

STRATEGI PELAYANAN KESEHATAN YANG ‘PRO PUBLIK’ BAGI RUMAH SAKIT

Hermawan

Fakultas Ilmu Administrasi, Universitas Brawijaya, Malang
hermawanwan007@gmail.com

Abstract

Health service policy at health sector in Indonesia was not yet considered as friendly to the public (or pro-public). Regulations had been released by the government to produce a just and apportion health service. However, in reality, health service with good quality was only enjoyed by some users who were financially afforded. Poor community found only difficulty when the demand of being served was emerging. The method of research was deductive approach. The application of this approach was combined with the content of analysis after it was subjected against the result of research. Type of research was comparative study. The result of research indicated that health service in the hospital could be improved in such way that the community would enjoy feasible health service. The structural component of health system in the hospital could adopt egalitarian component of health service. It was important component that could produce health product with a character of being pro-public service.

Keywords : Health service, Hospital, Pro-public

Abstrak

Saat ini, kebijakan dalam bidang kesehatan di Indonesia terutama di tingkat daerah, masih dianggap belum pro-rakyat. Pemerintah telah mengeluarkan berbagai regulasi yang mengatur pelayanan kesehatan yang adil dan merata. Namun kenyataannya, pelayanan kesehatan yang bermutu dan memuaskan tersebut masih dinikmati secara terbatas. Pemakai jasa pelayanan yang mampu secara finansial lebih memiliki akses pelayanan tersebut, dibandingkan golongan masyarakat miskin. Tulisan ini menggunakan pendekatan deduktif yang dikombinasikan dengan content analisis atas hasil-hasil penelitian yang berciri *comparative study*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan di rumah sakit dapat ditingkatkan dan masyarakat dapat menikmati pelayanan kesehatan yang memadai apabila dalam komponen struktural, sistem kesehatan di rumah sakit dapat mengadopsi komponen nilai egaliter pelayanan kesehatan. Sehingga produk kesehatan dapat bercirikan pelayanan yang pro-publik.

Kata kunci : Pelayanan kesehatan, Rumah Sakit, *pro-publik*

Pendahuluan

Pendelegasian kewenangan pelayanan publik dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah berimplikasi pada kemampuan anggaran dan pola pelayanan kesehatan. Begitu pula rencana Kementerian Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial (Kemenkes dan Kesos) "menswastakan" rumah sakit milik pemerintah. Kebijakan untuk menjadikannya sebagai perusahaan jawatan juga menimbulkan kekhawatiran soal akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin atau persoalan dalam *community health needs assessment* (Cramer, et al, 2017: 78; Mitchell, et al, 2017: 34). Pemerintah saat ini masih menghadapi tantangan tentang siapa yang akan membiayai pelayanan kesehatan orang miskin, apakah pemerintah pusat atau pemerintah daerah? Juga bagaimana mekanismenya, apakah menggunakan asuransi, dinas kesehatan atau cara lain?

Belajar dari pengalaman negara maju, pembiayaan pelayanan kesehatan dilakukan sektor publik-pemerintah atau oleh kelompok besar masyarakat. Pelayanan kesehatan hanya sedikit yang dilepaskan ke swasta. Hal ini disebabkan karena pelayanan kesehatan mempunyai tiga ciri utama, yaitu 1) *uncertainty* (ketidakpastian), 2) *asymmetry of information* (ketidakseimbangan informasi), 3) *externality* (punya pengaruh terhadap masyarakat di sekeliling) (Michael N, et al. 2016: 25; Cramer, et al, 2017: 27).

Dengan demikian, kebutuhan pelayanan kesehatan tidak bisa dipastikan, terkait waktu, tempat, jumlah, maupun biaya yang dibutuhkan. Karena posisi masyarakat (pasien) lebih lemah dibanding penyedia pelayanan kesehatan (dokter, distributor obat dan sebagainya) yang lebih menguasai liku-liku dunia kesehatan. Sehingga ada potensi terjadi *moral hazard* jika penyedia pelayanan kesehatan tidak mempunyai integritas kuat terhadap nilai kemanusiaan, norma sosial, agama maupun etika. Misalnya di banyak rumah sakit swasta Indonesia, angka bedah caesar ibu melahirkan mencapai 60

persen, jauh di atas standar Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) yang semestinya 15 persen saja. (Brinda, *et al*, 2016: 30; Baldisserotto, *et al*, 2016: 20).

Pada konteks ini, pengaturan, pengendalian, dan pengawasan ketat dari pemerintah dan atau organisasi profesi menjadi penting. Oleh karena itu, kode etik kedokteran dan hukum pelayanan kesehatan diatur ketat di banyak Negara (Gaynor, *et al*, 2016: 50). Bahkan ada yang menjadikan pelanggaran etika sebagai pelanggaran hukum pidana. Bagaimana di Indonesia? Di sini, justru ada upaya untuk mengubah rumah sakit milik pemerintah menjadi perusahaan jawatan atau terdapat kecenderungan semakin banyak fenomena swastanisasi rumah sakit. Efeknya, kemampuan pemerintah untuk mengawasi dan mengendalikan pelayanan kesehatan umum melemah. Sehingga masyarakat makin rentan menjadi korban *supply induced demand* (pemanfaatan berlebihan tidak sesuai kebutuhan medis), serta *moral hazard* dari rumah sakit dan praktik dokter yang mencari laba sesuai spesialisasinya masing-masing (Reiners, 2006: 67). Dari laporan beberapa riset di luar negeri, mekanisme pasar sebenarnya tidak cocok untuk kesehatan, karena gagal mencapai tujuan publik. Melepaskan pelayanan kesehatan, meski hanya kuratif sebagai barang swasta, bisa merugikan masyarakat (Mohammadi, *et al*, 2016:78 Rybarczyk-Szwajkowska, *et al*, 2016: 35; Majchrzak-Lepczyk, *et al*, 2016: 29).

Negara paling liberal seperti AS pun tidak melepas seluruh pelayanan kesehatan sebagai barang swasta (Michelle, *et al*, 2015: 58; Cramer, *et al*, 2017: 7). Rumah sakit umum milik pemerintah tetap dibangun di tiap negara bagian. Terdapat dua macam asuransi public, yaitu: 1) *Medicare*, yang digunakan untuk pembiayaan pelayanan kesehatan bagi orang tua dan penderita penyakit terminal. 2) *Medicaid*, yaitu bantuan pemerintah pusat dan negara bagian bagi orang miskin, sebagai bagian sistem jaminan sosial (*social security*) atau *health insurance scheme* (Abazinab, *et al*, 2016:19).

Menurut Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat Kemenkes dan Kemensos, Prof Dr dr Azrul Azwar MPH, negara hanya menanggung biaya pelayanan kesehatan masyarakat serta biaya pelayanan medis untuk orang miskin di masa depan. Subsidi rumah sakit untuk obat, alat kesehatan, dan operasional akan dicabut. Rumah sakit hanya mendapat subsidi untuk kegiatan yang bersifat luas, misalnya program talasemia. "Nantinya puskesmas (pusat kesehatan masyarakat) hanya melakukan kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat. Pelayanan medis akan dilakukan dokter keluarga dan dibiayai masyarakat sendiri lewat sistem asuransi kesehatan, dengan pembayaran pra-upaya (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat/JPKM)". Dalam implementasinya, JPKM menjadi prioritas utama diantara jaminan kesehatan lainnya yang ada saat ini (Assri, dkk, 2012: 10).

Melihat realitas demikian, maka diperlukan adanya kemauan politik dari para pelayan publik untuk mengalokasikan 15 persen Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) untuk sektor kesehatan. Masalahnya, saat ini keuangan pemerintah sangat minim. Dana Alokasi Umum (DAU) yang dibagikan ke pemerintah daerah hanya cukup untuk membayar gaji. Akibatnya, alokasi dana kesehatan bukan meningkat, tetapi justru turun drastis (Kurniasih, 2007: 20; Choirunisa dan Adisasmita, 2014: 27).

Kajian finansial *Healthy Mother, Healthy Baby* (HMHB) Aus-AID tahun 2000 di Kendari dan Buton (Sulawesi Tenggara/Sultra) yang dilakukan Pusat Penelitian Kesehatan UI, seperti diungkapkan Dr. drg Mardiaty Nadjib MSc dari FKM UI, menunjukkan, Sultra tidak memiliki cukup dana untuk sektor kesehatan. Pengeluaran kesehatan kabupaten 80-90 persen dananya dari pemerintah pusat. Hanya sebagian kecil pendapatan asli daerah (PAD) yang dialokasikan untuk sektor kesehatan. Dalam desentralisasi, selain terdapat perbedaan kemampuan dalam pembiayaan kesehatan, juga terjadi kesen-

jangan status kesehatan antar daerah (Choirunisa dan Adisasmita, 2014: 79).

Secara umum, penentu kebijakan di daerah belum memprioritaskan kesehatan, karena dianggap sebagai sektor konsumsi yang menyerap dana tanpa pengembalian signifikan kepada pemerintah. Padahal, dalam jangka panjang, investasi sektor kesehatan akan meningkatkan produktivitas tenaga kerja yang berpengaruh positif pada pertumbuhan ekonomi. Oleh karena itu, agar diperoleh dana yang cukup, para perencana di daerah harus memiliki kapasitas memadai untuk mengidentifikasi kebutuhan dana, dalam mengatasi masalah kesehatan yang lokal spesifik serta melakukan advokasi ke pemda. Selain itu, perlu panduan dan bantuan teknis dari pemerintah pusat dalam memobilisasi sumber daya, mengingat dana dari pusat (DAU) diberikan dalam bentuk *block grant* (Choirunisa dan Adisasmita, 2014: 26).

Ketidakkampuan Pemerintah dalam membangun sistem kesehatan, disebabkan antara lain karena kegagalan dalam menetapkan pelayanan kesehatan yang bersifat barang publik dan barang swasta. Misalnya, pemerintah menetapkan puskesmas sebagai barang publik bertarif murah (Suardana, 2003: 55). Akan tetapi, subsidi untuk operasional dan gaji tenaga medis sangat kecil. Akibatnya, produktivitas tenaga kesehatan dan mutu pelayanan menjadi rendah. Hal sama juga terjadi pada dokter di rumah sakit, sehingga lebih banyak mencurahkan perhatian di rumah sakit swasta.

Studi ini bermaksud memberikan solusi untuk mengatasi kegagalan pemerintah dan pasar dalam menjamin sistem pelayanan kesehatan yang egaliter di rumah sakit daerah. Langkah yang digunakan adalah menganalisis secara mendalam, bagaimana menciptakan sistem pelayanan yang dapat diakses oleh publik terutama kelompok tidak mampu/orang miskin.

Studi ini menggunakan metode deduktif yang dikombinasikan dengan *content analisis* atas hasil-hasil penelitian yang berbasis *comparative study*. Data diperoleh melalui pengga-

bungan antara hasil observasi di beberapa RS daerah, evaluasi produk kebijakan kesehatan dan studi kepustakaan. Data dianalisis melalui *content analysis* laporan hasil riset individual terdahulu atas beberapa *best practice* pelayanan kesehatan dari riset-riset kebijakan kesehatan di beberapa negara.

Pelayanan Kesehatan yang Egaliter

Di Indonesia, pelayanan kesehatan seolah 'diperdagangkan' bahkan oleh RS pemerintah (Tempo, 23 Oktober 2012: 15). Secara konseptual, sebuah rumah sakit yang dibangun dari dana publik seharusnya bisa diakses oleh seluruh masyarakat. Maka, ketika ada fenomena rakyat yang tidak mampu mengalami sakit dan mereka diharuskan membayar terlebih dahulu di awal, maka ini adalah sesuatu yang ironis. Bahkan tidak jarang bila tidak ada uang, pelayanan tak diberikan oleh rumah sakit sehingga nyawa pasien melayang.

Di DKI Jakarta, misalnya. Beberapa rumah sakit daerah yang bernilai ratusan miliar dan dibangun atas dana publik, kini dijadikan PT (perseroan terbatas). Sebagai sebuah PT, tentu tujuannya mencari untung. Meskipun kelak keuntungan itu kembali ke kas daerah. Tetapi, untuk mendapatkan keuntungan, pengelola harus menarik biaya lebih mahal dari investasinya. Jika saja Pemprop kemudian membayar semua tagihan RS kepada rakyat yang berobat, tidak hanya mereka yang miskin, karena yang tidak miskin bisa jadi miskin akibat harus membayar biaya berobat. Maka hal itu tidak ada masalah. Tetapi, kebijakan transformasi RS tersebut dilakukan sebelum ada sistem penjaminan bagi seluruh rakyat. Tentu ada yang berargumen bahwa pemerintah sudah menyelenggarakan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin (JPK Gakin) yang didanai dari dana kompensasi subsidi BBM. Namun, program JPK Gakin masih jauh dari memadai (Arifianto, dkk, 2005: 19).

Data laporan maupun survei menunjukkan, lebih dari 90% bantuan JPK Gakin sampai pada orang tepat, alias miskin. Sesungguhnya tidak sulit mencari orang miskin di Indonesia,

sebab jika kriteria miskin yang digunakan adalah pendapatan US\$2 per hari, standar untuk negara berkembang yang digunakan Bank Dunia, maka lebih dari 60% penduduk Indonesia tergolong miskin. Sementara ukuran miskin yang kita gunakan adalah miskin untuk makan, bukan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan (*medically poor*). Tukang ojek yang berpenghasilan Rp. 600 ribu/bulan tidak tergolong miskin. Karena itu, tidak bisa mendapatkan kartu JPK Gakin. Sementara untuk berobat karena sakit tifus atau infeksi usus buntu di RS pemerintah di Jakarta menghabiskan lebih dari Rp 1 juta. Dengan kata lain pendapatan yang diperoleh tidak dapat membiayai kebutuhan kesehatan.

Data menunjukkan bahwa kurang dari 5% pasien yang dirawat inap di RS pemerintah adalah pemegang kartu JPK Gakin atau mendapat keringanan atau pembebasan biaya. Apa artinya? Bukan mereka memiliki kemampuan membayar (*ability to pay*), tetapi mereka terpaksa membayar alias *forced to pay*. Apakah pantas pemerintah memaksa rakyatnya yang sakit, yang tidak bisa lagi narik ojek atau angkot atau bertani, membayar di RS yang dibangun atas uang rakyat? Apakah pemerintah tidak punya anggaran untuk membantu? Sungguh mengherankan jika setiap tahun, pemerintah memberikan subsidi BBM paling tidak Rp.30 triliun (bahkan tahun ini bisa menjadi Rp. 63 triliun), sementara untuk membayar semua tagihan rawat inap RS kelas III di seluruh Indonesia, tidak akan menghabiskan lebih dari Rp.15 triliun. Yang pasti, subsidi BBM lebih menggemukkan mereka yang berada. Pemerintah juga masih menerima cukai rokok sekitar Rp30 triliun. Artinya, kebijakan pemerintah memang belum “menggemukkan” rakyatnya tetapi “menguruskan”. Dalam konteks ini, kebijakan baru yang pro publik harus segera dilaksanakan.

UU SJSN mewajibkan pemerintah membayarkan iuran asuransi kesehatan sosial bagi penduduk miskin dan tidak mampu. Sementara mereka yang bekerja, termasuk kerja sendiri, seperti pedagang yang mempunyai penghasilan, wajib

mengikutkan sebagian penghasilannya setiap bulan. Artinya, UU ini sesungguhnya mengukuhkan dan memaksa komitmen pemerintah yang permanen untuk menjamin pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduknya, sehingga akan terkumpul dana yang cukup. Ini langkah awal menuju Asuransi Kesehatan Nasional, yang di Inggris sudah dimulai sejak tahun 1911 (Iqbal and Hasan, 2016: 49). Iuran memang harus dipaksakan, sebab tanpa paksaan orang tidak akan menabung untuk risiko masa depannya.

Di Eropa Barat, negara yang menyebut dirinya sebagai *welfare state*, segala kebutuhan dasar rakyat seperti kesehatan, pendidikan, tunjangan pengangguran, bahkan perumahan, disediakan pemerintah secara gratis. Di Inggris, semua penduduk termasuk orang asing yang tinggal di dalamnya, tidak perlu membayar pelayanan kesehatan, baik ketika mereka ke dokter praktek maupun dirawat dan mendapat pembedahan di rumah sakit (RS) (Iqbal and Hasan, 2016: 39). Apakah negara-negara itu memiliki sumber alam melimpah untuk membiayai semua pelayanan publik tersebut? Tidak, semua dana diambil dari penduduknya yang bekerja dan membayar pajak cukup tinggi.

Di Amerika Serikat (AS) yang bukan negara kesejahteraan, semua harus bayar. Pajak di AS memang tidak setinggi di Eropa, tetapi fasilitas publik dapat disediakan dengan kualitas baik. Penduduk berusia lanjut dan menderita penyakit mematikan, mendapat jaminan dari program *Medicare*, suatu program asuransi kesehatan sosial yang berlaku nasional. Sementara penduduk miskin memperoleh bantuan biaya medis dari program *Medicaid* (CDB, 2016, Senot, et al, 2016:20).

Di sisi lain, Sri Lanka merupakan salah satu contoh negara berkembang, bahkan miskin, namun memberikan pelayanan kesehatan dan pendidikan gratis (Herath, 2008: 10; Premaratna, et al, 2011: 67). Berdasarkan kondisi ini, kondisi kesehatan dan pendidikan penduduk Sri Lanka menunjukkan, penduduk Sri Lanka jauh lebih sehat dan pintar dari orang Indonesia.

Mengapa begitu? hal ini disebabkan penduduk negara tersebut bisa berkonsentrasi belajar dan bekerja, tanpa harus sibuk cari pinjaman atau mendapati pungutan liar (pungli) guna menutupi biaya pendidikan atau kesehatan. Demikian juga penduduk Thailand. Para pegawai mendapatkan jaminan kesehatan lewat program jaminan sosial. Penduduk lain seperti nelayan dan petani, tanpa memandang miskin atau kaya, hanya membayar 30 baht (kira-kira Rp 6.000) setiap kali dirawat di RS. Beban biaya sebesar itu sudah termasuk obat, operasi, atau perawatan intensif.

Demikian juga penduduk Malaysia, kalau mereka perlu rawat inap, tarifnya hanya RM 3 (sekitar Rp. 6 ribu/hari). Bahkan penduduk Malaysia tidak perlu khawatir, jika harus menjalani operasi jantung yang di Indonesia dapat menghabiskan Rp100 juta, di RS Pemerintah karena di Malaysia, pemerintah sudah menjaminkannya (Rannan, *et al*, 2016:67, Leng, *et al*, 2007, Noh, *et al*, 2016: 89).

Sesungguhnya, yang menjadi dorongan berbagai kebijakan yang 'pro publik' itu adalah komitmen kepada kemanusiaan dan kebersamaan. Prinsip dasar sistem kesehatan yang dikembangkan Inggris adalah, 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 egaliter. Filosofi ini pulalah yang dianut Sri Lanka, Thailand, dan Malaysia (Iqbal and Hasan, 2016: 20; Rannan, *et al*, 2016: 67, Leng, *et al*, 2007: 60, Noh, *et al*, 2016: 39; Herath, 2008: 29; Premaratna, *et al*, 2011: 39).

Membangun Kesejahteraan Kesehatan Masyarakat Indonesia

Jalan panjang pelayanan kesehatan di Indonesia ditandai dengan lahirnya Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang telah ditetapkan DPR RI periode 1999-2004 pada tanggal 28 September 2004. Undang-undang ini dimaksudkan untuk terwujudnya kesejahteraan sosial bagi

seluruh rakyat Indonesia (Kemenkes RI-JKN, 2012: 39; Assri, dkk, 2012: 63). Salah satunya adalah program jaminan kesehatan yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan mekanisme asuransi sosial, yang diselenggarakan berdasarkan prinsip ekuitas (Pasal 10). Pemerintah mempunyai tugas berat untuk melaksanakan program ini dengan sekuat upaya untuk mencapai *cost-effective way* (suatu cara mencapai efisiensi dan kualitas).

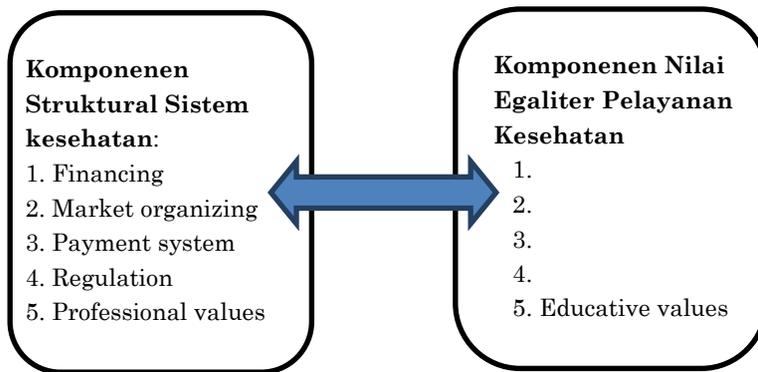
Hal yang mesti diingat oleh pemerintah, bahwa kesejahteraan sosial tersebut dapat terwujud menurut pandangan ekonomi kesehatan? Apabila tercapai kepuasan maksimal yang diinginkan oleh setiap anggota masyarakat. Lebih jelas Hsiao (2000: 91) menjelaskan bahwa kepuasan maksimal terhadap pelayanan kesehatan akan tercapai apabila terpenuhinya level absolut dan distribusi status kesehatan, adanya perlindungan risiko finansial (asuransi), serta kepuasan konsumen (masyarakat).

Level absolut adalah indikator kesehatan yang dapat dilihat berdasarkan angka-angka, misalnya angka kematian ibu (AKI) di Indonesia adalah 307 per 100.000 kelahiran hidup (tiga kali lipat AKI di negara-negara ASEAN). Padahal target yang ingin dicapai pada tahun 2005 adalah kurang dari 125 per 100.000 kelahiran hidup dan 75 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (Indonesia Country Report 2004). Angka ini masih jauh dari yang diharapkan menurut ketetapan Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan (ICPD) Cairo 1994. Sedangkan distribusi maksudnya adalah tersebarnya pelayanan kesehatan ke seluruh wilayah dan terjangkau oleh seluruh anggota masyarakat, Sehingga setiap orang akan memperoleh kesempatan yang sama dalam pelayanan kesehatan (prinsip ekuitas).

Restrukturisasi Sistem Pelayanan Kesehatan yang Pro-publik

Sarana yang digunakan untuk mencapai fungsi sistem kesehatan adalah komponen struktural sistem kesehatan.

Hsiao (2000: 94) mengusulkan perlunya upaya restrukturisasi terhadap 5 (lima) komponen utama yang akan berdampak pada hasil. Apabila lima komponen ini digabungkan dengan prinsip nilai egaliter dan *pro-poor*, maka dapat dibangun sistem pelayanan kesehatan yang pro-publik.



Gambar 1: Skema Restrukturisasi Pelayanan Rumah Sakit yang *Pro-Publik*

Pertama, restrukturisasi keuangan (*financing*). Keuangan atau anggaran merupakan komponen struktural utama yang akan mempengaruhi hasil karena dapat berdampak pada pendistribusian status kesehatan dan kemampuan pembiayaan pemerintah terhadap pelayanan kesehatan. Untuk itu diperlukan upaya memobilisasi dana bagi pelayanan kesehatan yang lebih *tangible*, salah satunya melalui dana asuransi kesehatan untuk masyarakat luas.

Hal penting lainnya adalah perlunya penataan institusional terhadap finansial pelayanan kesehatan. Finansial dapat diorganisasikan dan ditata melalui monopoli atau kompetisi. Sebagai contoh, mungkin perlu dipikirkan tentang suatu bentuk asuransi yang diatur oleh pemerintah (*centered-planning*) seperti yang dijalankan oleh pemerintahan Taiwan (Republik of China) sejak tahun 1995. Pada tahun 1999, program ini telah memperoleh cakupan kepesertaan 96 persen populasi. Sehingga

sekarang ini hampir setiap warga masyarakat berhak mendapatkan pelayanan kesehatan dengan kesempatan yang sama dan dengan biaya yang jauh lebih murah pada tingkat distrik atau langsung ke tingkat pusat (rumah sakit terbaik dengan teknologi kesehatan yang tinggi (Yang, 2016: 29; Pan *et al*, 2016: 74; Wang, *et al*, 2016: 97).

Taiwan memulai sistem asuransi kesehatan nasional (*National Health Insurance* atau NHI) pada bulan Maret 1995 dengan pendapatan (*revenue*) yang dikumpulkan dari pajak sebesar 4,25 persen, kontribusi pemerintah 28 persen, perusahaan 32 persen, dan tenaga kerja sebesar 40 persen. Dalam pelaksanaannya, Taiwan juga menghadapi beberapa tantangan penting. Di antaranya, NHI tidak berhasil meningkatkan pendapatan (*revenue*) untuk memenuhi pembiayaan, artinya NHI kekurangan akuntabilitas finansial. *Revenue* yang berasal dari premi asuransi hanya meningkat 3 persen pertahun sejak tahun 1996. Sehingga pada tahun 1999, NHI rugi NT\$ 11,4 Milyar (NT\$ = New Taiwan Dollars) dan terus merugi hingga NT\$ 2 Milyar per bulannya pada tahun 2000. Namun, setelah berjalan selama 8 tahun, implementasi angka premi meningkat dari 4,25 persen menjadi 4,55 persen pada September 2002. Meskipun pembiayaan juga meningkat karena adanya peningkatan jumlah usia lanjut dan adaptasi terhadap teknologi medis baru (Yaung & Chiang, 2004: 59).

Kedua, restrukturisasi organisasi makro melalui pengorganisasian pasar (*market organizing*). Agar lebih bernilai publik dalam restrukturisasi dan tetap *responsible* atas kepentingan pelayanan terkecil (*volunteer service*). Misalnya, membagi fungsi pelaksanaan pelayanan kesehatan kepada klinik kesehatan mandiri, *home care*, pusat rehabilitasi, dan lain-lain untuk efisiensi dan kualitas yang lebih spesifik.

Ketiga, memilih sistem pembayaran (*payment system*) yang tepat pada pemberi pelayanan kesehatan (*provider*). Misalnya pada asuransi menggunakan konsep tarif paket (*package tariff*) seperti dikembangkan PT Askes atau konsep kapitasi (*capita-*

tion-concept) untuk mencegah dampak *over utilization* atau *unnecessary-utilization* pelayanan kesehatan (Sulastomo, 1997: 59).

Keempat, diperlukan regulasi (*regulation*) dengan *coercive power* dari pemerintah melalui instrumen undang-undang dan peraturan seperti UU SJKN, serta ketentuan undang-undang lain yang mewajibkan setiap orang melindungi dirinya dengan asuransi kesehatan. Regulasi ini akan efektif apabila terbukti desain dan cara pelaksanaannya memang baik (*good design and wording*) dan pemerintah sanggup melaksanakan dan mengimplementasikan regulasi tersebut.

Kelima, adanya tenaga kesehatan yang profesional di bidangnya. Agar pelayanan lebih terbuka bagi publik, maka diperlukan upaya edukasi, informasi dan persuasi atau *educative values*, untuk mempengaruhi keyakinan, harapan, gaya hidup dan pilihan masyarakat yang beragam.

Selain memasukkan unsur egaliter dalam pelayanan kesehatan, infrastruktur pelayanan kesehatan juga harus berkualitas. Berikut faktor-faktor yang disinyalir mempengaruhi pilihan rumah sakit;

1. Bukti langsung (Tangibels)
 - 1) Kebersihan, kerapian dan kenyamanan ruangan
 - 2) Penataan eksterior dan interior ruangan
 - 3) Kelengkapan kesiapan dan kebersihan alat yang dipakai
 - 4) Kerapian kebersihan dan penampilan petugas
2. Keandalan (Reliability)
 - 1) Prosedur penerimaan pasien yang cepat dan tepat
 - 2) Pelayanan pemeriksaan, pengobatan dan perawatan yang cepat dan tepat
 - 3) Jadwal pelayanan rumah sakit dijalankan dengan tepat
 - 4) Prosedur pelayanan tidak berbelit-belit
3. Daya tanggap (Responsiveness)
 - 1) Kemampuan dokter dan perawat untuk cepat tanggap

- 2) Petugas memberikan informasi yang jelas, mudah dimengerti
- 3) Tindakan cepat pada saat pasien membutuhkan
4. Jaminan (Assurance)
 - 1) Pengetahuan dan kemampuan para dokter menetapkan diagnosa penyakit
 - 2) Keterampilan para dokter, perawat dan petugas lainnya dalam bekerja
 - 3) Pelayanan yang sopan dan ramah
 - 4) Jaminan keamanan pelayanan dan kepercayaan terhadap pelayanan
5. Perhatian (Emphaty)
 - 1) Memberikan perhatian secara khusus kepada setiap pasien
 - 2) Perhatian terhadap keluhan pasien dan keluarganya
 - 3) Pelayanan kepada semua pasien tanpa memandang status

Dalam konteks *online health community* saat ini, maka pemilihan pelayanan kesehatan juga didasarkan atas ketersediaan dan kesempurnaan sistem *Information Technology* (IT) sebuah institusi kesehatan (Suprianto, 1997: 48; Pramanik, 2016: 8, Jung Y, *et al*, 201: 95).

Tata Kelola Pelayanan di Rumah Sakit

Rumah sakit, sebagaimana dikutip dari American Hospital Association, dapat dikatakan sebagai badan usaha yang mempunyai berbagai macam unit usaha strategis, seperti misalnya rawat inap, laboratorium, unit gawat darurat, gizi sampai kepada pemulasaran jenazah (Aditama, 2003: 16). Rumah sakit meliputi uni-unit usaha strategis yang mempengaruhi kualitas pelayanan sehingga perlu dikelola dengan tepat berikut:

1. Unit pelayanan rawat inap dengan fasilitas diagnostik dan terapinya. Pelayanan rawat inap ini meliputi pelayanan keperawatan, gizi, farmasi, laboratorium, radiologi dan berbagai pelayanan diagnostik dan terapi lainnya.

2. Adanya pelayanan rawat jalan.
3. Adanya tugas pendidikan dan latihan.
4. Adanya penelitian di bidang kedokteran dan kesehatan dengan modal dasar keberadaan pasien di rumah sakit.
5. Memiliki tanggung jawab untuk program pengabdian seperti pencegahan penyakit dan penyuluhan kesehatan bagi masyarakat sekitar.

Berdasarkan surat keputusan Menteri Kesehatan No.983/Menkes/SK/XI/1992, rumah sakit umum pemerintah pusat dan daerah diklasifikasi menjadi rumah sakit umum kelas A, B, C dan D yang didasarkan pada unsur pelayanan, ketenagaan, fisik dan peralatan. Apabila didasarkan pada pelayanan yang diselenggarakan, maka rumah sakit dapat dibedakan atas dua macam, yakni rumah sakit yang tidak mengkhususkan dalam satu bidang pelayanan kesehatan tertentu dan rumah sakit yang mengkhususkan satu bidang pelayanan kesehatan tertentu atau rumah sakit khusus, rumah sakit khusus termasuk dalam rumah sakit kelas E. Bahwa rumah sakit di Indonesia dibedakan atas lima macam, apabila ditinjau dari kemampuan yang dimiliki, yaitu:

1. Rumah sakit kelas A

Yaitu rumah sakit yang mampu menyelenggarakan pelayanan kedokteran spesialis dan subspecialis luas. Rumah sakit ini ditetapkan sebagai tempat pelayanan rujukan tertinggi atau disebut pula sebagai rumah sakit pusat.

2. Rumah sakit kelas B

Yaitu rumah sakit yang mampu menyelenggarakan pelayanan kedokteran spesialis luas dan subspecialis terbatas.

3. Rumah sakit kelas C

Yaitu rumah sakit yang mampu menyelenggarakan pelayanan kedokteran spesialis terbatas. Terdiri atas empat macam pelayanan dasar yaitu pelayanan penyakit dalam, pelayanan bedah, pelayanan kesehatan, serta pelayanan kebidanan kandungan.

4. Rumah sakit kelas D

Yaitu rumah sakit yang bersifat transisi karena pada suatu saat akan ditingkatkan menjadi rumah sakit kelas C. Kemampuan rumah sakit kelas D hanyalah memberikan pelayanan kedokteran umum dan kedokteran gigi.

5. Rumah sakit kelas E

Yaitu rumah sakit yang mampu menyelenggarakan hanya satu macam pelayanan kedokteran saja, misalnya rumah sakit jiwa, rumah sakit jantung, rumah sakit paru, rumah sakit mata, rumah sakit kusta dan sejenisnya (Azwar, 1996: 33).

Rumah sakit merupakan salah satu jenis industri jasa kesehatan. Pada kenyataannya, rumah sakit mempunyai beberapa ciri khas yang membedakannya dengan industri lainnya. Aditama (2003: 170) mengemukakan tiga ciri khas rumah sakit, yaitu: kenyataan bahwa bahan baku dari rumah sakit adalah manusia. Dalam industri rumah sakit, tujuan utamanya adalah melayani kebutuhan manusia, bukan semata-mata menghasilkan produk dengan proses dan biaya yang efisien. Unsur manusia perlu mendapat perhatian dan tanggung jawab utama pengelola rumah sakit. Dalam industri rumah sakit, yang disebut pelanggan tidak selalu mereka yang menerima pelayanan. Pasien selalu mereka yang diobati di rumah sakit. Kadang-kadang bukan mereka sendiri yang menentukan rumah sakit tempat mereka dirawat, melainkan ditentukan oleh kebijakan kantornya, dokter, perawat, farmasi, fisioterapi, keluarga pasien serta pihak asuransi. Oleh karena itu, apabila ada upaya pemasaran, maka target pemasaran menjadi luas.

Ketepatan Visi dan Misi Rumah Sakit

Sebuah visi untuk Rumah Sakit adalah suatu sasaran dimana direksi mengarahkan sumber daya dan tenaga organisasi (Alam and Alabdulaali, 2015: 78, Austrian, *et al*, 2015: 7). Seorang pemimpin perlu mengkomunikasikan visi Rumah Sakit yang dipimpinya pada seluruh karyawan. Dengan meng-

acu ke visi, seorang pemimpin di Rumah Sakit akan maju ke depan walaupun ada tantangan dan hambatan dari perorangan, organisasi lingkungan serta ancaman pesaing dan peraturan-peraturan atau kebijakan.

Visi yang disusun untuk Rumah Sakit, baik milik pemerintah maupun milik swasta di Indonesia adalah terwujudnya trias hak asasi dalam kesehatan pada tahun 2010, berupa hak yang sama dalam mencapai: 1) Derajat kesehatan yang optimal; 2) Tata hidup yang memadai bagi kesehatan melalui pelayanan kesehatan, dan 3) Jaminan di saat menderita.

Visi rumah sakit merupakan sebuah gambaran mengenai keadaan masa sekarang sekaligus juga sebuah ide mengenai masa depan yang akan dituju. Rencana dan tujuan berfungsi sebagai katalisator untuk mewujudkan gambaran dan ide menjadi kenyataan. Tanggung jawab manajer rumah sakit adalah untuk menstranformasikan visi menjadi kenyataan.

Sedangkan misi rumah sakit adalah tujuan yang luas dan mendasar yang membedakan organisasi RS dari organisasi-organisasi lainnya dan mengidentifikasi ruang lingkup operasi dalam hal produk (barang dan jasa) yang diproduksi, pasar (sasaran konsumen) dan kultur organisasi. Dasar falsafah yang perlu dianut agar misi Rumah Sakit yang akan dirumuskan dapat terwujud adalah sebagai berikut:

1. Akuntabilitas Rumah Sakit adalah kepada masyarakat, bukan kepada penguasa maupun profesionalisme dan akuntabilitas.
2. Pihak berkepentingan perlu diperlakukan sebagai pelanggan Rumah Sakit dengan profesionalisme dan akuntabilitas.
3. Pasien Rumah Sakit perlu dikelola secara utuh sebagai manusia dengan penyakitnya, bukan suatu perawatan di Rumah Sakit yang terpisah dari rangkaian pelayanan kesehatan lain, yang telah maupun yang akan diterimanya.

4. Rumah Sakit perlu membangun iklim yang kondusif bagi staf Rumah Sakit untuk menjunjung tinggi hak pasien.
5. Rujukan Pasien yang datang ke Rumah Sakit yang layak cakupan rujukannya merupakan tanggung Jawab rumah sakit juga (Soedarmono, 2002: 27).

Berdasarkan kelima kriteria yang telah dijabarkan, maka misi yang dapat dirumuskan untuk institusi pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit adalah sebagai berikut: 1) memberi Pelayanan kesehatan yang bermutu; 2) memberi jaminan (Pelayanan) di saat menderita sakit; 3) bertanggung jawab terhadap masyarakat terutama wilayah cakupannya. Perumusan tersebut menegaskan bahwa misi Rumah Sakit mengandung unsur-unsur yang dapat diidentifikasi sebagai berikut:

1. Produk atau pelayanan yang akan ditawarkan.
2. Produk yang ditawarkan memang diperlukan dan memenuhi kebutuhan tertentu.
3. Misi secara tugas menyatakan produk yang akan dilayani.
4. Kualitas produk atau pelayanan yang akan ditawarkan.
5. Aspirasi yang diinginkan di masa yang akan datang.

Misi rumah sakit mencakup tipe, lingkup dan karakteristik aktivitas yang akan dilaksanakan atau ingin dicapai semua pihak, baik manajer, tenaga medis dan para medis serta karyawan secara keseluruhan dalam semua tingkatan menyesuaikan dengan misi Rumah Sakit.

Ketepatan Strategi Rumah Sakit

Strategi muncul dan diperlukan karena persaingan yang makin ketat dan keadaan ekonomi yang seringkali tidak stabil sehingga diperlukan perencanaan yang baik untuk menghadapi hal tersebut. Peraturan Menteri Kesehatan No. 920/Men.Kes/.Per/XII/1986 yang diperbaharui lagi menjadi Permenkes No.84/.Men Kes/II/V/1990, Rumah Sakit swadana, Instruksi Presiden No.4/Inpres/2000, Rumah Sakit Perjan berarti memperbolehkan kepemilikan Rumah Sakit Badan Hukum. Inilah yang menjadi dasar dimulainya era bisnis di bidang rumah sakit.

Dalam suasana bisnis, maka kompetisi merupakan hal yang wajar sehingga diperlukan strategi yang baik untuk dapat berkompetisi.

Kompetisi dalam perspektif Etik Rumah Sakit Indonesia (ERSI), adalah peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dengan tetap menjamin efisiensi penyelenggaraan layanan. Caranya dengan saling meningkatkan kerja sama dan keterbukaan komunikasi. Persaingan yang tidak sehat antar rumah sakit, dalam bentuk apapun selalu harus dihindari, dengan berusaha mewujudkan keputusan dan kebijaksanaan bersama telah di sepakati ERSI.

Rubright (1981: 77) yang sejalan dengan pendapat Chennai, et al (2016: 10) dalam konteks *Corporate Hospital Sustainable Competitive Advantage* menyatakan, bahwa untuk mempersiapkan diri dalam era kompetisi, rumah sakit perlu memahami aspek-aspek berikut ini:

1. Pada dasarnya tidak mungkin dapat memberikan layanan pada seluruh lapisan pasien, maka tentukanlah target pasar yang potensial.
2. Situasi masyarakat selalu berubah, amati dan adakalanya buat penyesuaian.
3. Sadari bahwa yang lain atau rumah sakit yang lain dapat mengikuti jejak kita.
4. Komunikasi merupakan alat penting bagi mendekatkan pasien dengan rumah sakit.
5. Kegiatan kompetisi memerlukan upaya yang kreatif dan inovatif.
6. Bila pesaing sedikit, janganlah lupa diri.
7. Mungkin saja perubahan kecil akan sangat mempengaruhi persaingan.
8. Setiap pelayanan kesehatan mempunyai ciri yang khusus di mata langganannya.
9. Menjadi kompetitor bukan karena balas dendam.
10. Mempunyai beberapa strategi alternatif.

Sepuluh prinsip tersebut, dapat digunakan sebagai petunjuk dalam penyusunan strategi menghadapi kompetisi tanpa merugikan lapisan masyarakat tertentu. Kompetisi di lingkungan Rumah Sakit tidak sama seperti bisnis jasa lainnya, karena posisi pasien dalam keadaan lemah, yaitu: a) pasien tidak tahu produk atau jasa pelayanan yang dibelinya; b) pasien sesungguhnya tidak dapat menolak pemeriksaan atau tindakan medik yang harus di tempuh; c) dalam hubungan pasien-dokter, suasana kenyamanan pada pasien yang mengharapakan rasa aman (Zafer and Toker, 2015: 28).

Kesimpulan

Studi ini bertujuan menyajikan alternatif strategi pelayanan rumah sakit yang lebih dekat dengan publik (*pro-public*). Pelayanan kesehatan di Indonesia yang masih dianggap belum dirasakan secara merata adil dan *pro-poor*. Maka diharapkan ada kebijakan kesehatan yang ramah terhadap seluruh lapisan masyarakat selaku publik yang dilayani. Problematika pelayanan publik selalu bermuara pada mekanisme administrasi yang pada umumnya dikelola oleh pemerintah yang masih berpola birokratis, khususnya di negara berkembang seperti di Indonesia. Sehingga kesehatan masih dianggap barang publik yang mahal. Belajar dari sistem layanan kesehatan di beberapa negara dalam studi ini, di masa dating, negara diharapkan hanya menanggung biaya pelayanan kesehatan masyarakat serta biaya pelayanan medis yang komponen terbesarnya untuk orang miskin.

Model pendekatan yang dapat ditawarkan adalah apabila lima komponen struktural sistem kesehatan dapat digabungkan dengan prinsip nilai-nilai egaliter dan *pro-poor*, maka dapat terbangun sistem pelayanan kesehatan yang pro-publik. Secara teknis untuk mendukung hal tersebut perlu diperhatikan adanya ketepatan dalam menentukan: 1) faktor pilihan (*choice*) publik, termasuk fenomena *online health community*; 2) model tata kelola; 3) visi dan misi dan strategi kompetisi yang

menjamin *Corporate Hospital Sustainable Competitive Advantage*.

Untuk mencapai pelayanan yang pro-publik, ada peran urgen pemerintah dalam mewujudkan kesehatan bagi seluruh masyarakat, yaitu memberikan perlindungan terhadap resiko finansial dalam bentuk asuransi kesehatan, akses yang sama bagi setiap warga dalam mendapatkan layanan kesehatan berkualitas dan mewujudkan kepuasan bagi masyarakat tersebut. Keputusan dalam memilih pelayanan kesehatan atau rumah sakit didasarkan oleh beberapa faktor yaitu faktor rasional analitis, faktor intuitif emosional, perilaku politis dan faktor sintesis. Sedangkan untuk faktor-faktor yang mempengaruhi pilihan rumah sakit antara lain adalah bukti langsung, keandalan, daya tanggap, jaminan dan perhatian.

Daftar Rujukan

- Abazinab, Sabit Mirkuzie Woldie, and Tesfamichael Alaro. 2016. *Readiness of Health Centers and Primary Hospitals for the Implementation of Proposed Health Insurance Schemes in Southwest Ethiopia*. Ethiop J Health Sci. Vol. 26, No. 5 September.
- Aditama, T.Y. 2003. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit, Edisi Kedua*, Jakarta: Penerbit Univ-ersitas Indonrsia (UI-Press).
- Alam AY; Alabdulaali MK, JPMA. 2015. *Hospital Vision And Mission Strategic Planning And Departmental Performance*. The Journal Of The Pakistan Medical Association [J Pak Med Assoc]. Apr; Vol. 65 (4), pp. 345-6.
- Arifianto, Alex, Ruly Marianti, Sri Budiyati. 2005. *Making Services Work for the Poor in Indonesia: A Report on Health Financing Mechanisms (JPK-Gakin) Scheme in Kab.Purbalingga, East Sumba, and Tabanan*. Sept. The SMERU Research Institute.
- Assri, Shofi, Sudiro, Putri Asmita W. 2012. *Kepesertaan Masyarakat Pada Program Jaminan Pemeliharaan*

Kesehatan Masyarakat (JPKM) di Kabupaten Purba-lingga, Media Kesehatan Masyarakat Indonesia, Vol. 11 / No. 1, April.

- Austrian, Ziona, Serena E.A., Merissa C.P, Candi Clouse. 2015. *Mission, Vision, and Capacity of Place-Based Safety Net Hospitals: Leveraging the Power of Anchors to Strengthen Local Economies and Communities*. Journal of Community Practice.
- Baldisserotto, Marcia L.; Filha, Mariza M. Theme; Gama, Silvana Granado Nogueira. 2016. *Good practices according to WHO's recommendation for normal labor and birth and women's assessment of the care received: the "birth in Brazil" national research study, 2011/12*. Reproductive Health. 10/17/2016, Vol. 13, p200-206.
- Brinda, E.M.; Attermann, J.; Gerdtham, U.G. 2016. *Enemark Socio-economic inequalities in health and health service use among older adults in India: results from the WHO Study on Global AGEing and adult health survey*. Public Health. Dec, Vol. 141.
- Chennai Priya, G. Dharani; Jabarethina, G.; Prabandhan. 2016. *A Study on Sustainable Competitive Advantage by Managing Service Quality at a Multi Speciality Corporate Hospital*. Indian Journal of Management, July, v. 9, iss. 7.
- Crain's Detroit Business (CDB). 2016. *A Blueprint for Better Health Care; Michigan project to map out plan for linking physicians, hospitals, social service organizations*. Sept 19. Vol. 32 Issue 38, 0009; Crain Communications, Inc.
- Choirunisa, Septyana dan Asri C. Adisasmita. 2014. *Local Government Revenue, Health Financing, and Severely Wasted: the Correlational Study at District Level, Kesmas*. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol. 9, No. 1, Agustus.

- Conway, Tony dan Stephen Wilcocks. 2000. *Relationshipbased Services Marketing: The case of New Primary Care Groups in the National Health Service (UK) Graduate School Management*. University of Salford, Salford.
- Cramer, Geri Rosen, Simone R. Singh, Stephen Flaherty, and Gary J. Young. 2017. *The Progress of US Hospitals in Addressing Community Health Needs*. *AJPH POLICY* February, Vol 107, No. 2.
- Gaynor, Martin; Carol Propper; Stephan Seiler. 2016. *Free to Choose? Reform and Demand Response in the English National Health Service, Working Papers (Faculty)*. Stanford Graduate School of Business.
- Herath, Subhangi. 2008. *Meeting the Challenge of Caring for the Elderly in Srilanka*. *M.K. Socialno Delo*. jun-dec, Vol. 47 Issue 3-6, p163-175. 13p.
- Hsiao, W. C. 2000. *Toward A Theoretical Model Of Health Systems*. Work in Progress. Harvard School of Public Health.
- Iqbal, Qaisar and Siti Hasnah Binti Hassan. 2016. *Service Quality about Health Sector of UK and Pakistan: A Comparative Study International*. *Journal of Management, Accounting and Economics* Vol. 3, No. 9, September.
- Jung Y; Hur C; Jung D; Kim . 2015. *Identifying key hospital service quality factors in online health communities*. *Journal Of Medical Internet Research [J Med Internet Res]*. Apr 07; Vol. 17 (4), pp. e90.
- Kellough, J.E. 2003. *The Reinvention Of Public Personal Administration: An Anlysis of The Diffusion of Personnel Manajemen Reform in The state*. Washington: Public Administration Review. Vol.63.

- Kemenkes RI-JK. 2012. *Buku Sosialisasi, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta: Kemenkes Publikasi
- Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 81 Tahun 1993 Tentang Pedoman Tatalaksana Pelayanan Umum.
- Kurniasih, Wiwin. 2007. *Analisis Proses Penyusunan dan Penetapan Anggaran Dinas Kesehatan yang Bersumber dari APBD Kota Tasikmalaya*. Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Program Pasca Sarjana, Universitas Diponegoro.
- Leng, Chee Heng and Simon Barraclough. 2007. *Women's access to health care services in Malaysia, Health care in Malaysia: the dynamics of provision, financing and access*. London: Routledge.
- Majchrzak-Lepczyk, Justyna; Benedykt Bober. 2016. *Selected aspects of the logistics network of public hospitals in the competitive market of health services*. In: Log Forum, Vol 12, Iss 4, Poznań School of Logistics.
- Michael N. Brant-Zawadzki; Jack L. Cox; Allyson Brooks; and Junko Hara. 2016. *Health Care Transformation: From Service Lines to Program*. Physician Leadership Journal, January-February.
- Mitchell, Deb, Lisa O'Brien, Anne Bardeel and Terry Haines. 2017. *Challenges, uncertainties and perceived benefits of providing weekend allied health services—a managers' perspective*. BMC Health Services Research: DOI
- Michelle Ko., Julia M., and Andrew B. Bindman. 2015. *Integrating Health Care for the Most Vulnerable: Bridging the Differences in Organizational Cultures Between US Hospitals and Community Health Centers*. American Journal of Public Health | Supplement 5, 2015, Vol 105, No. S5.

- Mohammadi, Fatemeh; Abdollah Poursamad; *Amin Hossaini Motlagh*. 2016. *The Relationship between Patients' Awareness about their rights and health services quality at governmental hospitals in Shiraz*. International Journal of Advanced Biotechnology and Research, Vol.7, Iss special issue.
- Munir, A.S. 2001. *Manajemen Pelayanan Umum*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Noh, Normah Awang; Wahab, Haris Abd.; *Bakar Ah, Siti Hajar Abu; Islam, M. Rezaul*. 2016. *Public Health Services for Foreign Workers in Malaysia*. *Social Work in Public Health*. Aug/Sep, Vol. 31 Issue 5.
- Pan, Jay; Zhao, H; Wang, Xiuli; Shi, Xun. 2016. *Assessing spatial access to public and private hospitals in Sichuan: The influence of the private sector on the healthcare geography in China*. *Social Science & Medicine*, Dec; 170 35-45. 11p. .
- Peraturan Pemerintah no.45 Tahun 1992 Tentang Fungsi Propinsi dan Kabupaten Dalam Proses Pelayanan Kesehatan
- Pramanik. 2016. *Patients' Perception of Service Quality of Health Care Services in India*. *Journal of Health Management*, Jun; 18(2): 205-217. 13p.
- Premaratna, Ranjan, Gowrie Galappaththy, Nilmini Chandrasena, Roshanthi Fernando, Thusha Nawasiwatte, Nilanthi R de Silva, and H Janaka de Silva. 2011. *What clinicians who practice in countries reaching malaria elimination should be aware of: lessons learnt from recent experience in Sri Lanka*. *Malaria Journal*., Vol. 10 Issue 1.
- Rahmaniawati, Nia Aryani. 2007. *Analisis Pembiayaan Kesehatan Bersumber Pemerintah di Kabupaten Bogor*.

KESMAS, Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol. 2, No. 1, Agustus.

- Rannan-Eliya, Ravindra P.; Anuranga, Chamara; Manual, Adilius; Sararaks,S.; Jailani, Anis S.; Hamid, A.J.; Razif, Izzanie M.; Ee H. Tan; Darzi, A. 2016. *Improving Health Care Coverage, Equity, and Financial Protection Through A Hybrid System: Malaysia's Experience*. Health Affairs: May; 35(5).
- Reiners, Hartmut. 2006. *Homo Eonomicus In The Health Care Delivery System*. 01/01/ SOLIS - Sozialwissenschaftliche Literatur.
- Rubright, R. 1981. *Marketing Health Care and Human Service*. Maryland: An ASPEN Publication.
- Rybarczyk-Szwajkowska, Anna; Dominika Cichońska; Romuald Holly. 2016. *The way the quality of health services is perceived and treated by the managerial personnel of public hospitals*. Medycyna Pracy, Vol 67, Iss 3. Nofer Institute of Occupational Medicine.
- Salusu. 1996. *Pengambilan Keputusan Strategik Untuk Organisasi Publik dan Organisasi Nonprofit*. Jakarta : Penerbit PT. Gramedia.
- Senot, Claire; C., Aravind; Ward, Peter T. 2016. *Collaboration between service professionals during the delivery of health care: Evidence from a multiple-case study in U.S. hospitals, In Special Issue on Professional Service Operations Management (PSOM)*. Journal of Operations Management. March.
- Suardana, I Ketut. 2003. *Revitalisasi Pelayanan Kesehatan Dasar 'aktifkan Puskesmas.* , Jurnal Skala Husada Volume 10 Nomor 1 April : 65 – 69.
- Sulastomo. 1997. *Asuransi Kesehatan Dan Managed Care*. Jakarta: PT. Asuransi Kesehatan.

- Salusu, J. 2003. *Pengambilan Keputusan Stratejik. Untuk Organisasi Publik dan Non Profit*. Jakarta: PT. Gramedia Grasindo.
- Supranto. 1997. *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan Untuk Meningkatkan Pangsa Pasar*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Yang, Chen-Wei. 2016. *Orchestrating Knowledge-Creating Networks: Lessons from Taiwan's Health Services Sector*. *Technology Analysis and Strategic Management*, July, v. 28, iss. 6.
- Yaung, C. L., and Chiang, T. L., 2004. *Challenges of social health insurance: Comparative perspective from Taiwan*. In International Conference on "Comparative Health Policy and Reforms in East Asia" 7 - 8 September, Singapore.
- UU RI No. 39 Tahun 1999, Tentang Hak Azasi Manusia.
- UU no. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
- Wang, Xuan, Hongye Luo, Xianjin Qin, Jun Feng, Hongda Gao and Qiming Feng. 2016. *Evaluation of performance and impacts of maternal and child health hospital services using Data Envelopment Analysis in Guangxi Zhuang Autonomous Region, China: a comparison study among poverty and non-poverty county level hospitals*. *International Journal for Equity in Health*.
- Zafer, Ağdelen and Burcu Toker. 2015. *Perceptonal Analysis of Patient Satisfaction from Health Services Provided in North Cyprus: A Case Study of Private Hospitals*. In: *International Journal of Scientific Research in Information Systems and Engineering (IJSRISE)*. Vol. 1 Issue 2