

BAB XVI

ETIKA BISNIS RUMAH SAKIT

Seperti kecenderungan di berbagai negara, rumah sakit di Indonesia bergerak ke arah sistem manajemen berdasarkan konsep usaha yang mengarah pada mekanisme pasar dan prinsip efisiensi. Dalam transisi ini pertanyaannya adalah, apakah ada yang dirugikan? dan apakah ada pedoman etika yang dapat diikuti? Saat ini memang timbul kekhawatiran mengenai akibat negatif dari transisi rumah sakit ke arah lembaga usaha. Pertanyaan mengenai siapa yang dirugikan atas perkembangan ini perlu dibahas untuk mencari usaha mengatasinya. Pembahasan diawali dengan tinjauan konseptual mengenai dasar keadilan dalam peningkatan efisiensi. Dari pembahasan mengenai konsep dasar ini, berbagai "kasus abu-abu" dalam rumah sakit dianalisis untuk mencari jawaban akan pertanyaan penting: adakah etika untuk bisnis di sektor rumah sakit?

16.1 Konsep Dasar untuk Keadilan

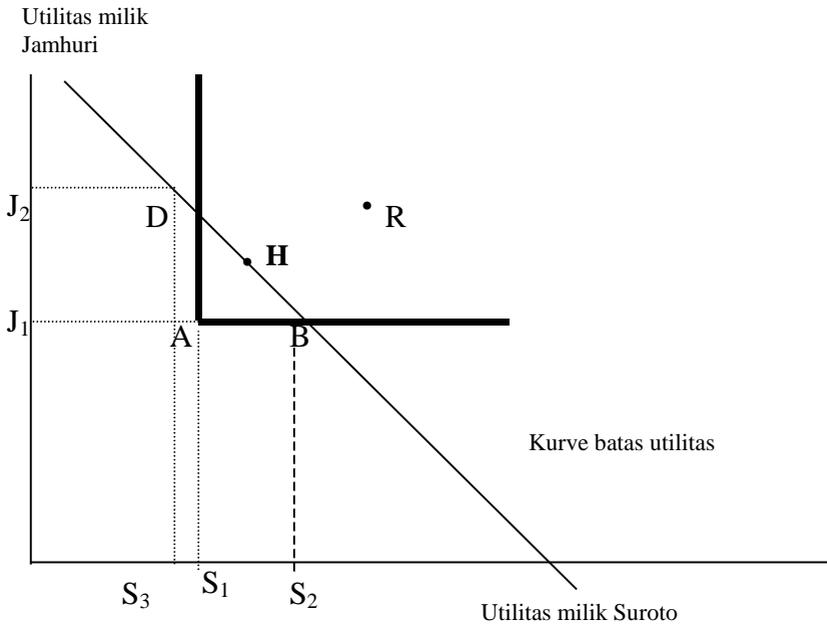
Dalam perubahan rumah sakit menjadi lebih bersifat lembaga usaha diperlukan suatu filosofi agar secara etika dapat dipertanggungjawabkan. Tujuan penting dalam perubahan rumah sakit adalah peningkatan efisiensi dan penjaminan bagi orang miskin untuk mendapatkan pelayanan rumah sakit. Dengan demikian perubahan akan diukur dengan indikator ekonomi dan indikator lain termasuk fungsi sosial rumah sakit. Dalam hal ini, pernyataan Pareto *cit.* Friedman 1995 perlu diperhatikan bahwa perubahan kebijakan harus berprinsip: tidak ada satu orang atau satu lembaga pun yang dirugikan.

“One allocation is defined as Pareto superior to another if and only if it makes at least one person better off and no one worse off”.

Teori ekonomi mikro menyatakan bahwa model standar suatu organisasi perusahaan adalah bersifat *for profit*. Oleh karena itu, untuk meningkatkan efisiensi di lembaga usaha *for profit* dilakukan dengan berbagai usaha yaitu: (1) menjaga agar biaya produksi berada pada tingkat minimum; (2) menetapkan harga di atas *unit cost*; dan (3) melebarkan penjualan (misalnya meningkatkan BOR dan berbagai produk rumah sakit). Sementara itu, pengertian efisiensi dalam organisasi *non profit* dapat berarti cara menghasilkan produk dan tercapainya misi dengan biaya produksi atau operasional yang serendah mungkin. Oleh karena itu, dalam transformasi lembaga sosial menjadi lembaga usaha yang mempunyai fungsi sosial, pertanyaan pentingnya adalah apakah ada kelompok masyarakat yang dirugikan. Untuk membahas hal ini pemahaman mengenai model utilitas di masyarakat perlu dipelajari. Model ini penting sebagai dasar kebijakan transisi rumah sakit.

Pemahaman mengenai efisiensi Pareto ini terlihat pada Gambar 16.1 yang menggunakan model utilitas. Dalam model ini digambarkan dunia terdiri atas 22 utilitas yang dibagi dua, untuk Jamhuri dan Suroto. Batas efisiensi pembagian antara Jamhuri dan Suroto dibatasi oleh kurva batas utilitas. Misalnya dimulai pada posisi awal A. Pada titik ini Jamhuri sebagai orang yang lebih kaya mempunyai 10 utilitas (titik J_1), sementara Suroto mempunyai 6 (titik S_1). Total yang dimiliki bersama adalah 16 utilitas. Dalam hal ini masih ada 6 utilitas yang belum terpakai. Jumlah ini merupakan peluang peningkatan efisiensi karena belum dikembangkan sampai batas lingkaran. Dalam hal ini keadaan di titik A masih dapat ditingkatkan efisiensinya ke titik D, H, atau B. Akan tetapi tidak dapat dikembangkan sampai titik R karena berada di luar batas kurva.

Pada pengertian efisiensi menurut Pareto, maka perubahan dari A ke B secara keseluruhan akan meningkatkan efisiensi. Dalam perubahan ini yang meningkat hanya Suroto, dari 6 menjadi 12 (titik S_2), sedangkan Jamhuri tidak mendapat keuntungan, tetap 10 utilitas

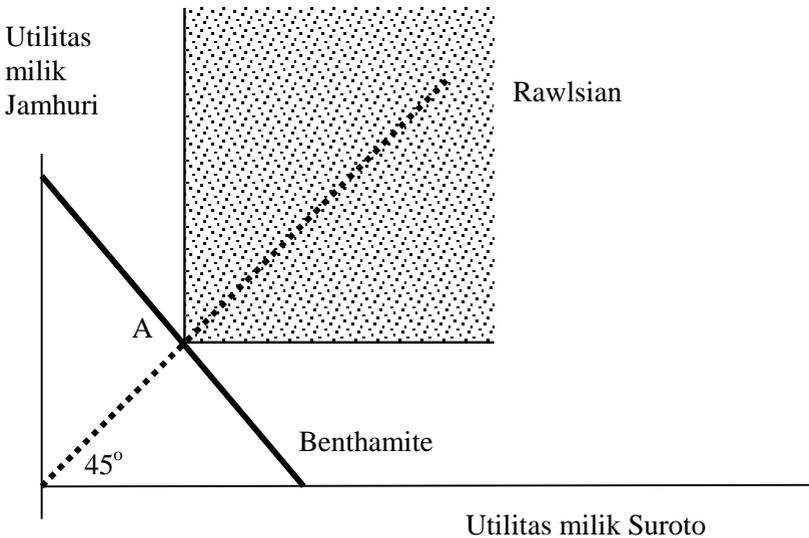


Gambar 16.1 Konsep efisiensi menurut Pareto

(titik J_1). Perubahan dari A ke B ini masih disebut sebagai efisiensi Pareto. Akan tetapi apabila keadaan berubah dari A ke D, maka hanya Jamhuri sebagai orang yang lebih kaya justru mendapat keuntungan, berpindah dari titik J_1 ke titik J_2 . Sementara Suroto berkurang utilitas, dari titik S_1 ke titik S_3 . Dalam hal ini berarti ada pihak yang dirugikan, sehingga tidak memenuhi efisiensi Pareto. Perubahan ke titik H, dapat menjadikan pembagian utilitas menjadi 11 untuk Jamhuri dan 11 untuk Suroto. Hal ini menjadikan pembagian yang merata.

Bagaimana aplikasi di rumah sakit? Perubahan dari lembaga sosial birokrasi menjadi lembaga usaha yang sosial seharusnya mengacu pada filosofi Pareto. Dalam hal ini tidak boleh ada pihak yang dirugikan. Sebagai contoh, kebijakan Perjan harus mempunyai efek efisiensi menurut Pareto. Apakah perubahan kebijakan menjadi Perjan merugikan salah satu pihak? Misalnya orang miskin akan

kesulitan mendapatkan akses ke rumah sakit. Apabila kebijakan menjadi Perjan mengurangi akses untuk orang miskin, berarti perubahan menjadi Perjan tidaklah efisien menurut Pareto karena ada pihak yang dirugikan.



Gambar 16.2 Pertumbuhan Benthamite dan Rawlsian.

Akan tetapi, ada yang tidak menggunakan efisiensi secara Pareto. Mereka berpendapat bahwa yang penting adalah pertumbuhan. Masyarakat harus berkembang, walaupun ada yang dirugikan. Paham ini disebut *Benthamite* karena diusulkan oleh seorang ahli sosiologi bernama Jeremy Bentham pada tahun 1789. Menurut Bentham dalam peningkatan efisiensi yang penting adalah pertumbuhan dengan adanya peningkatan efisiensi. Apabila ada pihak yang dirugikan bukan menjadi masalah. Pemerataan merupakan hal lain yang tidak terkait dengan efisiensi.

Pendapat yang mengambil efisiensi Pareto secara radikal adalah paham *Rawlsian*, yang bersumber dari pendapat seorang filsuf John

Rawls. Pendapat ini menekankan mengenai keadilan sosial, dengan harus mempunyai prinsip memperbaiki mereka yang paling sengsara (Rice 1998). Hal ini berarti sistem pelayanan kesehatan harus menempatkan pelayanan bagi yang paling menderita sebagai prioritas. Dengan demikian dalam masalah ini terdapat dua kutub ekstrim: pertama yang mengacu ke pertumbuhan (*Benthamite*), sedangkan kutub kedua mengacu pada egalitarian (*Rawlsian*). Secara grafis keadaan ini dapat dilihat pada Gambar 16.2. Pada *Benthamite*, yang penting adalah pertumbuhan dengan garis *Benthamite* bergeser ke kanan untuk memperbesar efisiensi sumber daya. Sementara *Rawlsian* menyatakan boleh bergeser ke kanan asal masih dalam cakupan daerah yang diarsir, dengan berusaha membuat pembagian utilitas seimbang (sesuai garis 45°) antara Suroto dan Jamhuri.

16.2 Berbagai “Kasus Abu-abu” dalam Rumah Sakit

Pembahasan model utilitas Pareto dapat dipergunakan untuk menyiapkan perangkat etika rumah sakit sebagai lembaga usaha yang mempunyai fungsi sosial. Pada saat ini bentuk rumah sakit di Indonesia memang masih belum jelas, apakah berdasarkan konsep lembaga usaha, ataukah berbentuk lembaga sosial. Dalam keadaan yang belum jelas ini, wajar jika timbul berbagai kasus yang mungkin dianggap normal di rumah sakit, tetapi apabila dibahas menggunakan etika bisnis atau norma-norma ekonomi maka kasus-kasus tersebut merupakan penyimpangan. Kasus-kasus tersebut sebagai berikut:

Kasus 1. Mengenai pengaturan jumlah dokter dan penempatan. Di sebuah kota besar, berbagai rumah sakit swasta besar tidak mempunyai satu jenis spesialis *full-timer*, walaupun sanggup untuk memenuhinya dan membutuhkan keberadaannya secara *full-timer*. Dalam pengaturan tenaga spesialis oleh pemerintah tidak ada peraturan mengenai penempatan spesialis tersebut di rumah sakit swasta. Akan tetapi, data menunjukkan bahwa seluruh tenaga spesialis tersebut berasal dari rumah sakit pendidikan pemerintah yang diatur oleh perhimpunan spesialis tersebut, walaupun tanpa aturan tertulis.

Patut dicatat bahwa tenaga spesialis tersebut sangat dibutuhkan oleh berbagai tindakan medik yang membutuhkan pembedahan dan ICU.

Kasus 2. Penetapan tarif yang terlalu tinggi oleh spesialis. Seorang direktur rumah sakit keagamaan mengeluh karena pasien SC kelas III harus membayar jasa medik sebesar Rp2.000.000,00 untuk dokternya. Jasa medik ini tidak bisa ditawar karena dokter ahli kebidanan dan kandungan tersebut satu-satunya di wilayah tersebut. Dalam kasus ini posisi direktur rumah sakit keagamaan berada pada situasi yang sulit. Apabila tidak menyetujui tarif tersebut, maka dokter yang bersangkutan tidak mau bekerja di rumah sakitnya. Akan tetapi, apabila mengikutinya, maka rumah sakit keagamaan ini menjadi mahal yang berarti berlawanan dengan misi sosialnya.

Kasus 3. Hubungan dokter dengan industri farmasi merupakan keadaan yang diwarnai dengan berbagai motivasi ekonomi. Konferensi-konferensi ilmiah para dokter dipengaruhi kuat oleh industri farmasi. Konferensi-konferensi ilmiah menjadi ajang promosi industri obat yang berusaha mempengaruhi pola persepan dokter. Hal yang menarik bahwa banyak diskusi atau sesi-sesi dalam pertemuan ilmiah yang dibiayai oleh perusahaan farmasi dengan mekanisme memberikan *door-prize* dan makan siang.

Kasus 4. Ketika tarif poli spesialis di rumah sakit pemerintah murah yang jasa mediknya rendah, maka terjadilah persepan yang sangat tinggi dan menggunakan jasa apotek di luar rumah sakit. Hal ini disebabkan oleh motivasi ekonomi untuk mendapat persentase dari omzet penjualan obat. Walaupun tidak dapat dibuktikan secara "hitam di atas putih", dokter mendapat keuntungan materi dari apotek yang menjual obat yang diresepan tersebut. Akibatnya, pasien yang ingin membeli obat harus pergi ke apotek di luar rumah sakit yang ditunjuk oleh dokter.

Kasus 5. Penjualan bahan dan alat yang diikuti dengan pelayanan. Seorang keluarga pasien mengeluh karena operasi bedah tulang tidak dapat dilakukan sebelum *pen*-nya dibeli. Pembelian *pen* tersebut terpisah dari biaya rumah sakit karena rumah sakit tidak menyediakan langsung. Ketika pihak manajemen rumah sakit ditanya mengenai masalah ini, jawabannya sangat sederhana karena dokter

bedah tulang mensyaratkan bahwa *pen* harus berasal dari dirinya.

Kasus 6. Angka bedah caesar di sebuah rumah sakit sangat tinggi karena indikasi diperlonggar. Angka tersebut sangat tinggi karena memang pasien menginginkan bedah SC tanpa indikasi medik, dokter kebidanan dan kandungan juga tertarik melakukannya, serta sistem manajemen rumah sakit mendorong mendapatkannya.

Kasus 7. Lingkungan fisik lembaga pelayanan kesehatan. Hampir seluruh praktik bersalin, dokter, dan dokter gigi tidak memperhatikan masalah pencemaran lingkungan. Tempat-tempat praktik jarang yang mempunyai sistem pembuangan limbah. Limbah praktik diperlakukan sama dengan limbah rumah tangga. Berbagai rumah sakit membuang limbah berbahaya (B3) dengan tidak menggunakan instalasi limbah yang cukup baik. Akibatnya, limbah rumah sakit tidak dapat dijamin untuk tidak membahayakan penduduk di sekitar lingkungan rumah sakit.

Kasus-kasus tersebut patut dipertanyakan: apakah melanggar etika dokter? Apabila dikaji kasus per kasus, terdapat berbagai praktik terlarang secara ekonomi yang dipraktikkan. Kasus 1 terkait dengan praktik-praktik kartel dan perilaku monopolistik. Dengan adanya pengaturan jumlah dokter spesialis oleh perhimpunan profesi di sebuah daerah, dipandang dari kaca mata anggota maka akan terjadi suatu jaminan pendapatan yang tinggi. Akan tetapi, dari kaca mata konsumen ataupun dokter spesialis lain yang menggunakan jasa dokter spesialis tersebut akan terjadi keadaan yang berlawanan. Masyarakat dan dokter lain akan kesulitan mendapatkan jasa, dan nilai jasa menjadi tinggi karena pihak dokter spesialis tersebut dapat berlaku sebagai penentu jasa (*price-maker*).

Kasus 2, dokter menetapkan tarif tinggi walaupun di rumah sakit keagamaan karena perilaku monopolistik dengan sifat *supply* tenaga spesialis yang inelastik. Jika rumah sakit keagamaan tadi tidak mau memberikan tarif seperti yang diminta, maka tidak ada pilihan kedua untuk mencari spesialis lain. Kasus ke-3 dan ke-4 yang dilakukan oleh dokter akan meningkatkan biaya obat. Hal ini bertentangan dengan prinsip efisiensi. Praktik-praktik hubungan antara dokter dan perusahaan farmasi merupakan salah satu faktor penyebab tingginya

harga obat di pasar produk. Di samping itu, hubungan semacam ini akan memicu *supplier-induced-demand*.

Penjualan *pen* oleh dokter merupakan praktik tidak terpuji karena menghilangkan esensi dari hubungan kontraktual antara rumah sakit dan pasien bahwa dokter akan bertindak atas nama pasien. Kesulitan utama akan terjadi misalnya pada saat *re-imburstment* oleh pihak asuransi kesehatan karena tentunya *pen* yang dibeli dari dokter tidak mempunyai kuitansi. Di samping itu, kemungkinan (1) dokter bedah tulang mengambil keuntungan yang tidak sepatutnya dalam penjualan *pen*, karena ada faktor kerahasiaan antara pemasok *pen* dan dokter; dan (2) masalah penghindaran pajak akibat praktik jual beli yang tidak sepatutnya. Dalam hal ini dokter sebenarnya bukan penjual barang, tetapi lebih sebagai penyedia jasa. Keadaan ini serupa dengan penjualan obat oleh dokter pada daerah yang ada apoteknya. Kasus ini menjadi sulit apabila ternyata harga *pen* yang dijual dokter lebih murah dibanding melalui rumah sakit. Hal ini dapat menunjukkan adanya inefisiensi dalam manajemen rumah sakit.

Kasus 6 merupakan salah satu dampak dari fenomena *supplier-induced-demand*. Di beberapa rumah sakit angka kelahiran melalui bedah Caesar (bedah SC) dapat mencapai 50% dari seluruh jumlah kelahiran. Dalam hal ini berbagai pihak di rumah sakit menikmati adanya bedah SC. Secara sadar atau tidak, berbagai komponen dalam rumah sakit mengharapkan adanya lebih banyak SC. Lingkungan ini ditambah oleh keinginan pasien merupakan tempat yang cocok untuk melakukan SC walaupun tidak ada kebutuhan secara medik.

Kasus 7, merupakan kebalikan dari tugas rumah sakit sebagai suatu lembaga yang seharusnya mampu memberikan eksternalitas positif (*good-externalities*) dengan menyembuhkan berbagai penyakit, khususnya penyakit menular. Apa yang terjadi justru semakin meningkatnya kemungkinan eksternalitas negatif (*bad externalities*) akibat rumah sakit mencemari lingkungan.

Kasus-kasus tersebut menunjukkan bahwa tindakan-tindakan yang dinilai tidak baik dalam prinsip ekonomi ternyata dipraktikkan dalam pelayanan kesehatan. Praktik melakukan tindakan yang tidak baik ini kemungkinan dilakukan secara sadar ataupun tidak sadar

karena memang tidak mengetahui konsep yang benar. Dalam diskusi dengan seorang ahli anestesi, memang tidak ada pemahaman mengenai apa yang disebut sebagai kartel. Yang dipahami oleh para dokter adalah suatu semangat kebersamaan yang kuat, dapat memberikan bantuan bagi yang sedang kesusahan, atau menggantikan praktik apabila dokter yang bersangkutan sedang di luar kota untuk belajar, konferensi atau menghadiri pertemuan sosial dan keluarga. Di sebuah kota sistem tersebut dapat memberikan jaminan untuk ahli yang senior atau yang akan memasuki masa pensiun. Dalam hal ini memang terjadi suatu perbedaan pemahaman prinsip normatif ekonomi yang menentang kartelisme dan rasa persaudaraan profesi. Di sisi dokter, bentuk-bentuk yang mengarah pada kartel adalah bentuk nyata dari kultur profesional yang menempatkan rasa persaudaraan dan senioritas sebagai hal utama.

Dengan demikian, keadaan yang baik atau buruk dapat dilihat sebagai sesuatu yang relatif, tergantung dari sudut pandangan mana dilakukan. Pertanyaan yang sering timbul: apakah tidak terdapat pedoman yang dapat diikuti oleh semua pihak yang terkait dengan kasus di atas? Dalam hal inilah prinsip Pareto sangat penting untuk dipergunakan. Dengan prinsip tersebut, pertanyaannya adakah sebuah pihak yang dirugikan? Lebih khusus lagi, penganut Rawlsian akan menanyakan apakah kasus-kasus di atas merugikan masyarakat yang sudah menderita?

Ketika dokter atau rumah sakit melakukan penetapan tarif terlalu tinggi, jelas bahwa mereka yang miskin akan semakin sulit mendapatkan akses pelayanan kesehatan. Demikian pula apabila harga obat menjadi semakin mahal akibat tidak efisiennya sistem produksi dan distribusi obat, maka masyarakat ekonomi lemah yang akan dirugikan.

Ada pertanyaan menarik mengapa etika dokter cenderung tidak mampu mengatasi permasalahan tersebut, atau pertanyaan lain mengapa para ahli etika dokter tidak tertarik untuk membahas masalah ini? Pertanyaan ini terjadi karena pada saat Seminar Internasional Bioetika yang diselenggarakan oleh Fakultas Kedokteran UGM dan Harvard University pada pertengahan tahun 2000, ternyata tidak

banyak pembahasan mengenai kasus-kasus tersebut dari para ahli etika. Dapat dikatakan bahwa kasus-kasus tersebut menjadi bagian abu-abu dari etika.

Dalam seminar tersebut, seorang ahli etika Prof. Syamsuhidayat mengungkapkan hal menarik dengan mengutip George Bernard Shaw yang menyatakan: "*Every profession is a conspiracy against the public*". Menafsirkan pernyataan tersebut maka dapat diperkirakan bahwa etika dokter sulit mencegah dokter mendapatkan keuntungan-keuntungan ekonomi yang tidak wajar seperti yang terdapat pada kasus-kasus di atas. Hal ini yang mendorong berbagai pengamat etika mengusulkan adanya etika untuk lembaga pelayanan kesehatan. Etika ini bersifat lebih luas daripada etika dokter, karena sebenarnya di rumah sakit tidak hanya dokter yang mempunyai kegiatan dan interes (Monagle dan Thomasma, 1998). Oleh karena itu, diperlukan etika profesional dan etika kelembagaan.

Dalam membahas hubungan antara etika rumah sakit dan etika profesional Jacobalis (1993) menyatakan sebagai etika individual dan etika institusional. Etika individual adalah etika profesi seperti etika dokter, etika perawat, dan sebagainya yang mengatur perilaku pribadi dan perilaku profesional pengemban profesi itu. Etika dokter adalah etika profesi yang tertua, yang berawal pada sumpah Hippokrates (460 - 377 SM). Kode Etik Kedokteran Indonesia (Kodeki) masih mengandung unsur-unsur seperti dalam sumpah Hippokrates 2500 tahun yang lalu. Konsep etika institusional relatif baru, yaitu konsep berperilaku bagi suatu institusi atau dalam ikatan institusi. Etika rumah sakit adalah salah satu etika institusional dalam layanan kesehatan. Etika rumah sakit dapat dipilah dalam: (1) etika biomedik atau bioetika (*bioethics*); dan (2) etika manajemen yang lebih banyak terkait dengan aspek-aspek dalam manajemen dan administrasi.

Etika biomedik menyangkut masalah-masalah sekitar konsepsi, reproduksi, kehamilan, kelahiran, hidup, penyakit, dan kematian manusia. Istilah "bioetika" masih relatif baru. Orang yang pertama kali mencetuskannya adalah Dr. Van Ransellaer Potten dalam bukunya *Bioethics, Bridge To The Future* (1971). Bioetika menjadi sangat mendesak diperhatikan dan dipelajari guna mencari pemecahan atas

dilema atau masalah yang timbul oleh perkembangan yang sangat pesat dalam ilmu dan teknologi biologi dan kedokteran dalam beberapa dekade terakhir. Perkembangan itu dalam banyak hal telah mengubah sama sekali konsepsi dan persepsi tentang hidup dan mati manusia, sehingga diperlukan peninjauan kembali tentang norma-norma moral yang sudah dianggap mapan sebelumnya (Jacobalis, 1993).

Dalam "kasus abu-abu" di atas, terlihat bahwa memang etika profesi dokter tidak dapat menjadi pedoman untuk mencari pemecahan akan kasus-kasus di atas. Untuk itu diperlukan etika lain yaitu etika organisasi rumah sakit.

16.3 Perlukah Etika Bisnis Rumah Sakit?

Berbagai ahli menyatakan bahwa etika organisasi rumah sakit saat ini mengalami perubahan besar. Bentuk lama etika organisasi rumah sakit sering bersandar pada hubungan dokter dan pasien dalam konteks sumpah dokter. Akan tetapi etika organisasi rumah sakit saat ini sering membahas norma-norma yang diacu dalam manajemen kegiatan sehari-hari rumah sakit. Norma-norma ini mencerminkan bagaimana bisnis rumah sakit akan dijalankan sehingga pada akhirnya rumah sakit dapat memperoleh kepercayaan dari masyarakat. Patut dicatat bahwa rumah sakit sudah ada etika rumah sakit yang disebut sebagai Etika Rumah Sakit Indonesia (ERSI). Etika Rumah Sakit Indonesia (ERSI) dirumuskan dan dibina oleh PERSI, dan telah disahkan oleh Menteri Kesehatan. Sampai saat ini ERSI sudah berada pada versi tahun 2001.

Dalam seminar di UGM untuk pertama kali di Indonesia dilontarkan usulan untuk menyusun etika bisnis pelayanan kesehatan (Trisnantoro, 2000). Disebutkan pada seminar tersebut bahwa bisnis bersifat netral. Dengan mengacu pada konsep bisnis yang baik maka diperlukan suatu etika bisnis sebagai komplemen dari etika profesional. Etika bisnis yang berdasar dari etika sosial (misalnya oleh Pareto) berusaha menjaga sistem pelayanan kesehatan menjadi lebih

baik dan melindungi mereka yang lemah.

Etika rumah sakit di Indonesia (ERSI) tidak secara eksplisit menyebut sebagai etika bisnis rumah sakit. Hal ini memang masih dalam suatu pengaruh persepsi masa lalu yang kuat bahwa bisnis dianggap jelek. Buku ini menganut prinsip bahwa rumah sakit adalah organisasi lembaga pelayanan yang memberikan pelayanan jasa kesehatan untuk membuat orang menjadi sehat kembali, atau tetap menjadi sehat dan bertambah sehat. Secara prinsip pemberian pelayanan, rumah sakit sebagai lembaga pelayanan tidak berbeda dengan lembaga pelayanan lain seperti lembaga pendidikan, hotel, ataupun perpustakaan. Akan tetapi, berdasarkan jenis pelayanan, terdapat perbedaan antara pelayanan rumah sakit dan pelayanan hotel misalnya.

Dalam pelayanan hotel tidak ada unsur eksternalitas, dan nilai-nilai penyembuhan dan kemanusiaan yang khas dimiliki secara tradisional oleh lembaga pelayanan kesehatan. Sifat khusus pelayanan kesehatan menimbulkan kebutuhan akan norma-norma dalam menjalankan lembaga pelayanan kesehatan pada umumnya atau rumah sakit pada khususnya. Berkaitan dengan ekonomi, etika bisnis pelayanan kesehatan akan banyak menggunakan pernyataan-pernyataan normatif.

Dengan demikian, etika organisasi rumah sakit merupakan etika bisnis dengan sifat-sifat khusus. Etika bisnis didefinisikan oleh Velasques (1998) sebagai studi mengenai standar moral dan bagaimana standar tersebut dipergunakan oleh: (1) sistem dan organisasi dengan masyarakat modern memproduksi dan mendistribusikan barang dan jasa, serta (2) orang-orang yang bekerja di dalam organisasi tersebut. Dengan kata lain, etika bisnis adalah sebuah bentuk dari etika terapan. Etika bisnis tidak hanya menganalisis norma-norma moral dan nilai-nilai moral tetapi juga berusaha memberikan kesimpulan pada berbagai lembaga, proses teknologi, kegiatan dan usaha yang sering disebut sebagai "*business*". Definisi ini menyatakan bahwa etika bisnis mencakup lembaga dan orang-orang yang bekerja di dalamnya.

Badarocco (1995) menyatakan bahwa kerangka berpikir etika bisnis sering bersandar pada filosofi moral, sejarah bisnis, ilmu

ekonomi modern dan berbagai disiplin ilmu yang menjadi tempat Bergeraknya. Donaldson dan Werhane (1999) melihat isu etika bisnis sebagai hasil dari pemikiran filosofis mengenai kegiatan ekonomi dalam masyarakat.

Lebih lanjut Velasques (1998) menyatakan bahwa ada tiga hal yang dibahas dalam etika bisnis yaitu: (1) isu sistemik; (2) isu korporat (lembaga usaha); dan (3) isu perorangan. Isu sistemik dalam etika bisnis terkait dengan pertanyaan etis yang ada pada sistem ekonomi, politik, hukum dan sistem sosial lain yang menjadi lingkungan tempat beroperasinya bisnis. Dalam hal ini terkait dengan aspek moral peraturan, undang-undang, struktur industri, dan berbagai praktik sosial lain. Isu korporat (lembaga usaha) dalam etika bisnis merupakan pertanyaan etika yang ditujukan kepada lembaga usaha tertentu. Hal ini termasuk pertanyaan-pertanyaan mengenai moral dalam kegiatan, kebijakan, praktik, dan struktur organisasi perusahaan tertentu. Terakhir isu individual dalam etika bisnis terkait dengan orang per orang dalam lembaga usaha. Hal ini terkait dengan aspek moral keputusan direksi misalnya, tindakan, atau sikap dan perilaku perorangan.

Dalam hal standar moral etika bisnis akan mengacu pada perkembangan norma-norma masyarakat yang lazim. Hal ini terlihat dalam sejarah kapitalisme di Amerika (Behrman, 1988). Dalam perusahaan yang *for-profit* pun selalu ada etika yang menjadi dasar bagi perusahaan untuk berjalan. Dalam konteks norma-norma masyarakat, maka perusahaan yang memegang etika berdasarkan norma tersebut berharap akan lebih diterima oleh lingkungan. Sebagai contoh, norma-norma masyarakat saat ini sangat mengacu pada kebersihan lingkungan. Sebuah perusahaan yang tidak memperhatikan aspek lingkungan dalam kegiatannya akan berhadapan dengan masyarakat. Dalam aspek hukum, perusahaan tadi mungkin tidak melanggar, tetapi norma-norma masyarakat menyatakan bahwa perusahaan mengganggu keseimbangan lingkungan. Akibatnya, terjadi hambatan oleh masyarakat dalam operasional perusahaan tersebut. Hal ini dapat dilihat pada kasus ketika rumah sakit membuang limbah mediknya secara tidak baik. Masyarakat yang

paham akan masalah tersebut pasti mengajukan protes.

Dalam masyarakat yang tertata baik, timbul suatu harapan bahwa etika bisnis dan norma-norma masyarakat akan berjalan seiring. Dalam konsep *good governance*, peraturan pemerintah diharap dapat mengatur hubungan antara lembaga usaha dan masyarakat secara benar. Diharapkan etika bisnis dalam isu sistemik (Velasquez, 1998) dapat mendukung tercapainya *good governance*. Dengan sepakatnya masyarakat dan lembaga usaha *non-profit* dan yang *for-profit*, maka akan terjadi harmoni. Demikian pula bagi rumah sakit *for-profit*, tentunya akan berusaha agar norma-norma masyarakat tidak dilanggar. Sebagai gambaran, bagi masyarakat yang mampu, norma-norma menyatakan bahwa membayar rumah sakit untuk proses penyembuhannya adalah hal wajar. Apabila rumah sakit mendapat keuntungan dari proses penyembuhan yang mereka lakukan, masyarakat juga menilai wajar asal dalam batas-batas norma yang ada. Akan tetapi, andaikata rumah sakit meningkatkan keuntungan setinggi-tingginya dengan cara mengurangi biaya, misalnya tidak memasang instalasi limbah yang baik, atau mengenakan tarif dokter yang sangat tinggi, maka kemungkinan masyarakat akan menentang rumah sakit tersebut.

Di dalam lembaga rumah sakit pelayanan diberikan tidak oleh satu profesi saja, misalnya dokter, tetapi merupakan kerja sama dari berbagai profesional. Sebagai gambaran, pelayanan rumah sakit sehari-hari dilakukan oleh profesi dokter, perawat, dokter gigi, manajer, akuntan, farmasis, hingga psikolog. Masing-masing profesi mempunyai etika sendiri-sendiri dengan etika dokter yang memang paling menonjol dalam aplikasinya di rumah sakit. Etika dokter yang berbasis pada etika klinik memang sering ditafsirkan atau dipergunakan sebagai dasar untuk etika rumah sakit. Akan tetapi sebenarnya etika manajemen rumah sakit atau pelayanan kesehatan yang lebih luas dibandingkan dengan etika dokter, atau etika para profesional lain.

Djojosingito (1997) menyatakan bahwa para manajer (administrator) rumah sakit merupakan satu profesi yang memiliki etika profesi. Etika profesi manajer rumah sakit berkaitan dengan etika pelayanan kesehatan dan dengan etika biomedik. Problem etika

pelayanan kesehatan yang mempengaruhi etika administrator rumah sakit adalah hal keadilan distributif. Ini dijabarkan sebagai keadilan aksesibilitas anggota masyarakat terhadap pelayanan kedokteran di rumah sakit. Dengan demikian memang etika manajer rumah sakit sangat terkait dengan masalah ekonomi.

Weber (2001) dalam buku berjudul *Business Ethics in Health Care: Beyond Compliance* berpendapat bahwa dalam menjalankan etika, lembaga pelayanan kesehatan harus memperhatikan tiga hal: (1) sebagai pemberi pelayanan kesehatan; (2) sebagai pemberi pekerjaan; dan (3) sebagai warga negara. Weber menyatakan bahwa 3 hal ini merupakan ciri-ciri organisasi pelayanan kesehatan yang membedakannya dengan perusahaan biasa. Dasar etika bisnis pelayanan kesehatan adalah komitmen untuk memberikan pelayanan terbaik dan komitmen untuk menjaga hak-hak pasien.

Pelayanan kepada pasien dalam arti luas, tidak hanya pada penanganan klinik. Rumah sakit sebagai contoh juga memberikan pelayanan semacam hotel untuk menunjang penanganan klinik. Dalam sisi ini instalasi rawat inap rumah sakit dapat diibaratkan sebagai hotel yang memberikan pelayanan lebih. Dengan demikian, Weber (2001) memberikan pernyataan bahwa etika bisnis rumah sakit adalah etika kelembagaan yang akan menjadi pedoman bagi berbagai profesional di rumah sakit. Dalam pembahasannya Weber (2001) lebih menekankan etika bisnis rumah sakit sebagai etika lembaga usaha dan etika individual di dalamnya. Weber tidak banyak membahas mengenai etika sistemik yang berada pada lingkungan kerja rumah sakit.

Dalam memberikan pelayanan kepada pasien, manajer rumah sakit akan berpikiran lebih luas dibandingkan para klinisi. Ada suatu tarik ulur antara penanganan klinik dan pelayanan nonklinik yang harus dipikirkan oleh manajer. Dalam penanganan klinik, manajer rumah sakit harus memperhatikan pula mengenai kemampuan pasien, keluhan, atau sumber subsidi bagi yang tidak mampu membayar. Besarnya biaya proses penyembuhan juga merupakan hal penting dalam etika pelayanan kesehatan. Dokter klinik seharusnya juga memikirkan mengenai masalah pembiayaan pasien. Disamping itu,

masalah bangunan yang bersih dan bersifat manusiawi merupakan bagian penting dari pelayanan untuk pasien. Dapat disimpulkan bahwa lembaga pelayanan kesehatan tidak hanya memberi pelayanan klinik, tetapi memberikan pelayanan menyeluruh yang seharusnya tidak bertentangan dengan norma-norma masyarakat.

Rumah sakit sebagai organisasi yang memberikan pekerjaan pada banyak orang harus memikirkan berbagai hal, misalnya terkait dengan gaji dan kompensasi nonkeuangan, masalah merekrut dan memberhentikan karyawan, menilai para staf, memberikan santunan apabila ada musibah yang menimpa stafnya, memperhatikan masalah keselamatan kerja para staf terutama yang terpapar langsung atau tidak langsung pada berbagai risiko, memberlakukan kebijakan tidak merokok untuk para staf, dan berbagai hal lain.

Sebagai bagian dari warga negara, rumah sakit harus memikirkan fungsi untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat dan eksternalitas yang dimilikinya. Rumah sakit dapat memberikan eksternalitas baik yang meningkatkan status kesehatan masyarakat. Dalam hal ini rumah sakit layak diberi subsidi. Sebaliknya, rumah sakit dapat memberikan eksternalitas buruk yang dapat menurunkan status kesehatan masyarakat, misalnya mencemari lingkungan.

Dengan demikian, etika bisnis rumah sakit tidak hanya terbatas pada mematuhi peraturan hukum, tidak terbatas pada etika profesional, ataupun pada etika klinik. Etika bisnis rumah sakit akan dipakai sebagai acuan bagi semua profesional yang berada di rumah sakit. Dalam hal ini tentunya etika bisnis rumah sakit tidak akan bertentangan dengan etika profesional yang ada. Bagi profesi manajer pelayanan kesehatan, etika bisnis rumah sakit akan menjadi pegangan dalam memutuskan atau menilai sesuatu hal. Berdasarkan buku Weber (2001) sebagian etika bisnis rumah sakit berhubungan langsung dengan prinsip-prinsip ekonomi yaitu: biaya dan mutu pelayanan, insentif untuk pegawai, kompensasi yang wajar, dan eksternalitas. Secara satu persatu, hal-hal tersebut akan dibahas.

Rumah sakit sebagai pemberi pelayanan

Dalam kaitannya dengan besarnya biaya dan mutu pelayanan, maka terdapat berbagai hal penting yang perlu diperhatikan dalam etika bisnis rumah sakit: pelayanan kesehatan yang baik berarti pelayanan yang terbukti *cost-effective*, pelayanan kesehatan yang lebih mahal bukan berarti lebih baik, standar pelayanan minimal tertentu harus diberikan pada semua pasien dari berbagai kelas, dan usaha-usaha untuk mengendalikan biaya harus selalu dievaluasi dalam hal pengaruhnya terhadap pasien. Terlihat bahwa etika bisnis mempunyai dasar evaluasi ekonomi *cost-effectiveness* yang mengacu pada prinsip-prinsip medik. Dengan demikian, etika bisnis dalam hal ini tidak bertentangan dengan prinsip medik.

Pelayanan kesehatan mempunyai sifat yang harus diberikan secara utuh, misalnya pemberian antibiotika seharusnya diberikan dalam dosis yang tidak boleh dikurangi. Oleh karena itu, pasien sebaiknya dianggap sebagai pihak yang memiliki pelayanan kesehatan, termasuk paket keseluruhan. Selain itu pasien dapat dianggap tidak dilayani dengan baik jika mereka tidak mendapat seluruh potensi manfaat pelayanan.

Saat ini sistem pelayanan kesehatan diharapkan menggunakan prinsip *evidence-based medicine*. Dalam memilih terapi atau prosedur diagnosis para dokter diharapkan menggunakan bukti-bukti yang tepat. Dalam kaitannya dengan biaya dan etika bisnis rumah sakit maka konsep *evidence based medicine* sangat relevan. Menurut Weber (2001) disebutkan bahwa sebagai aturan umum, pelayanan yang paling murah harus diberikan sampai ada bukti yang menunjukkan bahwa pelayanan yang lebih mahal memberikan hasil yang bermakna. Kemudian, apabila terjadi perbedaan biaya yang semakin besar antara satu penanganan dan alternatifnya, maka semakin besar kebutuhan akan bukti manfaatnya. Di samping itu, kebutuhan untuk memberikan pelayanan bermutu dengan biaya paling rendah tidak berarti harus merugikan kepentingan dan keselamatan staf rumah sakit.

Dalam hal perawatan pasien yang terkait dengan biaya maka prinsip yang harus diacu antara lain: pelayanan kesehatan yang

disebut bermutu baik pada suatu tempat adalah yang tepat berdasarkan kebutuhan pasien akan pelayanan medik dan biayanya. Pada saat merawat pasien, rumah sakit sebaiknya mempunyai mekanisme untuk secara rutin mengkaji mutu dan efektivitas biaya pelayanan para pasien yang menggunakan sumber biaya besar. Di samping itu, selama dirawat pasien sebaiknya diberi informasi secara teratur mengenai biaya yang telah dipergunakan dan pelayanan yang mereka terima.

Dalam hal pemberian subsidi dan sumber dana bagi pasien yang miskin, etika bisnis rumah sakit harus memperhatikan berbagai hal. Komitmen rumah sakit untuk memberikan pelayanan bagi orang miskin (tanpa memperhatikan kemampuan atau sumber pembiayaannya) tidak berarti masalah biaya merupakan hal yang tidak penting. Bagi pasien yang disubsidi pun, faktor biaya harus diperhatikan karena pemberi subsidi tidak berharap bahwa uang yang disumbangkan akan dipergunakan secara tidak efisien oleh rumah sakit.

Dalam hal ini komitmen rumah sakit untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi kepada semua orang membutuhkan tindakan untuk mencari sumber pembiayaan bagi pasien yang tidak mampu dan harus dicari secara bijaksana. Akan menjadi ironi apabila untuk membiayai orang miskin, rumah sakit sendiri akan menjadi tidak sehat keuangannya dan akan bangkrut. Disamping itu, rumah sakit harus mempunyai dana yang dapat dipakai untuk menanggung risiko jika ada pasien yang sangat membutuhkan biaya.

Keputusan manajemen dan kepentingan pasien

Dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien para manajer sering menghadapi keadaan harus membuat keputusan yang juga terkait langsung dengan proses pelayanan klinik untuk pasien. Sebagai contoh, dalam rapat tahunan untuk menyusun anggaran rumah sakit, para manajer harus memutuskan alat apa yang akan dibeli. Dalam keputusan ini akan terjadi perbandingan antara *cost* dan efek dari pemberian alat. Adalah hal yang sangat tidak etis apabila pembelian alat atau proyek pembangunan fisik dilakukan tanpa dasar pertimbangan evaluasi ekonomi *cost-effectiveness*

yang mantap, bahkan hanya dipakai untuk mendapatkan komisi bagi manajer yang memutuskan.

Keputusan mengenai kondisi pekerjaan dan perencanaan sumber daya manusia harus dilakukan secara baik. Dalam hal ini contohnya kasus jumlah dan mutu perawat. Disadari bahwa selama ini jumlah perawat ternyata kurang. Akibatnya, mutu pelayanan dapat menurun. Pertanyaan penting adalah sampai seberapa banyak jumlah perawat yang ideal. Hal ini membutuhkan keputusan manajemen yang terkait dengan biaya dan hasil perawatan.

Insentif keuangan untuk dokter

Dalam memberikan pelayanan kepada pasien, tidak dapat dihindari adanya insentif keuangan untuk dokter dan tenaga kesehatan lain. Hal ini terutama terjadi pada sistem pembayaran *fee-for-service* yaitu dokter dibayar berdasarkan tindakan yang dilakukan. Berbagai hal penting yang perlu ditekankan dalam etika bisnis, pertama, insentif keuangan untuk dokter sebaiknya tidak terlalu tinggi. Disadari bahwa pernyataan *normative* ini masih sangat kabur karena tinggi atau tidaknya masih tergantung pada jenis dokter spesialis, tempat dan waktu tindakan medik, serta ada-tidaknya asuransi kesehatan. Dalam hal ini peranan ikatan profesi dan lembaga konsumen masyarakat dibutuhkan untuk mencari bagaimana standar insentif yang tepat.

Hal penting kedua dalam etika bisnis, pemberian insentif sebaiknya dilakukan berdasarkan kriteria mutu tertentu. Hal ini perlu dipikirkan untuk mencegah adanya *supplier-induced-demand*. Harus ada kriteria yang benar-benar jelas mengapa ada insentif untuk tindakan yang dilakukan. Ketiga, insentif seharusnya dipergunakan untuk mempengaruhi dokter agar berperilaku baik. Dalam suatu sistem manajemen yang baik diharapkan ada suatu sistem insentif bagi mereka yang berperilaku baik dan disinsentif (pengurangan penghargaan) bagi yang kurang baik. Adalah suatu hal yang memprihatinkan apabila dalam suatu sistem kompensasi dokter yang sering meninggalkan pasien di rumah sakit untuk bekerja di tempat lain justru

mendapat kompensasi tinggi karena senioritas, bukan pada jumlah dan mutu pekerjaan.

Rumah sakit sebagai tempat kerja

Sebagai layaknya lembaga tempat bekerja, rumah sakit harus memberikan kompensasi bagi stafnya secara layak. Kompensasi dapat berbentuk ukuran moneter atau nonmoneter. Sebagai bagian dari etika bisnis, rumah sakit harus memberikan gaji dan pendapatan lain yang cukup untuk sumber daya yang bekerja di rumah sakit. Dalam hal ini nilai-nilai yang dipergunakan untuk menetapkan gaji bagi dokter, bagi para perawat, dan tenaga nonmedik lain termasuk manajer merupakan bagian dari etika bisnis rumah sakit. Adalah tidak etis untuk menggaji perawat berdasarkan upah minimum pekerja, karena perawat mempunyai risiko untuk menjadi sakit akibat tertular dan mempunyai pola kerja *shift* yang merupakan risiko menjadi tidak sehat. Pada kasus petugas bagian radiologi, ada tunjangan khusus dan pemberian makanan tambahan untuk menghadapi risiko akibat radiasi.

Saat ini di rumah sakit pemerintah adalah hal biasa jika gaji dan pendapatan perawat atau dokter rendah. Hal ini merupakan pengaruh dari konsep misionarisme masa lalu dengan para perawat atau dokter adalah pegawai misi yang memang bekerja bukan atas dasar profesionalisme tapi berdasarkan motivasi surgawi. Dampak untuk dokter adalah menjadikan dokter sebagai aparat pemerintah, bukan profesional. Pendapatan dokter ditetapkan dengan standar gaji pegawai negeri. Penetapan standar dengan cara ini mengakibatkan perbedaan besar antara gaji yang diterima dan harapan para dokter (Lihat Bab XII dan Bab XIII). Akibatnya, untuk mencari pendapatan lain dokter pemerintah melakukan kerja sambilan di rumah sakit swasta dan praktik pribadi dengan porsi yang sangat besar.

Hal serupa terjadi pada perawat yang sebagian memperoleh pendapatan tidak hanya satu rumah sakit. Dalam hal ini rumah sakit sebagai tempat bekerja berperilaku tidak etis dalam hal mengatur pendapatan dokter dan perawat, yaitu memberikan kompensasi jauh di bawah standar. Memang masalah penting dalam hal ini adalah berapa

standar pendapatan dokter. Tanpa standar pendapatan ini sulit bagi rumah sakit dan para profesional melakukan penilaian mengenai masalah ini.

Etika bisnis mengenai pendapatan direksi dan manajer rumah sakit perlu untuk diperhatikan. Dalam kenyataan, merupakan kelaziman apabila pendapatan direksi berhubungan dengan besarnya *revenue* rumah sakit atau berdasarkan kinerja keuangan rumah sakit. Hal ini sesuai dengan apa yang disebut sebagai *budget maximiser* oleh Baumol (1967) dan sistem pendapatan direksi berdasarkan keuntungan yang diperoleh. Dalam hal ini memang berbagai hal perlu dicermati yaitu, apakah etis untuk menerima dari penjualan obat, ataupun persentase dari pendapatan bersih rumah sakit? Apakah etis direksi mendapat bagian tertentu dari proyek pengembangan rumah sakit? Dalam perilaku *sales maximiser* ini kemungkinan penyembuhan pasien tidak begitu diperhatikan dibandingkan dengan jumlah uang yang dibayarkan ke rumah sakit yang berarti adalah pendapatan direksi. Dalam hal ini harus dipikirkan mengenai bagaimana etika manajer dalam menerima kompensasi.

Sebagai tempat kerja, rumah sakit mempunyai berbagai kegiatan ataupun bahan dan peralatan yang dapat membahayakan tenaga kerjanya, misalnya para staf yang bekerja di bagian radiologi ataupun bangsal penyakit infeksi. Oleh karena itu, menjadi hal penting bahwa rumah sakit harus mempunyai sistem keselamatan kerja yang baik bagi karyawannya. Akan tetapi, menurut teori ekonomi sistem keselamatan kerja mempunyai konsekuensi biaya yang akan menambah biaya investasi dan operasional rumah sakit. Hal ini akan menjadikan keuntungan menjadi lebih kecil ataupun beban rumah sakit menjadi lebih besar.

Rumah sakit sebagai bagian dari warga negara

Dampak eksternalitas negatif rumah sakit perlu ditangani sebagai bagian dari etika bisnis sebagai warga negara. Sistem limbah rumah sakit harus baik, untuk mencegah dampak buruk terhadap lingkungan kerja rumah sakit. Dengan pola berpikir ini, rumah sakit

tidak berbeda dengan organisasi lain yang mencemari lingkungan seperti pabrik ataupun industri lain. Akan tetapi, disadari bahwa pembangunan instalasi limbah rumah sakit membutuhkan biaya investasi dan operasional yang cukup besar. Dalam hal ini banyak rumah sakit yang tidak mampu membangunnya. Oleh karena itu, perlu dikembangkan sistem manajemen limbah yang memenuhi etika bisnis rumah sakit, misalnya dengan mengkontrakkan pengolahan limbah ke rumah sakit lain yang mampu dengan biaya yang lebih murah dibanding dengan membangun sendiri. Model-model pengembangan seperti ini berusaha mencocokkan nilai-nilai masyarakat dengan kemampuan ekonomi rumah sakit.

Bagaimana rumah sakit di masa mendatang?

Secara normatif, etika bisnis rumah sakit diperlukan untuk dirumuskan sebagai pedoman bagi semua profesi yang bekerja di dalamnya. Dengan menggunakan etika bisnis, maka kasus abu-abu di atas merupakan kasus yang termasuk tidak etis. Dapat disebutkan bahwa antara etika bisnis rumah sakit dan prinsip-prinsip ekonomi tidak ada perbedaan mendasar. Lebih lanjut, pengembangan etika bisnis rumah sakit dapat dipergunakan sebagai alat pencegahan kerugian ataupun munculnya risiko dari tuntutan hukum masyarakat.

Etika bisnis rumah sakit masih perlu dikembangkan dengan berbagai kegiatan dan perlu dikaji dalam kaitannya dengan etika profesional. Berbagai kegiatan tersebut antara lain penelitian, diskusi, pendidikan, dan praktik langsung di rumah sakit. Diharapkan Komite Etika Rumah Sakit akan mengembangkan pengkajian mengenai etika bisnis rumah sakit. Etika bisnis penting pula untuk dikembangkan sebagai suatu bahan pendidikan mahasiswa kedokteran, residen, dan Program Pascasarjana Manajemen Rumah Sakit. Sebagai catatan, dengan metode pendidikan khusus, etika bisnis perusahaan dapat diajarkan pada pendidikan para manajer, misalnya di Harvard Business School (Piper dkk., 1992). Dalam pendidikan berkelanjutan untuk para manajer dan dokter spesialis atau tenaga kesehatan lain dapat dilakukan berbagai kursus atau seminar mengenai etika bisnis

rumah sakit.

Etika bisnis secara konseptual dibutuhkan oleh manajer rumah sakit untuk menjalankan pekerjaannya. Oleh karena itu, konsultan khusus diperlukan dalam etika bisnis rumah sakit. Tujuan konsultan ini adalah untuk: (1) memberitahukan pengambil keputusan mengenai masalah-masalah etika bisnis rumah sakit; (2) memberi rekomendasi; (3) memberikan opini lain dalam hal keputusan bisnis yang berat, misalnya dalam pemutusan hubungan kerja, dan memberikan masukan untuk peningkatan kinerja rumah sakit dari aspek etika. Pada akhirnya, prinsip dasar etika bisnis akan sejalan dengan konsep dasar bisnis yang harus hidup serasi dengan lingkungannya.

Di dalam rumah sakit diharapkan etika bisnis rumah sakit akan mendukung gerakan ke arah *good corporate governance* rumah sakit *profit* maupun *non-profit*. Di samping itu, bersama-sama dengan etika dokter, etika bisnis rumah sakit akan mendukung pengembangan *good clinical governance* pada pelayanan medik rumah sakit.

PENUTUP

Motif mencari keuntungan tidak dapat dihindari dari sistem kesehatan termasuk rumah sakit. Kekuatan pasar adalah sesuatu yang bertenaga dan tidak mungkin dilawan secara frontal. Kekuatan pasar dan *profit* ini harus diatur dalam suatu sistem yang baik. Reformasi pemerintahan bertujuan menghasilkan *good-governance* yang akan mengatur berbagai hubungan antara lembaga pemerintah, masyarakat, dan pihak swasta. Sementara itu, perusahaan-perusahaan berusaha mengembangkan *good corporate governance*. Rumah sakit sebagai lembaga usaha berusaha mengembangkan *good corporate governance* dengan berbagai usaha, termasuk pengembangan indikator kinerja yang menyeluruh. Dalam mendukung tercapainya *good corporate governance* di rumah sakit, etika bisnis rumah sakit diperlukan secara lebih luas. Etika bisnis pelayanan kesehatan yang banyak bersandar pada analisis normatif dalam ekonomi akan menjadi pedoman para profesional dalam sistem pelayanan kesehatan untuk bekerja sama

dengan lebih baik dan etis.

Namun, apakah para profesional di dalam sistem pelayanan kesehatan memang mau menerima konsep bisnis dan etika bisnis pelayanan kesehatan? Jika ya, apakah para direksi, manajer, tenaga dokter serta seluruh profesi tenaga kesehatan lainnya mau mengembangkan etika bisnis rumah sakit di samping etika profesional masing-masing? Pertanyaan ini masih belum dapat dijawab saat ini. Namun, berbagai pengembangan tercatat, misalnya pengembangan pendidikan etika kedokteran dan etika bisnis rumah sakit. Di samping itu, pada kelompok medik berkembang konsep *good clinical governance* yang akan bergerak bersama dengan aplikasi *good corporate governance* untuk meningkatkan mutu pelayanan dan akses pelayanan kesehatan.