

Catatan dari Pertemuan ARSADA – UU Rumah Sakit Tahun 2009

Ni Luh Putu Eka*)

Pada tanggal 19 Oktober 2009 ARSADA menginisiasi suatu pertemuan yang bertujuan untuk memberi masukan atas UU RS yang baru disahkan oleh DPR pada tgl 28 September lalu dan dinilai memiliki beberapa kelemahan. Pertemuan ini diselenggarakan di Gedung Granadi Kuningan, Jakarta, dengan mengundang beberapa unsur diluar kepengurusan ARSADA Pusat, antara lain dari PERSI, Dewan Jaminan Sosial Nasional, tokoh masyarakat, Perguruan Tinggi dan sebagainya.

Prof. dr. Laksono Trisnantoro dari UGM menyampaikan ucapan selamat kepada ARSADA yang telah berhasil mengawal lahirnya UU RS ini dan memasukkan beberapa point penting bagi RS *non for profit*, misalnya pasal tentang Badan Layanan Umum (Daerah) dan insentif pajak. Jika melihat dari sejarahnya, memang tidak bisa dihindari bahwa dorongan eksternal begitu kuat terhadap RS *non profit*. RS non profit (baca: RS pemerintah) yang dikelola secara birokratis terbukti tidak mampu memenuhi kebutuhan masyarakat yang senantiasa berubah. Prof. Laksono mengingatkan kembali ketika RS daerah masih dikelola secara PNBK yang kemudian berubah menjadi swadana. Pada fase-fase ini terjadi kebingungan apakah akan diarahkan sebagai lembaga sosial yang birokratik atau sosial ekonomi. Setelah melewati perdebatan yang panjang diberbagai forum seminar, diskusi ilmiah hingga pembicaraan non formal, akhirnya UU RS mengatur bahwa RS di Indonesia dikategorikan sebagai RS privat (milik swasta/PT) dan RS nirlaba (milik swasta/yayasan *non profit* dan pemerintah). Untuk RS pemerintah sendiri, khususnya milik pemerintah daerah diwajibkan untuk menerapkan PPK BLUD. Kebijakan mengenai insentif pajak bagi RS nirlaba termasuk *teaching hospital* juga menjadi satu hal yang menggembirakan, karena menunjukkan adanya *reward* bagi RS-RS yang menjalankan misi sosial.

Kebijakan ini mengarahkan RS nirlaba untuk dikelola seperti lembaga usaha. Dampaknya adalah RS-RS nirlaba ini harus menerapkan sistem manajemen profesional sebagaimana layaknya sebuah perusahaan. Salah satu sistem pendukung yang cukup urgent adalah sistem *accounting* sesuai standar profesi akuntan untuk mendukung responsibilitas lembaga-lembaga tersebut dalam menggunakan sumber daya publik. Masalahnya adalah hingga saat ini sebagian besar RS nirlaba belum memiliki sistem operasional yang dibutuhkan.

Sejauh ini ARSADA memegang peranan yang sangat besar dalam proses lahirnya UURS, apalagi dengan keberadaan dr. Umar Wahid sebagai anggota DPR sekaligus Dewan Penasehat ARSADA. Adanya "aroma asosiasi" dalam UURS tersebut semakin kental dengan adanya pasal yang secara eksplisit menyebutkan bahwa asosiasi perumhaskitan harus dilibatkan dalam proses pembinaan dan pengawasan RS. Dilain pihak, kondisi ini justru menunjukkan bahwa ARSADA memposisikan diri untuk terlibat dalam penentuan kebijakan. Berdasarkan hasil identifikasi dari pasal-pasal yang ada di dalamnya, UURS ini membutuhkan 5 PP, 1 Keppres dan 17 Kepmen sebagai kebijakan yang lebih teknis. ARSADA (bersama asosiasi perumhaskitan lainnya, perguruan tinggi dan pihak-pihak lain) perlu memikirkan bagaimana mekanismenya agar aturan riil yang diperlukan ini segera ada. Selain itu, sebagaimana yang diingatkan oleh Prof. Laksono, ada aspek teknis yang muncul sebagai konsekuensi adanya kebijakan baru. Sebagai contoh, perubahan pengelolaan RS nirlaba (baca: RS pemerintah) dari pola birokratis ke arah lembaga usaha menuntut adanya perubahan pola tata kelola yang harus diatur secara rinci. Berapa persen dari RS yang ada mampu membuat sistem tata

kelolanya sendiri tanpa didampingi oleh tenaga ahli, sementara RS diberi kesempatan 2 tahun untuk mengimplementasikan UURS ini.

Kehadiran dari Dewan Jaminan Sosial Nasional dalam pertemuan ini memberikan input yang cukup signifikan khususnya untuk pasal-pasal yang terkait dengan pembiayaan kesehatan. Dalam hal ini, Ibu Atikah sebagai sekretaris Dewan JSN menyoroti bahwa beberapa pasal dalam UURS ini membawa konsekuensi dimana harus ada urun biaya dan oleh karenanya RS harus memiliki informasi tentang unit cost pelayanan. Hak-hak masyarakat juga lebih diperhatikan dengan adanya pasal yang mengatur bahwa jika di suatu daerah tidak ada RS yang memenuhi standar pelayanan maka harus ada kompensasi yang diberikan kepada masyarakat sebagai peserta jaminan kesehatan. Artinya, RS yang ada harus dirancang untuk dapat memenuhi standar yang merupakan kesepakatan bersama antara pengelola jaminan dan provider pelayanan kesehatan. Tahun 2014 diharapkan coverage jaminan sosial ini dapat mencapai target yang telah ditetapkan dan ada sistem pembayaran yang dapat menjamin mutu pelayanan, memuaskan semua pihak (masyarakat maupun provider) serta ketersediaan fasilitas yang sesuai dengan standar.

Isu menarik yang muncul dari Bu Atikah adalah bahwa pasti ada perbedaan kualitas antara satu RS dengan yang lainnya yang berdampak pada perbedaan *cost* pelayanan. Oleh karena itu perlu ada perbedaan tarif berdasarkan pada perbedaan kualitas/kompetensi tersebut. Perbedaan ini bisa dibuat secara *regional based*, misalnya.

Pada tahun 2012, Depdagri menargetkan 173 juta penduduk Indonesia memiliki *single ID card*. Dikaitkan dengan jaminan sosial, sistem ini akan meminimalkan terjadinya jaminan sosial ganda pada satu orang warga negara. Selain dari sisi peserta jaminan, antar-penyelenggara jaminan sosial juga perlu ada koordinasi yang lebih baik, agar manfaat yang diterima oleh peserta lebih optimal. Kedepannya diharapkan ada kerjasama dan koordinasi antara Dewan Jaminan Sosial Nasional dengan ARSADA dan asosiasi perumhaskitan lainnya, dalam pelaksanaan tupoksi DJSN, yaitu (1) merumuskan kebijakan dan sinkronisasi program, (2) kajian & penelitian yg terkait dengan jaminan sosial, (3) melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan jaminan sosial, (4) menentukan/merumuskan besarnya subsidi premi bagi penerima bantuan iuran termasuk masyarakat miskin dan mengusulkannya ke pemerintah.

Selain mengakomodir kepentingan RS nirlaba dan kebijakan jaminan sosial nasional, ternyata UURS ini mengandung banyak sekali terminologi yang jika tidak diterjemahkan secara hati-hati dan jelas dalam penjelasan pasal per pasal, maka akan dapat menjebak RS sebagai pelaksana pelayanan. Berbagai terminologi tersebut sebagaimana diungkapkan oleh Prof. dr. Iwan Dwiprahasto dari UGM antara lain adalah "informasi", "*patient safety*", "mutu", "efisien" dan sebagainya. Berbagai jargon ini harus dijelaskan batasannya dan konsekuensinya harus bisa diantisipasi. Kesamaan persepsi di internal ARSADA harus ada agar bisa memberikan informasi yang konsisten mengenai suatu hal. Dengan definisi yang jelas, maka perbedaan antara RS (Daerah) yang satu dengan yang lain hanya akan terletak pada gradasi kompetensi dan mutunya. Masyarakat akan dengan mudah menilai mana RS yang bermutu dan mana yang tidak. Potensi terjadinya *miss-understanding* terhadap berbagai istilah yang dimuat dalam pasal-pasal UURS sebenarnya juga sudah disadari. Ini oleh dr. Nico (PERSI) dianggap bagian dari *nature of business* RS yang memang *high-risk*.

Satu hal yang menjadi perhatian khusus bagi Prof. Iwan adalah mengenai kompetensi dokter umum. Saat ini ada aturan mengenai kurikulum pendidikan dokter, dimana fase klinik dapat ditempuh

dalam kurun waktu 1,5 tahun (sebelumnya 2 tahun), namun setelah itu ada fase internship. Fase ini harus dilalui di RS, dan dengan banyaknya FK yang ada di Indonesia saat ini maka RS Daerah diharapkan ikut berperan dalam “menampung” peserta internship ini. Masalah akan timbul manakala tarif RS Daerah yang biasanya ditetapkan oleh Pemda, menjadi mahal dan tak terjangkau oleh mahasiswa. Dalam hal ini Asosiasi diharapkan ikut berperan dalam menegosiasikan “tarif regional” sebagaimana halnya kesepakatan tarif yang dibuat untuk jaminan sosial masyarakat.

Proses internship ini dipandang sangat penting untuk meningkatkan *competitiveness* lulusan pendidikan dokter dari universitas-universitas yang ada di Indonesia, untuk menghadapi “serbuan” dokter asing yang tidak lama lagi akan melanda Indonesia. Daya saing ditingkat global akan rendah manakala RS yang memiliki kemampuan untuk mendidik tidak ikut mendidik calon dokter Indonesia.

Diskusi ini menjadi semakin menarik karena ada perspektif konsumen yang ikut dibahas. Pak Marius sebagai tokoh yang mewakili masyarakat berpendapat bahwa di Indonesia terlalu banyak produk UU yang tidak tuntas dikerjakan. Sebagai contoh UU Kes no 32/1992 yang sudah berusia 17 tahun baru berhasil menelurkan 4 PP dari sejumlah PP yang diperlukan. Demikian juga dengan banyak UU lainnya. Bagaimana dengan UURS, perlu berapa lama untuk menyelesaikannya?

Disisi lain, ada hak-hak pasien yang sering kali tidak dapat diperoleh. Misalnya hak mengenai informasi. Terminologi “informasi” harus dibuat se jelas mungkin dalam UURS agar tidak menimbulkan masalah nantinya, sebagaimana yang sudah diungkapkan oleh Prof. Iwan. Sampai saat ini pasien masih kesulitan untuk mengakses informasi dasar seperti ringkasan rekam medis, meskipun hal itu sudah diatur dalam Kepmenkes tertanggal 2 Maret 2008. Masalah ini juga terkait dengan perilaku dokter dalam meresepkan obat kepada pasien, yang sering kali kurang memperhatikan aspek etika bisnis yang sehat. Kebijakan mengenai asuransi bisa menjadi salah satu upaya untuk mengurangi terjadinya ketidakprofesionalan seperti ini. Di Indonesia sudah ada beberapa daerah yang mengembangkan sistem jaminan sosialnya masing-masing. Kebijakan yang dikembangkan oleh Pemerintah Kota Balikpapan adalah salah satu contoh yang oleh Pak Marius dinilai berhasil dalam membuat sistem jaminan pemeliharaan kesehatan yang baik.

Isu yang makin mencuat belakangan ini adalah banyaknya RS di daerah yang cenderung menjadi agent untuk RS-RS di luar negeri. Dikemas dalam bentuk “kerjasama”, banyak RS di Indonesia yang berperan dalam melakukan *screening* dan *treatment* pada level primer. Kasus sekunder dan tersier dirujuk ke luar negeri. Dr. Hanna Permana, MARS sebagai ketua ARSADA menjamin bahwa tidak ada RS Daerah yang seperti itu.

Dari aspek profesional tenaga kesehatan khususnya klinisi UURS ini seharusnya mengatur juga masalah *credentialling*. Namun pada pasal 13 hanya disebutkan masalah SIP. Padahal menurut dr. Nico metode *credentialling* seperti yang diterapkan saat ini kurang dapat digunakan. Komite medik hanya memutuskan “menerima” atau “tidak menerima” seorang tenaga medis untuk bekerja di sebuah RS. Seharusnya bisa lebih rinci dan mengikat, sehingga bisa menjadi pegangan bagi manajer RS untuk menghadapi tenaga medisnya. Kita juga bisa meniru model di Amerika, dimana *credential privilege* ini memiliki masa berlaku selama 3 tahun dan setelahnya tenaga medis yang bersangkutan harus melewati proses kredensial kembali.

Menanggapi berbagai masukan tersebut di atas, dr. Hanna Permana menyampaikan bahwa ARSADA memang banyak berperan di aspek kebijakan. Namun aspek teknis pun telah dipikirkan dan bahkan

beberapa *point* sudah mulai dikerjakan. Sebagai contoh, konsep tentang *accountability* sudah pernah diajukan ke Menkes (dr. Siti Fadillah), namun belum mendapatkan tanggapan yang diharapkan. Dengan dilantiknya menteri kesehatan yang baru, maka proses advokasi ini tentu harus dimulai lagi dari awal. Secara lebih spesifik konsep akuntabilitas yang dikembangkan untuk RS ini meliputi managerial *accountability* dan clinical *accountability*. Kedepannya ARSADA menyadari bahwa perlu adanya kerjasama dengan berbagai pihak (PERSI, perguruan tinggi dan sebagainya) untuk mengimplementasikan UU ini.

Dr. Hanna mengakui bahwa peran ARSADA dalam mengawal lahirnya UURS tersebut tidak terlepas dari peran dr. Umar Wahid sebagai wakil rakyat di DPR. Terhadap hal ini, dr. Umar Wahid berpendapat bahwa orang-orang kesehatan tidak pernah melakukan *lobbying* di DPR. Ini berbeda sekali dengan orang-orang dari sektor lain, sehingga wajar saja jika kebijakan dibidang kesehatan sering tidak pas dengan kebutuhan dan kondisi di lapangan. Dengan *culture* seperti ini, anggota DPR yang mewakili aspirasi bidang kesehatan harus pro aktif menggali permasalahan yang ada di lapangan. Pertanyaannya adalah siapakah anggota DPR periode saat ini yang bisa pro aktif?

Sebagai orang yang sudah berpengalaman dalam proses *lobbying* di berbagai level, Prof. Laksono menyampaikan bahwa harus ada *policy brief* dalam proses *lobbying* tersebut. Di UGM ada dana yang bisa dimanfaatkan untuk mem-*follow up* UURS ini, khususnya untuk membuat naskah akademik. Masalah pendanaan ini perlu dipikirkan mengingat pengalaman Departemen Dalam Negeri saat membuat berbagai PP terkait dengan desentralisasi kesehatan yang ternyata membutuhkan dana yang sangat besar. Pembuatan PP ini merupakan tanggung jawab departemen teknis. Oleh karena itu perlu ditanyakan ke Departemen Kesehatan apakah dana sudah disiapkan, mengingat waktu yang diberikan untuk menyelesaikan PP ini hanya 1 tahun sejak UU disahkan. Jika dana yang dibutuhkan tidak disiapkan, ARSADA dapat mengomandani penggalan dana dari berbagai sumber. UGM menyatakan kesediaannya membantu penyusunan naskah akademik untuk PP yang terkait dengan perpajakan dan subsidi, secara sukarela. Perguruan tinggi yang lain juga bisa dilibatkan untuk menyusun naskah akademik PP lainnya. Terkait dengan masalah anggaran di Depkes, Bu Atikah memberi masukan bahwa usulan penyusunan naskah akademik bisa diajukan dengan nama kegiatan kajian atau konsultasi, melalui Yanmed yang saat ini sedang menyusun anggaran tahun 2010.

Dari diskusi yang dilakukan selama kurang lebih 2,5 jam ini disepakati bahwa kerja keras masih diperlukan untuk mengimplementasikan UURS ini, mulai dari tahap kebijakan dengan membuat PP dan Permen hingga ke aspek teknis dengan membuat sistem operasional pendukung di RS. Ini menjadi tantangan bagi semua pihak, mulai dari para praktisi di RS, asosiasi perumhaskitan, hingga para akademisi/peneliti/konsultan. Dapatkah semua PP diselesaikan dalam 1 tahun? Dapatkan semua sistem manajemen operasional RS dibuat dan diimplementasikan dalam kurun waktu 2 tahun kedepan? Jika semua pihak yang punya kompetensi mau berkomitmen untuk bersama-sama membangun sistem, kita bisa optimis bahwa cita-cita menjadikan RS (nirlaba) sebagai lembaga yang profesional, akuntabel dan *competitive* akan dapat diwujudkan.

*) Peneliti dan Konsultan Manajemen Rumah Sakit, Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan Fakultas Kedokteran UGM