidak memadai mutunya.

Akibatnya, banyak penduduk yang terpaksa menggunakan pelayanan rumah sakit swasta yang untuk mencari untung memberikan pelayanan yang ramah, yang dipersepsi baik, meskipun dengan harga pelayanan yang jauh dari kemampuan rakyat. Rakyat tidak punya pilihan. Pemilik rumah sakit swasta mendapat keuntungan besar, sementara rumah sakit swasta yang tidak mencari laba, yang berniat membantu pemerintah atau penduduk yang kurang mampu, menderita kurang dana dan tidak mendapat subsidi pemerintah yang memadai. Rumah sakit swasta for profit diberikan kewajiban melayani penduduk tidak mampu yang lebih sedikit dibandingkan dengan rumah sakit not for profit, padahal insentif pajak dan bantuan pemerintah untuk RS not for profit (seperti RS Islam, RS Katolik, dan RS berorientasi keagamaan lain) tidak berbeda banyak. Kebijakan ini mendorong orang berupaya mencari profit dari pelayanan rumah sakit yang kurang tepat dan kurang terkendali di Indonesia, yang berpotensi merugikan pasien atau klien.

Kebijakan dan peraturan yang sentralistis di masa lalu, tidak memberikan peluang kepada daerah untuk mengembangkan pelayanan RS yang lebih responsif kepada kebutuhan dan permintaan rakyat di daerah dan yang lebih sesuai dengan teori maupun amanat rakyat dalam UUD45. Dalam amandemen keempat, UUD45 telah mengamanatkan pada pasal 34 ayat 3 yang berbunyi 'Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas kesehatan dan penyediaan fasilitas umum yang layak'. Sedangkan pada pasal 34 ayat 4 UUD45 dijelaskan bahwa ketentuan lebih lanjut tentang hal itu diatur dalam undang-undang. rumah sakit adalah salah satu jenis fasilitas kesehatan yang mutlak perlu diatur. Pengaturan rumah sakit dalam sebuah undang-undang umum, seperti UU Kesehatan, akan menyebabkan pengaturan rumah sakit yang superfisial dan tidak sesuai dengan sifat alamiah pelayanan rumah sakit yang sangat asimetris. Oleh karena, pengaturan rumah sakit dalam sebuah undang-undang khusus, seperti yang dilakukan banyak negara, merupakan suatu keharusan.

Saat ini merupakan kesempatan emas untuk melakukan perubahan mendasar yang lebih konsisten dengan teori dan amanat rakyat. Penetapan tarif di RS publik kelas III selama ini sebenarnya memiliki tujuan mulia, yaitu mengurangi hambatan akses finansial

masyarakat ekonomi rendah. Kenyataannya, pelayanan rumah sakit lebih menguntungkan kelompok ekonomi tinggi, penduduk yang dekat fasilitas (kota) dan kelompok yang terlindung dalam asuransi kesehatan (Peserta PT. Askes, JPK Jamsostek, dan perusahaan asuransi kesehatan lain) (Thabrany, H et al, 2000). Karena iming-iming uang dan tidak memadainya pendanaan oleh pemerintah karena tidak ada aturan undang-undang yang mengharuskan pemerintah mendanai penuh rumah sakit, banyak rumah sakit publik sekalipun berlomba menawarkan pelayanan kelas VIP. Akibatnya perhatian lebih banyak pada yang berkantong tebal, ketimbang pelayanan di kelas III yang dinilai sekedar melayani oleh banyak penduduk.

Pendanaan pemerintah tidak mampu menutupi biaya operasional dan pemeliharaan RS publik, baik milik Pemerintah pusat maupun milik pemerintah daerah. Anggaran kesehatan untuk RS publik milik Pemda, misalnya yang dulu dikenal dengan kelas C, baru mampu mencukupi 40% biaya operasionalnya. Rendahnya anggaran ini bisa disebabkan terbatasnya anggaran itu sendiri karena sekitar 50-75% anggaran daerah terserap untuk anggaran rutin (gaji, tunjangan, kebutuhan aktifitas administrasi pemerintah dan lain-lain) (Bappenas, 2002), atau karena kurangnya pemahaman dan prioritas untuk menyediakan pelayanan rumah sakit yang memadai. Faktor lain yang menyebabkan rendahnya anggaran adalah anggapan pengambil kebijakan daerah tentang pelayanan rumah sakit sebagai pelayanan konsumtif dan memboroskan keuangan pemerintah, sedangkan revenue yang mereka hasilkan tidak sesuai dengan anggaran yang diberikan oleh pemerintah. Persepsi ini muncul terutama setelah era desentralisasi karena Pemda tidak mengetahui sebelumnya bahwa RS banyak dibantu pembiayaannya oleh pusat, di masa lalu, melalui dana Inpres dan SBBO.

Kondisi ini membuat Pemda melakukan strategi meminta RS Publik mampu menutupi biaya operasional dan pemeliharaan dengan prinsip RS swadana atau bahkan diswastakan seperti di Jakarta. Konsep akan memberatkan beban penduduk? Sementara Pemda belum memiliki konsep pembiayaan terhadap orang miskin dari daerah dan belum memiliki sistem manajemen keuangan rumah sakit yang mendukung hal itu. Manajemen RS selama ini masih melakukan manajemen birokrasi sehingga keleluasaan RS dalam meningkatkan mutu pelayanan harus menempuh berbagai birokrasi yang berbelit dan bahkan menghambat proses peningkatan pelayanan yang bermutu kepada penduduk sebagai sumber daya pembangunan.

Rumah Sakit Publik milik daerah sekarang ini menjadi dilematis. Di satu sisi RS harus menjadi fasilitas yang benar-benar melayani rakyat akan membutuhkan dana dari pemda yang besar agar pelayanan terjangkau dan bermutu. Pada sisi lain, Pemda berada dalam keterbatasan dana. Akibat rendahnya pendanaan ini dan sistem manajemen RS yang dianut selama ini mutu pelayanan rumah sakit seperti mutu fisik (fasilitas, alat, ketersediaan tenaga, dan lain-lain), dan tingkat kepatuhan terhadap standar pelayanan medis maupun non medis, menjadi rendah yang menimbulkan rendahnya tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan yang mereka terima.

Menjadikan RS publik sebagai suatu institusi yang berfungsi ekonomi, akan makin memperburuk akses masyarakat terhadap RS dan bertentangan dengan UUD45 maupun UU 32/2004. Di lain pihak masyarakat kalangan tertentu mengeluh akan rendahnya mutu RS Publik dan perlunya akuntabilitas (tanggung jawab) baik dalam hal keuangan maupun pelayanan yang mereka berikan. Untuk mewujudkan keseimbangan pelayanan rumah sakit, maka peraturan yang bersekala nasional harus diwujudkan, agar semua rakyat yang membutuhkan pelayanan medis dapat memenuhi kebutuhan medisnya.

C. KESENJANGAN DALAM PEMANFAAT PELAYANAN RUMAH SAKIT

Penelitian Thabrany dkk (2002) menunjukkan adanya kesenjangan yang tinggi dalam kemampuan masyarakat menggunakan pelayanan rumah sakit seperti disajikan berikut. Banyak penduduk yang sakit, yang sesungguhnya membutuhkan pelayanan kesehatan termasuk pelayanan rumah sakit, tidak bisa berobat karena tidak ada uang. Kondisi ini disebut *unmet needs*. Secara umum insiden *unmet needs* mengalami penurunan dari tahun 1995 ke tahun 2005, khususnya setelah ada program asuransi kesehatan bagi penduduk miskin atau kebijakan perawatan kelas III di rumah sakit pemerintah gratis yang dilakukan Kabinet Indonesia Bersatu. Ketika krisis, data dari berbagai studi seperti Indonesian *Family Life Survey* (IFLS) dan Survei 100 Desa menunjukkan tingginya angka *unmet needs*. Data memperlihatkan kelompok yang tidak memiliki asuransi kesehatan memiliki angka *unmet needs* sebanyak 69 orang dari 1.000 orang. Artinya, dari 1.000 orang yang sakit, yang memerlukan rawat jalan, 69 orang tidak berobat sama sekali. Ini artinya, ada lebih dari 1,3 juta penduduk yang seharusnya diobati tidak terobati dalam satu bulan.

Secara rata-rata angka rawat jalan rumah sakit pemerintah untuk kelompok yang memiliki asuransi adalah 19 per 1.000 orang per bulan pada tahun 1998, meningkat dari 16 pada tahun 1995; sedangkan pada kelompok tidak yang memiliki asuransi adalah 14 pada tahun 1998 meningkat dari 12 pada tahun 1995. Rumah tangga petani tetap merupakan pengguna rawat jalan rumah sakit pemerintah yang terkecil, sedangkan pegawai negeri dan pedagang merupakan pengguna pelayanan rawat jalan rumah sakit pemerintah yang terbesar. Kelompok yang memiliki Askes menggunakan pelayanan rumah sakit lebih baik karena memiliki hambatan finansial lebih kecil sedangkan pedagang umumnya tinggal di perkotaan dan memiliki pendapatan lebih tinggi. Di antara berbagai kelompok pendapatan, kelompok yang memiliki Askes secara konsisten memanfaatkan pelayanan 10 % sampai 20 % lebih banyak dibandingkan dengan kelompok yang tidak memiliki Askes pada tingkat pendapatan yang sama.

Tingkat akses rawat jalan rumah sakit swasta adalah dua per tiga dari tingkat akses rawat jalan rumah sakit publik. Secara umum, angka rawat jalan di rumah sakit swasta per bulan dari kelompok Askes adalah 12 per 1.000 orang sedangkan kelompok bukan Askes hanya 8 per 1.000 orang. Penduduk perkotaan secara konsisten menggunakan pelayanan rawat jalan rumah sakit swasta 30 % lebih besar dibandingkan penduduk pedesaan. Di antara berbagai kelompok pendapatan, angka akses kelompok Askes mencapai 10 % sampai 15 % lebih besar dibandingkan dengan kelompok yang tidak memiliki Askes. Sementara itu, rumah tangga petani tetap merupakan kelompok yang paling rendah aksesnya.

Angka rawat inap tetap menunjukkan kesenjangan terbesar di antara orang kaya dan miskin, baik di rumah sakit publik maupun swasta. Pada tahun 1995, di antara 1.000 orang yang memiliki asuransi terdapat 179 hari rawat sedangkan bagi yang tidak memiliki asuransi hanya 152 hari. Pada tahun 1998, angka hari rawat kelompok yang memiliki asuransi meningkat menjadi 303 hari per 1.000 orang sedangkan untuk kelompok tidak yang memiliki asuransi meningkat menjadi 199 hari per 1.000 orang. Terdapat kesenjangan yang tinggi antara kelompok yang memiliki asuransi dan tidak yang memiliki asuransi. Hari rawat kelompok yang memiliki asuransi sekitar 50 % lebih banyak dibandingkan dengan yang tidak yang memiliki asuransi. Angka hari rawat di rumah sakit pemerintah pada kelompok yang memiliki asuransi yang terkaya adalah 494 hari per 1.000 orang sedangkan yang termiskin hanya sekitar 20 % dari kelompok terkaya, yaitu 90 hari per 1.000 orang.

Pada kelompok yang tidak yang memiliki asuransi, angka rawat inap kelompok 10 % terkaya adalah 422 hari per 1.000 orang, sedangkan yang termiskin hanya sekitar 15 % dari kelompok terkaya, yaitu 73 hari per 1.000 orang. Data ini mengindikasikan bahwa kebutuhan jaminan rawat inap pada kelompok yang memiliki asuransi lebih besar dibandingkan dengan kelompok tidak yang memiliki asuransi . Terdapat kesenjangan angka hari rawat yang tinggi antara penduduk perkotaan dan pedesaan di antara kelompok status asuransi yang berbeda. Data ini mengindikasikan bahwa akses pada rawat inap rumah sakit dipengaruhi oleh kondisi geografis. Setiap usaha untuk memperluas cakupan asuransi kesehatan bagi penduduk perkotaan dan pedesaan manfaatnya akan lebih dinikmati oleh penduduk perkotaan dibandingkan dengan penduduk pedesaan.

Rumah tangga petani tetap merupakan kelompok penduduk yang paling tidak terlayani, mungkin karena mereka tinggal di daerah pedesaan dimana akses geografi dan transportasi membatasi mereka dalam memperoleh pelayanan rawat inap. Oleh karena kelompok yang memiliki asuransi juga meliputi orang yang menerima jaminan kesehatan dari majikan dan perusahaan asuransi kesehatan swasta, rawat inap di rumah sakit swasta jauh lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang tidak yang memiliki asuransi . Pada tahun 1998 kelompok yang memiliki asuransi menghabiskan 225 hari rawat per 1.000 orang, disamping hari rawat di rumah sakit pemerintah; sedangkan pada kelompok tidak yang memiliki asuransi hanya 119 hari, atau sekitar setengah dari kelompok yang memiliki asuransi .

Perbedaan hari rawat antara penduduk perkotaan dan pedesaan lebih besar di rumah sakit swasta dibandingkan dengan di rumah sakit pemerintah. Kelompok 10 % penduduk terkaya yang yang memiliki asuransi mengkonsumsi 479 hari rawat per 1000 orang di rumah sakit swasta, atau sekitar dua kali lipat dari rata-rata konsumsi kelompok yang memiliki asuransi dan sekitar 15 kali lipat dibandingkan dengan kelompok termiskin yang yang memiliki asuransi . Kelompok 10 % terkaya yang tidak yang memiliki asuransi menghabiskan 373 hari rawat, atau sekitar 25 % lebih rendah dibandingkan dengan kelompok terkaya yang yang memiliki asuransi .

Apabila dilihat dari keterangan di atas, dimana akses rawat jalan yang berkisar 12 per 1000 orang/bulan pada kelompok yang memiliki asuransi dan 8 per 1000 orang/bulan pada kelompok tidak yang memiliki asuransi , sedangkan rawat inap 494 hari/1000 pada kelompok yang memiliki asuransi dan 422 hari/1000 pada kelompok tidak yang memiliki

asuransi. Data ini mengindikasikan bahwa kebutuhan rawat inap lebih besar dibandingkan dengan kebutuhan jaminan rawat jalan.

BAB III

POKOK-POKOK PEMIKIRAN

PENGATURAN RUMAH SAKIT

A. ASAS PENGATURAN RUMAH SAKIT

Menjelaskan tujuan UU Rumah Sakit yang juga menegaskan bahwa UU ini selanjutnya juga berlaku bagi semua Rumah Sakit, baik Rumah Sakit public (BUMN, TNI, POLRI) Rumah Sakit Komunitas dan Rumah Sakit Swasta. Secara umum dapatlah dikatakan bahwa tujuan UU ini adalah untuk memungkinkan tersedianya pelayanan rumah sakit yang menata, bermutu, bertanggung jawab, professional, ilmiah dan terjangkau bagi masyarakat yang memerlukan. Disamping asas-asas yang berlaku umum, dalam pengaturan rumah sakit perlu diperhatikan beberapa hal sebagai berikut:

- a. Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan

Upaya kesehatan yang harus diselenggarakan rumah sakit merupakan salah satu bagian dari penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Oleh karena itu dalam pengaturan rumah sakit harus mengikuti asas-asas yang berlaku dalam penyelenggaraan-penyelenggaraan pembangunan kesehatan, yaitu :

- (1) Asas perikemanusiaan yang berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa

Berarti bahwa penyelenggaraan kesehatan harus dilandasi atas perikemanusiaan yang berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa dengan tidak membedakan golongan, agama dan bangsa.

- (2) Asas Manfaat

Berarti memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi kemanusiaan dan perikehidupan yang sehat bai setiap warga negara.

- (3) Asas usaha bersama dan kekeluargaan

Berarti bahwa penyelenggaraan kesehatan dilaksanakan melalui kegiatan yang dilakukan oleh seluruh lapisan masyarakat dan dijiwai oleh semangat kekeluargaan.

- (4) Asas adil dan merata

Berarti penyelenggaraan kesehatan harus dapat memberikan pelayanan yang adil dan merata kepada segenap lapisan masyarakat dengan biaya yang terjangkau oleh masyarakat.

(5) Asas perikehidupan dalam keseimbangan

Berarti penyelenggaraan kesehatan harus dilaksanakan seimbang antara kepentingan individu dan masyarakat, antara fisik dan mental, antara materiil dan spiritual.

(6) Asas kepercayaan pada kemampuan dan kekuatan sendiri.

Berarti bahwa penyelenggaraan kesehatan harus berlandaskan pada kepercayaan pada kemampuan dan kekuatan sendiri dengan memanfaatkan potensi nasional seluas-luasnya.

b. Tenaga kesehatan yang melakukan pekerjaan/praktek pada rumah sakit memiliki kewenangan yang bersifat otonom

Artinya tenaga kesehatan dapat melakukan pekerjaannya sesuai dengan ilmu pengetahuan dan pengalamannya yang diperoleh dari pendidikan dan atau pelatihan serta pengalamannya. Tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan hendaknya memperhatikan beberapa prinsip yaitu :

(1) Asas tepat waktu

Asas ini dimaksudkan bahwa setiap tindakan tenaga kesehatan dalam melaksanakan profesinya harus dilakukan tepat pada waktunya.

(2) Asas legalitas

Asas ini dimaksudkan untuk landasan tenaga kesehatan dalam setiap tindakan profesionalnya haruslah dilandasi oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku.

(3) Asas proporsionalitas

Tindakan medis tenaga kesehatan harus proporsional dengan tujuan konkrit upaya kesehatan pada umumnya.

(4) Asas keseimbangan

Tenaga kesehatan dalam melakukan tindakan pelayanan kesehatannya harus sesuai dengan sarana dan prasarana yang tersedia menurut ketentuan persyaratan minimal yang diharuskan bagi setiap upaya kesehatan.

(5) Asas kejujuran

Tenaga kesehatan diberi kesempatan untuk terlebih dahulu meminta informasi yang dianggap perlu dan dalam menghadapi ketidakpuasan masyarakat harus diberikan kesempatan untuk menjelaskan duduk masalahnya.

(6) Asas kebebasan memilih tindakan

Dalam asas ini setiap tenaga kesehatan diberi kebebasan untuk memilih tindakan yang terbaik bagi dirinya dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dibatasi pada hal-hal yang menyangkut kecermatan, ketelitian dengan kemurnian dalam tujuan pembuatannya.

Rumah sakit sebagai unit sosio-ekonomis yang memberikan pelayanan kesehatan tetap harus memperhatikan prinsip “fungsi sosial”. Dalam kaitan ini pengertian fungsi sosial tidak diartikan dalam pengertian yang sempit, yakni hanya dengan menyediakan 25% tempat tidur bagi penderita tidak mampu, tetapi harus diartikan yang lebih luas, antara lain dengan menyelenggarakan berbagai kegiatan untuk kepentingan masyarakat keseluruhan.

Dengan diperhatikan dan dipenuhinya asas-asas pembentukan peraturan perundang-undangan yang baik disertai asas-asas yang harus dilandasi tindakan pelayanan kesehatan, maka diharapkan naskah akademis peraturan perundang-undangan tentang rumah sakit dapat dijadikan bahan untuk pembentukan kaedah-kaedah hukum menyusun perundang-undangan yang menyangkut rumah sakit.

B. VISI PELAYANAN RUMAH SAKIT

Berita yang cukup menggembirakan terjadi di tahun 2000 dan 2002. Untuk pertama kalinya kata-kata “kesehatan” masuk dalam UUD 1945 yang diamandemen seperti tercantum pada pasal 28H UUD 1945 Amandemen tahun 2000 “...setiap penduduk berhak atas pelayanan kesehatan”. Upaya memasukan sepotong kalimat tersebut tidaklah mudah. Bahkan ada orang kesehatan sendiri yang takut pencantuman sepotong kalimat tersebut akan memberatkan Pemerintah dan rumah sakit. Namun demikian, di negara yang lebih maju, memang pelayanan kesehatan telah menjadi hak bagi setiap penduduknya. Pemerintah dapat mengatur agar semua penduduk berkontribusi sebagai suatu kewajiban guna memenuhi hak-haknya. Itulah perlunya ada pemerintah. Pencantuman hak terhadap pelayanan kesehatan bertujuan untuk menjamin hak-hak

kesehatan yang fundamental seperti yang tercantum dalam deklarasi hak asasi manusia “*health is a fundamental human right*”.

Memang pencantuman hak tersebut belum diikuti oleh peningkatan anggaran kesehatan atau upaya lain yang dilakukan untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan. Sekalipun demikian, pasal 28H tersebut menjadi landasan yang kuat bagi pengambil kebijakan kesehatan untuk bernegosiasi di tingkat pemerintah pusat maupun pemerintah daerah. Berita gembira itu semakin diperkuat dengan amandemen UUD 1945 tanggal 11 Agustus 2002 dimana MPR telah mengamanatkan agar “Negara mengembangkan jaminan sosial bagi seluruh rakyat” seperti tercantum dalam pasal 34 ayat 2 UUD 1945. Dalam pasal 3 ayat tersebut, MPR juga menggariskan bahwa “Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak...”. Jadi, jelas fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit disejajarkan dengan fasilitas pelayanan umum (fasum) yang seharusnya bisa dinikmati setiap warga negara tanpa memandang keadaan ekonomi dan sosialnya.

Dengan amandemen tiga pasal dalam UUD 1945, tujuan negara sudah semakin jelas yaitu secara eksplisit menempatkan kesehatan sebagai bagian dari kesejahteraan rakyat yang harus tersedia merata. Dengan kata lain, prinsip ekuitas telah ditancapkan dalam UUD 1945 sehingga daerah-daerah seharusnya tidak bisa lagi menghindar dari memberi porsi yang lebih besar untuk pendanaan sektor kesehatan.

Namun demikian, visi ekuitas yang mengarah pada cakupan universal jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk harus bisa dijabarkan dengan cara yang mudah dipahami, dapat dibiayai oleh sistem dan dapat diterima oleh masyarakat (*acceptable*). Sistem pendanaan kesehatan Indonesia di masa datang harus menjamin cakupan seluruh rakyat seperti yang diamanatkan pasal 34 ayat 2 UUD 1945. Cakupan universal tersebut juga harus menjamin adanya ekuitas dengan beban pendanaan yang relatif terjangkau dan jumlahnya tetap agar tidak mengganggu kebutuhan pendanaan rutin lainnya. Hal itu berarti pendanaan dari kantong sendiri (*out of pocket, OOP*) harus seminimal mungkin, kecuali untuk pengendalian moral hazard.

Apa yang tercantum dalam amandemen UUD 1945 barulah merupakan suatu langkah paling awal yang memberikan landasan yang kuat bagi kebijakan pendanaan kesehatan di kemudian hari. Banyak alternatif pendanaan yang dapat mencapai visi cakupan universal yang mempunyai berbagai dampak efisiensi dan kualitas pelayanan yang berbeda-beda

dan mempunyai tingkat kelayakan dilaksanakan di Indonesia yang berbeda-beda. Untuk itu perlu dilakukan pengkajian yang intensif dan terus menerus agar diperoleh sistem yang paling efisien, yang dapat diterima penduduk dan yang memiliki asuransi kelangsungan hidupnya untuk masa yang panjang.

C. PENDANAAN RUMAH SAKIT

Sebagai negara berkembang yang lambat belajar dan berubah, Indonesia mengalami masalah besar dalam pendanaan kesehatan karena berbagai masalah konseptual yang tidak dipelajari dan diperbaiki selama puluhan tahun. Nilai-nilai moral dan sosial yang dianut masyarakat dan pemerintah Indonesia tidak mengalami kemajuan berarti dalam hal meningkatkan solidaritas sosial dan kebersamaan dalam masyarakat madani atau masyarakat beradab (*civil society*). Masalah-masalah konseptual tersebut adalah sebagai berikut:

1. Tarif Rumah Sakit

Dulu tarif rumah sakit juga ditetapkan relatif rendah antara Rp 2.000,- sampai Rp 10.000,- per kunjungan rawat jalan, sedikit lebih tinggi dari tarif puskesmas, tergantung Perda suatu daerah. Kini terdapat kecendrungan Pemda-Pemda menaikkan tarif rumah sakit dengan bermacam alasan. Bahkan tarif rawat jalan di RSCUM sudah mencapai Rp 40.000 sedangkan tarif rawat inap tentu tidak bisa dipastikan akhirnya sebelum perawatan selesai. Untuk rawat inap, banyak rumah sakit umum di daerah yang masih menetapkan tarif Rp 10.000,- sampai Rp 20.000,- per hari perawatan di kelas III. Tarif perawatan rumah sakit kelas III di Jakarta ditetapkan sebesar Rp 35.000,- per hari, konon katanya sudah termasuk makan tiga kali dan perawatan oleh perawat karenanya murah sekali. Kalau diukur dengan indikator pasar dan jual beli memang murah, tetapi pasien yang sakit tidak selalu punya uang. Tarif yang rendah tersebut sering disebut sebagai tarif yang "terjangkau".

Pengertian tarif terjangkau masyarakat mempunyai beberapa masalah yaitu:

Besarnya tarif terjangkau sangat subyektif dan ditetapkan pada umumnya berdasarkan kesepakatan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) atas usul Dinas Kesehatan. Pada umumnya penetapan tarif terjangkau dimasa lalu, tidak didasarkan atas dasar perhitungan berapa banyak masyarakat yang mampu membayar tarif tersebut jika ia sakit. Kini perhitungan tarif yang disesuaikan dengan kemampuan masyarakat membayar sudah mulai diperhitungkan.

Konsep “terjangkau” bisa digunakan dan valid digunakan untuk pelayanan di puskesmas dengan biaya tetap per paket, termasuk pemeriksaan dokter, pemeriksaan penunjang, dan obat. Konsep “terjangkau” mengandung arti mampu dibayar oleh pengguna, yang cocok untuk suatu barang atau jasa yang kebutuhannya dapat diprediksi atau yang jumlah pengeluarannya dapat diprediksi. Untuk jasa transportasi misalnya, ongkos angkutan jauh-dekat misalnya Rp 1.000,- jelas dapat dikatakan terjangkau untuk masyarakat Jakarta. Penduduk dapat menghitung besarnya biaya transportasi yang dibutuhkan untuk tiap bulan.

Konsep “terjangkau” dengan menetapkan tarif di puskesmas atau di rumah sakit dengan tarif jasa per pelayanan (*fee for service*) sama sekali tidak valid sebab kebutuhan pelayanan tidak bisa ditetapkan. Apabila sistem pembayaran di puskesmas dan di rumah sakit diterapkan seperti di Malaysia, dimana setiap penduduk hanya membayar satu ringgit untuk rawat jalan dan 3 RM (tiga ringgit, sekitar Rp 7.000) untuk sehari perawatan di rumah sakit, termasuk obat atau operasi apapun, maka kata terjangkau valid digunakan. Hal itu tidak terjadi di Indonesia. Sebagai contoh, tarif perawatan di kelas III di RS di Jakarta yang sebesar Rp 35.000,- per hari tidak mungkin terjangkau oleh seorang pegawai swasta berpendidikan sarjana yang bergaji Rp 2.000.000,- sebulan, jika ia dirawat selama 60 hari dari kantongnya sendiri. Untuk ruangan saja, ia harus membayar sebesar 60 x Rp 35.000,- = Rp 2.100.000,-. Di luar itu, ia masih harus membayar obat, pemeriksaan penunjang, jasa dokter, dll. Jumlah tagihan sebenarnya akan mencapai 3 sampai 4 kali lipat. Jadi tagihan yang harus dibayar dapat mencapai Rp 6 juta sampai Rp 8 juta. Dari mana pegawai tersebut mampu membayar. Jika ia membutuhkan perawatan intensif, sudah pasti ia tidak sanggup membayar. Disinilah letak tidak validnya penggunaan tarif terjangkau untuk pelayanan kesehatan, karena kebutuhan pelayanan kesehatan bersifat tidak pasti (*uncertain*).

Sistem pembayaran pelayanan kesehatan yang ditetapkan pemerintah adalah sistem pembayaran jasa per pelayanan. Sampai dengan tulisan ini dibuat, Depkes tidak pernah membuat pedoman tarif yang bersifat tetap per episode penyakit atau per diagnosis yang memungkinkan masyarakat membayar sesuai dengan kemampuannya. Perhitungan tarif “terjangkau” adalah tarif untuk satu kali pelayanan, bukan tarif untuk satu kebutuhan medis.

Meskipun belakangan sudah diperkenalkan tarif yang dihitung atas dasar *ability to pay* (ATP) dan *willingness to pay* (WTP), permasalahan tarif terjangkau masih belum selesai karena sifat kebutuhan yang “tidak pasti”. Kalau diperhatikan jumlah pasien yang tidak bayar di rumah sakit pemerintah memang relatif kecil, tetapi tidak berarti masyarakat mampu menjangkau secara ekonomis pelayanan yang diberikan. Mengambil contoh perawatan pada nomor 2 di atas, maka beban biaya ruangan saja yang mencapai Rp 2.100.000,- sudah pasti tidak sesuai dengan ATP seorang sarjana. Jika ia memang membayar, maka sifat pembayaran tersebut menjadi pembayaran yang terpaksa, *forced to pay* (FTP) dalam penderitaan.

Pertanyaan yang paling mendasar kemudian muncul yaitu, “apakah manusiawi dan normal jika pemerintah memaksa penduduknya yang sedang menderita sakit membayar di luar kemampuannya?” Karena kemiskinan Indonesia yang sudah berkepanjangan, kenyataan adanya FTP bagi yang menderita sakit, yang bukan keinginan atau kesalahannya, sama sekali belum menjadi keprihatinan pemerintah pusat maupun daerah. Sebagian besar masyarakat kita masih menerima kenyataan itu, sebagai sesuai yang biasa. Artinya, kita sebenarnya masih menganut paham *equity liberter* dalam pendanaan kesehatan. Sebuah paham yang telah lama ditinggalkan negara-negara maju dan telah beradab.

2. Subsidi Rumah Sakit

Kebijakan Pemerintah untuk memberikan subsidi terhadap pelayanan kesehatan, yang secara implisit merupakan pemahaman pemerintah atas tanggung jawab kepentingan umum, merupakan suatu tanggung jawab yang sesuai dengan perannya. Sesungguhnya, istilah ‘subsidi’ untuk rumah sakit publik tidak tepat. Istilah subsidi digunakan untuk pendanaan oleh pemerintah kepada pihak swasta. Pendanaan pemerintah untuk lembaga atau instansi pemerintah, seperti rumah sakit publik, kantor pemerintah, atau pembangunan jalan yang memang menjadi kewajiban pemerintah, bukanlah subsidi. Sebagai negara berkembang, Indonesia mengalami kesulitan untuk memberikan dana langsung kepada sisi demand, misalnya dengan memberikan kartu berobat cuma-cuma kepada penduduk. Bukan saja aparat yang tidak siap ataupun tidak memahami untuk melakukan hal tersebut, masyarakat pun tidak mempunyai tanggung jawab yang cukup.

Untuk masa lebih dari setengah abad, pendanaan pelayanan kesehatan dilakukan secara sederhana dengan menyediakan fasilitas kesehatan, menyediakan tenaga kesehatan dan menyediakan perlengkapan. Paham ini bersumber dari model *National Health Service* di Inggris dimana pemerintah memperlakukan pelayanan kesehatan sebagai hak setiap penduduk (yang Indonesia telah pula mencanangkannya dalam amandemen UUD 1945 tahun 2000 yang lalu). Model pelayanan kesehatan nasional di Inggris memberikan akses pelayanan kesehatan cuma-cuma kepada semua penduduk, baik yang bersifat pelayanan maupun obat-obatan.

Sayangnya dalam meniru model Inggris, Indonesia tidak memiliki atau tidak mau menyediakan jumlah sumber dana yang mencukupi. Maka jalan tengah yang dilakukan adalah memberikan pelayanan kesehatan dengan tarif “subsidi”. Karena ketidakmampuan aparat dan pemerintah (DPRD dan eksekutif) dalam menerapkan yang tepat, maka kebijakan pendanaan dan pentaripan dibuat sederhana, seolah kita menganut sistem egaliter seperti di Inggris. Subsidi diskriminatif (yang lebih besar kepada penduduk miskin), khususnya untuk pelayanan rumah sakit, hanya dilakukan dengan diskriminasi tarif atas pilihan pengguna. Maka disediakan berbagai macam tarif yang berbeda untuk pelayanan yang berbeda. Ada tarif perawatan kelas III, kelas II dan kelas I. Anehnya jasa dokter, yang sesungguhnya waktu dan alat yang digunakan sama, ditetapkan berbeda untuk pasien yang dirawat di kelas berbeda. Hal seperti ini tidak terjadi di negara yang lebih maju.

Akibatnya, pelayanan kesehatan diberikan sesuai dengan kemauan dan kemampuan penduduk membayar. Dalam kondisi perekonomian yang rendah, dimana setiap penduduk berupaya memenuhi berbagai keinginannya, maka setiap ada kesempatan mendapatkan pelayanan dengan harga murah akan dikejar. Dalam kondisi ini, penduduk yang relatif mampu akan menggunakan pelayanan kesehatan yang lebih murah. Karena penduduk yang relatif mampu tinggal di kota dan rumah sakit juga biasanya berada di ibu kota provinsi atau kabupaten, maka dana publik yang diberikan lebih banyak dinikmati oleh penduduk yang lebih mampu. Akibatnya, dana publik yang diberikan tidak tepat sasaran. Tidak tepatnya pendanaan pemerintah kepada penduduk yang paling miskin ini juga terjadi di sektor lain seperti pendidikan, angkutan, bahkan subsidi bahan bakar minyak dan gas (migas). Kesadaran untuk membenahi pendanaan yang tepat sasaran baru saja muncul dalam lima tahun terakhir, meskipun sebenarnya sudah diingatkan oleh para akademisi puluhan tahun yang lalu. Namun demikian, kesadaran yang mulai muncul di kalangan pengambil keputusan belum tampak menjadi kebijakan yang dilaksanakan

secara konsisten, karena anggapan sulitnya melakukan reposisi pendanaan pemerintah. Sementara aparat di lapangan sudah terlanjur tidak mendapat tantangan untuk menyesuaikan kebijakan dengan kebutuhan yang berubah.

D. PELAYANAN KESEHATAN SEBAGAI KONSUMSI

Untuk masa setengah abad, pelayanan kesehatan di Indonesia pada umumnya hanya dinilai sebagai suatu pemerataan hasil pembangunan dalam bidang kesejahteraan. Meskipun di seluruh dunia, memang kesehatan merupakan suatu bagian dari kesejahteraan, akan tetapi banyak negara maju memahami bahwa kesejahteraan tersebut pada akhirnya akan meningkatkan sumber daya manusia. Oleh karenanya dalam jangka panjang mempunyai aspek investasi. Sampai dengan dua dekade terakhir, gerakan dunia memang masih terpusat pada pertumbuhan ekonomi dan berbagai program pemerintahan di dunia tidak lepas dari pengaruh Bank Dunia maupun Dana Moneter Internasional (IMF), yang terpusat pada pertumbuhan ekonomi. Investasi yang besar dalam bidang kesehatan dinilai sebagai suatu pemborosan yang tidak terlalu perlu. Baru pada awal tahun 1990-an, pemahaman tentang peran sumber daya manusia mulai berkembang.

United Nations Development Programme (UNDP) misalnya, semakin gencar mensosialisasikan peringkat indeks pembangunan manusia (*human development index*) yang indikatornya terdiri atas indeks kesehatan, pendidikan dan ekonomi. Indonesia masih menempati urutan di sekitar 112 dalam beberapa tahun terakhir dari sekitar 190 negara di dunia. Artinya, posisi Indonesia jauh tertinggal dari negara-negara tetangga Asia Tenggara. Sekalipun demikian, pemahaman pemerintah Indonesia tentang pentingnya peran kesehatan untuk meningkatkan mutu sumber daya manusia masih belum terwujud. Akibat pemahaman yang hanya terfokus kepada kesejahteraan yang berkonotasi hanya konsumtif, maka pendanaan kesehatan tidak mendapat prioritas yang memadai. Bahkan kondisinya lebih parah lagi karena banyak daerah dan juga kini pemerintah pusat telah mulai memperhitungkan pelayanan kesehatan sebagai sumber pendapatan. Munculnya kebijakan rumah sakit pencari laba, yang sejak tahun 1990 sudah diizinkan di Indonesia, merupakan indikasi perubahan paradigma yang mengancam pemerataan kesehatan yang adil (*equity*). Seperti perubahan rumah sakit umum (RSU) vertikal menjadi rumah sakit perusahaan jawatan (RS Perjan). Bahkan sudah ada RSUD yang telah dijadikan perusahaan Perseroan Terbatas, yang jelas-jelas merupakan instansi swasta untuk berbisnis dalam rangka mencari laba sesuai dengan UU Perseroan Terbatas.

Ini akan menempatkan kesalahan fundamental yang lebih parah dalam konsep pembangunan kesehatan. Perubahan ini merupakan suatu perwujudan dari pemahaman kesehatan sebagai barang konsumsi. Karenanya sah saja jika perusahaan yang terjun ke sektor ini untuk mencari keuntungan. Pembangunan kesehatan dapat berubah dari sektor konsumtif yang tidak mendapat pendanaan yang memadai menjadi sektor sumber pembangunan ekonomi yang lebih menurunkan pendanaan publik di sektor ini.

E. KONSEP PUBLIC DAN PRIVATE GOODS

Akhir-akhir ini terjadi perubahan konsep yang cukup mendasar yang disampaikan oleh berbagai ahli dan pejabat di tingkat pusat maupun daerah. Konsep yang disampaikan menyangkut tanggung jawab pendanaan kesehatan pemerintah yang umumnya menyampaikan pesan bahwa pemerintah hanya bertanggung jawab membiayai program public goods (barang publik) dan program private goods (barang swasta) untuk orang miskin.

Barang publik adalah barang yang bersifat non rivalry dan atau non excludability. Apabila seseorang mengonsumsi barang tersebut, orang lain dapat mengkonsumsinya pada saat yang sama dalam jumlah yang sama tanpa menghabiskan barang tersebut. Sedangkan barang yang menimbulkan rivalry dan atau excludability disebut barang privat (Rosen 1999, Sapti, 2001). Menurut definisi ini, siaran televisi, radio atau mercu suar merupakan barang publik. Toh kebanyakan stasiun televisi dan radio dimiliki, disediakan, dan dikelola oleh swasta. Sementara jasa salon kecantikan, kendaraan, atau makanan adalah barang privat. Informasi, jelas merupakan barang publik. Akan tetapi pelayanan kesehatan dan jalan raya, bukan barang publik dalam artian dalam mengonsumsi barang tersebut, pada situasi tertentu, menjadi *rival* dan *excludable*. Misalnya pada jalan yang macet, jelas orang yang baru mau masuk jalan tersebut tidak bisa menggunakan jalan, karena sudah penuh dengan mobil orang lain (*rival* dan *excludable*). Tetapi semua orang tahu bahwa membangun jalan umum menjadi tugas publik (pemerintah). Tidak ada sektor swasta yang mau membangun jalan umum. Di Inggris dan di negara-negara persemakmuran Inggris serta di negara-negara kaya Timur Tengah, pelayanan kesehatan menjadi tanggung-jawab negara yang disediakan secara langsung. Selama ini terdapat salah faham para pengambil keputusan di bidang kesehatan yang menganggap bahwa pelayanan kesehatan, personal care seperti konsultasi dokter dan perawatan di rumah

sakit, adalah barang privat dan karenanya BUKAN tanggung jawab pemerintah. Ini adalah kesalahan fundamental di dalam pengambilan keputusan yang hanya berdasar salah satu sifat barang, tanpa memperhatikan berbagai aspek lain. Sebab, kalau faham ini benar, maka pembangunan jalan umum seharusnya bukan tanggung jawab pemerintah. Tidak ada satu negarapun di dunia yang mengandalkan pembangunan jalan umum kepada pihak swasta.

Pelayanan imunisasi dan promosi kesehatan dinilai sebagai barang publik sementara pelayanan pengobatan di rumah sakit maupun puskesmas dinilai sebagai barang swasta, sehingga kebijakan diarahkan untuk mengurangi subsidi ke fasilitas pelayanan. Konsep pengalihan pendanaan fasilitas kesehatan kepada asuransi kesehatan dapat diterima karena pendanaan tersebut seringkali menyebabkan salah sasaran. Namun demikian, pengalihan dari pendanaan fasilitas ke subsidi sisi demand harus dilaksanakan secara bertahap sejalan dengan kemampuan pemerintah menyalurkan subsidi yang tepat. Pengurangan dana fasilitas sebelum subsidi ke sisi demand berjalan dengan baik dan mencakup seluruh penduduk akan membahayakan tingkat kesehatan masyarakat.

Pendapat yang menyatakan bahwa pemerintah hanya bertanggung jawab terhadap pelayanan barang publik menunjukkan pemahaman yang salah tentang barang publik dan barang swasta. Secara alamiah menurut definisi ekonomi, pelayanan imunisasi adalah barang swasta karena sifatnya yang memiliki ciri rivalry dan excludability. Namun pelayanan imunisasi mempunyai eksternalitas yang menuntut tanggung jawab pendanaan publik. Pengobatan berbagai penyakit menular juga merupakan barang swasta yang mempunyai eksternalitas tinggi dan juga menuntut pendanaan publik atau tanggung jawab pemerintah. Tampaknya terjadi penyederhanaan pemahaman, yaitu pemisahan barang publik dan barang swasta serta pemahaman bahwa barang publik merupakan tanggung jawab publik (pemerintah). Sementara barang swasta merupakan tanggung jawab swasta atau individu.

Jika paham ini benar, maka siaran radio dan televisi harus dibiayai negara karena sifat informasi merupakan barang publik. Sebaliknya pembangunan jalan tol pada kota yang sudah macet harus diserahkan kepada swasta karena jalan tersebut merupakan barang swasta. Kesalahpahaman yang telah menyebar luas ini menimbulkan kebijakan yang salah yang justru dapat mengganggu ekuitas dan menyebabkan pembangunan kesehatan yang telah dicapai menjadi rusak.

Pembagian barang publik dan barang swasta tidak otomatis mempunyai konsekuensi pendanaan publik atau pendanaan swasta. Barang swasta dapat saja dibiayai oleh publik dan barang publik bisa saja dibiayai oleh swasta. Pendanaan publik untuk barang swasta dapat dibenarkan jika terdapat eksternalitas atau pendanaan oleh swasta tidak memadai.

F. PERAN SWASTA DALAM PELAYANAN RUMAH SAKIT

Dengan diberlakukannya UU No.32/2004 tentang pemerintah daerah akan menimbulkan beberapa risiko bagi sektor kesehatan di kabupaten dan kota. Dimana dituntut keahlian pemerintah daerah dalam mengatur keuangan masing – masing daerahnya dalam membiayai kewajiban Pemda dalam penyediaan fasilitas kesehatan seperti diatur dalam pasal 22 undang-undang tersebut. Keadaan pendanaan sektor kesehatan akan bergantung pada ekonomi masyarakat, yang akan mendorong kecenderungan out of pocket dari masyarakat lebih tinggi. Hal ini yang akan mendorong kerja sama rumah sakit dengan sektor swasta.

Kerja sama dengan swasta sebenarnya diharapkan untuk menimbulkan subsidi silang dari rumah sakit swasta ke rumah sakit pemerintah. Tetapi dalam kenyataannya hal ini justru membebani rumah sakit pemerintah sendiri.

BAB IV

ALASAN PERLUNYA UNDANG-UNDANG TENTANG RUMAH SAKIT

Sebagaimana digariskan di dalam Pembukaan UUD 1945, negara Indonesia adalah negara yang merdeka, bersatu, berdaulat serta adil dan makmur. Tugas pemerintah Indonesia adalah melindungi segenap bangsa dan seluruh tanah tumpah darah Indonesia, memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa serta ikut melaksanakan perdamaian dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial.

Negara Indonesia berdasarkan atas hukum (*rechtsstaat*) tidak berdasarkan kekuasaan belaka (*machtsstaat*). Keseluruhan isi UUD 1945 memuat aturan pokok atau garis besar sebagai instruksi kepada pemerintah dan lain-lain penyelenggaraan negara untuk menyelenggarakan kehidupan negara dan menyelenggarakan kesejahteraan sosial.

Dalam amandemen ke empat, Undang Undang Dasar 1945 telah mengamanatkan pada pasal 34 ayat 3 yang berbunyi “ Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas kesehatan dan penyediaan fasilitas umum yang layak”

Pengaturan yang ada saat ini mengenai rumah sakit dalam bentuk Peraturan Menteri / Instruksi Menteri Kesehatan yang materi muatannya berupa pemberian hak dan kewajiban kepada para pihak dalam pelayanan kesehatan sebenarnya tidak tepat. Materi yang demikian seharusnya diatur dalam undang-undang,

Oleh karena itulah maka penyusunan naskah akademik tentang rumah sakit ini diperlukan sekaligus untuk meningkatkan status aturannya dan menyempurnakan atau memperbaiki materi Peraturan Menteri Kesehatan yang bersangkutan, sehingga merupakan aturan yang menghadirkan kepastian hukum dan keadilan yang merupakan tujuan hukum kita, sehingga meningkatkan pula perlindungan kepada profesi medis, memajukan ilmu medis demi pemanfaatan yang sebesar-besarnya bagi pembangunan kesehatan seluruh rakyat/warga negara Indonesia.

Adapun beberapa landasan yang digunakan dalam menyusun naskah akademik ini adalah:

A. ALASAN FILOSOFIS

Pada umumnya masyarakat manusia beranggapan bahwa seorang yang terkena musibah dan yang sakit tidak mampu menolong dirinya sendiri. Ia memerlukan pertolongan dari orang lain setidaknya dari keluarganya dan dari orang yang dianggap mampu memberikan perawatan serta penyembuhan. Dengan filosofi semacam itu pula masyarakat melihat profesi dokter dan rumah sakit. Mereka diharapkan siap dan bersedia memberikan pertolongan bagi orang sakit tanpa meminta imbalan atau bayaran. Walaupun pasien atau keluarga akan membayar hal itu sebatas dianggap sebagai tanda terima kasih yang besar dan bentuknya terserah kepada pasien atau keluarganya. Maka ketika dokter dan rumah sakit menetapkan tarif dengan perhitungan ekonomis, masyarakat cenderung menolak dan menuduh telah terjadi komersialisasi profesi serta menganggap dokter dan rumah sakit telah kehilangan rasa kemanusiaan. Pola pikir semacam itu pula yang nampak membayangi PERMENKES 920/86 tentang penyelenggaraan rumah sakit.

Di negara yang maju, pemerintah mengambil alih sistem pembayaran kepada dokter dan rumah sakit melalui pengaturan-pengaturan yang kemudian dikenal sebagai asuransi kesehatan yang universal. Dengan cara itu masyarakat tidak perlu memikirkan berapa dan darimana membayar jasa pelayanan medik yang diterimanya.

Fungsi rumah sakit di jaman modern juga tidak sesederhana jaman dulu karena ia kini juga harus menjadi sarana pendidikan bagi tenaga kesehatan dan penelitian selain sarana penyembuhan dan perawatan. Bahkan beberapa rumah sakit juga menjalankan fungsi pencegahan (penyakit dan komplikasi dari penyakit) dan peningkatan kualitas kesehatan. Dengan demikian ia juga harus selalu mengikuti perkembangan teknologi kedokteran dan kesehatan yang kemudian membuat rumah sakit masa kini jadi padat teknologi.

Pengelolaan rumah sakit di jaman sekarang juga tidak sesederhana masa lalu karena ia harus juga memperhitungkan aspek ekonomi dan non ekonomi pada setiap langkahnya. Sebuah rumah sakit harus juga memikirkan untuk meningkatkan kesejahteraan pemeliharaan, penggantian dan peningkatan sarannya secara terencana. Ini membuat pengelola rumah sakit masa kini harus mampu menyusun proyeksi kebutuhan tahun depan dan dengan demikian juga pendapatan untuk membiayai kebutuhan tersebut. Dengan kata lain rumah sakit – baik milik pemerintah atau swasta – harus mencari kelebihan hasil usaha yang dapat juga disamakan dengan keuntungan kalau ingin tetap “survive” di tahun-tahun berikutnya.

Di sisi lain masyarakat mempunyai hak untuk mendapatkan pertolongan dan perawatan jika mereka memerlukan, tanpa diskriminasi apakah ia kaya atau miskin karena pada dasarnya fungsi utama dokter dan rumah sakit adalah menggantikan fungsi keluarga, tetangga, atau pendeta pada jaman dulu terhadap orang yang dianggap tidak berdaya untuk menolong dirinya sendiri. Disinilah awal terjadinya konflik moral antara fungsi rumah sakit dengan orang sakit yang memerlukan pertolongan. Dokter dan rumah sakit secara moral tidak boleh memanfaatkan posisi orang sakit sebagai obyek untuk mencari keuntungan finansial, meskipun secara sah mereka harus melakukan perhitungan ekonomis seperti diuraikan diatas.

Disinilah negara secara moral mempunyai kewajiban untuk melakukan pengaturan yang seimbang, adil dan berlaku bagi semua orang agar masyarakat dapat memperoleh pertolongan medik ketika memerlukan tanpa mengalami diskriminasi, dan dokter/rumah sakit tetap dapat bertahan hidup. Jangan sampai dokter / rumah sakit bernasib seperti lilin yang menerangi sekitarnya dengan cara membiarkan dirinya habis terbakar. Jika hal itu terjadi maka masyarakat juga yang akan merugi.

Secara ringkas dapatlah dikatakan bahwa landasan moral mengapa diperlukan peraturan perundang-undangan mengenai penyelenggaraan rumah sakit adalah:

1. Memenuhi amanat konstitusi
2. Mewujudkan hak rakyat atas kesehatan
3. Memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan medis yang bermutu dan bertanggung jawab.
4. Menyediakan sarana pendidikan dan pengembangan ilmu dan pengetahuan kedokteran di Indonesia.
5. Memberikan kepastian hukum bagi penyelenggara, pengguna dan pelaksana pelayanan rumah sakit.

B. ALASAN YURIDIS

1. UUD 1945 mengamanatkan agar negara menjamin hak-hak rakyat untuk memperoleh pelayanan kesehatan serta jaminan sosial tanpa diskriminasi, baik bagi yang secara ekonomis mampu maupun yang miskin dan anak-anak terlantar, sebagaimana tercantum dalam :

- a. Pasal 28 H berbunyi;
 - (1) Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan
 - (2) Setiap orang berhak mendapat kemudahan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan.
 - (3) Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat.
 - (4) Setiap orang berhak mempunyai hak milik pribadi dan hak milik tersebut tidak boleh diambil secara sewenang-wenang oleh siapapun.

- b. Pasal 34 berbunyi;
 - (1) Fakir miskin dan anak terlantar dipelihara oleh negara
 - (2) Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.
 - (3) Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.
 - (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan pasal ini diatur dengan Undang-Undang.

- 2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, Pasal 57 berbunyi, “ Sarana Kesehatan berfungsi untuk melakukan upaya kesehatan dasar atau upaya kesehatan rujukan dan atau upaya kesehatan penunjang.

- 3. Undang-Undang lain yang terkait dalam mempersiapkan RUU tentang Rumah Sakit ini antara lain; UU Praktik Kedokteran, UU Ketenagakerjaan, UU Yayasan, UU Perseroan Terbatas, UU Perbendaharaan Negara, UU Pemerintahan Daerah, UU Lingkungan Hidup dan UU Bangunan.

C. ALASAN SOSIOLOGIS

Masyarakat Indonesia sangat majemuk dengan tingkat pendidikan yang pada umumnya masih rendah. Dengan tingkat pendidikan seperti itu dan paparan teknologi informasi

yang sudah modern seperti radio dan televisi, sering mereka mempunyai ekspektasi yang tinggi terhadap pelayanan umum termasuk rumah sakit. Di sisi lain tingkat pendidikan yang rendah dan juga ekonomi yang rendah mereka berharap bahwa seyogyanya layanan umum terutama layanan medik haruslah gratis atau murah.

Pemahaman tentang proses terjadinya penyakit yang rendah sering membuat penyakit yang seharusnya dapat dicegah melalui perilaku hidup yang sehat, banyak terjadi. Di sisi lain konsep bahwa jatuh sakit adalah musibah dan orang sakit adalah seorang yang tidak berdaya, membuat mereka berharap bahwa proses penyembuhan bagi yang sakit melalui rumah sakit menjadi tanggung jawab pemerintah, yang dianggap mempunyai kewajiban untuk menjamin kesejahteraan rakyat.

Dilain pihak kemajuan dalam dunia pendidikan dengan sendirinya menyebabkan rakyat meningkat akan kesadaran atas hak – haknya dalam segala bidang, termasuk di bidang kesehatan baik sebagai individu maupun kelompok. Oleh karena itulah maka suatu pelayanan kesehatan yang sedikit saja kurang baik sudah menjadi masalah hukum yang meluas. Begitu pula pembangunan yang telah dicapai oleh Bangsa Indonesia, dimana kondisi sosial ekonomi bangsa berangsur-angsur meningkat, sehingga tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan juga meningkat. Kemajuan teknologi yang sangat pesat, termasuk teknologi kesehatan telah ikut memacu permintaan masyarakat akan derajat pelayanan kesehatan yang lebih tinggi.

Bagi sebagian rakyat yang berpendidikan lebih tinggi dan secara ekonomis lebih mampu, mereka cenderung hendak mendiktekan keinginannya kepada pelayanan medik hanya karena mereka mampu membayar, tanpa melihat apakah hal itu diperlukan dan apakah hal itu efisien. Sikap semacam ini ikut mendorong terjadinya pelayanan medik, baik oleh dokter maupun rumah sakit, yang tidak bermutu, tidak efisien dan juga sering berlebihan. Secara ekonomis hal ini justru tidak menguntungkan karena banyak dana yang terboroskan untuk pelayanan yang tidak perlu dan sering juga justru dapat membahayakan kesehatan.

Bagi pengusaha rumah sakit yang berorientasi mencari untung semata, hal ini menjadi peluang untuk mengeruk keuntungan sebesar-besarnya dengan lebih memperhatikan selera hedonik kelompok yang mempunyai uang dan melupakan kepentingan yang mendasar dari perlunya kehadiran sebuah rumah sakit. Bahkan timbul gejala-gejala persaingan yang tidak sehat di antara sesama rumah sakit serta mendorong banyak pemerintah daerah ikut-ikutan melihat rumah sakit sebagai peluang untuk menambah

pendapatan asli daerah (PAD). Persaingan seperti ini serta orientasi mencari untuk secara tidak sehat melalui penyediaan rumah sakit perlu diatur agar kepentingan rakyat yang sebenarnya tidak terabaikan.

Akibat perhatian pemerintah serta kesadaran para pimpinan rumah sakit akhir ini, manajemen rumah sakit telah meningkat dan diharapkan akan menjadi semakin baik, sehingga penggunaan sumber daya yang ada di rumah sakit akan semakin efisien. Dengan lebih banyaknya anggaran yang tersedia untuk pengembangan serta pembangunan rumah sakit baru, telah terjadi persaingan antar rumah sakit, baik persaingan yang bersifat positif maupun yang bersifat negatif.

Alasan diperlukan pengaturan tentang rumah sakit merupakan salah satu mata rantai dalam pelayanan kesehatan di Indonesia dan mempunyai fungsi utama memberikan layanan kuratif dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara komprehensif dengan pelayanan preventif dan promotif. Agar pelayanan kesehatan melalui rumah sakit ini dapat berdaya guna dan berhasil guna perlu ditunjang dengan sebuah peraturan yang pasti.

D. ALASAN EKONOMIS

Apakah pelayanan rumah sakit oleh rumah sakit publik (milik pemerintah) yang hampir gratis hanya mampu diberikan negara kaya? Inggris sudah memulai memberikan pelayanan kesehatan gratis bagi seluruh penduduknya sejak setelah Perang Dunia I, di kala ekonominya juga tidak sebaik seperti Indonesia sekarang. Malaysia dan Sri Lanka juga sudah menjalankannya sejak puluhan tahun yang lalu. Sesungguhnya yang menjadi dorongan kebijakan yang “pro publik” itu adalah komitmen kepada kemanusiaan dan kebersamaan. Prinsip dasar sistem kesehatan yang dikembangkan Inggris adalah bahwa “Setiap orang harus mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan medisnya, bukan tergantung kemampuannya membayar”. Komitmen kemanusiaan itulah yang mengharuskan sistem kesehatan Inggris mewujudkan sistem kesehatan nasional yang egaliter, bukan hanya bagi warga negaranya, tetapi bagi semua orang yang secara legal tinggal di Inggris. Filosofi ini pulalah yang dianut oleh Sri Lanka, Muangtai, dan Malaysia.

Secara ekonomis perhitungan kebijakan publik model Inggris tersebut sesungguhnya sederhana. Jeffry Sach, ekonom kaliber dunia dari Universitas Harvard, telah melakukan

penelitian di berbagai negara di dunia yang menyimpulkan bahwa investasi kesehatan berupa penjaminan kesehatan seperti diatas menghasilkan keuntungan ekonomis 600%. Keuntungan ekonomis ini diukur dengan peningkatan produktifitas penduduk, berkurangnya hari sakit, dan tercegahnya kematian dini. Dengan temuan tersebut, WHO mendorong agar seluruh negara miskin meningkatkan pendanaan kesehatannya, paling sedikit sebesar US\$ 34 per kapita per tahun agar kelak negara tersebut mendapatkan pertumbuhan ekonomi yang memadai. Sementara Indonesia (gabungan penduduk dan pemerintah) saat ini hanya mengeluarkan sekitar US\$ 20 per kapita per tahun. Organisasi Kesehatan Dunia itu, sesungguhnya menganjurkan pemerintah di negara miskin dan berkembang, untuk mendanai pelayanan kesehatan bagi rakyat karena sesungguhnya hal itu sebuah investasi jangka panjang. Sama dengan membangun bandara atau jalan toll yang returnnya (hasilnya) baru bisa dinikmati 10-20 tahun kemudian. Pendanaan kesehatan bagi rakyat bukanlah sekedar kesejahteraan atau belas asih belaka!

Seperti halnya peternak sapi, prinsip pemerintah adalah memberi makan dan merawat yang baik sapi-sapinya (rakyatnya). Setelah sapinya sehat dan gemuk, susunya dapat diperah untuk dijual dan hasilnya kemudian untuk membiayai makanan dan perawatan sapi plus kelebihannya digunakan untuk keperluan lain bagi pemiliknya. Negera-negara tersebut juga memelihara dan menggemukan rakyatnya dengan memberikan pelayanan kesehatan dan pendidikan gratis atau hampir gratis. Kelak rakyatnya menjadi sehat dan pintar sehingga bisa memproduksi. Produksi rakyat inilah yang kemudian dipungut pajak. Pajak kemudian dikembalikan untuk mendanai pelayanan dasar: kesehatan dan pendidikan serta pelayanan publik lain seperti jalan, jembatan, informasi, dan fasilitas umum lainnya. Disini pemerintahan yang bersih dan profesional diperlukan, untuk menjamin agar susu yang diperah tidak tumpah atau bocor. Rakyat yang sehat, bedanya dengan sapi, harus ikut mengawasi dan mengontrol agar proses siklus perawatan dan pemerahan sapi berjalan baik, sehingga semakin hari sapi semakin gemuk dan sehat dan pemilik juga semakin makmur.

Suka atau tidak suka, harus diakui bahwa kebijakan rumah sakit di Indonesia sekarang ini belum pro publik, belum memihak atau melindungi rakyat banyak. Banyak pemda melihat rumah sakit sebagai alat prestise dan sebagai pelayanan yang mudah mendatangkan uang bagi kas Pemda. Tentu saja, karena untuk pelayanan rumah sakit, tidak ada yang pernah menawar atau menunda 'pembelian', dengan tanda kutip. Di Indonesia memang pelayanan kesehatan 'diperdagangkan' bahkan oleh rumah sakit pemerintah. Secara konseptual, tidak seharusnya rumah sakit yang dibangun dengan dana publik (dana rakyat)

tetapi ketika rakyat sakit (tidak mampu bahkan untuk melakukan kegiatan sehari-hari atau bekerja dan sedang menderita karena rasa sakitnya) dan memerlukan pelayanan di rumah sakit yang dibangun dari uang rakyat, mereka harus membayar uang muka yang sering tidak mampu dibayarnya. Bahkan tidak jarang, karena tidak ada uang, pelayanan tidak diberikan dan nyawa melayang. Di DKI Jakarta bahkan beberapa rumah sakit daerah yang cukup mewah, yang bernilai ratusan milyar, yang dibangun atas dana publik, kini dijadikan PT (Perseroan Terbatas). Sebagai sebuah PT, tentu tujuannya mencari untung. Meskipun kelak keuntungan tersebut kembali ke kas daerah, untuk mendapatkan untung, pengelola harus menarik biaya yang lebih mahal dari investasinya. Dengan demikian RS tersebut harus mencari untung dari rakyat yang sakit. Jika saja Pemda kemudian membayar semua tagihan RS kepada rakyat yang berobat, tidak hanya mereka yang miskin—karena yang tidak miskin bisa jadi miskin ketika harus membayar biaya berobat yang mahal, maka hal itu tidak ada masalah.

Data menunjukkan bahwa kurang dari 5% pasien yang dirawat inap di RS publik (pemerintah) yang merupakan pemegang kartu Gakin atau mendapat keringanan atau pembebasan biaya. Apa artinya ini? Bukan berarti pasien di rumah sakit memiliki kemampuan membayar (*ability to pay*), tetapi mereka terpaksa membayar (*forced to pay*). Tidak lazim di dunia bahwa pemerintah memaksa rakyatnya yang sakit, yang tidak bisa lagi bekerja, untuk membayar perawatan di RS yang dibangun atas uang rakyat.

Pelayanan jasa rumah sakit merupakan pelayanan yang sangat dibutuhkan oleh setiap orang, akan tetapi waktu, besarnya biaya, dan jenisnya tidak dapat direncanakan atau dipastikan. Seringkali orang tidak siap dengan dana yang dibutuhkan. Pelayanan jasa rumah sakit, termasuk jasa dokter, sangat asimetrik dimana klien atau pasien tidak mengetahui kebutuhannya, biaya yang pantas, manfaat pelayanan, dan obat-obat yang dibutuhkan (*consumer ignorance*). Pasien yang berada pada posisi lemah sangat potensial menjadi obyek yang merugikan dirinya. Oleh karenanya pemerintah di seluruh dunia mengatur dan mengawasi secara ketat pelayanan rumah sakit, baik milik publik (pemerintah), komunitas, atau swasta guna melindungi pasien yang berada pada posisi yang sangat lemah baik secara ekonomis maupun pengetahuan.

Pelayanan rumah sakit membutuhkan biaya besar dan responsif terhadap demand rakyat. Namun demikian, mekanisme pasar gagal (*MARKET FAILURE*) mencapai efisiensi dan equity karena sifat informasi asimetrik dan uncertainty kebutuhan pelayanan rumah sakit. Oleh karenanya, negara Jepang, Korea, dan Taiwan MELARANG adanya RS swasta for

profit guna melindungi rakyatnya dan semua negara di dunia menyediakan RS publik (milik pemerintah) sebagai safety net kegagalan pasar tersebut. Oleh karenanya, dalam mengatur usaha atau upaya pelayanan kepada masyarakat, melalui rumah sakit, maka karakteristik pelayanan rumah sakit harus difahami secara lengkap agar pengaturan rumah sakit dapat mencapai tujuan penyehatan penduduk sesuai dengan amanat UUD 45.

Mekanisme pasar adalah suatu mekanisme alamiah dimana pelaku ekonomi, pembeli dan penjual, dapat bebas bergerak sesuai dengan kapasitasnya masing-masing untuk memaksimalkan keuntungan bagi dirinya. Peningkatan kapasitas pembeli (*demand*) tanpa adanya peningkatan kapasitas penjual (*supply*) menyebabkan harga naik untuk mutu yang sama. Sebaliknya peningkatan suplai barang tanpa adanya peningkatan demand akan menyebabkan harga barang turun. Mekanisme tersebut adalah mekanisme yang sangat lazim terjadi pada pasar. Hasil (*outcome*) dari mekanisme pasar adalah tercapainya efisiensi. Semakin tinggi tingkat persaingan, peningkatan suplai, semakin rendah harga suatu barang dan jasa, dan sebaliknya. Jadi konsumen akan diuntungkan dengan mekanisme pasar. Akan tetapi di dalam pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan rumah sakit, persaingan yang menghasilkan efisiensi tinggi ini tidak terjadi. Apakah benar dengan mekanisme pasar, pelayanan kesehatan akan lebih murah dan lebih berkualitas? Selain efisiensi yang merupakan keluaran umum yang diharapkan dari suatu mekanisme pasar, di dalam pelayanan kesehatan seringkali dipertanyakan aspek equity (pemerataan yang berkeadilan) dari mekanisme pasar.

Aspek *equity* sangat terkait dengan golongan ekonomi atau distribusi pendapatan. Dalam sektor jasa, salon kecantikan misalnya, para ahli ekonomi dan kebijakan publik tidak perlu mengkhawatirkan aspek pemerataan. Orang miskin tidak sanggup ke salon, tidak peduli apakah pasar jasa salon kecantikan itu efisien atau tidak, tidak menjadi masalah kemanusiaan dan tidak menjadi masalah produktifitas orang tersebut. Pemerintah tidak pernah ikut campur untuk menurunkan atau mengatur tarif salon kecantikan. Biarlah mekanisme pasar yang bekerja, toh tarif salon kecantikan tidak pernah mahal sekali. Meskipun tarif salon mahal sekali, maka tidak akan membahayakan kehidupan rakyat berpendapatan rendah atau sedang. Akan tetapi dalam pasar bahan makanan pokok misalnya beras, para ahli tentu sangat peduli jika harga beras terlalu tinggi sehingga golongan tidak mampu mungkin dapat menjadi kelaparan. Oleh karenanya seringkali pemerintah melakukan intervensi dengan menjual barang di bawah harga pasar atau memberikan subsidi khusus kepada orang miskin.

Bagaimana mekanisme pasar mampu mencapai efisiensi dan pemerataan di dalam pelayanan kesehatan? Seperti dua contoh diatas, salon kecantikan dan beras, perlakuan pemerintah sangat berbeda. Perbedaan perlakuan tersebut, dimana untuk pasar jasa kecantikan pemerintah tidak melakukan intervensi apapun dan untuk pasar beras pemerintah turun tangan, tampak jelas bahwa intervensi pemerintah sangat bergantung kepada karakteristik produk atau jasa yang dijual. Oleh karenanya, disini akan dimulai pembahasan pengenalan produk (barang atau jasa) pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan rumah sakit.

Liberalisasi Jasa Pelayanan Kesehatan

Indonesia telah meratifikasi semua perjanjian perdagangan dalam UU No 7 tahun 1995, dengan demikian sebagai anggota World Trade Organization (WTO) harus mampu mempersiapkan diri untuk melaksanakan liberalisasi secara bertahap termasuk liberalisasi jasa pelayanan kesehatan. Dalam lingkup ASEAN Indonesia sebagai anggota Asean Forum Agreement on Services (AFAS). juga telah menyepakati liberalisasi jasa pelayanan kesehatan secara bertahap. Dalam hal ini diperlukan undang-undang yang dapat menjamin masyarakat dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau.

BAB V

POKOK-POKOK MATERI MUATAN DALAM PENGATURAN RUMAH SAKIT

A. KETENTUAN UMUM

Memberikan pengertian-pengertian atau batasan-batasan terhadap istilah, terminologi, yang dimuat dalam Rancangan undang-Undang. Batasan yang digunakan dalam Rancangan Undang-Undang ini diupayakan dengan;

- menggunakan bahasa positif;
- jelas, tidak ditafsirkan lain;
- hal-hal yang sudah jelas, umum tidak perlu diberikan definisi.

Pengertian yang terdapat di dalam Rancangan Undang-Undang ini, antara lain:

1. Rumah sakit adalah suatu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan rawat inap dan rawat jalan yang memberikan pelayanan kesehatan jangka pendek dan jangka panjang yang terdiri dari observasi, diagnostik, terapeutik dan rehabilitatif untuk orang-orang yang menderita sakit, cedera dan melahirkan;
2. Upaya Kesehatan Perorangan adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan/atau masyarakat serta swasta, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan;
3. Pelayanan Kesehatan Paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif;
4. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada dokter dan dokter gigi;
5. Pemerintah adalah Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah;

B. ASAS, TUJUAN DAN FUNGSI

- (1) Rumah sakit berasaskan Pancasila, terutama asas perikemanusiaan yang berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa. Dan didalam pemberian pelayanan kesehatan kepentingan masyarakat harus diutamakan lebih dahulu disamping kepentingan perorangan.

- (2) Rumah sakit bertujuan untuk pemberian pelayanan kesehatan secara merata serta memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan serta pendidikan tenaga medis dan tenaga kesehatan lainnya.
- (3) Rumah sakit mempunyai berbagai fungsi, antara lain:
 - Memberikan pelayanan kesehatan berupa upaya pemulihan, peningkatan, pencegahan, penyembuhan dan pemeliharaan kesehatan.
 - Sebagai sarana pendidikan tenaga medis dan tenaga kesehatan lainnya.
 - Sebagai tempat penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi bidang kesehatan.
 - Sebagai sarana penyuluhan kepada masyarakat tentang pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit serta pengobatannya.

C. PEMILIKAN DAN PENYELENGGARAAN

1. Kepemilikan Rumah Sakit

Berdasarkan ini maka ada rumah sakit swasta, rumah sakit pemerintah, rumah sakit tentara, rumah sakit kepolisian, rumah sakit BUMN. Dalam UU in seyogyakarnya juga diatur tentang pengalihan kepemilikan sebuah rumah sakit. Rumah Sakit yang didirikan dan dibiayai dengan uang rakyat (publik) sebaiknya tidak boleh dialihkan kepada swasta tanpa persetujuan rakyat atau DPR (D). Desakan untuk mengalihkan RS Publik menjadi swasta akhir-akhir ini lebih didasari oleh pembatasan sistem anggaran berdasarkan ICW. Daripada mengalihkan RS Publik menjadi swasta, sebaiknya sistem ICW ini yang direvisi. Demikian pula BUMN yang berniat atau sudah memiliki rumah sakit sebaiknya tidak begitu mudah mengubah status rumah sakitnya menjadi swasta karena uang yang dipergunakan untuk membangun pada dasarnya adalah juga uang publik. BUMN dapat mendirikan RS swasta jika bidang bisnis BUMN tersebut memang pada penyediaan pelayanan medik.

2. Pengelolaan Rumah Sakit

Sudah saatnya kita berharap bahwa rumah sakit harus dikelola secara professional dengan memperhatikan aspek ekonomi, rasa tanggung jawab keilmuan, kepekaan sosial dan menghargai pasien. Juga sudah saatnya tidak mengharuskan direktur harus dijabat seorang dokter, kecuali direktur medik.

Dalam pengelolaan ini rumah sakit harus juga melakukan penjagaan mutu dengan memiliki standar pelayanan rumah sakit, standar pelayanan kedokteran, standar prosedur

yang jelas dan akuntabel, mengembangkan “risk management” mengembangkan mekanisme penegakan etika dan melakukan medical audit. Dalam hal ini dibutuhkan *good clinical governance* dan *good corporate governance*.

Rumah sakit dapat diselenggarakan/dimiliki oleh Pemerintah dan Swasta. Rumah sakit pemerintah dapat diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan, Pemerintah Daerah, ABRI/Departemen Hankam dan BUMN/BUMD.

Sedang Rumah Sakit Swasta dapat diselenggarakan oleh Yayasan Sosial, Badan Hukum Sosial, Perseroan Terbatas (PT), serta badan hukum lainnya. Dengan demikian Rumah Sakit Swasta dapat dibedakan atas:

- (1) Rumah sakit komunitas adalah Rumah Sakit IPSM (Institusi Pelayanan Kesehatan Masyarakat) yang tidak bertujuan semata-mata mencari keuntungan / not for profit. Termasuk dalam kelompok ini adalah Rumah Sakit milik Pemerintah dan Milik Yayasan Sosial dan Keagamaan.
- (2) Rumah Sakit swasta Komersial yang bertujuan mencari keuntungan /for profit. Rumah sakit jenis ini biasanya milik dari Badan Usaha PT (Perseroan Terbatas) atau Badan Hukum Komersial lainnya.

D. FUNGSI SOSIAL

Rumah sakit harus melaksanakan fungsi sosial dan kemanusiaan sesuai dengan tingkat kemampuannya. Ia harus menjaga agar tetap ada keseimbangan antara segi sosial dan segi ekonomisnya, sehingga dapat mempertahankan diri dan dapat terus berkembang.

Fungsi sosial Rumah sakit di Indonesia yang berlandaskan Pancasila diwujudkan oleh setiap rumah sakit dengan kewajiban antara lain untuk mengadakan Unit Gawat Darurat yang wajib memberikan pertolongan kepada setiap orang yang memerlukannya; tanpa harus dimintakan uang muka lebih dahulu.

Mengenai fungsi sosialnya rumah sakit ada beberapa kemungkinan :

- (1) Menyediakan sejumlah tempat tidur untuk orang miskin, dengan cara menyerahkan sejumlah tempat tidur itu kepada pemerintah (Kadinkes) untuk keperluan tersebut. Selanjutnya pemda/kadinkes yang akan menetapkan pemanfaatan tempat tidur tersebut. Jika masih ada tempat yang disisihkan tersebut, rumah sakit tidak berhak menolak kalau ada pasien miskin yang

dirujuk oleh pemerintah dan rumah sakit berkewajiban memberikan pelayanan kepadanya tanpa diskriminasi.

- (2) Menyisihkan sekian persen dari (proyeksi) keuntungan untuk digunakan membantu perawatan orang miskin. Untuk itu RS harus membentuk “Social Service Department” yang bertugas memverifikasi status miskin pasien tersebut, dan selanjutnya RS berkewajiban memberikan perawatan yang sama dengan pasien yang membayar tanpa diskriminasi. Sebagai kompensasi pemerintah dapat memberikan potongan pajak terhadap dana itu dan akan diaudit kebenarannya.
- (3) Membina kesehatan rakyat miskin di wilayah sekitar rumah sakit atau di wilayah yang ditunjuk oleh pemerintah. Keberhasilan pembinaan itu akan dievaluasi oleh pemda di akhir tahun.
- (4) Dalam hal hak, rumah sakit berhak memperoleh imbalan serta menetapkan tarif perawatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Rumah Sakit juga berhak untuk melakukan pemasaran pelayanannya asal dilakukan secara etis dan tidak menipu konsumen.

E. PERIZINAN DAN PERSYARATAN

Pada BAB ini diuraikan persyaratan – persyaratan untuk meminta ijin mendirikan rumah sakit

Mencakup:

- a. Badan hukum pemiliknya
- b. Keabsahan kepemilikan lahan serta luas minimal (sekian meter untuk tiap tempat tidur, untuk ruang tindakan, untuk ruang tunggu, untuk tempat parkir, untuk pekarangan terbuka, untuk pengolahan limbah dsb)
- c. Jenis rumah sakit yang hendak didirikan serta apakah for profit atau not for profit
- d. Kapasitas serta sarana yang dimiliki minimal harus ada : ruang perawatan (sebutkan jumlah tempat tidur), sarana diagnostik minimal, sarana tindakan yang esensial (ruang operasi, ruang persalitan, ruang isolasi, dsb) sarana penunjang (apotek, kamar jenazah, bagian rekam medik, ambulans, dsb.)
- e. Keharusan memiliki tenaga profesional yang bekerja penuh waktu, termasuk dokter umum, dokter spesialis, perawat, apoteker, tenaga teknis (medical technician), dsb. dengan hubungan kerja yang jelas.

- f. Harus ada sistem pengolahan limbah yang memenuhi syarat
- g. Keharusan memiliki aturan kerja (by laws) dan konsep penjagaan mutu layanan.
- h. Memuat prosedur mendapat ijin serta prosedur pencabutan ijin jika terjadi pelanggaran

Untuk operasionalisasi penyelenggara sebuah rumah sakit harus mengajukan permohonan kepada Departemen Kesehatan/Menteri Kesehatan yang akan memberikan izinnya. Rumah sakit harus didirikan oleh Badan Hukum. Dan Menteri Kesehatan dalam pemberian izin operasional akan memperhatikan berbagai syarat yang berlaku, baik yang teknis medis maupun non teknis medis.

Setiap rumah sakit harus dilengkapi oleh tenaga listrik, penyediaan air bersih, sistem pembuangan air limbah dan atau air kotor, alat pemadam kebakaran, alat komunikasi serta peralatan rumah tangga. Pengadaan alat-alat tersebut disesuaikan dengan tingkat kemampuan dan akreditasi rumah sakit itu.

F. PELAYANAN GAWAT DARURAT

Setiap rumah sakit wajib mengadakan dan menyelenggarakan pelayanan Gawat Darurat/Emergency, yang harus diselenggarakan selama 24 jam penuh dengan selalu mempunyai dokter jaganya. Hal ini demi kemanusiaan, dalam arti bahwa setiap orang yang datang ke unit tersebut untuk minta pertolongan wajib diberikan pertolongan tanpa mempersoalkan lebih dahulu aspek-aspek lain, seperti pembayaran uang muka.

Hal ini sudah merupakan kewajiban hukum yang harus ditaati oleh setiap rumah sakit, baik RS pemerintah maupun RS swasta. Sehingga bila kewajiban hukum ini dilanggar maka dapat dikenakan sanksi hukum pula.

G. REKAM MEDIS RS

Pada dasarnya isi rekam medik adalah milik pasien dan boleh digunakan dengan “discretion” dari pasien tersebut. Dengan demikian pasien juga berhak melihat atau bahkan memiliki salinan dari isi rekam medik. Untuk menghindari kekeliruan di kemudian hari, dokter pemeriksa berkewajiban mengisi rekam medik secara terbaca dan jelas (jika perlu dengan sanksi jika tidak dipatuhi).

Pengungkapan isi rekam medik kepada pihak lain harus sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku. Termasuk dalam hal ini rekam medik untuk anggota TNI dan POLRI yang mungkin mempunyai ketentuan khusus, dan rekam medik narapidana yang hak-hak sipilnya sudah dicabut oleh pengadilan.

Perlu pula diatur cara dan lama penyimpanan rekam medik (kecuali jika hal ini sudah diatur dalam UU Kesehatan yang baru).

Setiap rumah sakit wajib mengadakan rekam medis bagi setiap pasiennya. Rekam medis ialah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan, termasuk sarana RS. Sehingga dari rekam medis ini akan mudah diketahui apa yang telah dilakukan terhadap pasien serta oleh siapa.

Berkas rekam medis ini harus diisi sesuai dengan peraturan yang ada, antara lain bahwa berkas ini harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan serta harus dibubuhi nama dan tanda tangan oleh petugas yang memberikan pelayanan atau tindakan. Selain itu perlu diperhatikan bahwa penghapusan catatan dengan cara apapun tidak diperbolehkan. Pembetulan kesalahan catatan dilakukan pada tulisan yang salah dan diberi paraf oleh petugas yang bersangkutan.

Berkas rekam medis ini harus diberlakukan sebagai dokumen rahasia yang hanya dapat dipaparkan isinya oleh dokter dengan seizin dari pasien, kecuali peraturan perundang-undangan menentukan lain.

Terhadap berkas rekam medis pimpinan Rumah Sakit bertanggung jawab atas hilang, rusak, atau pemalsuan isi berkas itu, termasuk penggunaannya oleh orang/instansi yang tidak berhak.

Ketentuan-ketentuan tersebut harus ditegakkan mengingat berkas Rekam Medis ini mempunyai banyak kegunaan yang sangat penting, terutama dari segi legal disamping barometer penentu tinggi mutu layanan yang diberikan kepada pasien. Oleh sebab itu hendaknya penanganan berkas Rekam Medis ini dapat dijadikan salah satu tolok ukur akreditasi sebuah rumah sakit disamping syarat lain.

H. KETENAGAAN

Agar pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat dapat berjalan dengan baik, maka perlu ditentukan pola organisasi Rumah Sakit yang terdiri dari unsur-unsur:

- Pimpinan
- Pembantu Pimpinan
- Tenaga Medis
- Tenaga Para Medis
- Tenaga Administratif
- Tenaga Penunjang Lainnya

Unsur-unsur ketenagaan tersebut ada yang sifatnya sebagai full timer, part timer, konsulen maupun karyawan tetap. Mereka ini harus dapat bekerja sama, saling bantu membantu demi kebaikan pasien sebagai penerima layanan kesehatan RS serta upaya mencapai tujuan rumah sakit.

I. TANGGUNG JAWAB HUKUM

1. Tanggung Jawab Korporasi RS dan Doktrin-Doktrin yang Universal

Secara yuridis saat ini peraturan tentang perumahsakitan yang masih tercecer di beberapa peraturan, dan masih belum tersusun secara sistematis sehingga diperlukan pengaturan rumah sakit yang menyeluruh dan mempunyai landasan yang kuat sebagai Undang-Undang maupun Peraturan Pemerintah.

Peraturan ini nantinya akan berfungsi sebagai “payung” bagi peraturan lain di bidang perumahsakitan, banyak hal yang harus diketahui dan diperjelas, terutama mengenai masalah tanggung jawab yuridis.

Tanggung jawab yuridis yang menyangkut Rumah Sakit adalah terutama bidang “Corporate Liability”, yaitu tanggung jawab rumah sakit sebagai sebuah badan hukum yang tentunya dapat menjadi pihak yang mendapat tuntutan hukum (perdata). Karena jika rumah sakit sebagai badan hukum maka selain dari segi finansial, segi hukumnya juga harus dapat mandiri, satu dan lain dalam pengelolaan Rumah Sakit.

Di dalam suatu organisasi, seperti Rumah Sakit ada seseorang yang harus bertanggung jawab secara umum (someone responsible at the top). Hal ini di dalam sebuah rumah sakit adalah kepala/Direktur Rumah Sakit.

Tanggung jawab yuridis Rumah Sakit tersebut tercermin pada pasal 1366 jo. 1367 Bw yang mengatur tentang Hubungan Majikan dan Karyawan dan kaitannya dengan pasien atau masyarakat sebagai penerima pelayanan kesehatan. Hal ini pun sudah berlaku antara lain di negara yang menganut Anglo Saxon yang dikenal dengan “Landmark Decision”-nya, yaitu kasus Darling yang terkenal. Di dalam hukum kedokteran, adagium tersebut disebut dengan “Respondent Superior, Vicarious Liability, Let the Master Answer”. Singkatnya: menurut hukum Perdata sebuah rumah sakit sebagai “Majikan”, bertanggung jawab terhadap tindakan karyawannya yang mengakibatkan kerugian pada pasien.

Namun jika berkaitan dengan tuntutan hukum pidana, maka si pelaku itu sendiri yang harus bertanggung jawab karena hukum pidana itu bersifat personal.

Di negeri Belanda, akan menerapkan dan menyelipkan dalam salah satu bab dalam Burgerlijk Wetboek tentang “Perjanjian Pemberian Pengobatan” (De Overeenkomst inzake geneeskundige Behandeling) yaitu pasal 1653 s/d 1965u.

Di dalam pasal 1653r dikatakan bahwa “apabila pelaksanaan perjanjian pelayanan pengobatan dengan seorang pemberi pelayan yang bekerja di rumah sakit, yang pelaksanaannya dilakukan di rumah sakit itu, maka rumah sakit itu sendiri turut bertanggung jawab terhadap kekurangannya, seolah-olah ia merupakan salah satu pihak.

Hal ini diperjelas lagi dalam pasal 1653s bahwa pertanggungjawaban dari pemberi pelayanan atau yang dimaksud dalam pasal 1653r, dari rumah sakit tidak dapat dibatasi atau dihilangkan.

Dengan demikian, kepala rumah sakit di negeri Belanda dituntut untuk mengawasi agar mutu pemberian pelayanan kesehatan tetap dijaga secara ketat, termasuk juga tenaga dokter yang bukan tenaga organik.

Di Inggris, perubahannya berjalan tidak secara langsung, tetapi secara bertahap. Tahap demi tahap “Hubungan Majikan-Karyawan” diperluas pengertiannya, sehingga tanggung jawab hukum rumah sakit juga termasuk dokter yang bukan karyawan.

Mula-mula tanggung jawab hukum terbatas pada staf rumah sakit saja dan tidak termasuk dokter tamu (Colins v.Hertfordshire Country Hospital, 1947). kemudian hal ini

mengalami perubahan. Rumah sakit tidak diperbolehkan untuk mendelegasi tanggung jawabnya. Di dalam kasus *Cassidy v. Ministry of Health*, 1951 oleh hakim dikatakan bahwa: “Walaupun konsultan tamu atau tenaga kontrak lain pada hakekatnya secara pribadi bertanggung jawab terhadap kelalaian yang mengakibatkan pasien cedera, namun pasien rumah sakit masih dapat menuntut rumah sakitnya bila kontraktor itu adalah orang yang dipergunakan oleh rumah sakit (*Hospital’s Agent*). Hal ini karena rumah sakit itu sendiri mempunyai “*duty of care*” terhadap pasien yang tidak dapat dielakkan dengan memakai tenaga kontrak lepas.

Lalu tanggung jawab rumah sakit bertambah luas lagi sehingga seluruh staf rumah sakit, termasuk dokter yang part timer atau yang bekerja untuk sementara waktu (*Roe v. Minister of Health; Razal v. Snowball*, 1954).

Terakhir diperluas lagi sehingga juga mencakup konsultan tamu (*Higgins v. North West Metropolitan Hospital Board and Bach*, 1954). Semua perubahan ini karena diberlakukan *National Service* di Inggris.

Di Amerika, perubahan tanggung jawab hukum ini terjadi sejak kasus “*Darling v. Charleston Community Memorial Hospital*, 1965” dimana rumah sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap seorang tenaga lepas yang ditempatkan di Unit Gawat Darurat.

2. Hak dan Kewajiban RS

Pengelola rumah sakit mempunyai kewajiban memberikan pelayanan yang bermutu, ilmiah dan efisien. Selain itu juga mempunyai kewajiban hukum jika ada perselisihan dengan pasien atau keluarganya baik akibat tindakan tenaga kesehatan yang bekerja disana maupun akibat kekeliruan manajemen.

- (1) Rumah sakit berhak untuk:
 - Membuat peraturan perundang-undangan yang berlaku di rumah sakitnya (*Hospital by- Laws*),
 - Mensyaratkan bahwa pasien harus mentaati segala peraturan rumah sakit,

- Mensyaratkan bahwa pasien harus mentaati segala instruksi yang diberikan oleh dokter kepadanya,
 - Memilih dan menyelidiki riwayat tenaga dokter yang akan bekerja di rumah sakit (dalam hubungannya dengan ‘vicarious – liability),
 - Menuntut pihak-pihak yang telah melakukan wanprestasi (termasuk pasien, pihak ketiga, dll).
- (2) Rumah sakit berkewajiban untuk:
- merawat pasien sebaik-baiknya (duty of care)
 - menjaga mutu pelayanan (quality of care)
 - menyediakan sarana dan peralatan umum yang dibutuhkan
 - menyediakan sarana dan peralatan medik (medical equipment) yang dibutuhkan sesuai dengan urgensinya
 - menjaga agar semua sarana dan peralatan senantiasa dalam keadaan siap pakai (ready of use)
 - merujuk pasien kepada rumah sakit lain apabila tidak ada dokter atau peralatan medik khusus yang diperlukan
 - mengusahakan daya penangkal kecelakaan

3. Hak dan Kewajiban Pasien

Pasien berhak atas :

- pelayanan yang manusiawi
- memperoleh pelayanan perawatan yang bermutu baik
- memilih atau meminta penggantian dokter, meminta dokter yang merawat agar mengadakan konsultasi dengan dokter lain
- atas “privacy” dan kerahasiaan penyakit yang dideritanya
- memperoleh informasi tentang :
 - penyakit yang dideritanya
 - tindakan medis yang hendak dilakukannya
 - kemungkinan penyulit sebagai akibat dari tindakan itu
 - alternatif terapi lainnya
 - prognosa
 - perkiraan biaya pengobatan

- meminta tidak diinformasikan tentang penyakitnya
- menolak suatu tindakan medis tertentu
- mengajukan keluhan-keluhan dan memperoleh tanggapan
- didampingi keluarga dalam keadaan kritis
- mengakhiri pengobatan dan rawat inap atas tanggungan sendiri
- menjalankan ajaran agama dan keyakinannya di rumah sakit dan selama tidak mengganggu pasien lainnya
- mengetahui perkiraan biaya yang akan dikeluarkannya

Pasien wajib untuk :

- pasien dan keluarganya wajib untuk mentaati semua peraturan tata tertib rumah sakit
- mematuhi segala instruksi dokter
- pasien dan atau penanggungnya wajib untuk melunasi seluruh imbalan atas jasa pelayanan rumah sakit / dokter
- pasien dan atau penanggungnya berkewajiban untuk memenuhi segala perjanjian yang ditandatanganinya.
- Menjaga “privacy” dokter dan tenaga para medis yang ia ketahui

4. Hubungan kerja RS dengan Tenaga Kesehatan

Dalam kaitannya dengan ketentuan dalam Hukum Perdata (perburuhan) maka rumah sakit swasta dapat disebut sebagai majikan, sementara tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit disebut sebagai karyawan. Antara kedua belah pihak ini ada hak dan kewajiban yang timbul dari hubungan hukum ini. Oleh sebab itu sudah sepantasnya hubungan hukum berupa ikatan kerja antara pihak majikan dengan karyawan itu dibuat dalam bentuk tertulis.

Pembuatan surat ikatan perjanjian ini sangat penting untuk menentukan seberapa besar hak dan kewajiban tenaga kesehatan itu. Sehingga jika terjadi suatu kasus yang menimpa rumah sakit yang disebabkan kesalahan tenaga kesehatan yang bekerja padanya, maka dapat ditentukan siapakah yang harus bertanggung jawab.

Ikatan kerja secara lisan yang umumnya berlaku dan terjadi diantara dokter hendaknya sudah saatnya untuk diubah dalam bentuk tertulis, demi mencapai kepastian dan perlindungan hukum bagi masing-masing pihak.

J. AKREDITASI DAN KLASIFIKASI

Akreditasi rumah sakit merupakan pengakuan bahwa suatu rumah sakit sudah memenuhi standar minimum pelayanan rumah sakit yang ditentukan. Akreditasi ini hendaknya dilakukan setiap 3 tahun sekali. Sedang standar itu terdiri dari unsur-unsur yang dipakai sebagai tolok ukur penentuan akreditasi. Diantaranya adalah:

- Fasilitas sarana, peralatan medik serta penunjang medik yang dimiliki
- Kemampuan tenaga medis (dokter umum dan spesialis)
- Tingkat mutu layanannya
- Baik tidaknya penanganan rekam medis, dsb

Sedangkan klasifikasi rumah sakit adalah pengelompokan rumah sakit dalam suatu kelas/kelompok tertentu berdasarkan fasilitas yang dimilikinya. Klasifikasi ini penting antara lain dalam kaitannya dengan pelaksanaan “program rujukan” serta sebagai informasi kepada masyarakat tentang tingkat kemampuan sebuah rumah sakit.

K. PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pembinaan dan pengawasan terhadap rumah sakit dilakukan oleh menteri kesehatan c.q. Dirjen Pelayanan Medik Depkes. Hal ini perlu dilakukan secara terus menerus, terpadu, dan menyeluruh. Hal ini karena antar faktor yang ada saling berkaitan, misal : pengawasan segi teknis medis tidak dapat dilakukan tanpa melihat juga segi keuangannya, demikian sebaliknya.

L. KETENTUAN PIDANA

Pelanggaran terhadap ketentuan-ketentuan dalam peraturan ini dapat dikenakan sanksi pidana, sebagaimana diatur dan dimuat dalam UU NO. 23 1992 tentang Kesehatan.

Selain itu Menteri Kesehatan mempunyai kewenangan untuk menerapkan sanksi administrasi berupa peringatan tertulis sampai dengan pencabutan izin operasional. Dapat pula rumah sakit yang bersangkutan dikenakan sanksi ganti kerugian.

BAB VI

PENUTUP

1. Bahwa berdasarkan alasan filosofis, yuridis sosiologis dan ekonomis sudah saatnya ada peraturan perundang-undangan yang mengatur penyelenggaraan rumah sakit secara menyeluruh
2. Materi yang perlu dimuat dalam Undang Undang tentang rumah sakit tersebut selain harus mengikuti prinsip-prinsip dalam penyusunan peraturan perundang-undangan juga harus memperhatikan asas-asas dalam penyelenggaraan upaya kesehatan
3. Dalam memberikan pengertian atas istilah atau terminologi yang akan dimuat dalam Undang Undang yang mengatur rumah sakit hendaknya tetap berdasarkan peraturan perundang-undangan dan referensi yang ada.
4. Naskah akademis ini dibuat sebagai rujukan dalam menyusun Undang-Undang dan dilampirkan bersama Rancangan Undang Undang sebagaimana terlampir dengan sistematika sebagai berikut :
 - a. Judul
 - b. Konsideran
 - c. Batang Tubuh, yang terdiri :
 - ◆ Bab I Ketentuan Umum
 - ◆ Bab II Asas dan Tujuan
 - ◆ Bab III Tugas dan Fungsi
 - ◆ Bab IV Tanggung Jawab Pemerintah dan Pemerintah Daerah
 - ◆ Bab V Persyaratan
 - Umum
 - Lokasi
 - Bangunan
 - Prasarana
 - Ketenagaan
 - Kefarmasian
 - Peralatan
 - ◆ Bab VI Jenis dan Klasifikasi
 - Jenis
 - Klasifikasi
 - ◆ Bab VII Perizinan

- ◆ Bab VIII Kewajiban dan Hak
 - Kewajiban
 - Hak Rumah Sakit
 - Kewajiban Pasien
 - Hak Pasien
- ◆ Bab IX Penyelenggaraan
 - Pengorganisasian
 - Akreditasi
 - Bentuk
 - Jejaring
 - Keselamatan Pasien
 - Perlindungan Hukum Rumah Sakit
 - Tanggung Jawab Hukum
- ◆ Bab X Pembiayaan
- ◆ Bab XI Pencatatan dan Pelaporan
- ◆ Bab XII Pembinaan dan Pengawasan
- ◆ Bab XIII Penyidikan
- ◆ Bab XIV Ketentuan Pidana
- ◆ Bab XV Ketentuan Peralihan
- ◆ Bab XVI Ketentuan Penutup