

BAB 10

PERKEMBANGAN TEKNOLOGI, PENGARUH PASAR, DAN PERILAKU PROFESIONAL

Isu penting yang semakin relevan dalam manajemen rumah sakit adalah hubungan antara perilaku rumah sakit dengan teknologi kedokteran, mekanisme pasar dan perilaku ekonomi profesional dalam lingkungan yang dipengaruhi globalisasi. Sebagai gambaran, di sebuah rumah sakit swasta biaya operasional rawat inap di bangsal VIP ternyata lebih tinggi dibanding tarif yang dibayar masyarakat. Untuk kompensasi kerugian ini rumah sakit tersebut meningkatkan tarif pemeriksaan dengan menggunakan berbagai peralatan medik dan meningkatkan penjualan obat. Patut dicatat bahwa penjualan obat sangat mudah dihitung keuntungannya dan

penggunaan peralatan medik juga mudah dihitung keuntungannya. Dalam kasus ini teknologi tinggi, perilaku mencari keuntungan mempengaruhi proses pelayanan. Bahaya utama situasi ini adalah terjadinya *supplier induced demand* dimana rumah sakit sebagai penyedia jasa berusaha untuk menambahkan pelayanan ke pasien walaupun pasien tidak mempunyai indikasi medik. Motivasi meningkatkan pelayanan ini adalah insentif dari sistem perdagangan obat untuk meningkatkan penjualan, pengaruh dari industri peralatan kedokteran untuk menggunakan pendapatan dan pengaruh para profesional di rumah sakit untuk memperbesar volume kegiatan pelayanan.

Fenomena lain yang menunjukkan pengaruh mekanisme pasar terhadap dokter terjadi di rumah sakit pemerintah. Pengamatan menunjukkan bahwa budaya bekerja dokter spesialis adalah bekerja di rumah sakit pemerintah merupakan pengabdian atau untuk status, sementara untuk mendapatkan penghasilan yang layak dilakukan di rumah sakit swasta atau praktik pribadi (lihat Bab 3). Kondisi di atas memang terjadi karena lebarnya *gap* antara harapan spesialis dan kenyataan yang diperoleh. Dengan hanya bekerja di RSUD, dokter spesialis tidak dapat memperoleh penghasilan yang layak. Sebagai contoh, hasil survey yang telah dilakukan pada dokter spesialis di lima RSUD di DIY, jasa pelayanan yang diterima oleh spesialis bedah sebesar Rp 2.000.000,00 per bulan, padahal dokter yang bersangkutan mengharapkan bisa memperoleh penghasilan sekitar Rp 15.000.000,00 per bulan. Dokter spesialis THT dan Mata di suatu RSUD bahkan memperoleh jasa medis kurang dari Rp 100.000,00 sebulan. Kondisi ini memaksa dokter spesialis untuk bekerja di luar RSUD. Jika kondisi di RSUD sudah lebih nyaman untuk bekerja dan pendapatan yang sesuai dengan “standar pasar”, para spesialis akan lebih suka bekerja di RSUD tersebut karena menjadi lebih tenang, dengan fasilitas yang cukup lengkap dan mempunyai waktu lebih banyak untuk membaca buku dan meningkatkan pengetahuan.

Kesenjangan antara tuntutan ekonomi staf rumah sakit dan belum jelasnya peraturan menimbulkan dilema dan kontradiksi dengan misi sosial rumah sakit, terutama rumah sakit yang berbasis kemanusiaan dan keagamaan. Patut diingat bahwa subsidi pemerintah dan dana kemanusiaan untuk rumah sakit *nonprofit* relatif kecil di Indonesia. Rumah sakit-rumah sakit *nonprofit* mengandalkan obat dan pemeriksaan medik sebagai sumber *cash flow*. Dalam hal ini sering timbul pemikiran bahwa ada pertentangan antara misi kemanusiaan rumah sakit yang harus menyembuhkan orang sakit dengan aspek usaha yang mencari keuntungan untuk pengembangan rumah sakit dan peningkatan pendapat sumber daya manusianya.

Disadari bahwa teknologi kedokteran dalam bentuk obat dan berbagai peralatan dan prosedur kedokteran merupakan sarana untuk peningkatan pendapatan rumah sakit. Mengapa teknologi rumah sakit berbasis pada mekanisme pasar dalam pelaksanaannya? Uraian berikut berusaha menjelaskan hal tersebut.

1. Sifat Industri Farmasi dan Pengaruhnya Terhadap Rumah Sakit

Rumah sakit adalah lembaga pemberi jasa pelayanan kesehatan yang tergantung perkembangan teknologi kedokteran. Teknologi kedokteran mempengaruhi biaya pelayanan rumah sakit. Saat ini sektor kesehatan berbeda jauh dengan keadaan 50 tahun yang lalu ketika teknologi sederhana masih dipergunakan dalam rumah sakit. Teknologi yang dipergunakan pada pergantian abad ini merupakan jenis teknologi canggih. Sebagai contoh, operasi dengan menggunakan peralatan mikro merupakan jenis tindakan yang sama canggihnya dengan teknologi program ruang angkasa atau militer. Teknologi medik sudah sampai ke rekayasa genetik, penggunaan bioteknologi untuk mengganti kerusakan organ hingga teknik *clonning*. Dampak penggunaan teknologi ini adalah semakin mahalnya biaya pelayanan rumah sakit.

Keadaan ini dirasakan oleh masyarakat, perusahaan yang membayar jaminan kesehatan untuk pegawainya dan pemberi subsidi rumah sakit, termasuk di negara-negara maju.

Salah satu teknologi tinggi adalah obat yang dihasilkan oleh industri farmasi. Obat merupakan barang yang sangat dibutuhkan oleh masyarakat yang sakit. Akan tetapi, kebutuhan akan obat ini sering disertai dengan pembayaran yang besar. Besarnya omzet obat mencapai 50-60% dari seluruh anggaran rumah sakit. Dengan demikian, obat merupakan bagian penting yang mempengaruhi kehidupan rumah sakit dan dokter. Rumah sakit dapat meningkatkan pendapatan dengan memperbesar omzet penjualan obat. Dengan sifat tersebut maka obat merupakan barang ekonomi strategis di rumah sakit. Berbagai rumah sakit melaporkan bahwa keuntungan dari obat yang dijual di rumah sakit merupakan hal yang paling mudah dilakukan dibandingkan dengan keuntungan dari jasa yang 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, di sisi lain masyarakat sering mengeluh tentang mahalannya harga obat yang dibutuhkan justru pada saat orang sakit dan tidak mampu bekerja.

Sebagaimana sektor lain yang menggunakan teknologi tinggi, kehidupan sektor kesehatan merupakan pola budaya pasar modal. Arti budaya ini adalah sukses atau gagalnya kegiatan identik dengan naik atau turunnya harga saham. Sebagai gambaran keberhasilan penelitian pengembangan obat untuk meningkatkan daya seks manusia dikaitkan dengan meningkatnya harga saham seperti pada kasus Viagra. Begitu Viagra berhasil disetujui oleh *Food and Drug Administration (FDA)* maka harga sahamnya meningkat. Sebuah contoh lain, ketika ada paper di Kongres *American Society of Clinical Oncology* yang menyatakan bahwa obat Avastin dari Genentech Inc. yang sedang dalam percobaan klinik tahap akhir ternyata mempunyai masalah, maka harga saham

Genentech Inc. dilaporkan oleh BusinessWeek 2002 turun sampai 12%.

Pola kehidupan yang terpengaruh pasar saham dapat ditemui di sektor industri peralatan kesehatan dan obat, sejak dari penelitian teknologi dasar sampai ke hilir ketika produk teknologi tersebut dipasarkan ke masyarakat. Para peneliti di laboratorium bekerja dengan pacuan mendapat paten. Industri obat membiayai penelitian penemuan obat baru untuk meningkatkan harga saham. Industri peralatan kedokteran mengembangkan berbagai inovasi untuk meningkatkan penjualan. Di sisi hilir, *detailman* melakukan pemasaran obat baru ke dokter untuk meningkatkan keuntungan industri farmasi dan mendapatkan penghasilan. Industri peralatan rumah sakit melakukan promosi di kalangan manajer rumah sakit untuk meningkatkan penjualan. Sebagian dokter melakukan peresepan obat dengan merk tertentu untuk meningkatkan pendapatan.

Budaya yang mengacu pada pasar saham ini sudah berjalan sejak awal. Di Amerika Serikat, sejak tahap penelitian dasar, motivasi mencari untung dan meneliti untuk mencari penemuan baru yang menjanjikan materi merupakan bagian dari apa yang disebut sebagai “Impian Amerika.” Dapat dikatakan bahwa penelitian dalam teknologi kedokteran di Amerika Serikat dipengaruhi oleh budaya pasar saham. Beberapa hal dalam budaya pasar saham yang mempengaruhi para peneliti adalah: mendapatkan sukses dari kompetisi yang ketat melalui paten, individualisme dan bertumpu pada penilaian materi. Dengan demikian, sukses para peneliti tidak diukur dari indikator pencapaian akademik, tetapi juga dari pendapatan materi. Dalam hal ini dapat dipahami bahwa para peneliti Amerika Serikat memang bersemangat menemukan sesuatu dan kemudian memasukkan ke dalam proses paten.

Proses penelitian dan mendapatkan paten merupakan kegiatan yang rumit dan membutuhkan proses lama. Di Harvard University dan Massachusetts Institute of Technology, dua lembaga terkemuka dalam riset obat, para peneliti kedokteran dasar terlatih untuk berhubungan dengan

pihak industri dan teknik memproses paten. Hal ini berbeda dengan di Indonesia, penelitian dasar sering identik dengan proyek pemerintah untuk mengembangkan bioteknologi atau ilmu pengetahuan. Peneliti di Indonesia biasanya adalah para pegawai pemerintah yang bekerja di perguruan tinggi ataupun lembaga penelitian pemerintah. Penelitian dasar dikerjakan mungkin tidak terkait erat dengan industri.

Akibatnya, industri farmasi jarang melakukan riset obat baru untuk menolong masyarakat miskin. Hal ini wajar karena biaya penelitian sangat besar dan membutuhkan pembeli obat yang mampu. Akibatnya, pengembangan obat baru untuk penyakit masyarakat miskin jarang dilakukan oleh pabrik obat. Sebagai gambaran riset pengembangan obat TB saat ini dipikul oleh sebuah aliansi yang terdiri dari yayasan kemanusiaan, berbagai negara dan sebagian oleh industri farmasi (TB Alliance, 2002).

Pola kerja untuk memproduksi obat di 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. Pada periode kedua, undang-undang paten melindungi industri farmasi dari pesaing. Apabila masa paten selesai, pabrik obat lain boleh memproduksi dalam bentuk obat generik sehingga pendapatan akan turun.

Setelah menemukan obat baru dan mempunyai hak paten, perusahaan farmasi boleh menetapkan tarif produk baru secara maksimal untuk mendapatkan keuntungan sebesar-besarnya. Karena perlindungan paten bersifat monopoli, tarif dapat ditentukan setinggi-tingginya tanpa khawatir ada persaingan. Sebagai hasilnya, keuntungan luar biasa dapat diperoleh. Dapat disebutkan bahwa penelitian pengembangan obat baru merupakan informasi yang selalu dicari oleh para investor. Clarkson (1996) menunjukkan bahwa industri farmasi merupakan salah satu industri yang paling

menguntungkan. Keuntungan industri farmasi berada di ranking ke empat setelah industri *software*, perminyakan, dan makanan. Keuntungan perusahaan farmasi lebih besar yaitu 13.27% dibanding dengan rata-rata industri lain 10.19%. Mekanisme mendapat keuntungan ini dipengaruhi berbagai sifat khas industri farmasi yang tidak dijumpai di industri lain. Salah satu sifat tersebut adalah adanya hambatan untuk masuk ke industri farmasi 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 untuk masuk di 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 sangat lama, bisa terjadi sampai 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 untuk 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 ke 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 mahalnyanya 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 sangat banyak dan harga

sangat tinggi. Dengan adanya kebijakan paten maka perusahaan farmasi baru harus selalu 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 bermerk. Secara logika, paten memang ditujukan untuk merangsang penelitian ilmiah untuk menemukan obat-obatan baru.

Dalam siklus hidup sebuah produk obat terlihat bahwa ada masa saat industri farmasi menikmati masa monopoli, dengan hanya sebuah pabrik obat yang mempunyai hak menjual dan memproduksi obat karena paten. Hak paten berlaku dengan masa 17 tahun, bahkan sampai 25 tahun. Hak paten memang mencerminkan sistem kapitalis untuk menjaga agar modal tetap berkembang dan mampu untuk melakukan kegiatan-kegiatan berikutnya, termasuk melakukan penelitian lebih lanjutnya. Akibatnya, apabila waktu paten hampir habis untuk suatu obat yang sangat laku, maka harga saham dapat menjadi turun seperti yang dialami oleh Bristol-Meyers (Harris, 2002). Bristol-Meyers mempunyai obat menurunkan kolesterol Plavix[®]. Masalahnya adalah paten obat ini akan berakhir pada tahun 2003 yang dapat menurunkan pendapatan perusahaan.

Transisi dari paten ke generik ternyata dapat membawa masalah di kalangan industri obat. Pada awal tahun 2002 sebuah perusahaan obat generik Apotex Inc. sudah mengisi permintaan ke FDA untuk membuat versi generik dari Plavix. Di samping itu, ada perusahaan obat India (dr Reedy's Laboratories Ltd.) yang juga mengajukan permintaan serupa ke FDA. Dengan berdasarkan pertimbangan bioteknologi Bristol-Meyer berusaha memperpanjang waktu patennya sampai tahun 2011 dan akan menuntut perusahaan-perusahaan lain yang memproduksi versi generiknya. Kasus ini sudah sampai di pengadilan negeri di New York. Dapat

dilihat bahwa perusahaan-perusahaan farmasi sangat berkepentingan dengan waktu paten karena pasar saham yang menilai apakah suatu perusahaan membaik atau memburuk. Perlindungan hak cipta internasional (TRIP) merupakan forum untuk melindungi hak paten ini.

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 *detailling* dengan cara perusahaan farmasi melalui jaringan distributor melakukan pendekatan tatap muka dengan dokter yang berpraktik di rumah sakit ataupun praktik pribadi. Kegiatan *detailling* ini melibatkan banyak pihak dan mempunyai berbagai nuansa termasuk adanya komunikasi untuk mendapatkan situasi saling menguntungkan antara dokter dengan industri farmasi. Dalam komunikasi ini terbuka kemungkinan terjadi suatu bentuk kolusi antara dokter dengan industri farmasi. Dari perspektif pemasaran, kegiatan *detailling* dapat disebut sebagai teknik pemasaran yang paling radikal, seperti pemasaran produk peralatan rumah tangga *door to door*. Dengan bentuk pemasaran seperti ini, akan sulit bagi pemain baru untuk masuk dalam industri farmasi.

Berbagai hambatan tersebut secara bersama dapat membuat harga obat menjadi mahal. Menariknya kebijakan untuk memperpendek waktu paten atau memberi lisensi kepada pabrik obat di negara sedang berkembang untuk memproduksi obat secara murah ditentang keras oleh perusahaan obat. Logika yang dipergunakan adalah apabila kebijakan ini berjalan maka motivasi untuk 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.

Apakah sifat teknologi tinggi dan pandangan hidup berbasis materi merupakan hal yang salah dalam industri obat dan teknologi di sektor kesehatan? Jawabannya tentu tidak, karena sektor industri global hanya dapat bergerak kalau ada

keuntungan. Dalam sejarah, motivasi manusia berpindah ke berbagai belahan bumi adalah untuk kekayaan dan kejayaan negara. Akan tetapi, menarik dibahas bagaimana sifat teknologi tinggi ini dapat menjadi hal kontradiktif di sektor rumah sakit yang mempunyai tradisi misi kemanusiaan. Ada perbedaan cara pandang dalam pengembangan teknologi tinggi dengan sifat kemanusiaan.

Sebagai contoh, perjanjian perlindungan hak cipta WTO-TRIP yang berlaku efektif pada 1 Januari 1995 hasil dari Uruguay Round melindungi paten obat dan penetapan harganya di seluruh dunia. Walaupun dalam Artikel No. 27 (2) ada klausul bahwa masalah paten dapat dilonggarkan karena alasan moral dan kebutuhan publik (WTO, 2002). Akan tetapi, pada praktiknya WTO-TRIP berhasil melindungi paten industri farmasi. Akibatnya, obat-obatan mahal harganya, termasuk obat yang dibutuhkan oleh masyarakat luas. Perjanjian ini tidak seimbang sehingga menghasilkan keuntungan besar untuk industri obat di negara maju, tetapi mengurangi status kehidupan masyarakat di negara sedang berkembang yang tidak mampu membeli obat (Stiglitz, 2002).

Dalam hal ini ada konflik antara motivasi dan budaya industri obat dan kebutuhan kemanusiaan akan meningkatnya kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, saat ini terjadi arus menentang perjanjian yang merugikan kesehatan masyarakat. Salah satu gerakan global yang berhasil menekan harga dipelopori oleh aktivis penanggulangan penyakit AIDS melalui perjuangan panjang. Pada pertemuan WTO di Doha pada bulan November tahun 2001, peraturan TRIPS dapat dilonggarkan untuk obat-obatan yang dibutuhkan dalam peningkatan status kesehatan masyarakat seperti AIDS, malaria, *tuberculosis* dan lain-lainnya (Global Treatment Access, 2002). Cara lain yang digunakan adalah dengan menekan industri obat melalui berbagai gerakan. Dr. Peter Mugenyi dari Uganda dibantu kelompok penekan internasional berhasil mendorong industri obat seperti Merck & Co dan Glaxo-Smith Kline PLC mengurangi harga obat sampai 90% untuk dipakai di negara-negara miskin (Waldholz,

2002). Perlu ditekankan bahwa usaha-usaha menekan harga secara internasional dilakukan untuk obat-obatan penyakit menular yang mempunyai eksternalitas tinggi. Untuk obat-obatan yang tidak bersifat *public-goods* yang biasanya untuk penyakit bukan menular, pengaruh paten masih sangat kuat. Obat-obatan ini banyak dikonsumsi di rumah sakit Indonesia.

Pertanyaan menarik, apakah dengan adanya obat-obatan generik, obat-obat bermerk 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 generik tetap menaikkan harga. Dalam hal ini terdapat loyalitas dokter terhadap merk-merk obat yang bukan generik.

Keadaan ini terjadi 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, dari aspek 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 dari sistem *managed care* dengan daftar formularium dan sistem insentif/disinsentif untuk para dokter.

Dalam konsep perdagangan, semakin besar harga suatu barang maka besar keuntungan secara absolut dari penjualan barang tersebut akan meningkat. Rumah sakit sebagai lembaga usaha mempunyai insentif untuk menggunakan obat-obat yang mahal. Semakin mahal harga obat akan membuat keuntungan dari obat semakin meningkat. Dapat dikatakan bahwa pengaruh industri obat terhadap rumah sakit, dokter dan peneliti kedokteran dapat menjadi besar (Angell dan Relman, 2001; Martin dan Kasper, 2000; Bodenheimer, 2000). Pengaruh industri farmasi terhadap rumah sakit dan dokter dilakukan dengan pendekatan pemasaran yang canggih, seperti menggunakan konsep *detailling* 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 yang sedang bekerja di rumah sakit pendidikan. Angell dan Relman (2001) melaporkan bahwa pada tahun 2000 perusahaan farmasi menghabiskan 8 miliar dollar untuk menyenangkan dokter dengan mempekerjakan 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 di Amerika Serikat. Akan tetapi, secara pengamatan dapat dilihat bahwa kehidupan dokter dan sektor rumah sakit dipengaruhi oleh industri farmasi dan alat kedokteran dengan memberikan berbagai hal yang menyenangkan. Semua kegiatan ini tentunya dimasukkan dalam proses penetapan harga obat. Dalam pertemuan perhimpunan ahli, seminar-seminar ilmiah, pertemuan para manajer rumah sakit dan berbagai penelitian klinik didanai oleh perusahaan farmasi. Dalam hal ini memang menjadi pertanyaan besar, apakah perilaku dokter dipengaruhi oleh industri farmasi? Walaupun ada berbagai pengamatan, termasuk laporan investigasi oleh majalah *Tempo*, tetapi belum ada penelitian serius mengenai hubungan dokter dengan industri farmasi di Indonesia.

Dapat dirumuskan bahwa teknologi kedokteran yang dipergunakan oleh rumah sakit dan yang berada di pusat-pusat pendidikan dokter adalah teknologi yang membutuhkan biaya besar. Di samping itu, sektor yang menggunakan teknologi kedokteran bersifat kapitalistik seperti industri-industri lain. Sektor yang bersifat kapitalistik ini mempunyai komponen yang sama dengan sektor lain. Ada istilah riset dasar, pabrik, distributor, tenaga pemasaran sampai ke iklan. Sifat berbasis pada materi ini dapat mempengaruhi perilaku rumah sakit dan tenaga kesehatan karena obat dan peralatan medik merupakan objek kegiatan yang sehari-hari dipergunakan di rumah sakit. Dapat dinyatakan secara prinsip

teknologi kedokteran dan obat bukan diperuntukkan untuk kegiatan sosial dan amal. Obat diproduksi, alat kedokteran dikembangkan untuk mendapatkan keuntungan materi di perusahaan farmasi, perusahaan peralatan medik ataupun para penelitinya. Tindakan untuk sosial dan amal hanya dapat berjalan kalau ada sumber dana untuk mereka yang miskin.

2. Motivasi Bekerja Tenaga Kesehatan dan Perilakunya

Dalam suasana bekerja dengan teknologi tinggi dan dipengaruhi oleh budaya global, masalah penghargaan bagi tenaga kesehatan di rumah sakit menjadi isu yang semakin penting dalam strategi pengembangan rumah sakit di masa mendatang. Dokter spesialis, dokter, manajer rumah sakit dan perawat merupakan profesi-profesi utama di rumah sakit yang perlu dilihat kecenderungan sikapnya dalam penghargaan.

Dalam teori manajemen sumber daya manusia (Cenzo dan Robbins, 1996) lembaga menggunakan penghargaan untuk memotivasi sumber daya manusia. Secara garis besar ada dua macam penghargaan, yaitu: (1) intrinsik yang merupakan penghargaan diri sendiri terhadap pekerjaannya; dan (2) ekstrinsik yang berasal dari lembaga tempat bekerja. Penghargaan dari tempat bekerja ini terbagi dua kelompok besar, yaitu: penghargaan uang dan penghargaan nonuang. Contoh penghargaan instrinsik adalah kepuasan bekerja di perusahaan, mendapat tanggung jawab lebih besar, kesempatan mengembangkan pribadi dan bekerja sesuai dengan keyakinan pribadi. Penghargaan keuangan antara lain gaji, insentif berdasarkan kinerja pekerjaan, berbagai program perlindungan sosial dan kesehatan, dan sebagainya. Penghargaan dari perusahaan yang berwujud bukan keuangan antara lain ruangan kantor yang nyaman, adanya ruang kerja sendiri, keluwesan dalam jam kerja, diberi hak untuk menggunakan kartu nama hingga mendapat sekretaris sendiri. Berbagai jenis penghargaan ini dapat dipunyai seorang pekerja.

Bagaimana keadaan motivasi bekerja sumber daya manusia di rumah sakit? Termasuk golongan apa? Ataukah campuran? Dapat dilihat bahwa ada sumber daya manusia seperti para suster di rumah sakit Katolik yang mempunyai motivasi bekerja berdasarkan penghargaan intrinsik yang kuat. Motivasi bekerja mereka adalah aspek surgawi, bukan mencari pendapatan tinggi. Keyakinan pribadi akan ibadah terhadap agama yang menghasilkan jalan ke surga merupakan penghargaan terhadap pekerjaannya. Dengan demikian, penghargaan materi bukan merupakan hal penting.

Berbagai rumah sakit di Indonesia mempunyai kelompok karyawan jenis ini, misalnya RS Panti Rapih di Yogyakarta, RS St. Elizabeth di Semarang, dan RS Borromeus di Bandung. Juga ada anggota-anggota yayasan rumah sakit yang bekerja bukan untuk mencari kompensasi materi tetapi lebih ke kompensasi nonmateri. Akan tetapi jumlahnya relatif sedikit. Sejarah menunjukkan bahwa pada masa lalu banyak sumber daya manusia yang bekerja berdasarkan motivasi nonekonomi, termasuk dokter. Sejarah perkembangan sebuah rumah sakit keagamaan menunjukkan bahwa para dokter Belanda misi masih bekerja sampai tahun 1970-an. Setelah dokter misi pulang, walaupun rumah sakit tetap mempunyai misi nonmateri, pengamatan menunjukkan para dokter yang menggantikan dokter misi adalah profesional yang bekerja dengan kadar kompensasi keuangan yang kuat. Berbagai rumah dan kendaraan yang dimiliki oleh para dokter di rumah sakit keagamaan pada tahun 1990-an tidak mencerminkan lagi model dokter yang bersifat mencari penghargaan nonmateri. Penghargaan materi untuk sumber daya manusia ditetapkan berdasarkan kebutuhan profesional yang meliputi berbagai hal misalnya: gaji, insentif dan berbagai keuntungan keuangan tidak langsung. Kompensasi materi dan berbagai fasilitas untuk karyawan merupakan faktor penting dalam situasi lembaga yang membutuhkan kinerja tinggi dan menuntut sumber daya manusia yang mempunyai kinerja tinggi (Marten, 2002).

Di rumah sakit, kebutuhan akan besarnya penghargaan materi dalam bentuk pendapatan tergantung pada jenis profesi. Pendapatan seorang dokter subspesialis bedah berbeda dengan pendapatan dokter umum di bangsal rumah sakit dan berbeda pula dengan pendapatan seorang manajer instalasi. Pendapatan seorang perawat berbeda dengan pendapatan seorang pegawai administrasi. Jenis pekerjaan mempengaruhi besarnya pendapatan. Beda pendapatan antara dokter spesialis dengan seorang perawat dapat sangat jauh.

Mengapa penghargaan materi berbeda-beda antar profesi? Hal ini disebabkan perbedaan risiko pekerjaan, lamanya pendidikan dan pelatihan, jumlah profesi yang ada. Penetapan besaran ini dilakukan melalui *Job-evaluation* yang rumit. Di samping itu, ada pula Peraturan Pemerintah atau standar yang dapat diacu. Namun, di Indonesia belum ada standar pendapatan dokter. Hal ini pernah dibahas pada seminar mengenai standarisasi pendapatan spesialis oleh Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan tahun 2000. Kesimpulan yang diperoleh memang belum ada standar pendapatan dokter.

Di samping itu, besarnya perbedaan penghargaan materi berbasis pada standar kebutuhan jenis rumah, kendaraan, keperluan pendidikan anak, pola makan, jenis hobby, hingga jenis rekreasi. Kebutuhan ini tidak ada standarnya dan terus berkembang sesuai dengan kebutuhan yang semakin meningkat. Globalisasi dan konsumerisme meningkatkan kebutuhan hidup para profesional dalam hal materi. Sebagai contoh, perbedaan antara rumah tipe 154m² dengan 1.000 m² dapat sepuluh kali lipat. Harga mobil Toyota Avanza dengan Toyota Alphard dapat jauh berbeda. Pendidikan anak di universitas dalam negeri berbeda jauh biayanya dengan pendidikan di universitas di Inggris atau Amerika Serikat. Rekreasi keluarga di Dunia Fantasi Ancol berbeda jauh biayanya dengan Rekreasi Keluarga ke Disneyland di Orlando Florida. Hobi seorang dokter yang senang bersepeda berbeda dengan hobi sejawatannya yang mengoleksi motor besar.

Teknik pemberian penghargaan materi dan perilaku ekonomi

Dalam menyusun strategi pengembangan rumah sakit diperlukan pemahaman mengenai dampak mekanisme pemberian kompensasi materi ke stafnya. Hal ini penting saat rumah sakit akan mengembangkan kegiatan melalui asuransi kesehatan atau mengembangkan berbagai bentuk kegiatan baru. Secara umum perilaku dokter, perawat, atau tenaga profesional yang menekankan pada kompensasi material sebenarnya sama dengan profesional lain dan mengikuti hukum ekonomi. Berdasarkan teori ekonomi penawaran tenaga (Nicholson, 1985; Posnett, 1989) tujuan dokter bekerja dalam suasana kompensasi materi digambarkan sebagai berikut:

$$U = f(I, l) \dots\dots\dots(1)$$

- U = Kepuasan
- I = Pendapatan
- l = Rekreasi

$$I = S + aN + fT - C - T \dots\dots\dots(2)$$

- S = Gaji bulanan
- aN = Kapitasi
- fT = *Fee-for-service*
- C = Biaya pelayanan
- T = Pajak

Persamaan 1 menunjukkan bahwa dokter dalam melakukan pekerjaan, secara wajar berusaha meningkatkan pendapatan, tetapi tetap berusaha meluangkan waktunya untuk mengejar kepuasan lain dengan cara melakukan rekreasi atau meluangkan waktu untuk hal-hal yang menyenangkan atau mungkin pula untuk tindakan amal. Tidak ada seseorang yang waktu hidupnya hanya dipergunakan untuk mencari uang. Dasar berpikir persamaan 1 ini memang tidak meletakkan dokter sebagai profesi kemanusiaan, tetapi dianggap sebagai profesi lain yang kepuasan hidupnya terpengaruh oleh pendapatan.

Dalam konteks pendapatan merupakan hal penting bagi seorang dokter, maka ada berbagai faktor yang mempengaruhi besar pendapatan yang tertulis pada persamaan 2. Faktor pertama adalah gaji yang diterima per bulan. Faktor kedua adalah kapitasi. Pengertian kapitasi adalah andaikata seorang dokter bertanggung jawab terhadap 2.000 orang di bawah tanggungannya dan setiap orang membayar Rp 1.000,00 per bulan (entah berobat entah tidak) maka dia akan mendapat Rp 2.000.000,00 sebagai pendapatan kapitasinya. Pendapatan kapitasi ini biasanya dilakukan oleh perusahaan asuransi kesehatan untuk membayar dokter keluarga. Faktor ketiga adalah pembayaran berdasarkan *Fee-for-service* yang berarti pembayaran yang diterima oleh seorang dokter setelah memberikan pelayanan medis. Ketiga jenis pendapatan ini akan dikurangi biaya pelayanan yang dikeluarkan dokter dalam melakukan pelayanan termasuk biaya transportasi, sewa ruang praktik, perlengkapan, dan pajak.

Di Indonesia struktur pendapatan dokter spesialis dengan status pegawai negeri biasanya mendapatkan gaji dari pemerintah yang jumlahnya relatif kecil. Pendapatan model kapitasi tidak ada dan sebagian besar mendapatkan dari *fee-for-service* rumah sakit swasta atau praktik pribadi. Di samping itu, masih ada kemungkinan pendapatan tambahan dari industri farmasi, tetapi model pembayaran belum diketahui secara pasti. Dalam hal ini ada pendapat yang menyatakan bahwa dokter pegawai negeri bekerja di rumah

sakit pemerintah merupakan pekerjaan yang berdasarkan kompensasi nonmateri atau merupakan pengabdian karena gajinya rendah. Sementara itu, untuk mencari kompensasi materi akan didapatkan dari rumah sakit swasta dan praktik swasta secara *fee-for-service*. Pola ini umum terdapat pada dokter pegawai negeri. Menjadi pertanyaan: apakah mutu pelayanan dokter yang bekerja dengan asumsi pengabdian di rumah sakit pemerintah, lebih baik atau sama mutunya dengan di swasta atau di praktik pribadi? Pertanyaan kritis ini perlu diteliti lebih lanjut secara cermat. Namun, di negara-negara maju, model bekerja seperti ini tidak ditemukan.

Di samping model pembayaran berdasarkan persamaan di atas, secara praktis di Indonesia ada pembayaran yang dilakukan berdasarkan *pool*. Sebagai gambaran sistem *pool* ini terjadi di beberapa rumah sakit pendidikan. Jasa medik (*fee-for-service*) yang diterima oleh dokter dikumpulkan (*pool*) di bagian dan dibagikan berdasarkan kriteria yang disepakati. Dengan demikian, pembagian tidak berdasarkan siapa yang melakukan pelayanan kepada pasien. Di samping itu, ada residen yang melakukan pelayanan kepada pasien melakukan pembagian.

Dokter sebagai profesional biasanya lebih menyukai model *fee-for-service* daripada *pool*. Suwarno dan Trisnantoro (1997) meneliti di sebuah rumah sakit daerah mengenai dampak kenaikan jasa medis terhadap rujukan pasien rawat inap oleh dokter spesialis. Sebagai catatan, dokter spesialis dibayar dengan gaji bulanan yang relatif rendah dan jasa medik (*fee-for-service*). Penelitian dilakukan secara eksperimen terhadap besarnya jasa medik sebanyak dua kali. Sebelum eksperimen, sistem pembayaran kepada para dokter spesialis dilakukan secara sistem *pool* dengan jasa medis yang rendah.

Eksperimen pertama adalah menaikkan jasa pelayanan medis dengan sistem pembagian jasa medis yang tetap menggunakan sistem *pool*. Dengan sistem *pool* ada kemungkinan dokter spesialis yang tidak mempunyai kegiatan juga akan mendapat bagian. Eksperimen kedua adalah peningkatan jasa pelayanan medis dengan model *fee-for-*

service dengan hanya dokter spesialis yang melakukan kegiatan saja yang akan dibayar. Setelah intervensi I, pengambilan data menunjukkan bahwa rujukan rawat inap di kelas II dan III meningkat 7,7% dibanding sebelum intervensi I. Setelah intervensi II terjadi kenaikan rujukan rawat inap sebesar 76,9% dibanding dengan sebelum intervensi. Pada pasien kelas I dan VIP rujukan rawat inap meningkat 100% dibanding sebelum intervensi I. Setelah intervensi II terjadi kenaikan rujukan rawat inap sebesar 400% dibanding dengan sebelum intervensi.

Hasil ini menunjukkan bahwa dokter spesialis di rumah sakit daerah tersebut mempunyai perilaku sesuai yang disebutkan oleh Nicholson mengenai sifat ekonomi para profesional. Dokter spesialis lebih senang dengan pembayaran *fee-for-service* yang berdasarkan tanggung jawab pribadi dibanding dengan sistem *pool*.

Dapat dipahami bahwa apabila rumah sakit keagamaan atau rumah sakit *nonprofit* tidak memberi pendapatan yang memuaskan dokter spesialis atau manajer rumah sakit maka ada kemungkinan dokter atau manajer yang bersangkutan akan pindah ke rumah sakit lain. Hal ini terutama terjadi apabila posisi tawar antara rumah sakit dan tenaga kesehatan tidak sama. Artinya, tenaga kesehatan yang menguasai teknologi medik dan mempunyai pengalaman tinggi mempunyai daya tawar lebih kuat dibanding rumah sakit. Kekuatan ini antara lain disebabkan sedikitnya jumlah tenaga kesehatan yang menguasai teknologi. Dalam konteks ini ada berbagai kasus yang berasal dari sifat-sifat teknologi kedokteran yang khas dan perilaku ekonomi tenaga kesehatan.

Akibat situasi ini, dokter spesialis Indonesia mempunyai sistem pembayaran yang dapat dinilai sebagai *Earning at Risk*. Keadaan menggambarkan mana gaji pokok seorang dokter spesialis berada jauh di bawah gaji pokok dokter spesialis internasional, tetapi insentifnya mungkin tidak terbatas. Insentif yang tidak terbatas ini menyerupai penghargaan untuk seniman atau olahragawan yang *superstar*. Akibat dari tidak terbatasnya insentif akan menyebabkan kesulitan dalam

perencanaan karena tidak ada standar pendapatan. Di samping itu, perbedaan antara seorang dokter berpendapatan tinggi dengan yang rendah akan menjadi besar.

3. Tren Teknologi Kedokteran, Hubungan Profesional dan Rumah Sakit

Bagaimana *trend* ke pengembangan pelayanan rumah sakit dipandang dari perkembangan teknologi kedokteran, mekanisme pasar dan perilaku tenaga kesehatan? *Trend* yang paling mungkin terjadi adalah melanjutkan keadaan saat ini. Rumah sakit tetap bertumpu pada teknologi kedokteran global yang merupakan industri berbasis keuntungan dan berdasarkan hukum pasar. Dalam sektor ini teknologi kedokteran akan semakin bermanfaat bagi masyarakat yang mempunyai uang atau masyarakat di negara kaya yang mempunyai sumber pembiayaan kuat. Dalam mengkaji situasi ini memang harus diakui bahwa bumi bukan tempat ideal untuk semua orang. Ada penduduk yang hidup tanpa perlindungan pelayanan kesehatan sama sekali dan ada yang mempunyai secara berlebihan. *Gap* ini kemungkinan akan terus membesar, kecuali ada perubahan besar pada tata ekonomi dunia.

Dalam trend ini apabila tidak dikendalikan kultur bekerja yang diukur dengan kesuksesan materi diramalkan akan merupakan hal yang wajar. Kontradiksi-kontradiksi seperti pendapatan dokter spesialis yang sangat tinggi di rumah sakit keagamaan atau rumah sakit yayasan dapat menjadi hal biasa. Aspek pemerataan pelayanan kesehatan yang sering dikemukakan oleh WHO atau Departemen Kesehatan akan semakin jarang dibahas secara serius dalam berbagai kongres perhimpunan dokter ahli atau perhimpunan manajer rumah sakit. Praktis kultur bekerja di rumah sakit merupakan kultur berdasarkan materi. Ada beberapa kasus yang menunjukkan hal ini.

Kasus pendirian rumah sakit swasta oleh dokter rumah sakit pemerintah

Kasus yang banyak terjadi di Indonesia adalah dokter spesialis rumah sakit pemerintah mendirikan rumah sakit sendiri atau klinik bersalin (untuk dokter spesialis kebidanan dan kandungan). Berbagai kejadian menunjukkan bahwa rumah sakit swasta yang didirikan oleh dokter spesialis pemerintah berada dalam jangkauan jarak yang dekat dari rumah sakit pemerintah. Berdasarkan pengamatan sampai saat ini tidak ada rumah sakit yang didirikan oleh dokter spesialis yang berfungsi melayani masyarakat kelas bawah (*safety-net*) karena memang tidak ada subsidi untuk rumah sakit swasta. Dengan terbatasnya jasa medik para dokter di rumah sakit pemerintah, maka kemungkinan pendirian rumah sakit swasta oleh para dokter spesialis rumah sakit pemerintah akan semakin meningkat.

Ada berbagai faktor pendirian rumah sakit swasta oleh dokter spesialis, misalnya berdasarkan faktor kepuasan hidup, perasaan sebagai profesional yang independen dan ada kemungkinan untuk pengembangan teknologi. Dalam hal kepuasan hidup dan sebagai profesional yang independen, faktor ini merupakan masalah individual yang spesifik. Akan tetapi, dipandang dari sudut teknologi kedokteran, rumah sakit milik para spesialis cenderung untuk tidak menggunakan teknologi tinggi karena membutuhkan biaya modal dan operasional yang besar. Berbagai rumah sakit milik dosen di Fakultas Kedokteran di Indonesia mempunyai teknologi kedokteran yang jauh lebih rendah dibanding dengan rumah sakit pendidikannya.

Kasus penjualan bahan medik dan obat oleh tenaga kesehatan

Kasus lain adalah penjualan bahan oleh tenaga kesehatan di rumah sakit tanpa melalui sistem keuangan rumah sakit. Sebagai gambaran sebagian dokter bedah tulang mempunyai kebijakan untuk melakukan operasi dengan menyertakan bahan (misal *pen*) sebagai bagian dari jasa yang diberikan.

Dalam kata lain bahan tersebut tidak disediakan oleh rumah sakit, tetapi disediakan oleh dokter bedah. Ada logika menarik dalam hal ini. Dalam sebuah rumah sakit ada kemungkinan margin keuntungan yang diperoleh dari penjualan bahan tersebut lebih besar kalau disediakan rumah sakit dibanding apabila bahan tersebut disediakan oleh dokter bedah. Hal ini dapat terjadi karena ada kemungkinan rumah sakit tersebut menggunakan keuntungan dari bahan bedah tersebut untuk berbagai hal.

Apabila bahan bedah tersebut disediakan oleh dokter bedah yang bersangkutan maka untung dari bahan tersebut dapat dikurangi karena hanya dokter merupakan pihak yang mendapat insentif ekonomi dari bahan tersebut. Akibatnya, biaya akan semakin murah dan pasien akan mendapat keuntungan karena membayar bahan secara lebih murah.

Akan tetapi, dipandang dari sistem manajemen rumah sakit, hal ini menjadi contoh yang dapat ditiru oleh semua staf medik rumah sakit untuk melakukan hal serupa. Misal dokter spesialis mata yang menjual lensa bersama dengan jasa pelayanan operasinya, atau dokter spesialis kesehatan kulit dan kelamin yang menggunakan ramuan pribadi dalam pengobatannya. Di dalam proses pengobatan, praktik menjual obat secara terpisah di luar proses perawatan juga mungkin terjadi. Dalam hal ini ada kasus para perawat di bangsal mempunyai hubungan dengan apotek di luar yang memberikan harga lebih murah dan waktu pengiriman lebih cepat. Secara lebih mendalam akan timbul pertanyaan bagaimana dengan sistem manajemen rumah sakit apabila profesional medik dan paramedik yang menguasai teknologi akan melakukan penjualan sendiri-sendiri.

Dipandang dari aspek hukum juga akan muncul pertanyaan, apakah rumah sakit bertanggung jawab terhadap mutu obat yang dibeli di luar apotek rumah sakit atau bahan bedah yang disediakan oleh dokter bedah atau mutu lensa yang disediakan langsung oleh dokter mata? Jawabannya sangat sulit karena menyangkut berbagai aspek. Bagaimana untuk mengatasi hal ini? Sangat sulit. Namun, yang pasti

adalah sistem manajemen rumah sakit harus menjadi lebih efisien untuk menjamin bahwa harga bahan yang dijual secara terpisah oleh dokter atau perawat akan menjadi lebih rendah bila dikelola oleh rumah sakit.

Kasus Pengembangan Bedah Jantung dan Kerja Kelompok

Pengembangan secara fisik dan peralatan saat ini terkesan sudah memadai di sebuah rumah sakit. Akan tetapi, ternyata sumber daya manusia menghadapi masalah besar. Kasus ini menggambarkan kesulitan sebuah rumah sakit pendidikan yang akan mengembangkan bedah jantung. Berbagai masalah menghadang. Salah satu masalah adalah tenaga spesialis yang ada di RS pendidikan tersebut cenderung tidak dapat bekerja secara tim. Para dokter spesialis yang sebagian besar adalah dosen di Fakultas Kedokteran ternyata sibuk dengan kegiatan sendiri-sendiri di rumah sakit-rumah sakit swasta. Kegiatan mandiri tersebut menyebabkan mereka sibuk untuk melakukan operasi dengan tingkat kesulitan yang rendah karena fasilitas RS Swasta tidak sebaik RSUP Pendidikan. Akan tetapi, jasa medik yang diberikan oleh rumah sakit swasta tersebut sangat tinggi, dapat mencapai sekitar 10 kali lipat operasi serupa di RSUP Pendidikan.

Keadaan ini dapat menjadi salah satu faktor penghambat kemajuan tim bedah jantung rumah sakit pendidikan tersebut di samping berbagai faktor lain seperti kekurangan biaya operasional. Hal ini dapat diuraikan dengan mekanisme sebagai berikut. Jasa medik untuk operasi jantung tersebut ternyata tidak besar karena para pasien yang operasi jantung adalah anggota masyarakat kelas bawah. Hal ini dapat dimengerti karena efek globalisasi mempengaruhi masyarakat kelas atas. Golongan masyarakat kelas atas yang membutuhkan operasi jantung akan pergi ke Australia, Houston, atau Singapura karena unsur kepercayaan mempengaruhi pengambilan keputusan mereka untuk mencari rumah sakit. Bagi golongan miskin, operasi jantung pada rumah sakit (yang baru dijalankan) merupakan kesempatan

dan tidak ada pilihan lain. Bagi RS pendidikan, untuk mendapatkan kepercayaan tersebut tentunya dibutuhkan waktu dan bukti bahwa operasi jantung yang dikerjakan memang mempunyai angka keberhasilan tinggi. Di sinilah masalahnya timbul. Apakah mungkin para dokter spesialis yang merangkap bekerja di RS swasta mau melakukan *team-work* yang baik dalam persiapan dan pelaksanaan operasi jantung yang membutuhkan pengetahuan dan keterampilan tinggi dalam suasana pemberian jasa medik yang relatif kecil?

Kasus-kasus di atas dapat dibahas dengan hakikat ilmu kedokteran yang dipergunakan di Indonesia. Rumah sakit di Indonesia tidak lepas dari pengaruh sektor kesehatan yang menggunakan teknologi kedokteran yang membutuhkan obat dan peralatan mutakhir serta sumber daya manusia dengan pendidikan tinggi. Rumah sakit memerlukan pembaharuan dari aspek teknologi kedokteran. Pembaharuan ini memerlukan sumber daya dalam bentuk dollar karena hampir seluruh peralatan medik dan obat merupakan produk impor. Rumah sakit memerlukan biaya operasional dengan bahan habis pakai atau sumber daya termasuk tenaga kesehatan yang terpengaruh oleh gaya hidup di negara maju. Operasi bedah jantung membutuhkan peralatan dengan teknologi tinggi, obat-obatan yang mahal, dan sumber daya manusia yang mempunyai kualifikasi tinggi.

Tenaga kesehatan berkualifikasi tinggi mungkin mempunyai standar global. Sebagai contoh, seorang dokter bedah yang mengkaitkan pendapatannya dengan pendapatan dokter bedah di Amerika dalam ukuran dollar. Logikanya adalah pendidikan dan *continuing education* yang ia peroleh berasal dari luar negeri dengan menggunakan mata uang dollar sebagai alat pembayaran. Kebutuhan-kebutuhan untuk peningkatan tersebut antara lain untuk mengikuti seminar/kongres, membeli jurnal, buku, CD-ROM dan juga untuk peralatan medik pribadinya. Ditambahkan bahwa berbagai perlengkapan hidupnya berasal dari impor seperti mobil, peralatan rumah tangga, dan rekreasi.

Logika yang dikemukakan memang terlihat tepat. Akan tetapi logika ini akan membawa kultur dokter menjadi semakin mengarah ke materi dengan standar negara maju. Dalam logika ini terlihat bahwa memang orang Indonesia bukanlah orang India yang masih mempunyai kebanggaan menggunakan produk dalam negeri. Indonesia juga bukan negara sosialis seperti Kuba yang profesionalnya masih hidup dengan sederhana. Indonesia secara *de-facto* sebenarnya negara yang menganut paham pasar dan profesionalnya terpengaruh pola hidup materialisme dan konsumerisme.

Ada berbagai sifat khas teknologi kedokteran yang berhubungan dengan tenaga kesehatan dan mempengaruhi hubungan profesional dengan rumah sakit. Sifat pertama yang menonjol adalah ilmu kedokteran harus dipelajari melalui suatu proses tertentu. Proses penguasaan teknologi ini rumit dan membutuhkan waktu lama, misalnya dokter bedah spesialis tulang anak. Hasil dari proses penguasaan teknologi kedokteran ini adalah dokter yang mempunyai kemampuan tinggi dan relatif sedikit jumlahnya, serta mempunyai sifat otonom.

Risiko proses pendidikan yang rumit dengan pengaruh kehidupan global berbasis model pasar saham adalah terciptanya kelompok elite dalam profesi dokter yaitu para spesialis dan subspecialis dengan kemampuan tinggi dan sedikit jumlahnya. Risiko adanya kelompok yang sedikit dengan keterampilan tinggi, proses pendidikan yang lama, serta penghasilan sangat tinggi adalah terbentuknya semacam kartel profesi dokter.

Sifat penting kedua dari pelayanan kesehatan adalah mempunyai berbagai teknologi di dalamnya. Sebagai gambaran mengapa dokter mendirikan rumah sakit sendiri. Dalam tindakan bedah misalnya, ada berbagai macam teknologi yang terlibat: teknologi bedah sendiri, teknologi anastesi, teknologi perawatan pasca bedah, teknologi obat-obatan, teknologi fisioterapi, dan sebagainya. Setiap teknologi ini mempunyai proses kegiatan yang mengandung unsur keuntungan materil. Dalam sebuah rumah sakit, para profesional yang menguasai

teknologi kesehatan mendapat penghasilan terbatas dari keahliannya di dalam teknologi tersebut. Sebagai contoh, dokter spesialis kebidanan dan kandungan akan mendapat penghasilan dari kemampuan profesionalnya terbatas dalam teknologi kebidanan dan kandungan. Akan tetapi, apabila dokter kebidanan dan kandungan mempunyai rumah bersalin sendiri maka sebagai pemilik akan mendapat keuntungan dari berbagai macam proses teknologi yang berlangsung di dalam penanganan pasien kebidanan dan kandungan. Hal ini merupakan salah satu faktor yang dapat menerangkan mengapa ada dokter spesialis kebidanan dan kandungan yang berkeinginan mempunyai rumah bersalin sendiri.

Ketiga adalah sifat sektor kesehatan yang kapitalistik dan menyebabkan pertentangan antara pandangan individualistik tenaga kesehatan dan pandangan yang berbasis pada sistem manajemen.

Oleh karena itu, wajar jika muncul berbagai pertanyaan: apakah tenaga medik di rumah sakit cenderung ingin independen dari sistem manajemen rumah sakit? Apa manfaat bagi tenaga kesehatan yang menguasai teknologi kedokteran untuk tergantung dalam sistem manajemen rumah sakit? Dalam hal ini perlu dicatat jika sistem manajemennya tidak efisien, misalnya banyak korupsi atau sistem berbiaya tinggi maka kepercayaan dokter akan hilang terhadap sistem manajemen. Dengan kemampuan teknologi mediknya maka dokter dapat independen dan bekerja di tempat lain. Mungkin lebih baik bagi tenaga kesehatan untuk menjadi pemilik sekaligus sebagai operator dalam pelayanan kesehatan (tindakan yang berlawanan dengan manajerialisme)? Dengan model ini apakah pelayanan akan menjadi lebih efisien karena tidak banyak biaya yang diperlukan untuk manajemen. Namun, tindakan ini sulit dilakukan untuk rumah sakit yang besar. Situasi seperti ini dapat dilakukan untuk rumah sakit bertipe "butik" yang kecil ukurannya dengan pelayanan tertentu yang spesifik.

Sifat kapitalisme di sektor yang menggunakan teknologi kedokteran tinggi mengakibatkan pola berpikir para pelaku

kegiatan rumah sakit menjadi bervariasi. Para pelaku di sektor kesehatan tidak hanya mengutamakan misi sosial untuk kesejahteraan masyarakat, tetapi juga ada yang berperilaku yang memenuhi kebutuhan diri sendiri atau kelompok.

Dalam sebuah rumah sakit keagamaan dengan misi sosial misalnya, ada paradoks antara misi rumah sakit yang mengacu pada kemanusiaan dengan penghasilan dokter atau staf direksi rumah sakit yang sangat tinggi. Namun, hal ini dapat karena penghasilan tinggi dokter atau manajer rumah sakit timbul sebagai akibat sistem pasar dalam tenaga kerja.

Pertanyaan pentingnya adalah apakah mungkin profesional rumah sakit dikelola oleh sistem manajemen rumah sakit? Patut dicatat bahwa rumah sakit merupakan sektor yang sebenarnya tidak boleh ada *error*. Akan tetapi, fakta menunjukkan bahwa situasi di rumah sakit belum baik sehingga *error* dapat terjadi dengan mudah. Observasi menunjukkan bahwa ada hubungan antara perhatian terhadap *error* di profesional dan antarlembaga di masyarakat. Berbagai sektor seperti penerbangan, militer, intelijen, konstruksi mempunyai prinsip tidak boleh ada *error* karena harga yang dibayar untuk terjadinya *error* adalah sangat besar dan dapat menghancurkan karier staf yang melakukan. Di ujung lain, berbagai sektor cenderung lebih longgar dalam masalah *error* misalnya sektor seni lukis, seni lawak. Oleh karena itu, sektor-sektor yang mempunyai *margin error* kecil biasanya mempunyai tata aturan profesional yang ketat dan ada sistem pengatur dari luar organisasi yang baik.

Secara perbandingan, hubungan antara profesional, lembaga dan lembaga yang mengatur dapat dilihat pada Tabel 4.1.

TABEL 4.1.
HUBUNGAN ANTARA PROFESIONAL, LEMBAGA, DAN TATA
ATURAN DI MASYARAKAT DI BERBAGAI SEKTOR

Profesional	Lembaga	Lembaga yang mengurus aturan untuk lembaga dan profesional
Pilot	Perusahaan Penerbangan	Lembaga pengatur penerbangan sipil internasional dan nasional
Pengacara	Firma hukum	Departemen Kehakiman
Pemain sepakbola	Perkumpulan sepakbola: Persija, PSS, PKT Bontang dll	Internasional: FIFA Nasional: PSSI
Dosen	Universitas: Misal UII, UGM	Departemen Pendidikan Nasional
Dokter Spesialis	Rumah sakit	Departemen Kesehatan dan Dinas Kesehatan
Koki	Restoran	?
Pelawak	Srimulat, Ketoprak PLUS Humor	?

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa pilot adalah profesional yang kurang independen dibanding dengan dokter atau pelawak. Profesi pilot harus tunduk pada aturan manajemen lembaga penerbangan. Pilot Singapore Airlines tidak diperbolehkan untuk bekerja sambilan sebagai pilot Garuda. Masyarakat memilih penerbangan bukan pada nama pilot, tetapi lebih berdasar perusahaan penerbangannya.

Aturan yang ditetapkan oleh lembaga pengawas penerbangan terhadap perusahaan penerbangan jauh lebih ketat dibanding dengan sektor kesehatan, terlebih dibanding dengan sektor seni. Pengelolaan profesional di bidang seni

cenderung tidak dibatasi peraturan, yang pada akhirnya akan menimbulkan kesulitan dalam manajemen lembaga seni.

Pertanyaan pentingnya adalah (dalam konteks hubungan antara profesional dengan lembaga) apakah dokter akan menjadi profesional yang lebih terkelola seperti para pilot, ataukah menjadi profesional yang lebih bebas dan sulit dikelola seperti penyanyi atau pelawak? Logika menyarakan tentunya agar tren hubungan dokter dengan rumah sakit sebaiknya mengarah ke hubungan pilot dengan lembaga penerbangan. Diharapkan profesionalisme dokter akan semakin baik dengan aturan internal dan aturan eksternal yang tepat yang diberlakukan oleh Departemen Kesehatan dan Dinas Kesehatan. Bab 10 akan membahas hal ini.

Alternatif Rumah Sakit Teknologi Tinggi yang Berorientasi Materi

Ada alternatif yang menentang *trend* globalisasi berbasis pasar dengan mengacu pada prinsip *Another World is Possible*. Prinsip ini didengungkan oleh kelompok anti globalisasi berbasis pada mekanisme pasar. Dalam prinsip ini ada kemungkinan mengembangkan rumah sakit atau unit pelayanan dengan strategi pengembangan secara *cost-leadership* yang fundamental. Untuk menjaga biaya agar rendah pelayanan rumah sakit dikembangkan dengan teknologi sederhana yang tidak mahal. Teknologi canggih, termasuk obat-obatan harus ditapis dengan seksama. Alternatif ini merupakan kebalikan dari proses globalisasi teknologi kedokteran yang terbukti mahal harganya dan di luar jangkauan kekuatan sumber pembiayaan. Dalam hal ini rumah sakit dikelola secara lembaga usaha *nonprofit* yang efisien, mempunyai fungsi sosial tinggi dan sumber pembiayaan asuransi kesehatan dengan pola *managed care* dan mempunyai kultur bekerja yang tidak terpengaruh oleh gaya hidup konsumerisme.

Sumber daya manusia yang bekerja pada rumah sakit alternatif ini diharapkan mempunyai kompensasi surgawi. Para tenaga rumah sakit bukan berarti *second class quality*,

tetapi memang profesional yang tidak hanya mementingkan materi. Contoh di tahun 2004 dan 2005 adalah anggota partai politik PKS di DPR atau DPRD yang menunjukkan perilaku yang tidak terlalu mencari materi duniawi. Mengingat kepopuleran PKS di kalangan mahasiswa, ada kemungkinan muncul generasi baru dokter yang tidak melihat materi sebagai simbol sukses kehidupan.

Saat ini memang belum ada penelitian mengenai motivasi bekerja berdasarkan hal non materi di kalangan dokter. Akan tetapi, ada kemungkinan untuk menyeleksi mahasiswa kedokteran dan residen berbasis kriteria nilai dalam kesederhanaan. Kelompok mahasiswa ini disiapkan sejak awal dari saat masuk di pendidikan kedokteran, dan proses pendidikan spesialis untuk hidup sederhana. Diharapkan ada kebanggaan profesional untuk bekerja dengan kesederhanaan. Rumah sakit yang menggunakan alternatif ini harus menggunakan indikator mutu yang komprehensif seperti yang dibahas dalam Bab 2. Melayani dengan teknologi sederhana dan murah bukan berarti bermutu rendah dan tidak menunjukkan profesionalisme.