

BAB XIV

INDUSTRI FARMASI, PROFIT, DAN ETIKA

Bab ini membahas industri farmasi yang merupakan komplemen penting di sektor rumah sakit. Tanpa obat, rumah sakit akan sulit melakukan kegiatan. Yang menarik, perilaku industri farmasi sebenarnya mengacu pada memaksimalkan keuntungan. Perilaku ini tentunya masuk ke dalam sektor rumah sakit yang merupakan sektor dengan tradisi sosial kemanusiaan. Dalam hal ini pertanyaannya, apakah ada pertimbangan etika dalam industri farmasi yang memaksimalkan keuntungan?

14.1 Sifat Maksimalisasi Keuntungan Industri Farmasi

Dalam sektor kesehatan, industri farmasi mempunyai pengaruh besar terhadap rumah sakit dan berbagai organisasi pelayanan kesehatan. Besarnya omzet obat dapat mencapai 50%-60% dari anggaran rumah sakit. Obat merupakan bagian penting dalam kehidupan rumah sakit, dokter, dan pasien. Oleh karena itu, perlu untuk memahami perilaku industri farmasi dalam konteks aplikasi ekonomi di rumah sakit.

Berdasarkan sifatnya obat-obatan ada yang mempunyai barang substitusi, tetapi ada pula yang tidak. Sebagai contoh untuk masyarakat yang membutuhkan obat-obat pelangsing tubuh, terdapat produk substitusi berupa peralatan fitness untuk menjaga berat badan. Akan tetapi, obat-obatan di rumah sakit banyak yang tidak mempunyai barang substitusi dan merupakan barang komplemen untuk tindakan medik. Sebagai contoh, operasi di ruang bedah membutuhkan obat-obatan narkose. Dalam hal ini tidak ada pengganti untuk obat-obatan narkose. Tindakan untuk menjaga keseimbangan elektrolit membutuh-

kan cairan infus. Tidak adanya barang substitusi menjadikan obat-obatan sebagai barang yang harus dibeli oleh pasien yang ingin sembuh dari suatu penyakit atau membutuhkan tindakan tertentu. Sering timbul kasus tidak adanya obat pengganti atau tindakan alternatif, akibatnya obat-obat tertentu yang bersifat menyelamatkan jiwa (*life-saving*) justru sangat mahal karena memang tidak ada pilihan lain.

Sebagai gambaran Gamimune[®], sebuah obat berisi imunoglobulin untuk pasien yang berada dalam keadaan kritis karena mempunyai daya tahan rendah, mempunyai harga yang sangat mahal: 25cc seharga sekitar Rp 1.250.000,00 pada tahun 2001. Kebutuhan dalam proses pengobatan tidak hanya 25cc, mungkin sampai berkali-kali. Contoh lain, obat-obatan untuk AIDS sangat mahal, sehingga tidak terjangkau oleh penderita dengan kemampuan ekonomi rendah. Wajar jika keluarga pasien mengeluh karena mahalnya obat-obat di rumah sakit yang seharusnya membutuhkan nilai kemanusiaan.

Dalam hal ini memang timbul kesan bahwa industri farmasi memanfaatkan kesempatan pada saat manusia mengalami kemalangan dan tidak mempunyai pilihan lain karena tidak ada obat pengganti yang lebih murah. Para tenaga kesehatan yang berada di ICU atau OK sering mengalami keadaan ketika dihadapkan pada pilihan yang harus membeli obat mahal, keluarga pasien terpaksa harus menjual aset keluarga, berhutang, ataupun yang paling drastis adalah menghentikan proses penyembuhan karena tidak tersedianya sumber daya untuk membeli obat atau membiayai proses penyembuhan di rumah sakit.

Dengan sifat tersebut maka obat merupakan barang ekonomi strategis di rumah sakit. Berbagai rumah sakit melaporkan bahwa keuntungan dari obat yang dijual merupakan hal paling mudah dilakukan dibandingkan dengan keuntungan pada jasa lain, misalnya pelayanan laboratorium, radiologi, pelayanan rawat inap, ataupun pelayanan gizi. Walaupun sulit dibuktikan, dokter menerima berbagai keuntungan dan fasilitas dari industri obat. Sementara itu, masyarakat sering mengeluh tentang mahalnya harga obat yang dibutuhkan justru pada saat orang sakit dan tidak mampu bekerja.

Tidak semua obat mempunyai sifat tersebut. Dalam hubung-

annya dengan dampak terhadap masyarakat, terdapat obat-obatan yang mempunyai eksternalitas positif yang besar, misalnya obat-obatan untuk menyembuhkan pasien yang terkena penyakit menular ataupun untuk imunisasi. Untuk obat-obatan yang mempunyai eksternalitas, sebagian negara mempunyai kebijakan menjadikannya sebagai obat gratis yang dibiayai oleh pemerintah bagi masyarakat yang membutuhkan.

Pada prinsipnya, industri farmasi di dunia merupakan sektor yang berjalan seperti industri-industri lain. Dalam sifat ini memang harus dipahami bahwa industri obat berjalan dengan sifat memaksimalkan keuntungan, sejak dari pabrik, distributor hingga apotek pengecer. Patut dicatat bahwa kinerja keuntungan industri farmasi sangat besar, lebih besar dibandingkan rata-rata industri, walaupun masih lebih rendah di banding dengan industri *software*. Kasus obat Viagra[®] yang sangat mahal menunjukkan pola memaksimalkan keuntungan. Pola ini diambil karena sampai saat ini masih sedikit pengganti Viagra[®]. Dalam hal ini *demand* untuk Viagra[®] bersifat inelastik dan ada unsur monopoli karena paten.

Menurut Folland dkk (2001) industri farmasi mempunyai nilai pasar yang besar. Dua raksasa industri farmasi, Merck dan Pfizer (pembuat Viagra[®]) berada pada ranking ke-10 terbesar di dunia, dan 7 lainnya berada pada top 50 tahun 1999. Di Indonesia, menurut laporan *Warta Ekonomi*, jumlah pendapatan grup Kalbe Farma berada di urutan ke-14 ranking pendapatan para konglomerat Indonesia di tahun 1996.

Kompetisi sektor industri farmasi sangat tinggi, terutama untuk obat-obatan yang tidak dilindungi lagi oleh hak paten. Di samping memaksimalkan *profit*, beberapa hal menarik lain untuk dicatat. Pabrik obat di dunia ternyata mempunyai penetapan harga yang berbeda antarnegara. Hal ini tergantung pada kemampuan membayar, tuntutan pemerintah yang menjadi pembeli besar obat, elastisitas harga, dan keadaan sistem asuransi kesehatan.

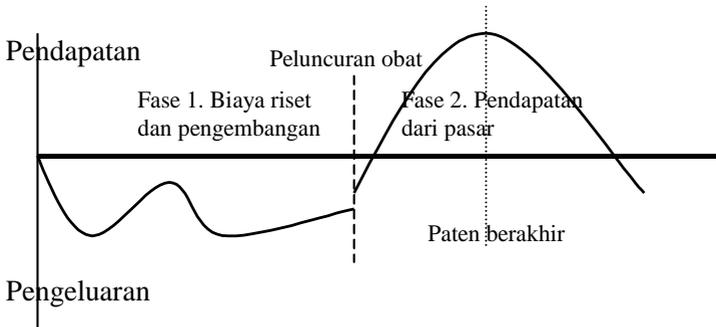
Perilaku industri farmasi dalam mencari keuntungan ternyata tidak terpengaruh oleh krisis ekonomi. Sebuah gambaran mengenai omzet dan keuntungan PT Kimia Farma Indonesia. Laba perusahaan

tidak turun walaupun Indonesia mengalami krisis ekonomi dan yang terjadi justru kenaikan keuntungan yang cukup mencolok. Menarik untuk diperhatikan bahwa laba bersih justru meningkat tinggi pada saat krisis ekonomi. Logika normatif menyatakan bahwa pada saat rakyat miskin menderita, seharusnya perusahaan tidak boleh untung banyak dari kesakitan rakyat. Pernyataan yang penuh nilai ini ternyata tidak ditemui di dunia nyata.

14.2 Mengapa Industri Farmasi Berbeda dengan Industri Lain?

Secara sifat, industri farmasi tidak berbeda dengan berbagai industri yang mengandalkan pada penemuan teknologi tinggi. Pola kerja untuk memproduksi obat pada industri farmasi dapat dibagi menjadi dua periode. Periode pertama adalah penelitian dasar dan pengembangan di laboratorium serta masyarakat. Periode kedua adalah setelah peluncuran obat di masyarakat. Periode pertama merupakan investasi yang mempunyai risiko tinggi berupa kegagalan secara ilmiah. Sementara itu, periode kedua mempunyai risiko pula dalam penjualan. Yang menarik pada periode kedua, undang-undang paten melindungi industri farmasi dari pesaing (lihat Gambar 14.1) Apabila masa paten selesai, maka pabrik obat lain boleh memproduksi dalam bentuk obat generik sehingga pendapatan akan turun.

Mekanisme ini menimbulkan peluang bagi industri farmasi untuk memperoleh untung banyak. Setelah menemukan obat baru dan mempunyai hak paten, maka perusahaan farmasi dapat membuat tarif untuk produk baru secara maksimal (lihat Bagian III). Tarif dapat ditentukan setinggi-tingginya tanpa khawatir muncul persaingan. Sebagai hasilnya adalah keuntungan luar biasa dapat diperoleh. Clarkson (1996) menunjukkan bahwa industri farmasi merupakan salahsatu industri yang paling menguntungkan. Keuntungan industri farmasi berada pada ranking ke-4 setelah industri *software*, perminyakan, dan makanan. Dibanding rata-rata industri, keuntungan perusahaan farmasi lebih besar yaitu 13.27% dibanding dengan rata-rata 10.19%.



Sumber: Wildus , 2001

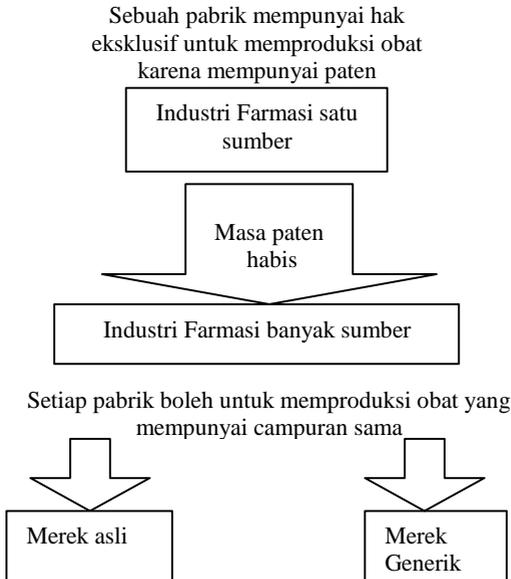
Gambar 14.1 Dua periode pengembangan dan penjualan obat baru

Mekanisme mendapat keuntungan ini dipengaruhi berbagai sifat khas industri farmasi yang tidak dijumpai pada industri lain. Salahsatu sifat tersebut adalah adanya *Barriers to Entry* yang akan mempengaruhi harga obat. Hambatan untuk masuk ke industri farmasi dilakukan dalam berbagai bentuk: (1) regulasi obat; (2) hak paten; dan (3) sistem distribusi.

Hambatan pertama masuk pada industri farmasi adalah aspek regulasi dalam industri farmasi yang sangat ketat. Di Amerika Serikat regulator utama adalah *Food and Drug Administration* (FDA), sedang di Indonesia dipegang oleh Badan Pengawasan Obat dan Makanan (BPOM). Proses pengujian obat di Amerika Serikat (termasuk dalam periode 1) berlangsung lama, bisa terjadi hingga 15 tahun dengan proses yang sangat kompleks. Setelah menemukan formula kimia baru untuk menangani suatu penyakit, perusahaan obat harus melakukan uji coba pada binatang untuk mengetahui daya racun jangka pendek dan keselamatan obat. Selanjutnya, FDA akan memberikan persetujuan melakukan uji klinik yang tersusun atas tiga tahap. Tahap I dimulai dengan sekelompok kecil orang sehat dan berfokus pada dosis dan keamanan obat. Tahap II akan diberikan kepada sejumlah orang yang lebih banyak (sampai ratusan) yang mempunyai penyakit untuk menguji efikasi obat (kemanjurannya). Tahap III akan dilakukan ke

ribuan pasien dengan berbagai latar belakang berbeda untuk menguji efikasi dan keselamatannya secara lebih terinci. Dapat dibayangkan betapa berat dan mahal proses ini.

Faktor penghambat kedua adalah hak paten yang diberikan oleh pemerintah untuk industri farmasi yang berhasil menemukan obat baru. Contoh yang paling hangat adalah hak paten untuk obat Viagra[®] yang sangat menguntungkan karena pembelinya banyak dan harga tinggi. Dengan adanya kebijakan paten maka perusahaan farmasi baru harus mempunyai obat baru yang membutuhkan biaya riset tinggi atau memproduksi obat-obat generik yang sudah tidak ada patennya lagi dengan risiko banyak pesaing. Setelah sebuah obat habis waktu hak patennya, perusahaan-perusahaan lain dapat memproduksi obat serupa. Oleh karena itu, hambatan untuk masuk menjadi lebih rendah, dan harga dapat turun. Obat-obat ini disebut generik yang dampak terapinya sama dengan obat bermerek. Secara logika, paten memang



Gambar 14.2 Siklus hidup produk farmasi

ditujukan dalam usaha merangsang penelitian ilmiah untuk menemukan obat-obatan baru. Secara diagram, *Reuter Business Insight* menggambarkan *life-cycle* produksi obat pada Gambar 14.2.

Dalam siklus hidup ini terlihat bahwa terjadi saat ketika industri farmasi menikmati masa monopoli, yaitu hanya ada sebuah pabrik obat yang mempunyai hak menjual dan memproduksi obat karena paten. Hak paten berlaku dengan masa 17 tahun, bahkan hingga 25 tahun. Dengan hak paten yang bersifat monopoli maka terdapat kebebasan bagi pabrik menetapkan harga setinggi mungkin untuk mendapatkan profit setinggi-tingginya.

Hambatan ketiga untuk masuk adalah sistem jaringan distribusi dan pemasaran industri farmasi yang sangat kompleks. Jaringan sistem distribusi dan pemasaran mempunyai ciri menarik yaitu menggunakan konsep '*detailing*', yaitu perusahaan farmasi dengan melalui jaringan distributor melakukan pendekatan tatap muka dengan dokter yang berpraktik di rumah sakit ataupun praktik pribadi. Kegiatan *detailing* ini melibatkan banyak pihak dan mempunyai berbagai nuansa termasuk adanya komunikasi untuk mendapatkan situasi saling menguntungkan antara dokter dan industri farmasi. Dalam komunikasi ini terbuka kemungkinan terjadi bentuk kolusi antara dokter dan industri farmasi. Dengan bentuk pemasaran seperti ini, akan sulit bagi pemain baru masuk dalam industri farmasi.

Di dalam masyarakat, sistem promosi dan pemasaran obat akan menambah mahalnya harga obat. Berbagai hal tersebut terkait secara kompleks sehingga sulit untuk menurunkan harga obat. Sebagai contoh, kebijakan memperpendek waktu paten, atau memberi lisensi kepada pabrik obat di negara sedang berkembang memproduksi obat secara murah ditentang keras oleh perusahaan obat. Logika yang dipergunakan adalah apabila kebijakan ini berjalan maka motivasi melakukan penelitian obat baru akan rendah. Dengan logika ini diperkirakan bahwa di dunia tidak akan ada penelitian baru mengenai obat, kecuali yang disponsori pemerintah tanpa ada hak paten yang optimal.

Pola pengembangan obat ini membuat industri farmasi tidak banyak mengembangkan obat baru untuk penyakit-penyakit yang

diderita orang miskin. Pecoul dkk (1999) menyatakan bahwa dari 1.223 komposisi kimia baru untuk obat yang diproduksi dari tahun 1973 - 1996, hanya 13 yang ditujukan pemasarannya untuk penyakit-penyakit tropis. Hal serupa dinyatakan oleh Webber dan Kramer (1999) yang menyebutkan adanya investasi yang sangat rendah untuk pengembangan obat TBC yang dibutuhkan banyak orang miskin. Terlihat perusahaan obat tidak berani menanggung risiko untuk pengembangan obat baru yang nilai komersialnya rendah.

Pertanyaan menarik, apakah dengan adanya obat-obatan generik, maka obat-obat bermerek akan lebih murah dan kurang diresepkan oleh dokter? Kebijakan obat generik ternyata tidak mampu menekan biaya obat secara signifikan. Graboswski dan Vernon (1992) melaporkan bahwa walaupun ada obat generik yang murah, produsen obat tetap menaikkan harga. Dalam hal ini terdapat loyalitas dokter terhadap merek-merek obat yang bukan generik. Hellerstein (1998) melaporkan bahwa hanya 29% resep ditulis dengan obat generik di Amerika Serikat. Keadaan ini dapat dipahami karena adanya teori dokter sebagai agen pasien dalam memilih obat dan informasi. Dalam teori agensi, para dokter tidak mendapat manfaat ekonomi dari penghematan harga obat. Sementara itu, berdasarkan informasi, para dokter tidak menerima informasi cukup mengenai efektivitas dan harga obat generik. Seperti yang diduga, dokter yang berada dalam sistem *managed care* lebih cenderung menulis obat generik. Hal ini disebabkan oleh tekanan sistem *managed care* dengan daftar formularium dan sistem insentif atau disinsentif untuk para dokter dalam peresepan obat.

Hubungan industri farmasi dengan rumah sakit dan dokter merupakan hal yang umum terjadi di seluruh dunia. Industri farmasi bahkan mempengaruhi rumah sakit pendidikan, fakultas kedokteran, dan para peneliti (Angell, 2000; Martin dan Kasper, 2000; Bodenheimer, 2000). Pengaruh industri farmasi terhadap rumah sakit dan dokter dilakukan dengan pendekatan pemasaran canggih seperti menggunakan konsep *detailing* tatap muka dan berbagai hal lain termasuk mensponsori pertemuan-pertemuan ilmiah, jurnal, bahkan penelitian-penelitian ilmiah.

Dilaporkan pula bahwa tenaga pemasaran perusahaan farmasi mengirimkan hadiah-hadiah untuk mahasiswa kedokteran dan residen di rumah sakit pendidikan. Angell dan Relman (2001) melaporkan bahwa pada tahun 2000 perusahaan farmasi menghabiskan 8 miliar dollar untuk menyenangkan dokter dengan memperkerjakan 83.000 tenaga pemasaran di Amerika Serikat. Di samping itu, perusahaan farmasi memberikan 8 miliar dollar untuk obat-obatan sampel di ruang praktik dokter. Di Indonesia, belum ada data seperti ini. Akan tetapi secara pengamatan dapat dilihat bahwa kehidupan dokter dan sektor rumah sakit dipengaruhi oleh industri farmasi dengan memberikan berbagai hal yang menyenangkan. Semua kegiatan ini tentunya dimasukkan dalam proses penetapan harga obat.

Walaupun tidak ditemukan data rinci, di Indonesia fenomena hubungan dekat antara industri farmasi dan dokter serta rumah sakit mempunyai gambaran serupa. Dalam pertemuan perhimpunan ahli, seminar-seminar ilmiah, pertemuan manajemen rumah sakit, dan berbagai penelitian klinik didanai oleh perusahaan farmasi. Menjadi pertanyaan besar, apakah perilaku dokter dipengaruhi oleh industri farmasi? Walaupun ada berbagai pengamatan, termasuk laporan investigasi oleh majalah *Tempo*, tetapi belum dilakukan penelitian serius mengenai hubungan dokter dan industri farmasi di Indonesia.

14.3 Apakah Terdapat Etika dalam Bisnis Farmasi?

Secara praktis harga obat memang sulit diturunkan. Di Indonesia keadaan menjadi lebih sulit karena pemerintah tidak mempunyai wewenang mengendalikan harga obat seperti yang dinyatakan Kepala BPOM Drs. Sampurno, MBA. Dinyatakan bahwa berbeda dengan Pemerintah Italia atau Kanada yang mengatur harga obat yang beredar di negara itu, atau India yang mengatur harga obat yang dianggap sangat esensial, Indonesia tidak secara langsung mengatur harga obat bermerek (*branded*). Indonesia hanya membuat program obat generik yang harganya ditetapkan pemerintah (*Kompas*, 2001).

Dalam keadaan ini apa yang dapat dilakukan? Pendekatan

pertama adalah menekan harga obat mulai dari fase riset hingga pemasaran. Penekanan ini dapat menggunakan berbagai bentuk, termasuk pembiayaan riset oleh pemerintah atau masyarakat. Di samping itu, diharapkan kerja sama antara perusahaan obat yang mempunyai sistem produksi dan distribusi baik dengan pemerintah untuk menyediakan obat murah terutama bagi masyarakat miskin (Wildus 2001). Pendekatan ini sedang dilakukan oleh TB *Alliance*, kelompok yang berusaha mengembangkan obat TB baru dengan dana campuran dari berbagai sumber, pemerintah, masyarakat, dan industri farmasi. Di samping itu, timbul usaha untuk memperpendek waktu paten, tetapi hal ini ditentang keras oleh industri obat.

Pendekatan kedua adalah menggunakan pendekatan etika. Dalam hal ini Burton dkk (2001) menyatakan bahwa harus ada nilai normatif dalam bentuk etika yang dipunyai oleh sektor kesehatan dalam mengendalikan biaya obat. Nilai-nilai tersebut akan hadir apabila timbul kesadaran mengenai keterbatasan sumber daya untuk pengadaan obat, rasa kemanusiaan untuk menolong orang yang sakit dan sengsara, adanya hak pasien mendapatkan yang terbaik, kepercayaan bersama, dan adanya kesadaran mengenai pemilihan obat sebagai keputusan bersama. Apa yang diuraikan oleh Burton dkk (2001) merupakan harapan normatif yang disampaikan untuk sektor kesehatan dan industri farmasi. Banyak pihak yang skeptis terhadap pendekatan normatif ini, tanpa suatu peraturan tegas. Pertanyaan penting: apakah ada etika dalam industri farmasi?

Velasquez (1998) menguraikan sebuah contoh etika bisnis perusahaan yang berasal dari kegiatan yang dilakukan oleh Merck, perusahaan obat raksasa. Pada tahun 1979, Dr. William Campbell, seorang peneliti yang bekerja pada Merck and Co, menemukan bukti bahwa salah satu obat binatang Ivermectin[®] mungkin dapat membunuh parasit yang menyebabkan penyakit *river blindness* di Afrika dan Amerika Latin. Dr. Campbell dan timnya kemudian menghubungi Dr. P. Roy Vagelos, Chairman Merck mengenai hal ini. Penemuan ini menjadikan perdebatan di dalam Merck, apakah akan meneruskan penelitian ini dan mencobakannya ke manusia. Para manajer yang menentang menyatakan bahwa masyarakat miskin tidak akan mampu

membeli obat ini. Di samping itu, timbul pertanyaan mengenai bagaimana ongkos distribusinya untuk mencapai penduduk miskin di pedalaman? Di samping itu, risiko Merck akan rugi besar karena dapat menghancurkan pasar obat binatang Ivermectin[®] yang mempunyai omzet 300 juta \$ setahun, jika versi manusia ini gagal.

Dalam perdebatan ini, muncul isu moral yang menyatakan bahwa manfaat obat ini untuk manusia tidak dapat diabaikan. Pertimbangan ini akhirnya mengalahkan aspek untung-rugi. Berdasarkan usul tim peneliti, akhirnya Merck setuju mengembangkannya. Setelah 7 tahun bekerja keras, dengan biaya cukup besar obat tersebut dapat diproduksi. Akan tetapi, tidak ada negara yang mau membeli, bahkan WHO pun tidak. Padahal obat ini potensial untuk mengobati 85 juta orang. Apa yang dibayangkan dalam perdebatan awal terjadi, terjadi produksi tanpa ada pembeli. Akhirnya, Merck memutuskan memberikan obat ini secara gratis untuk penderita yang potensial, bahkan memberikan bantuan dalam distribusinya. Merck kemudian bekerja sama dengan WHO, membentuk kelompok kerja internasional untuk mendistribusikan obat ke penderita secara aman dan menjamin untuk tidak dijual sebagai obat binatang. Pada tahun 1996, obat ini berhasil menyembuhkan banyak orang hasil kerja sama antara Merck dan berbagai negara serta lembaga sukarelawan.

Pertanyaan penting mengapa Merck mau menempuh risiko dan kemudian membiayai berbagai hal yang tentunya mengurangi profitnya? Dalam hal ini Dr. Vagelos menyatakan bahwa saat pertama kali perusahaannya menduga bahwa salah satu obat untuk binatang dapat mengobati manusia maka satu-satunya etika adalah harus mengembangkannya. Namun, dikatakan lebih lanjut bahwa dunia akan mengenang Merck dalam hal ini, sehingga nama Merck akan menjadi kenangan baik. Tentunya dalam hal ini akan timbul pengaruh positif untuk penjualan Merck di kelak kemudian hari.

Contoh kasus ini menunjukkan bahwa masih terdapat etika bisnis yang dimiliki oleh Merck, sebuah perusahaan farmasi yang terkemuka dengan keuntungan luar biasa. Memang pada jangka pendek, seolah etika akan bertabrakan dengan tujuan bisnis untuk menghasilkan keuntungan yang sebesar-besarnya. Akan tetapi, dalam

jangka panjang etika dan *profit* akan berjalan bersama. Dengan kasus ini, sebenarnya terdapat etika bisnis dalam perusahaan yang mencari keuntungan.

Sebagai penutup secara ringkas dapat disebutkan bahwa industri farmasi merupakan industri yang sama dengan industri lain dengan tujuan memaksimalkan keuntungan. Ciri ini juga terjadi pada industri peralatan rumah sakit yang menggunakan teknologi tinggi. Tujuan industri sektor rumah sakit ini mempunyai indikator keuntungan ataupun naik-turunnya harga saham industri tersebut. Dengan demikian, perilaku industri farmasi dari pabrik hingga para *detailman* adalah memaksimalkan keuntungan. Pertanyaan penting adalah: (1) Apakah para dokter dan manajer rumah sakit yang berada dalam sistem rumah sakit *non-profit* ataupun sosial akan berperilaku *for-profit* pula, seperti industri farmasi?; (2) Apakah para manajer rumah sakit dan dokter menggunakan obat sebagai alat untuk mendapatkan pendapatan dan keuntungan setinggi-tingginya?; dan (3) Apakah masih ada pertimbangan moral dan kaidah etika dalam sektor farmasi di rumah sakit?