

BERBAGAI KIAT RUMAHSAKIT UNTUK MENINGKATKAN PENDAPATAN: POTENSI KERUGIAN KEPENTINGAN PUBLIK DAN ANTISIPASINYA

*SOME TACTICS USED BY HOSPITALS TO INCREASE THEIR REVENUE: THE
POTENTIAL OF DISTURBING PUBLIC INTERESTS AND ANTICIPATED ACTIONS*

Sigit Riyarto
Manajemen Asuransi Kesehatan/JPKM,
Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Since the introduction of both business and social orientation in managing health care organization, hospital management is forced to enter business-like competition model. The competition then forces the management to use tactics and strategies to gain more market share and increasing revenue. To some extent this condition is favorable but if there are no government or public awareness of the negative potentials then public interests might be disturbed. Examples of tactics and strategies used by certain hospitals that might disturb public interests include supplier induced demand, misleading promotions, the use of "marketer" in admitting patients to hospitals, intentionally giving limited information, and unnecessary treatment. Patients since the existence of information asymmetry in health care may not realize such tactics.

Results: to anticipate such actions that may disturb public interest there are three strategies which are law enforcement, moral approach, and system approach. Law enforcement may not be too effective since there are relatively few data to prove such tactics. Moral approach may be effective but it may take time. System approach may be the most effective approach. With such approach, attitude could alter simultaneously. The form of system approach include the implementation of health insurance which will control (along with other parties) the quality of medical treatment and the need of health care. Such system usually named Manage Health Care System.

Keywords: public interests, information asymmetry

PENGANTAR

Sudah seringkali didengungkan bahwa industri rumah sakit sudah menjadi institusi yang berorientasi sosial ekonomi. Rumah sakit di Indonesia yang selama ini dicoba dipersepsikan sebagai *public goods* namun dalam kenyataannya merupakan *private goods* ditantang untuk bersaing dengan model persaingan hampir sama dengan perusahaan¹. Dengan kondisi demikian maka sebuah RS harus mencoba bersaing dengan sekuat tenaga berebut pangsa pasar. Apalagi sistem pembayaran kesehatan di negara kita masih berbasis

fee for service sehingga industri jasa kesehatan amat ditentukan oleh mekanisme pasar.

Selama ini persaingan antar rumah sakit lebih tampak terjadi di antara RS swasta karena mereka berebut segmen pasar kelas menengah ke atas, sedangkan rumah sakit pemerintah masih setia melayani kelas menengah ke bawah. Namun belakangan, dengan adanya isu desentralisasi dan otonomi termasuk di bidang kesehatan, rumah sakit pemerintah dan bahkan puskesmas akan segera memasuki arena persaingan karena mereka juga dituntut untuk swadana².

Persaingan antar rumah sakit seharusnya merupakan persaingan dalam mutu pelayanan. Namun, mutu pelayanan adalah sesuatu yang sering sulit diukur dan mempunyai indikator yang berbeda-beda tergantung siapa yang mengukur. Bagi segmen konsumen tertentu misalnya mutu pelayanan yang memuaskan adalah yang murah namun dapat menyembuhkan penyakit yang diderita. Tetapi bagi segmen yang lain, justru yang mahal dan memerlukan peralatan yang canggih adalah yang memuaskan. Bagi sebagian dokter, mutu pelayanan yang baik adalah yang dapat segera menemukan penyebab penyakit yang diderita oleh pasiennya; kalau perlu dengan peralatan yang mahal. Namun sebaliknya bagi perusahaan asuransi kesehatan yang tidak ingin rugi mutu pelayanan yang baik adalah yang paling sedikit membutuhkan alat yang canggih agar ongkosnya tidak banyak.

Dari sudut kebijakan kesehatan, persaingan antar RS atau institusi kesehatan lain yang meningkat memerlukan pengaturan-pengaturan yang membatasi agar dampak persaingan tersebut tidak mempunyai efek negatif terhadap pelayanan publik. Misalnya dengan mempromosikan pelayanannya seolah-olah dapat menjamin kesembuhan penyakit tertentu, memberi kesan bahwa RS pesaing lebih buruk pelayanannya, melakukan perang harga atau dumping, membayar orang atau pihak-pihak tertentu untuk menjadi penghubung, membuat kode-kode pada resep sehingga hanya apotik RS tersebut yang dapat melayaninya dan sebagainya. Makalah ini mencoba mengajukan beberapa usulan bagi pembuat kebijakan agar mengantisipasi berbagai metode yang mungkin dilakukan oleh rumah sakit yang dapat merugikan kepentingan publik dengan cara mengembangkan sistem dan peraturan yang memadai.

Bentuk-bentuk Kiat Peningkatan Pendapatan yang potensial merugikan kepentingan publik

1. *Supplier induced demand*

Supplier induced demand adalah peningkatan tuntutan atau permintaan akan suatu barang atau

jasa yang sengaja diciptakan oleh pemasok barang atau penyedia jasa tersebut agar barang atau jasanya dibeli atau dibutuhkan walaupun sebenarnya tidak terdapat kebutuhan nyata akan barang atau jasa tersebut. Dalam industri jasa pelayanan kesehatan hal ini tampak nyata karena adanya asimetri (ketidaksamaan) pengetahuan antara pasien dan penyedia jasa pelayanan kesehatan. Ketidaksamaan tersebut dimanfaatkan oleh dokter atau rumah sakit untuk mempromosikan (secara diam-diam atau terang-terangan) bahwa di RS tersebut kini telah tersedia alat canggih yang dapat mendeteksi penyakit tertentu atau mengobatinya sehingga masyarakat perlu menggunakannya. Seorang dokter kebidanan dan kandungan misalnya akan dengan mudah menganjurkan kepada pasiennya agar selalu memeriksakan kandungannya dengan menggunakan Ultra Sonografi yang dimilikinya karena USG tersebut dibayar dengan kredit yang harus dibayar dengan target pasien yang diperiksanya tiap bulan. Padahal seharusnya pasien tersebut tidak perlu setiap kali ANC (*ante natal care* atau pemeriksaan pra kehamilan) harus dilakukan pemeriksaan USG. Kondisi semacam ini diyakini ada di banyak rumah sakit namun data riil tidak tersedia karena kemungkinan sengaja disembunyikan. Kasus lain adalah pertolongan persalinan dengan operasi *sectio cesaria* (SC) atau dengan anestesi lumbal yang tidak didasarkan pada indikasi medis namun pada indikasi kosmetik, kemudahan persalinan, atau prestise.

Kepentingan publik yang dirugikan dari fenomena *supplier induced demand* ada dua. Pertama apabila alat atau jasa pelayanan yang sebenarnya tidak diperlukan tersebut membawa dampak negatif. Dalam kasus USG diyakini tidak ada dampak negatif, namun dalam kasus operasi *sectio cesaria*, operasi minor, anestesi lumbal, atau operasi plastik maka dapat merugikan pasien secara medis apabila indikasi pelaksanaannya tidak murni medis.

Dampak merugikan yang kedua adalah masyarakat tidak mampu akan kehilangan akses terhadap pelayanan canggih dan mahal tersebut. Hal ini terjadi karena alat tertentu terlanjur

dipersepsikan sebagai alat yang mampu mendiagnosis penyakit sehingga menjadi semakin mahal (hukum *supply and demand* yang tidak seimbang). Pemasok alat akan semakin meningkatkan harganya karena *demand* meningkat. Pada saat yang sama umur ekonomis alat tersebut akan semakin berkurang sehingga validitasnya akan semakin rendah dan pada gilirannya harus digunakan untuk keperluan yang sebenarnya, terutama untuk masyarakat tidak mampu maka sudah menjadi tidak sensitif lagi. Yang sering terjadi adalah alat yang lama akan digunakan untuk pasien tidak mampu, sedangkan yang baru untuk pasien mampu. Atau dalam kasus operasi SC, dokter menjadi sudah terlalu lelah untuk mengoperasi seorang pasien yang tidak mampu karena di hari itu telah mengoperasi terlalu banyak pasien yang sebenarnya tidak perlu dioperasi.

2. Promosi yang menyesatkan

Sebuah tayangan di televisi baru-baru ini menunjukkan adanya sebuah RS yang mengkhususkan diri melayani pasiennya dengan obat tradisional karena obat tersebut "murah" dan karena RS tersebut melayani masyarakat miskin di sebuah desa. Walaupun belum jelas bahwa penayangan di televisi tersebut disponsori oleh RS yang bersangkutan, namun di masa mendatang ada potensi penggunaan televisi sebagai media promosi sebuah rumah sakit, dan promosi yang dilakukan mungkin menyesatkan seperti contoh di atas. Kerugian publik yang mungkin terjadi adalah pasien tertarik untuk datang ke sebuah RS yang memberikan obat "alternatif" dan "murah" padahal sebenarnya khasiat dari obat-obatan tersebut amat terbatas dan lebih merupakan roboransia (meningkatkan daya tahan tubuh) bukannya memberikan terapi terhadap penyebab penyakit yang sebenarnya, atau bahkan memberikan risiko yang lebih banyak daripada keuntungan (*do more harm than good*).

Kasus lain, sebuah RS swasta di sebuah kota di Jawa menerbitkan *leaflet* yang berisi pelayanan oleh seorang asing. Rumah sakit tersebut

tampaknya sangat memahami mental "dijajah" atau "inlander" bangsa kita yang menganggap semua hal yang berbau asing atau "barat" pasti lebih baik atau lebih canggih. Potensi kerugian kepentingan publik dari hal ini adalah apabila orang asing tersebut tidak mempunyai lisensi yang memadai untuk melakukan pelayanan tersebut, atau bahkan ia orang yang sudah di "black-list" oleh negara asalnya. Selain itu, besar kemungkinan pelayanan yang ia berikan tidak mempunyai dampak signifikan bagi kesehatan namun hanya merupakan terapi sugestif. Apabila terapi sugestif ini dipersepsikan masyarakat (atau dicoba dipersepsikan oleh pihak rumah sakit) sebagai terapi kausatif (menyembuhkan penyakit yang sebenarnya) maka banyak pihak yang akan tertipu.

3. Penggunaan "pemasar" sebagai penghubung calon pasien

Contoh kasus untuk penggunaan pemasar ini adalah dengan penggunaan petugas untuk memberitahu kepada korban kecelakaan lalu lintas bahwa hanya di RS tertentu yang mampu merawat. Ada anekdot di Yogyakarta bahwa apabila korban kecelakaan memakai sandal maka dia harus dikirim ke RS pemerintah sedangkan bila ia memakai sepatu maka akan langsung di kirim ke RS swasta tertentu.

Yang cukup memprihatinkan adalah adanya bonus tertentu dari rumah sakit kepada dokter atau bidan apabila ia mengirimkan pasiennya ke RS tersebut. Sekali lagi, praktek ini terjadi di lapangan, namun tidak dapat dibuktikan secara hukum karena masing-masing pihak diuntungkan (kecuali barangkali pasien).

4. Kesengajaan memberikan informasi terbatas

Yang termasuk kategori ini misalnya dengan sengaja memberikan resep dengan kode tertentu sehingga hanya apotek di RS tersebut yang mampu memberikan obat yang diresepkan. Hal ini sudah diakui sendiri oleh seorang pemilik rumah sakit di Jakarta.

5. Pengobatan tidak perlu (*unnecessary treatment*)

Peresepan antibiotika atau obat lain secara berlebihan, penggunaan alat canggih yang tidak sesuai indikasi medik adalah contoh *unnecessary treatment*. Hal ini biasanya terjadi karena adanya konflik kepentingan antara dokter dan rumah sakit dan penyedia (*supplier*) obat atau peralatan medik tersebut. Dengan semakin banyaknya obat tertentu digunakan akan membuat harga obat tersebut per butirnya lebih murah, atau pihak perusahaan farmasi akan memberikan pembayaran di muka atau bahkan akan memberikan peralatan tertentu (tergantung omzet penjualan yang beredar).

LANGKAH-LANGKAH ANTISIPASI DAN SOLUSI

1. Penerapan peraturan (*law enforcement*)

Ketika kepentingan publik dirugikan adalah kewajiban pemerintah untuk mencegahnya. Namun berbagai kiat yang dikemukakan di atas sangat sulit diintervensi melalui *law enforcement*. *Supplier induced demand* akan selalu berlindung dibalik kemandirian dokter dalam menentukan apa yang terbaik bagi pasiennya. Demikian juga mengenai pengobatan yang tidak perlu. Promosi atau publikasi yang menyesatkan dapat lebih mudah ditertibkan, namun penggunaan "pihak ketiga" atau pemasar dalam mengirim pasien akan sulit dicari buktinya. Pemberian informasi yang kurang lengkap juga sulit dicari buktinya.

2. Pendekatan moral

Pendekatan moral dapat dilakukan dengan memberikan pendidikan dan penyuluhan kepada institusi RS untuk menjaga etika dalam kiat peningkatan pendapatannya. Hal ini dianggap pendekatan yang rasional oleh orang-orang tertentu karena dianggap sumber permasalahan adalah kurangnya kesadaran moral para pengelola RS. Pendekatan moral memang amat penting namun kita harus mengingat kata-kata bijak berikut ini: "kemauan orang untuk berbuat baik menjadikan sistem hukum dapat berjalan, dan kemampuan

orang berbuat jahat menjadikan menjadikan sistem hukum perlu dan harus dijalankan".

Dengan pendekatan moral, kita hanya akan menjangkau orang yang mempunyai kesadaran moral tertentu untuk tidak berbuat di luar batas. Namun bila tidak ada sistem hukum yang dapat mencegahnya atau tidak ada hukum atau aturan yang mengatakan bahwa apa yang mereka lakukan adalah di luar batas maka kiat-kiat yang merugikan kepentingan publik tersebut akan terus berjalan.

3. Pendekatan sistem

Dalam rangka mencegah eksekusi pemasaran rumah sakit, pendekatan sistem yang bisa dilakukan adalah dengan mengurangi asimetri pengetahuan antar dokter dan pasien. Dalam hal ini pihak pasien perlu diwakili oleh lembaga yang mengetahui hak-hak dan kewajibannya. Lembaga semacam Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia (YLKI) yang mempekerjakan dokter dapat mewakili kepentingan pasien. Dengan adanya wakil pasien maka akan terdapat *pressure group* apabila terdapat pelayanan yang kurang sesuai atau berlebihan. Namun yang lebih baik adalah adanya pihak pembayar yang dapat mengontrol perilaku dokter dan rumah sakit agar tidak merugikan kepentingan publik. Dengan pendekatan ini maka pihak rumah sakit tidak punya pilihan lain selain melakukan pelayanan medik yang akan dibayar oleh pihak pembayar. Pihak pembayar di lain pihak, juga dapat mempunyai kontrol terhadap jenis pelayanan yang dapat diberikan atau yang harus diberikan karena kalau tidak, maka pembayar akan mengalami kerugian.

Pihak pembayar yang dimaksud di atas dapat berupa sebuah lembaga yang menjamin kesehatan penduduk suatu daerah melalui mekanisme pembayaran pra upaya. Lembaga semacam ini sudah dirintis oleh Departemen Kesehatan dengan di beri nama Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat (JPKM). Idealnya, JPKM sebagai pembayar akan dapat mengontrol mutu dan biaya pelayanan medik karena memiliki kepentingan finansial untuk peserta JPKM. Dengan adanya sistem pembayaran pra upaya (tidak pasca upaya seperti saat ini) maka akan dapat ditentukan paket

pelayanan yang disetujui bersama. *Supplier induced demand* dapat diatasi karena pihak pembayar akan merasa rugi bila setiap peserta yang hamil harus dilakukan pemeriksaan USG atau laboratorium yang terlalu canggih padahal tidak perlu atau tidak darurat. Rumah sakit boleh saja melakukan berbagai metode promosi namun tidak akan banyak berpengaruh karena pilihan berobat ke RS akan ditentukan dengan perjanjian antara pembayar dan peserta. Bila dianggap RS yang melakukan promosi tersebut dianggap tidak baik mutu pelayanannya oleh pembayar atau pelayanan yang dipromosikan tidak mempunyai nilai tambah medis maka tidak akan dijamin oleh pembayar.

Rumah sakit juga dapat saja mempunyai banyak "pemasar" yang dibayar cukup tinggi untuk menarik atau membujuk orang tertentu agar datang ke RS tertentu, namun pihak pembayar akan mengevaluasi apakah indikasi masuk RS tersebut sesuai dengan prosedur medik yang benar. Dan yang lebih penting, pembayar dapat menerapkan sistem bagi hasil yang adil kepada pihak dokter apabila angka rujukan ke RS sesuai dengan kepentingan medik sehingga dalam hal ini terjadi kebalikan: justru apabila angka rujukan rendah maka dokter akan untung. Kesengajaan memberikan informasi yang terbatas seperti kasus pemberian kode tertentu pada resep jelas dapat dicegah karena pihak pembayar dapat mengaudit resep yang ada. Dengan demikian apabila obat tersebut ternyata tidak diperlukan dapat tidak dibayar. *Unnecessary treatment* juga dapat dicegah karena bagi pembayar tidak ada untungnya membayar sesuatu pelayanan atau pengobatan yang tidak perlu.

Namun perlu diperhatikan bahwa pihak pembayar dalam hal ini adalah bukan sekedar perusahaan asuransi yang akan menanggung kerugian apapun asal ada premi yang dibayar di muka. Pembayar yang dapat mencegah terjadinya kerugian kepentingan publik kesehatan yang dimaksud di sini adalah pihak pembayar yang juga berkepentingan untuk meningkatkan derajat

kesehatan penduduk dan peduli tentang pentingnya kesamaan kesempatan dan cakupan (akses) dari masyarakat luas akan kesehatan dan fasilitas kesehatan. Lembaga atau pembayar semacam ini ditemukan dalam konsep *Managed Health Care*³. Saat ini konsep tersebut dicoba diterjemahkan oleh Departemen Kesehatan sebagai Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat.

Pendekatan sistem dengan membentuk lembaga pembayar ini juga mempunyai keuntungan penghematan sumber daya yang lebih besar daripada harus melakukan pendekatan moral atau pendekatan hukum. Dengan pendekatan hukum, maka akan diperlukan lembaga-lembaga pengawas/pemantau atau inspektur (artinya perlu ada tenaga khusus yang digaji khusus pula), dan pendekatan moral memerlukan sesi-sesi pertemuan serta media promosi yang juga dapat menyerap sumber daya. Walaupun kedua pendekatan tersebut tetap penting dan harus ada, namun pendekatan sistem akan mengubah perilaku dengan sendirinya tanpa pengorbanan sumber daya yang berlebihan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. Kiat-kiat peningkatan pendapatan yang diterapkan berbagai rumah sakit dianggap perlu oleh pengelola sebagai langkah antisipasi persaingan yang semakin tajam
2. Kiat-kiat tersebut mempunyai potensi merugikan kepentingan publik karena adanya asimetri pengetahuan antara dokter/rumah sakit dengan pasien.
3. Potensi kerugian kepentingan publik dapat dicegah dengan pendekatan moral, pendekatan hukum dan pendekatan sistem.
4. Pendekatan sistem dengan adanya lembaga pembayar yang independen dan peduli akan mutu pelayanan kesehatan adalah pilihan yang terbaik karena dapat mencegah kerugian publik tanpa perlu menyerap sumber daya yang terlalu banyak.

Saran

1. Perlu segera disosialisasikan kepada masyarakat akan perlunya lembaga pembayar independen yang dapat mencegah kerugian kepentingan publik. Sosialisasi lembaga pembayar tersebut (dalam hal ini JPKM) selama ini masih terbatas di kalangan kesehatan.
2. Perlu segera dirumuskan bentuk organisasi dan peraturan tentang asuransi kesehatan/JPKM yang dapat mengontrol biaya dan mutu pelayanan kesehatan. Organisasi atau lembaga pembayar tersebut hendaknya dapat meningkatkan akses atau cakupan pelayanan kesehatan kepada mereka yang memang

membutuhkan, dan mencegah pelayanan kesehatan yang berlebihan yang hanya mampu dibayar oleh sekelompok masyarakat tertentu padahal tidak perlu dan menghabiskan sumber daya yang seharusnya dapat digunakan untuk kepentingan publik.

KEPUSTAKAAN

1. Porter, M. *Competitive Strategy. Techniques for Analyzing Industries and Competitors*, Free Press, 1998.
2. Trisnantoro, L., www.desentralisasi-kesehatan.ac.id, 2000.
3. Kongstvedt, PR., *Essentials of Managed Health Care*, Aspen Publication, 1997.