

MEMPERKOKOH POSISI DEPARTEMEN KESEHATAN DALAM SEKTOR KESEHATAN PUBLIK

Mubasysyir Hasanbasri

There have been many dissatisfied tendencies that health services are currently biased to the more wealthy groups in the society. Corporatism, competitions, and the emanation of more profit-oriented health institutions have put aside the public health service for the poor. Unfortunately, even the Department of Health have failed to stand for its fundamental functions in maintaining the public health and protecting the unfortunate people. The Department have been unable to respond the competitive environment and prevent the brain drain of qualified doctors from the public hospitals to the private institutions.

It is suggested that the Department of Health should reorient its mission and tasks by applying strategic management approach. This new approach should also be accompanied with stronger external control of the public through the parliament and other pressure groups in the society. The author points out the importance of two elements of the society which would be effective as the control: 1) the researchers, who should be more assertive in contending the inequality of public health services; and 2) the NGO activists, who should be more sensitive and susceptible to various issues in public health. Finally, it is very important that the Department of Health has to comply with the public accountability so that their programmes would be more focused on objective issues of public health.

Keywords: public service, public health, Department of Health

Kekuatan Swasta dalam Pelayanan Kesehatan

Fenomena bahwa sektor pelayanan kesehatan telah berubah dari sektor caritas (*charity*) menjadi sektor industri sudah banyak didokumentasi (Starr, 1978; Weiss, 1998). Apa yang biasa diacu sebagai sistem pelayanan kesehatan kini lebih sering dikenal sebagai industri pelayanan kesehatan (Mick *et al.*, 1990). Banyak yang mengungkapkan bahwa norma korporatisme dalam pelayanan kesehatan tidak bisa

dielakkan ketika sumber-biaya terbatas, teknologi kedokteran makin tinggi, dan pelayanan kedokteran makin spesialisistik.

Merebaknya lembaga *profit-oriented* dalam pelayanan kesehatan disebabkan oleh kelangkaan dana lokal dan juga peningkatan minat badan asing dalam pengembangan modal di Indonesia. Ketika ASEAN Free Trade Area (AFTA) dibuka pada tahun 2003 nanti, maka setiap industri dan jasa layanan bebas keluar masuk di masing-masing negara anggota ASEAN. Pada tahun

2020 iklim perdagangan bebas dalam dunia kesehatan akan menjadi realitas yang tak terelakkan bagi Indonesia sebagai anggota APEC¹.

Keterbukaan sektor kesehatan terhadap modal asing dan deregulasi dalam bidang pelayanan kesehatan memaksa rumahsakit-rumahsakit pemerintah, keagamaan, maupun swasta untuk bersaing satu sama lain. Kompetisi ini menantang masing-masing organisasi untuk melihat kembali diri mereka, menciptakan visi ke depan, dan membuat keputusan-keputusan strategik untuk menjaga kelangsungan hidup maupun untuk pengembangan pelayanan. Organisasi yang ingin bertahan hidup harus menggantungkan diri pada pengguna jasa mereka. Menjalin hubungan dengan organisasi yang lain merupakan strategi untuk menjaga ketersediaan sumber yang sama-sama dibutuhkan oleh organisasi-organisasi yang bersaing. Karena memperkecil pasar, kehadiran organisasi baru dapat menjadi ancaman.

Perubahan itu bisa berarti hilangnya pelanggan. Suatu organisasi akan lebih disukai daripada yang lain karena pelayanan yang lebih baik. Rumahsakit baru dengan sistem penggajian yang lebih baik dapat menarik tenaga medik dari suatu rumahsakit yang statik. Organisasi yang tidak mampu mengadaptasikan diri dengan perubahan-perubahan akan mati. Perubahan itu juga

memicu organisasi pelayanan untuk makin aktif mengembangkan profesionalisme pelayanan. Pendidikan manajemen rumahsakit di UGM, UI dan UNPAD tumbuh mencolok dalam sepuluh tahun terakhir. ITB yang tidak berkaitan khusus dalam konsorsium kesehatan telah pula membuat program S2 manajemen rumahsakit. Lembaga swasta Magister of Hospital Administration makin banyak ditawarkan di kota-kota besar Indonesia.

Tulisan ini merupakan pemikiran awal tentang perlunya kita memahami perspektif *strategic management* secara mendalam dan kontekstual. Nutt dan Backoff (1992) telah memberikan ilustrasi bentuk-bentuk strategi yang dapat dilakukan pada organisasi pemerintah dan LSM dengan mempertimbangkan perbedaan yang nyata antara organisasi pemerintah, LSM dan swasta. Namun demikian, pendekatan ini masih jarang digunakan pada organisasi pemerintah. Dalam kelangkaan itu, beberapa penulis yang menerapkan prinsip-prinsip *strategic management* dalam BUMD (Rayanto, 1998) dan dalam perencanaan daerah (Keban, 1998) mendorong saya mengembangkan tulisan ini. Saya menyadari Departemen Kesehatan (Depkes) terlalu besar untuk dianalisis sebagai organisasi yang independen dan yang diharapkan bisa resposif terhadap lingkungan yang sangat dinamis. Tetapi saya yakin, terutama ketika Depkes memposisikan diri sebagai pelindung masyarakat kecil dalam akses pada pelayanan kesehatan maka

¹ Lihat Medika, Edisi 02/XXII - Februari 1996 dalam Bahasan Khusus.

Depkes dituntut mampu merespon terhadap kemungkinan kegagalan programnya. Dalam tulisan ini saya ingin menekankan pemahaman kembali posisi Depkes sebagai agen yang menjaga sektor kesehatan publik yang telah penuh dengan lembaga-lembaga swasta independen. Lingkungan seperti ini menurut saya harus bisa direspon karena perkembangan pelayanan swasta dikhawatirkan akan makin merontokkan sistem kesehatan publik yang ada. Salah satu contoh ketidakmampuan Departemen Kesehatan dalam merespon lingkungan yang kompetitif adalah larinya dokter pemerintah ke swasta karena tawaran gaji yang lebih baik di sana.

Pemikiran tentang Lingkungan yang Dinamis

Manajemen strategik adalah pendekatan kunci yang diajarkan oleh lembaga-lembaga pendidikan untuk menanamkan dasar-dasar efisiensi dan korporatisme dalam jasa industri. Pengendalian pemborosan dan kemungkinan penyalahgunaan medik dalam pelayanan kesehatan menjadi elemen pokok dari program rasionalisasi².

Fokus manajemen strategik adalah kegiatan-kegiatan perubahan yang dibuat secara sengaja oleh suatu organisasi atau komponennya sebagai respon terhadap lingkungan yang berubah (reaktif) maupun keinginan

organisasi berubah dengan memanfaatkan peluang yang ada di lingkungannya (proaktif). Penampilan organisasi menjadi fungsi kemampuan memilih strategi spesifik yang menentukan akses pada sumber-sumber bagi kelangsungan organisasi.

Strategic manager memiliki paham bahwa tidak ada yang tidak bisa berubah untuk kepentingan organisasi. Dalam penafsiran yang luas, peraturan pemerintah sekali pun dapat dipengaruhi oleh seorang manajer untuk kepentingan organisasi yang dipimpinnya. Sebagai agen yang proaktif, manajer profesional dapat melakukan berbagai manuver demi kepentingan survival dan ketercapaian tujuan. Terhadap potensi pesaing, suatu organisasi pelayanan yang kuat bisa mengambil alih organisasi pelayanan yang lebih lemah apakah itu melalui kooptasi maupun melalui akuisisi. Karena strategi yang dibuat kadang-kadang bisa luas sedemikian rupa termasuk mengubah badan hukum dan tujuan organisasi, maka satu hal yang sangat mendesak sekarang adalah permasalahan misi-misi organisasi pelayanan yang mungkin menjauhkan diri dari kepentingan pasien dan kesehatan publik.

Sistem pasar bebas secara sistematis memprioritaskan kelompok masyarakat yang bisa membayar dan meninggalkan sebagian kelompok masyarakat yang kurang beruntung (*market failure*). Ketika rumahsakit membuat kebijakan untuk mengembangkan unit kardiovaskuler, misalnya, mereka mengutamakan

² Namun pendekatan ini juga menjadi dasar investasi penyandang dana untuk mencari peluang-peluang bisnis dalam pelayanan kesehatan.

pemberian pelayanan pada kelompok lebih sejahtera yang tarifnya lebih leluasa mereka tentukan. Hal ini sudah barang tentu tidak menjadi persoalan dilihat dari kebutuhan organisasi untuk mengembangkan diri dan memperoleh sumber pendapatan organisasi. Namun dari sisi *public health*, itu dapat berarti menggeser kepentingan kelompok-kelompok pasien yang tidak menguntungkan. Pandangan yang berlaku sekarang adalah, kelompok-kelompok yang tidak mampu ini akan ditangani oleh pemerintah. Pembentukan unit pelayanan HIV/AIDS mudah dipahami sebagai sesuatu yang tidak strategis karena secara finansial tidak menguntungkan. Bila aspek-aspek psikososial yang rumit diperhitungkan, bila pelayanan tidak “profesional”, justru rumahsakit dapat merugi.

Dalam bidang asuransi kesehatan, kita bisa melihat bahwa dengan alasan kelangsungan perusahaan lembaga asuransi membuat prasyarat kondisi kesehatan tertentu dalam penentuan premi. Mereka dapat membuat aturan tentang jenis-jenis pelayanan mana yang dibayar dan mana yang tidak dengan mempertimbangkan kemungkinan biaya yang bisa mereka peroleh. Cara ini mau tidak mau mengurangi akses bagi penderita-penderita penyakit kronik yang mahal dan kelompok ekonomi rendah.

Upaya Kesehatan Publik oleh Departemen Kesehatan

Departemen Kesehatan, sebagai bagian dari pemerintah, dibuat untuk

melindungi kepentingan publik dalam bidang kesehatan. Pemerintah membuat peraturan-peraturan agar bermanfaat bagi orang banyak. Misi dari Depkes adalah menjamin masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan yang layak. Meskipun kelayakan ini berbeda-beda menurut kelompok masyarakat, keterbatasan berbagai sumberdaya kerap menjadi pertimbangan utama dalam membuat standar kelayakan. Namun demikian pemerintah dapat menentukan bahwa setiap orang berhak atas pelayanan kesehatan yang memadai. Pemerintah menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar di pedesaan dan untuk masyarakat kota yang miskin, membiayai rumahsakit-rumahsakit khusus (jiwa, kusta atau tuberkulosis), serta mendirikan rumah jompo. Depkes mengatur aktivitas pemeliharaan dan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh lembaga-lembaga pelayanan kesehatan swasta maupun pemerintah sendiri.

Saya ingin menekankan bahwa birokrasi Depkes sekarang ini tampaknya sudah mulai mengembangkan strategi-strategi untuk meningkatkan efisiensi. Desentralisasi, meskipun berjalan lambat, telah terus dilaksanakan. Demikian pula pengaturan dalam struktur Depkes di Propinsi. Akhir-akhir ini telah hangat dibicarakan tentang penggabungan struktur Kanwil dan Dinas. Alasan utamanya bukan apa-apa, tetapi Kanwil kiranya akan kehabisan sumber karena pada masa mendatang kita tidak lagi ingin bertumpu pada Pusat, yang selama ini memiliki

banyak *resources* baik dari setoran Daerah maupun sumber-sumber utang internasional.

Seperti tentang mekanisme swasta mengembangkan strategi dalam pemberian pelayanan yang telah disebut di muka, bila pasar dibebaskan maka kekhawatiran ketimpangan dalam pelayanan kesehatan akan makin nyata. Kompetisi bebas akan memungkinkan berbagai komponen swasta mengeksploitasi seluruh segmen pasar yang ada di masyarakat. Seluruh komponen masyarakat akan terlayani karena penyelenggara akan terus mencari peluang pasar yang belum dieksploitasi oleh penyelenggara yang lain. Namun demikian asumsi ini selalu dipertanyakan realitasnya. Masyarakat miskin secara sistematis tersingkir oleh pasar. *Market failure* ini biasanya dianggap menjadi tanggung jawab pemerintah. Tetapi kalau tanggung jawab itu diartikan sebagai tugas lembaga pemerintah untuk memberikan pelayanan kepada orang miskin, sebenarnya bukan merupakan kebijakan yang berorientasi *justice*.

Alternatif lembaga pemerintah memberikan pelayanan untuk orang miskin dan swasta memberikan pelayanan untuk yang mampu sudah otomatis membawa ketimpangan sosial kesehatan. Salah satu mekanisme yang masuk akal adalah: **Pertama**, motivasi dokter yang bekerja di pemerintah pasti lebih rendah daripada bila mereka bekerja di swasta. Asumsinya adalah pemenuhan kebutuhan pendapatan seseorang akan memberikan kepuas-

an kerja dan kemudian motivasi kerja lebih baik. Yang **kedua**, dokter yang bagus-bagus sudah otomatis bekerja di swasta. Tinggal yang kelas bawah bekerja di pemerintah. Dalam konteks Indonesia, dokter pegawai negeri mengobati pasien pribadi mereka lebih baik daripada pasien yang langsung ke rumahsakit. Bila dokter pegawai negeri kebetulan juga menjadi dokter di swasta, maka perhatian mereka akan lebih baik untuk swasta daripada negeri.

Ada suatu ungkapan berbahasa Inggris yang baik yang saya peroleh dari suatu seminar tentang *Financing Health Care* di Yogya yang disajikan oleh seorang pakar *public policy* kesehatan. *If you ask me about how to provide services to the poor, then the answer would be: I can only provide poor services*". Penjelasan ini menggelitik karena baik buruknya mutu pelayanan sangat terkait dengan kedudukan sosial konsumen dan partisipasi mereka sebagai konsumen. Sekalipun pemerintah mengurus orang miskin melalui sistem asuransi yang eksklusif, efek ini akan tetap terlihat. Misalnya JPS atau Kartu Sehat yang diberikan oleh pemerintah kepada orang miskin masih memungkinkan pihak pelayanan memberikan sikap bias negatif kepada kelompok ini. Hal ini hanya mendukung prinsip ekonomi: *"you get what you pay"*. Hal ini menjadi tidak masuk akal bila unsur-unsur *justice* hendak kita terapkan dalam dunia kesehatan. Jadi, pesan yang penting di situ adalah bahwa pengembangan penyelenggaraan pelayanan kesehatan atas

dasar segmentasi kelas sosial masyarakat merupakan keterbatasan pokok dalam memberikan *justice* pelayanan kesehatan.

Lingkungan Organisasi bagi Depkes

Organisasi harus bisa menjalin hubungan dengan organisasi-organisasi lain yang ada di lingkungannya untuk menjamin akses kepada sumber-sumber yang dibutuhkan organisasi. Bila lingkungan berubah maka strategi-strategi baru akan dibuat agar sumber-sumber yang hilang dapat diganti melalui saluran yang lain. Kehadiran lembaga lain yang sejenis dapat merupakan contoh suatu lingkungan yang berubah. Perubahan ini dapat mempengaruhi perilaku konsumen yang pada gilirannya pergi mencari pelayanan pada lembaga yang baru.

Pemahaman lingkungan organisasi yang sering berubah secara tidak diperhitungkan ini jarang menjadi perhatian bagi birokrat pada level departemen. Karena tidak tergantung pada iuran langsung dari konsumen, Depkes merasa bahwa sumber-sumber mereka konstan. Berbeda dengan organisasi swasta, sumber bagi kelangsungan hidup lembaga berasal dari pasar yang terdefinisi dengan jelas. Karena itu bila organisasi tidak merespon secara positif terhadap pasar, mereka akan kehilangan *resources*. Dalam organisasi pemerintah pola ini seolah-olah tidak terjadi: ada-tidaknya pengguna jasa pelayanan organisasi pemerintah tidak masalah karena pengguna tidak

secara langsung membayar.

Sebagai organisasi, Depkes dikenal sebagai lembaga publik dengan berbagai konotasi negatif. Seperti dalam bidang lain, kebijakan deregulasi yang telah memicu pertumbuhan pelayanan kesehatan swasta bukan saja karena memang terdapat inefisiensi dalam pengelolaan sumber-sumber, tetapi juga lembaga publik yang dirusak secara sistematis oleh manuver agen-agen dari luar organisasi termasuk organisasi swasta dan kepentingan pribadi birokrat.

Semasa Orde Baru kita bisa melihat bahwa Depkes telah memanfaatkan kehadiran Bank-Bank asing, lembaga bilateral maupun multilateral sebagai sumber dana program kesehatan pemerintah. Depkes jarang dipandang sebagai agen yang independen karena ia terkait dengan birokrasi pemerintah yang luas. Effendi (1996) dan Mahar (1998) telah secara gamblang mendokumentasi perilaku birokrasi yang sering menjadi hambatan pengembangan kegiatan. Birokrat kerap terperangkap dalam kegiatan rutinitas "menjalankan birokrasi". Kegiatan-kegiatan pejabat menjadi alat untuk memelihara kepentingan kelembagaan Depkes sendiri. Kepentingan-kepentingan internal Depkes sendiri makin membuat susah pengembangan program yang koordinatif dan merespon kebutuhan masyarakat. Sebagai contoh, kehadiran biro-biro dalam organisasi sesungguhnya agar kegiatan yang lebih spesifik dapat dilaksanakan secara efisien. Tetapi yang kita lihat adalah bahwa biro

terlalu mementingkan kelembagaannya sendiri sedemikian rupa sehingga merasa rugi jika harus bekerjasama dengan pihak lain. Mereka sangat ingin memiliki sumberdaya untuk mereka sendiri. Pemahaman tentang organisasi bagi birokrat seperti ini mengikuti pendekatan *closed system organization*, yang terlalu menekankan kegiatan-kegiatan rutin dari organisasi.

Pejabat Depkes mungkin masih mengira bahwa eksistensi organisasi pemerintah tidak dipengaruhi oleh perubahan lingkungan organisasi-organisasi. Mereka mungkin juga masih mengira bahwa peraturan-peraturan yang telah mereka buat akan ditaati karena kekuatan politik dari peraturan-peraturan itu. Untuk sebagian orang peraturan adalah "momok" karena mereka dianggap menghambat gerak-gerik organisasi. Sebagian memang ada yang hanya bisa mengikuti aturan, tetapi sebagian yang lain justru membuat strategi untuk melawan atau menghindari peraturan. Pejabat Depkes tidak membayangkan bahwa peraturan bisa mempunyai kelemahan yang bisa dimanipulasi oleh organisasi sasaran mereka.

Memperkokoh Posisi Depkes

Kita sudah memahami bahwa Depkes tidak lepas dari pemerintahan yang besar dan karena itu predikat birokrat dan karakter-karakter negatifnya mau tak mau melekat. Depkes sendiri pelan-pelan telah mengalami perubahan terutama karena tuntutan reformasi secara

menyeluruh dalam pemerintahan dan makin selektifnya donor-donor asing dalam memberikan pinjaman.

Menurut Dwiyanto (1997), akuntabilitas birokrasi hingga saat ini masih sulit terwujud dengan debirokratisasi dan deregulasi yang menjadi strategi pemerintah dalam mengatur dirinya sendiri. Menurut pengamatannya, etika birokrasi perlu dikembangkan agar birokrat bisa lebih responsif. Usulan itu sudah barang tentu masuk akal karena dalam banyak dimensi pengaruh kontrol luar akan sia-sia bila kontrol dari dalam pribadi birokrat tidak dilakukan. Lepas ada tidaknya kontrol dari dalam, kontrol dari luar tetap penting karena kontrol ini justru bisa mendorong kontrol internal bekerja.

Usulan saya memperkokoh posisi Depkes dalam upaya kesehatan publik menekankan pentingnya tekanan dan kontrol dari luar Depkes. Saya mendasari hal ini dari sulitnya mengembangkan rasa mewakili kepentingan umum oleh birokrat. Kultur dan struktur birokrasi mungkin bisa menjadi hambatan bagi upaya mengembangkan akuntabilitas kepublikannya. Bahkan mungkin salah satu suburnya budaya birokrasi selama ini adalah karena lemahnya sistem kontrol.

Kontrol rakyat melalui DPR dalam bidang kesehatan sangat kecil artinya selama ini. Meskipun mungkin kita bisa berharap bahwa wakil rakyat pasca Pemilu 1999 di DPR akan lebih mencerminkan komposisi masyarakat Indoensia, kontrol DPR masih tetap diragukan. Sikap negatif

saya terhadap kontrol DPR ini didasarkan pada ketidakjelasan kapabilitas wakil rakyat dalam memahami masalah pelayanan kesehatan. Suasana demokratis mestinya akan terwujud jika karakteristik masyarakat kita tercermin baik dalam DPR. Artinya, karena sebagian besar masyarakat kita masih rendah pendidikannya, maka komposisi anggota DPR akan tidak jauh berbeda dari itu. Lebih-lebih, rendahnya prioritas masalah kesehatan diberikan oleh partai-partai politik ketika kampanye 1999 membuat saya pesimis DPR bisa menjadi lembaga kontrol yang efektif terhadap program Departemen Kesehatan.

Dua kelompok kontrol yang menjadi perhatian saya adalah peneliti/periset dan aktivis. Meskipun peneliti dan aktivis merupakan masyarakat yang heterogen, saya masih berharap segelitir dari mereka masih bisa menyuarakan kepentingan masyarakat kecil. Kelemahan kontrol dari peneliti sekarang tidak lain karena peneliti tidak banyak menekankan sisi-sisi ketimpangan pelayanan kesehatan. Lebih banyaknya peneliti yang sekaligus menjadi konsultan pemerintah atau lembaga swasta membuat kita makin jarang melihat hasil-hasil penelitian tentang ketimpangan sosial dalam bidang kesehatan. Keluhan-keluhan masyarakat dalam media massa umumnya masih dianggap oleh birokrat sebagai bukti sepotong-sepotong yang tidak mencerminkan keadaan yang sesungguhnya di dalam masyarakat luas sedemikian rupa sehingga bukan sebagai konsiderasi utama dalam pengubahan kebijakan Depkes mau-

pun penguatan implementasi regulasi Depkes terhadap lembaga pemberi layanan kesehatan. Selain itu, keluhan-keluhan masyarakat kerap hanya ditanggapi sebagai masalah teknis atau keteledoran petugas yang harus ditoleransi. Di sini saya melihat pentingnya peneliti kesehatan mulai bisa mengambil kasus-kasus keluhan masyarakat sebagai starting point perumusan riset tentang ketimpangan sosial dalam bidang kesehatan. Selain itu, ketidakmampuan peneliti dalam menghubungkan aspek makro dan mikro program menyulitkan pemahaman birokrat tentang program mereka.

Aktivis LSM memiliki kemampuan yang efektif untuk menjadi lembaga kontrol bidang kesehatan. Sebagai contoh, kita bisa melihat bagaimana aktivis AIDS memperjuangkan kebijakan anti diskriminasi dalam pelayanan AIDS. Pentingnya aktivis sesungguhnya di sini pada upaya-upaya menginisiasi orang untuk mengangkat suatu masalah sosial. Cara-cara protes langsung ke pemerintah paling sedikit memberikan efek media massa dari suatu masalah untuk menjadi kesadaran publik. Apa lagi ketika aktivis sosial kita makin banyak terdiri dari cendekiawan dan akademisi yang handal dalam bidang kesehatan. Mereka ini dapat mengembangkan riset-riset sesuai dengan kepentingan masyarakat mereka.

Kesimpulan

Dalam pendekatan *strategic management*, organisasi publik bisa memahami diri sebagai agen yang hidup dalam lingkungan yang

dinamis. Meskipun komponen lingkungan vertikal birokratis tetap penting, perubahan orientasi kegiatan dan penyaluran sumber-sumber internasional, kehadiran swasta yang meluas dalam pelayanan kesehatan, serta *public accountability* yang dituntut masyarakat bisa merupakan bagian dari lingkungan yang baru. Yang penting lagi adalah produk-produk kebijakan pemerintah telah memicu perubahan-perubahan lingkungan yang pantas mendapat respon lebih serius. Meskipun ada kecenderungan umum birokrat dalam organisasi publik untuk lebih defensif dengan mengatakan tugas mereka sebagai **"menjaga kepentingan umum"**, pemahaman yang betul dan mendalam tentang konsep strategi sebagai proses interaktif antara organisasi dan lingkungan akan membantu mereka melihat kembali dan merevisi kebijakan dan strategi agar menjadi lebih terfokus dengan tujuan yang lebih objektif. Riset-riset *independent* yang menyajikan jurang antara apa yang hendak dicapai dan kenyataan yang ada, ditambah dengan keluhan-keluhan masyarakat tentang kelemahan kebijakan di lapangan akan memacu Depkes menjadi makin dinamis.

Daftar Pustaka

Alexander, Jeffrey A. and Thomas A. D'Annunzio. 1990. "Transformation of Institutional Environments: Perspectives on the Corporatization of U.U. Health Care." in *Innovations in Health Care Delivery*, edited by Stephen S. Mick and Associates. San

Francisco: Jossey-Bass. hal. 53-85.

Dwiyanto, Agus. 1997. "Pemerintah yang Efisien, Tanggap, dan Akuntabel: Kontrol atau Etika?" *Jurnal Kebijakan dan Administrasi Publik*, 1(2) : 1-14.

Effendi, Sofian. 1996. "Meningkatkan Kemampuan Kelembagaan untuk Mendukung Pembangunan Kualitas Manusia: Suatu Perspektif Administrasi Negara." *Jurnal Kebijakan dan Administrasi Publik*, 1(1): 29-43.

Gay, E. Greer, Jennie J. Kronenfeld, Samuel L. Baker, and Roger L. Amidon. 1989. "An Appraisal of Organizational Response to Fiscally Constraining Regulation: The Case of Hospitals and DRGs." *Journal of Health and Social Behavior*, 30 : 41-55.

Hasanbasri, Mubasysyir. 1993. "Pelayanan Kesehatan bagi Penduduk Miskin" *Prospektif*, 5 (4) : 281-286.

Hasanbasri, Mubasysyir. 1993. Siapa yang Mengambil Manfaat dari Pelayanan KIA di Indonesia Timur? Analisis Data SDKI 1991, *Populasi*, 4 (2) : 24-34.

Keban, Yeremias T. 1998. "Aplikasi "Strategic Planning" dalam Perencanaan Pembangunan Kabupaten Fakfak Propinsi Irian Jaya." *Jurnal Kebijakan dan Administrasi Publik* 2 (1) : 96-125.

Kimberly, John R. and E.J. Zajac. 1985. "Strategic Adaptation in Health Care Organizations: Implications for Theory and Research." *Medical Care Review* 42(2):267-302.

- Luke, Roice D. and James W. Begun. 1997. "Strategy Making in Health Care Organizations." in *Essentials of Health Care Management*, edited by Stephen M. Shortell and Arnold D. Kaluzny. Albany, New York: Delmar, hal. 433-77.
- Mahar, Ari Indrayono. 1998. "Elite dan Birokrasi Pemerintahan di Indonesia." *Journal Kebijakan dan Administrasi Publik* 2 (2) : 10-24.
- Mick, Stephen S., et al. 1990. *Innovations in Health Care Delivery: Insights for Organization Theory*. San Fransisco: Jossey-Bass Publishers.
- Nutt, Paul C. and Robert W. Backoff. 1992. *Strategic Management of Public and Third Sector Organizations: A Handbook for Leaders*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Pramusinto, Agus. 1998. "Total Quality Management dan Strategi Reformasi di Sektor Publik." *Jurnal Kebijakan dan Administrasi Publik*, 2(1): 27-40.
- Pratikno. 1998. "Urgensi Reformasi Basis Kekuasaan Birokrasi di Indonesia." *Jurnal Kebijakan dan Administrasi Publik*, 2(1): 13-26.
- Rayanto, Tavip Agus. 1998. "Manajemen Strategik Badan Usaha Milik Daerah (BUMD)." *Journal Kebijakan dan Administrasi Publik*, 2(2): 92-108.
- Scott, W. Richard. 1992. *Organizations: Rational, Natural, and Open Systems*. Third Edition. Englewoods Cliffs.: Prentice Hall.
- Shortell, Stephen M., E.M. Morrison and S.L. Hughes. 1985. "Strategy Making in Health Care Organizations: a Framework and Agenda for Research." *Medical Care Review* 42:219-65.
- Tengker, F. 1991. *Pelayanan Kesehatan dan Pendemokrasian*. Bandung: Penerbit Nova.
- Thomas, James B., Reuben R. McDaniel Jr. and Ruth A Anderson. 1991. "Hospitals as Interpretation Systems." *Health Services Research* 25:859-79.
- Thompson, James D. 1967. *Organizations in Action*. New York: McGraw-Hill.
- Tjong, Roy. 1991. *Problema Etis Upaya Kesehatan*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Turnock, Bernard J. 1997. *Public Health: What It Is and How It Works?* Gaithersburg: Aspen Publication:
- Turnock, Bernard J. 1997. *Public Health: What It Is and How It Works*. Maryland: An Aspen Publication.
- Weiss, Lawrence D. 1997. *Private Medicine and Public Health*. Boulder: Westview Press.
- Weiss, Lawrence D. 1997. *Private Medicine and Public Health: Profit, Politics, and Prejudice in the American Health Care Enterprise*. United States: Westview Press.
- Wibawa, Samodra and Yuyun Purbo-kusumo. 1998. "Peningkatan Kualitas Pelayanan Administrasi." *Jurnal Kebijakan dan Administrasi Publik*, 2(2): 38-51.
- Wijono, Djoko. 1997. *Manajemen Kepemimpinan dan Organisasi Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.