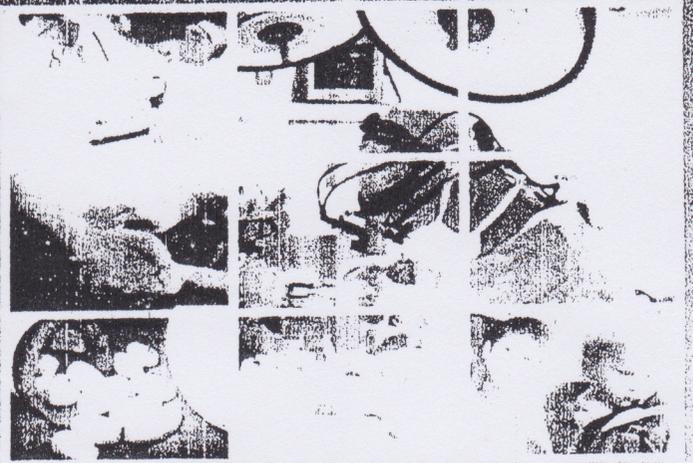
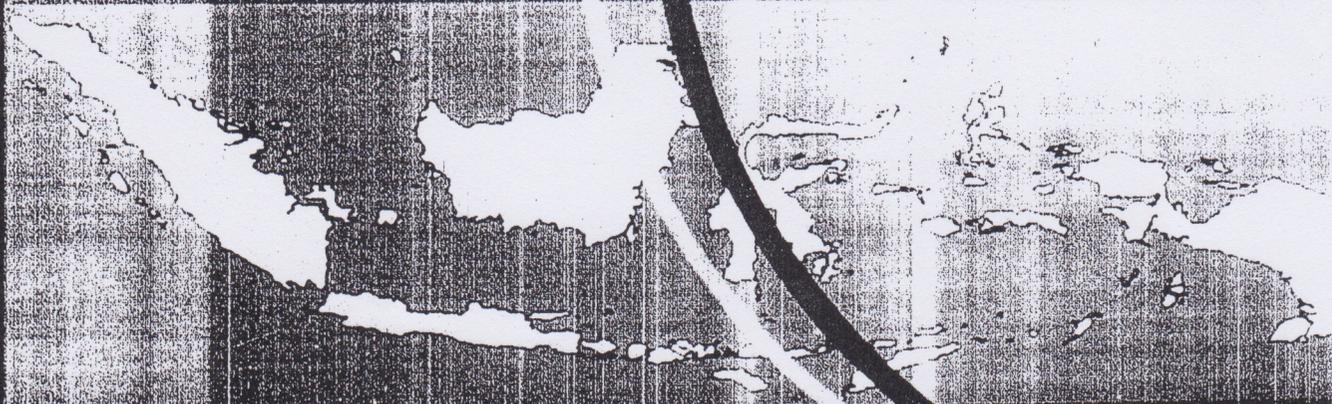


Wisuda Alumni Asuransi Kesehatan
dan Minas PAMJAKI III

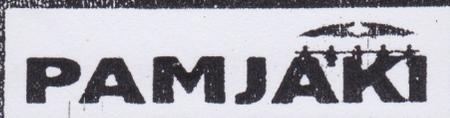


WISUDA ALUMNI
ASURANSI KESEHATAN
DAN MINAS
PAMJAKI III
DI INDONESIA

29 - 31 Agustus 2006
Hotel Borobudur, Jakarta



Organized by :



Pembatasan Praktik dan Kenaikan Biaya Jasa Dokter

Oleh :

Fachmi Idris

Ketua Terpilih/Wakil Ketua Umum PB IDI – Staf Pengajar FK UNSRI

Saat ini perhatian publik lebih banyak tercurah pada upaya-upaya men-“degradasikan” kemuliaan profesi kedokteran. Banyak efek yang tidak diharapkan terjadi sebagai bagian dari resiko tindakan kedokteran, semuanya dikonotasikan dan ditempatkan sebagai perbuatan pidana. Mahalnya obat diduga karena dokter menjadi “agennya” perusahaan farmasi, serta berbagai isu lain yang tidak mengesankan.

Terkait dengan UUPK, salah satu isu yang mencuat di kalangan kedokteran adalah pembatasan tempat praktik. Sebuah kondisi yang saat ini sedang dicarikan jalan keluarnya dan membutuhkan kearifan yang bersifat khusus dan spesifik di setiap wilayah Indonesia. Pembatasan tempat praktik hakekatnya melindungi masyarakat agar mendapat pelayanan kedokteran yang berkualitas.

Istilah “malpraktik” saat ini menjadi istilah generik untuk setiap perbuatan dokter yang mengakibatkan kerugian pasien. Padahal tindakan dokter selalu mengandung resiko untuk timbulnya efek yang tidak diharapkan (ETD) atau *adverse event*. Fakta-fakta tentang ETD (“malpraktik”) yang terjadi di beberapa negara, a.l: USA, Singapore, Kanada, New Zealand, Australia, Hongkong, dan Jepang, menunjukkan bahwa hal tersebut eksis. Tidak dapat dipungkiri bahwa tuntutan dugaan hukum akan meningkatkan mahalnya premi asuransi profesi.

Kewenangan dokter sangat terkait dengan kompetensi yang dimilikinya. Kompetensi yang dimiliki didapat melalui proses pendidikan yang terstandar dengan baik. Prinsip yang harus dipegang, bahwa pelayanan kedokteran diberikan berdasarkan kewenangan dokter dalam rangka melindungi masyarakat akan pelayanan kedokteran oleh tenaga yang tidak kompeten. Kewenangan itu sendiri hanya dapat didelegasikan kepada orang yang memiliki kewenangan yang setara.

Kata kunci: UUPK – “malpraktik” – kewenangan dokter

**KEBIJAKAN PEMBATAAN PRAKTIK DOKTER DAN KENAIKAN
BIAYA JASA DOKTER**



Dr. dr. Fachmi Idris, M.Kes
Dosen FK UNSRI

BAGIAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT –
KEDOKTERAN KOMUNITAS (IKM/IKK)
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS SRIWIJAYA, PALEMBANG
2006

Daftar Isi

1. Pengantar
 2. Apakah Kebijakan Kesehatan Baru Memperkuat Monopoli Dokter?
 3. Delegasi Kewenangan Dokter ke Non Dokter
 4. Penutup
- Lampiran

Kebijakan Pembatasan Praktik Dokter dan Kenaikan Biaya Jasa Dokter

Oleh: Dr. dr. Fachmi Idris M.Kes¹

Pengantar

Kurang lebih 3 minggu yang lalu, penulis berkunjung ke salah satu kabupaten di Papua untuk satu keperluan. Karena alasan penerbangan, penulis harus tinggal selama 3 hari. Untuk mengisi waktu, penulis diajak keliling-keliling melihat dokter yang bekerja dengan penuh pengabdian untuk melayani kesehatan masyarakat di daerahnya. Terlihat sekali dokter-dokter tersebut dapat menyesuaikan diri dengan lingkungannya dalam menjalankan pengabdian profesinya, memberi pelayanan kesehatan untuk masyarakat di sana.

Di kabupaten tersebut, dokter tidaklah dapat praktik mandiri (praktik swasta sore di luar jam kerja). Tidak ada ribut-ribut tentang pembatasan tempat praktik. Tidak ada penghasilan tambahan selain di luar gaji dan insentif yang diberikan pemerintah. Yang cukup mengagetkan sekaligus mengharukan, pada saat kunjungan tersebut baru terungkap kalau teman-teman sejawat tersebut sudah tujuh bulan ini tidak mendapatkan insentif. Tentu hal ini sangatlah kejam. Mereka yang mengabdikan dengan baik, penuh keihlasan, ternyata tertunda-tunda haknya.

Setelah meninggalkan Papua, penulis juga menerima faks dari bagian lain di bumi Papua. Isinya kurang lebih sangat mengengaskan. Ada satu orang tenaga kesehatan di sana (dokter) yang sudah enam belas bulan tidak diberikan gajinya. Untuk kasus yang ini informasinya perlu diperdalam lagi, karena menurut aparat kesehatan di Papua yang bersangkutan tidak mengabdikan dengan benar. Anehnya, surat-surat penempatannya lengkap, dan sampai saat ini yang bersangkutan masih di lokasi tersebut. Kalaulah seandainya yang bersangkutan tidak bekerja baik, haruslah dibina, bukan ditahan hak-haknya.

Contoh-contoh di atas adalah kondisi ironis yang terjadi pada tenaga kesehatan yang bekerja dengan penuh dedikasi, yang hampir luput dari perhatian. Perhatian publik lebih banyak tercurah pada upaya-upaya yang berkembang akhir-akhir ini, yaitu men-"degradasikan" pelayanan profesi kedokteran. Banyak efek yang tidak diharapkan terjadi sebagai bagian dari resiko tindakan kedokteran, semuanya dikonotasikan dan ditempatkan sebagai perbuatan pidana. Namun demikian, sudah menjadi hukum alam bahwa selalu ada dalam setiap komunitas, sekelompok orang berbuat di luar seharusnya. Untuk itulah norma dan regulasi-regulasi diterbitkan.

¹ Ketua Terpilih PB IDI/Dosen FK UNSRI

Apakah kebijakan kesehatan baru memperkuat monopoli dokter?

Salah satu isu yang mencuat seputar penerapan kebijakan kesehatan baru adalah pengaturan praktik kedokteran melalui UUPK (Undang-undang Praktik Kedokteran) dalam bentuk pembatasan tempat praktik. Banyak keluhan bahwa adanya kebijakan tersebut mengakibatkan area pelayanan kesehatan bagi dokter menjadi terbatas.

Pembatasan ini juga menimbulkan persoalan lain. Di beberapa daerah, karena "langkanya" keahlian seorang dokter yang kemudian tempat praktiknya menjadi terbatas, mengakibatkan masyarakat menjadi tidak tertolong pada saat membutuhkan keahlian tersebut. Sebuah kondisi yang saat ini sedang dicarikan jalan keluarnya dan membutuhkan kearifan yang bersifat khusus dan spesifik di setiap wilayah Indonesia. Kearifan yang tetap harus mengedepankan upaya-upaya: menjamin kualitas pelayanan, terpenuhinya "need" masyarakat dan menjamin rasa keadilan (baik untuk masyarakat maupun untuk intern kedokteran).

Pembatasan tempat praktik hakekatnya melindungi masyarakat agar mendapat pelayanan kesehatan dan pelayanan kedokteran yang berkualitas. Kalaupun dikaitkan dengan pembiayaan kesehatan, asumsi bahwa pembatasan tempat praktik—sebagai representasi dari UUPK—akan menimbulkan monopoli dokter, monopoli yang seperti apa?. Penulis agak kurang mengerti juga (kerangka acuan konferensi nasional ini tidak secara jelas mengarahkan hal tersebut).

Dengan penuh keterbasan, penulis mengambil kesimpulan sendiri, mungkin maksudnya bukan hanya tentang pembatasan tempat praktik dokter namun lebih pada keseluruhan UUPK ini apakah akan memperkuat monopoli dokter? Kalau ini pertanyaannya tentu kita harus kembali kepada esensi terbitnya UUPK. Tulisan yang agak panjang yang menjelaskan esensi UUPK dan dampaknya untuk profesi kedokteran dilampirkan sebagai makalah tambahan. Silahkan dinilai apakah betul UUPK akan memperkuat monopoli dokter.

Delegasi Kewenangan Dokter ke Non Dokter

Membicarakan kewenangan dokter dalam memberikan pelayanan kesehatan sangat terkait dengan kompetensi yang dimilikinya. Kompetensi yang dimiliki didapat melalui proses pendidikan yang terstandar dengan baik. Untuk dokter standar tersebut adalah standar pendidikan profesi dokter.

Dalam UUPK disebutkan bahwa ukuran seorang dokter kompeten atau tidak dilihat dari sertifikat kompetensinya. Sertifikat kompetensi adalah surat tanda pengakuan terhadap

kemampuan seorang dokter untuk menjalankan praktik kedokteran di seluruh Indonesia setelah menjalankan pendidikan dan lulus uji kompetensi. Uji kompetensi dilakukan oleh kolegium dokter dan dokter spesialis.

Dokter yang memiliki kompetensi belum memiliki kewenangan secara hukum apabila belum me"registrasikan" kompetensinya ke Konsil Kedokteran Indonesia. Registrasi adalah pencatatan resmi terhadap dokter dan dokter gigi yang telah memiliki sertifikat kompetensi dan telah mempunyai kualifikasi tertentu serta diakui secara hukum untuk melakukan tindakan profesinya.

Dengan demikian, dapatlah dikatakan bahwa profesi kedokteran adalah suatu pekerjaan yang dilaksanakan berdasarkan suatu keilmuan, yang kompetensi keilmuan tersebut diperoleh melalui pendidikan yang berjenjang, sehingga menghasilkan kewenangan tertentu. Dapatkan kewenangan tersebut diserahkan kepada tenaga yang tidak melalui proses pencapaian kompetensi tersebut?

Prinsip yang harus dipegang, bahwa pelayanan kedokteran (dokter umum atau dokter spesialis) diberikan menurut kewenangannya masing-masing. Tujuannya tidak lain adalah melindungi masyarakat akan pelayanan kedokteran oleh tenaga yang tidak kompeten. Kewenangan hanya dapat didelegasikan kepada orang yang memiliki kewenangan yang setara. Dokter dapat mendelegasikan/melimpahkan kewenangan hanya pada dokter dengan kompetensi yang sama. Dokter terhadap petugas kesehatan lainnya tidak dapat mendelegasikan kewenangannya. Terhadap petugas kesehatan lain, dokter hanya dapat melimpahkan tugas setelah diyakini petugas kesehatan tersebut mampu melaksanakannya (tanggung jawab dan kewenangan tetap di tangan dokter)

Di berbagai negara, juga diatur hal tersebut. Kalau dokter mendelegasikan kewenangan kepada tenaga yang tidak kompeten, dokter dapat dihukum melalui peradilan/majelis disiplin kedokteran. Draft keputusan Konsil Kedokteran Indonesia tentang pedoman disiplin profesi kedokteran (yang berhubungan pendelegasian kewenangan) tinggal disahkan. Di dalamnya termuat butir-butir yang menyatakan Dokter akan terkena sanksi disiplin apabila:

- Mendelegasikan pekerjaan kepada tenaga kesehatan tertentu yang tidak memiliki kompetensi untuk melaksanakan pekerjaan tersebut.
- Menyediakan dokter atau dokter gigi pengganti yang tidak memiliki kompetensi dan kewenangan yang sesuai atau tidak memberitahukan penggantian tersebut.

Penutup

Mencari korelasi antara dugaan bahwa regulasi kesehatan baru (UUPK) akan memperkuat monopoli dokter (karena kewenangan dokter yang tidak dapat diberikan ke tenaga non dokter) dan mengakibatkan kenaikan biaya jasa dokter memerlukan telaah yang mendalam. Tentu saja telaah tersebut harus ditunjang dengan penelitian yang baik.

Dugaan bahwa UUPK memperkuat monopoli dokter sendiri sebagai sebuah variabel juga harus dibuktikan dulu. Sampai tulisan ini dibuat, masih sulit ditemukan jenis monopoli yang dimaksud. Tenaga non medik yang tidak dapat lagi dilimpahkan kewenangannya oleh dokter merupakan permasalahan tersendiri yang mungkin saja akan meningkatkan biaya jasa dokter. Namun yang paling pasti, apabila tuntutan "malpraktik" semakin banyak, dapat diperkirakan bahwa premi asuransi profesi (asuransi "malpraktik) akan meningkat (dan ini tentu saja akan meningkatkan biaya jasa dokter, yang akan dipergunakan untuk membayar premi tersebut).

**Lampiran:
(Makalah Tambahan:
Untuk menganalisis apakah keberadaan UUPK akan memperkuat monopoli
dokter?)²**

UUPK diterbitkan dengan tujuan untuk memberikan jaminan atas mutu pelayanan kedokteran (dalam arti luas) bagi masyarakat. Melalui UUPK ini, diharapkan output dari proses penyiapan dokter yang akan masuk (sebagai input) dalam praktik kedokteran dapat tertata lebih baik.

Proses itu meliputi bagaimana proses pendidikan dokter (yang menghasilkan kompetensi tertentu), bagaimana proses registrasi dokter (yaitu memberikan dokter kewenangan atas kompetensi yang dimiliki), bagaimana proses pemberian izin dokter untuk praktik (yang merupakan proses administratif), dan bagaimana tindakan yang harus diberikan apabila dokter yang sudah berpraktik (dan memiliki izin praktik) terbukti melakukan praktik kedokteran yang tidak sesuai standar profesinya.

Pengaturan Praktik Kedokteran dan Tujuan Pembangunan Bidang Kesehatan

Pengaturan praktik kedokteran pada dasarnya harus ditujukan untuk menunjang pembangunan nasional bidang kesehatan. Pembangunan nasional bidang kesehatan yang tertuang dalam Visi Indonesia Sehat 2010, secara jelas mengharapkan masa depan kesehatan bangsa yang ingin dicapai, yaitu *“kehidupan masyarakat, bangsa dan negara ditandai oleh penduduk yang hidup dalam lingkungan dan dengan perilaku hidup sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di seluruh wilayah Republik Indonesia”*.

Untuk mewujudkan Visi Indonesia Sehat 2010, terdapat empat misi yang menjadi pedoman dalam menjalankan pembangunan nasional bidang kesehatan, yaitu: 1) menggerakkan pembangunan nasional berwawasan kesehatan; 2) mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat; 3) **memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan--termasuk pelayanan kedokteran--yang bermutu, berkeadilan, merata, dan terjangkau**; 4) memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya. Dengan demikian, segala upaya regulasi dalam bidang kesehatan, termasuk regulasi dalam pengaturan praktik kedokteran harus dilakukan dalam kerangka pencapaian misi di atas, dalam hal ini (yang terkait langsung dengan praktik kedokteran) adalah memelihara dan meningkatkan pelayanan kedokteran yang bermutu, berkeadilan, merata, dan terjangkau melalui sistem pemeliharaan dan peningkatan kesehatan individu dan keluarga.

Pentingnya regulasi sangatlah diperlukan, mengingat pada saat ini struktur pelayanan kedokteran belum tertata untuk menjamin terciptanya mutu, keadilan, pemerataan, dan keterjangkauan serta pemeliharaan dan peningkatan kesehatan individu dan keluarga. Strukturisasi pelayanan kedokteran hanya akan tercapai apabila regulasi yang akan diterbitkan dapat ditujukan pada upaya pengaturan pendidikan kedokteran, pengaturan kewenangan pelayanan kedokteran dan pengaturan pembiayaan kedokteran (khusus untuk pembiayaan diatur melalui regulasi lain).

² Tulisan ini rencananya akan dibukukan dalam buku Dokter Juga Manusia

Dampak UUPK: Terjaganya Mutu Dokter dari "Hulu sampai Hilir"

UUPK yang sudah diterbitkan paling tidak telah mengakomodasikan semua aspek yang berhubungan dengan proses menyiapkan seorang dokter agar berpraktik dengan baik, yang meliputi tiga hal, yaitu: *pertama*, aspek pendidikan profesi kedokteran; *kedua*, kewenangan dokter; *ketiga*, izin praktik dan disiplin profesi dokter.

Pertama, tentang pendidikan profesi kedokteran. Praktik kedokteran sangat terkait dengan kompetensi (kemampuan) yang harus dimiliki seorang dokter. Kompetensi tersebut didapat dari pendidikan kedokteran. Hasil dari pendidikan kedokteran akan menghasilkan sertifikat kompetensi (dikenal dengan istilah **sertifikasi**).

Pendidikan kedokteran harus dilakukan secara khusus, mengingat--pada dasarnya--pendidikan kedokteran (khususnya pendidikan spesialis dan sub spesialis) adalah jenjang pendidikan profesi. Secara universal dapat dikatakan bahwa badan atau lembaga dalam dunia kedokteran yang bertugas untuk mengelola jenjang pendidikan profesi adalah kolegium profesi itu sendiri. Dalam pengelolaan jenjang pendidikan profesi maka kolegium profesi bertugas untuk, a.l: menetapkan standar pendidikan serta menerbitkan sertifikat kompetensi lulusan pendidikan spesialis dan subspecialis.

Di Indonesia, pengelolaan jenjang pendidikan profesi sudah dilakukan melalui Majelis Kolegium Kedokteran Indonesia (IDI). Dalam UUPK, kedudukan, fungsi dan peran kolegium-kolegium ilmu kedokteran--melalui konsil kedokteran--untuk menata sistim pendidikan profesi kedokteran menjadi semakin jelas..

Kedua, tentang kewenangan dokter. Setelah seorang dokter dinyatakan memiliki kompetensi (dalam bentuk sertifikat), maka kompetensi atau kemampuan tersebut tidak langsung menjamin bahwa dokter tersebut memiliki kewenangan untuk praktik sebagai seorang dokter. Pengakuan atas kemampuan untuk menjadi kewenangan hanya dapat terwujud apabila dokter tersebut sudah mendaftar (melakukan **registrasi**) di satu badan atau lembaga registrasi (*registration body*).

Di berbagai negara, kedudukan *registration body* ini sangat bervariasi. Di Belanda, badan registrasi merupakan bagian dari Departemen Kesehatan. Di Filipina, badan registrasi yang dikenal sebagai *Board of Medicine* ("Majelis Kedokteran") adalah lembaga yang dibentuk berdasarkan Undang-Undang. Di beberapa negara persemakmuran (Srilangka, Malaysia, Singapura, dan Selandia Baru) dikenal dengan istilah **konsil**, yaitu badan registrasi yang dibentuk oleh undang-undang namun secara tidak langsung masih di bawah kementerian kesehatan (ketua-ketua konsil di negara-negara tersebut dirangkap oleh pejabat Departemen Kesehatan). Berbeda dengan negara-negara persemakmurannya, Inggris menempatkan konsil sebagai badan yang langsung berada di bawah kepala negara (ratu).

Di Indonesia, selama ini registrasi dilakukan oleh Departemen Kesehatan (yang sifatnya, hanya administratif). Dengan adanya UUPK, proses registrasi dokter menjadi semakin baik. Registrasi yang diatur oleh UUPK, bukanlah registrasi yang bersifat administratif semata namun meliputi registrasi atas kompetensi dokter tersebut (dilakukan secara periodik setiap 5 tahun). Dalam UUPK, registrasi dokter dilakukan oleh lembaga profesi, yaitu konsil kedokteran yang bersifat independen.

Ketiga, hal-hal lain dalam praktik kedokteran. Selain pengaturan tentang pendidikan profesi kedokteran dan pengaturan tentang kewenangan dokter yang diatur oleh konsil kedokteran maka ada beberapa hal lain yang harus diatur, adalah: lisensi (izin) praktik dan disiplin profesi.

Izin Praktik

Dokter hanya dapat menjalankan praktik apabila sudah teregistrasi. Proses dokter berpraktik juga bervariasi. Ada negara yang tidak secara khusus mengatur izin praktik. Praktik diserahkan pada mekanisme pasar (misalnya disesuaikan dengan kondisi pasar asuransi kesehatan yang ada, misalnya Belanda). Ada negara yang menyerahkan kewenangan izin praktik ke institusi profesi (kolegium profesi di tingkat provinsi, misalnya Kanada). Ada negara yang mengatur izin praktik melalui institusi Departemen Kesehatan.

Di Indonesia izin praktik dilakukan oleh institusi Departemen Kesehatan setelah mendapat rekomendasi dari institusi profesi (IDI). Untuk izin praktik, secara khusus UUPK juga mengatur hal tersebut namun tidak jauh berbeda dengan proses perizinan selama ini.

Disiplin Profesi

Dokter yang sudah menjalankan praktik tidak akan terlepas dari kemungkinan pelanggaran/kelalaian medik. Untuk itu diperlukan proses pendisiplinan dokter praktik. Proses pendisiplinan menganut kaidah-kaidah "hukum" disiplin profesi kedokteran. Hukuman maksimal dari proses penegakan disiplin adalah pencabutan registrasi dokter yang melanggar/lalai.

Proses penegakan disiplin juga bervariasi, paling tidak dapat dikategorikan dalam dua pendekatan. Pendekatan pertama, penegakan disiplin dilakukan oleh lembaga peradilan khusus profesi dokter (misalnya Belanda). Pendekatan kedua, dilakukan oleh lembaga disiplin yang menyatu (namun memiliki wewenang yang terpisah) dengan *registration body*; (misalnya, Inggris, Malaysia, dan Singapura). Pilihan atas kedua pendekatan ini sangat tergantung pada sistem hukum yang berlaku di negara tersebut. Apapun pendekatan yang dipilih haruslah menjamin tidak adanya institusi lain yang dapat mengintervensi hasil keputusan tersebut.

Di Indonesia, karena tidak ada lembaga independen yang secara khusus melakukan proses disiplin profesi, maka tugas tersebut dilakukan oleh Majelis Kehormatan Etika Kedokteran (yang seharusnya hanya menangani kasus-kasus pelanggaran etika). Kadang kala, pelanggaran disiplin disalurkan pula ke lembaga peradilan umum (pidana dan atau perdata yang sama sekali berbeda dengan hukum disiplin).

Sebelum UUPK, UU Kesehatan No 23 Tahun 1992 telah mengatur tentang lembaga Majelis Disiplin Tenaga Kesehatan namun tidak berlaku efektif karena tidak independen (kewenangan Menteri Kesehatan sebagai eksekutif masih dapat mengintervensi proses pendisiplinan dokter yang "melanggar/lalai"). Melalui UUPK, pendisiplinan dokter yang "melanggar/lalai" diatur secara khusus oleh lembaga otonom dari konsil kedokteran. Lembaga ini adalah Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI).

MKDKI bersifat independen (diluar campur tangan pemerintah). Melalui lembaga ini diharapkan penilaian "pelanggaran/kelalaian" dokter yang melakukan praktik yang tidak sesuai standar (malpraktik) dapat dilakukan secara obyektif. Penilaian oleh MKDKI secara khusus akan membedakan kasus-kasus yang bersifat etik, disiplin dan hukum.

Dampak UUPK: Semakin Jelasnya Kedudukan Etika, Disiplin dan Hukum

Tentang dampak UUPK dan semakin jelasnya kedudukan etika disiplin serta hukum, sebagian besar mengulang isi tulisan sebelumnya (Bab 7).

Wacana tentang praktik kedokteran yang universal menempatkan tiga dimensi permasalahan dalam menilai "pelanggaran/kelalaian" dari perbuatan (tindakan) kedokteran. Ketiga dimensi tersebut adalah dimensi etika, disiplin dan hukum. Setiap dimensi tersebut berbeda satu sama lain (yang dalam beberapa hal mungkin masih tumpang tindih).

Untuk dimensi etika, tindakan kedokteran yang melanggar etika--baik terhadap pasien, teman sejawat maupun diri sendiri--merupakan pelanggaran aturan internal yang disepakati oleh anggota profesi kedokteran itu sendiri (seperti juga halnya pada profesi yang lain). Pelanggaran terhadap aturan internal (yang dituangkan dalam kode etik kedokteran) pelaksanaannya dijalankan oleh MKEK. Sanksi atas pelanggaran yang dilakukan oleh anggota profesi merupakan "tuntunan" agar anggota profesi tersebut memperbaiki dirinya secara individual.

Harapannya, apabila seluruh anggota profesi dapat dituntun dengan sebaik-baiknya maka secara akumulatif citra profesi secara keseluruhan akan menjadi baik. Apabila tuntunan tersebut tidak dijalankan maka sanksi tertinggi adalah sanksi moral berupa "pengucilan" anggota profesi tersebut dari kelompoknya. Sanksi administratif tertinggi adalah pemecatan anggota profesi tersebut dari komunitasnya.

Ironisnya, saat ini, MKEK sebagai lembaga pengaduan disinyalir tidak dapat lagi memuaskan rasa keadilan masyarakat. Masyarakat menilai bahwa banyaknya kasus-kasus yang diduga "malpraktik" sebagian besar tidak terbukti apabila disidangkan oleh MKEK. Muncul kecurigaan bahwa dokter lebih melindungi korpsnya.

Sebaliknya MKEK sendiri, walaupun sudah berupaya ojektif untuk menilai prosedur tindakan seorang dokter apakah sesuai dengan kaidah-kaidah teknis ilmu kedokteran pada akhirnya terbentur pada ketiadaan payung hukum yang jelas. Dokter yang terbukti melakukan upaya tindakan kedokteran yang salah tidak dapat diberi sanksi oleh MKEK secara optimal. MKEK tidak memiliki kekuatan untuk mencabut kewenangan dokter bersalah. Untuk memberikan sanksi yang minimal-pun, misalnya MKEK memutuskan agar dokter tersebut sekolah ulang (*re-schooling*) belum tentu keputusan tersebut dipatuhi. Malahan mungkin saja apabila dokter tersebut merasa dirugikan nama baiknya--oleh keputusan MKEK--menuntut balik ke MKEK.

Dalam dimensi hukum, terutama hukum pidana jelas bahwa perbuatan seseorang (mungkin termasuk praktik kedokteran) yang menyebabkan seseorang menjadi cacat atau meninggal harus dihukum ("dipenjara"). Di sinilah mulai muncul perdebatan. Apakah benar setiap perbuatan seseorang (dalam hal ini dokter), dengan niat membantu menyembuhkan penderitaan pasiennya, lalu setelah dibantu, pasien tersebut cacat atau meninggal dunia, maka serta merta dokter tersebut dihukum pidana.

Tentu kalau ini keadaannya, mungkin tidak ada seorang-pun di dunia ini yang mau menjadi dokter. Sehingga ada kekhususan dalam bidang ilmu hukum dalam memandang persoalan tersebut. Menurut kajian ilmu hukum kedokteran, praktik kedokteran tidak dapat dituntut pada akibat dari perbuatan dokter tersebut (*resultante verbintenis*) namun pada benar-tidaknya upaya yang sudah dilakukan dokter (*inspaning verbintenis*). Pertanyaannya, dapatkah peradilan umum menilai upaya yang dilakukan dokter.

Pada peradilan umum, kemungkinan rasa keadilan bagi dokter menjadi pertanyaan. Seperti yang sudah dijelaskan di atas, dalam peradilan umum hakim hanya merujuk pada pendapat saksi ahli (yang mungkin saja dapat bertentangan) atau malahan paling buruk hakim tidak secara kritis mengambil keputusannya berdasarkan referensi ahli.

Dalam dunia medis, dokter yang mengobati pasien secara benar (sesuai standar), pasiennya dapat saja menjadi cacat atau meninggal. Pada kondisi ini, apakah dokter dapat disalahkan? Di peradilan umum, dokter dapat saja disalahkan karena tidak ada jaminan hakim peradilan umum (tanpa latar belakang ilmu kedokteran) paham secara utuh upaya yang sudah dilakukan dokter.

Lain halnya dengan dimensi disiplin profesi. Penekanannya pada penilaian ada tidaknya tindakan kedokteran yang salah, atau ada tidaknya kesalahan--menurut kaidah-kaidah ilmu kedokteran--selama melakukan upaya praktik kedokteran. Penegakan disiplin profesi ditujukan agar dokter selalu menjalankan praktiknya menurut standar profesi yang seharusnya, sesuai dengan kompetensi dan kewenangan dokter yang bersangkutan. Seperti yang sudah dijelaskan di atas, dalam UUPK kompetensi dokter yang bersangkutan diakui kewenangannya apabila dokter tersebut sudah diregistrasi oleh konsil kedokteran.

Apabila dokter melakukan upaya praktik kedokteran yang tidak semestinya (melakukan *technical misconduct*) maka sanksi yang diberikan lebih pada upaya memperbaiki kompetensi dokter tersebut, antara lain dengan memerintahkan dokter tersebut untuk sekolah lagi (*re-schooling*). Sanksi maksimal dari penegakan disiplin profesi adalah pencabutan kewenangan dari dokter tersebut.

Apabila pencabutan kewenangan tersebut bersifat final--yaitu setelah beberapa kali didisiplinkan masih juga tidak dapat diperbaiki--maka dokter tersebut tidak dapat lagi berpraktik sebagai dokter untuk seumur hidupnya. Di sinilah obyektivitas penilaian adanya malpraktik ditegakkan, yaitu melalui MKDKI.

Dalam pandangan profesi kedokteran, mekanisme untuk menilai penyebab kematian atau kecacatan pasien yang diobati oleh dokter tidak dapat dilakukan di lembaga peradilan umum. Obyektivitas penyelesaian kasus oleh hakim peradilan pidana--yang secara umum tidak memiliki keahlian dalam hal teknis ilmu kedokteran--tidak dapat terjamin dengan baik.

Tentu saja pendapat di atas ditolak oleh kalangan ahli hukum pidana/perdata dengan alasan, hakim dapat meminta pendapat ahli (saksi ahli, seorang dokter) untuk membuat keputusan. Namun alasan ini dapat digugurkan karena, seringkali untuk membuat keputusan, referensi hakim umum sangat tergantung pada pendapat saksi ahli. Persoalannya, apabila dalam peradilan umum muncul pendapat saksi ahli yang bertentangan (misal untuk bidang kedokteran yang sama, dokter X dapat saja berpendapat A, dokter Y dapat saja berpendapat B) maka akan sangat sulit bagi hakim untuk memutuskan secara obyektif mana yang paling benar menurut kaidah teknis ilmu kedokteran.

Dengan demikian, pilihan MKDKI merupakan mekanisme "pengadilan" yang sangat obyektif untuk menilai persoalan tersebut. Di Belanda (IHCP act 1993), malahan dibuat lembaga peradilan khusus, yaitu peradilan disiplin (*disciplinary court*) yang terpisah dari peradilan umum (*civil court*). Di Inggris (medical act 1983)--dan negara-negara *common wealth* (New Zealand, medical practitioners amendment 2003; Singapore, medical registration act 1997; Malaysia, medical act, 1971; dll)--dibuat komite disiplin (*disciplinary committee* atau *disciplinary tribunal*) yang terpisah dari peradilan umum--yang hampir sama dengan MKDKI. Di setiap negara-negara tersebut (termasuk yang dikembangkan melalui MKDKI) mekanisme menilai kesalahan

dokter tersebut dilakukan oleh kelompok profesi itu sendiri dengan melibatkan masyarakat di luar kedokteran.

Kesepakatan untuk membentuk lembaga independen (MKDKI) yang terpisah dari IDI (MKEK) dan lembaga peradilan umum lebih pada menjaga keadilan obyektif yang harus dicapai. Dalam menilai upaya tindakan kedokteran kemungkinan ada tiga situasi.

Situasi pertama, pasien cacat atau meninggal tetapi tindakan dokter sudah sesuai kaidah ilmu kedokteran. Di sini dokter tidak dapat disalahkan, baik menurut disiplin profesi maupun peradilan umum.

Situasi kedua, pasien puas dan sehat, tetapi tindakan dokter mungkin saja dilakukan di luar kaidah-kaidah ilmu kedokteran. Di sini menurut hukum dokter tidak bersalah namun menurut disiplin profesi salah (dan harus diberi sanksi, terlepas dari pasien tersebut tahu atau tidak).

Situasi ketiga, pasien cacat atau meninggal karena tindakan dokter tidak sesuai dengan kaidah ilmu kedokteran. Di sini dokter dapat terkena sanksi disiplin profesi sekaligus dapat terkena delik pidana (apabila pasien mengadukan ke peradilan umum; yang menurut azas hukum dapat saja dilakukan).

Untuk situasi kedua dan ketiga di atas, dalam prosesnya nanti, keputusan-keputusan MKDKI akan mengikat Konsil untuk mencabut registrasi dokter yang terbukti tidak menjalankan kaidah-kaidah disiplin profesi. Otomatis, apabila registrasi seorang dokter sudah dicabut maka surat izin praktik dokter tersebut tidak berlaku lagi. Dokter yang berpraktik tanpa surat registrasi atau surat izin praktik akan terkena sanksi pidana selama 3 (tiga) tahun atau denda paling banyak Rp. 100.000.000 (seratus juta rupiah).

Apakah masyarakat (kalau merasa dirugikan) tetap dapat menuntut yang sudah dicabut registrasinya? Dalam pandangan hukum, tentu saja masyarakat tetap berhak mengadukannya ke peradilan umum, kalau jelas tindakan kedokteran tersebut salah (setelah dinilai oleh lembaga disiplin profesi, yang komposisinya terdiri dari kalangan dokter dan non-dokter). Namun demikian, pada negara-negara yang penegakan disiplin profesi sudah berjalan dengan baik, umumnya masyarakat sudah puas dengan keputusan disiplin profesi, yaitu pencabutan kewenangan dokter (misal, sampai pada taraf "gantung stetoskop" seumur hidup). Hal ini mengingatkan, bahwa keputusan disiplin profesi tersebut sudah sangat berat untuk kehidupan dokter dan keluarganya. Masyarakat perlu memahami bahwa bagaimanapun juga tidak pernah ada niat jahat atau kesengajaan pada diri seorang dokter untuk menciderai pasiennya.

Dampak UUPK: Hukuman Pidana untuk Persoalan Administratif yang "Kontroversial"

Selain menempatkan prinsip-prinsip utama dalam menjaga mutu dokter (yang akan menjadi input) dalam proses pelayanan kedokteran, melalui mekanisme registrasi dan pendisiplinan, UUPK juga mengatur tentang penyelenggaraan praktik (yang sebetulnya tidak terkait langsung dengan proses memelihara kompetensi dan etika/*conduct* seorang dokter). Hal-hal yang diatur tersebut meliputi: surat izin praktik (SIP), pelaksanaan praktik, standar pelayanan, persetujuan tindakan kedokteran atau kedokteran gigi, rekam medis, rahasia kedokteran, kendali mutu dan kendali biaya, hak dan kewajiban dokter dan dokter gigi, hak dan kewajiban pasien, serta hal yang terkait dengan pembinaan penyelenggaraan praktik.

Pengaturan-pengaturan di atas sangat bersifat teknis namun menyisakan sejumlah pertanyaan dan hal-hal "kontroversial". Banyak pertanyaan yang muncul kemudian. Misal, SIP yang hanya boleh di tiga tempat, wajib memasang papan nama, dan pasal-pasal lainnya yang kalau tidak

dipatuhi dapat berimplikasi pidana. Implikasi pidana yang terkait dengan pasal-pasal “administratif” ini meliputi:

- Pidana kurungan paling lama 3 tahun atau denda 100 juta rupiah untuk dokter yang praktik tanpa SIP
- Pidana kurungan paling lama 1 tahun atau denda 50 juta untuk dokter yang dalam praktiknya tidak memasang papan praktik, tidak membuat rekam medis dan tidak memenuhi kewajiban sebagai dokter.

Pasal-pasal inilah yang “mengkhawatirkan” sebagian besar kalangan profesi kedokteran. Beberapa pasal dianggap terlalu teknis untuk diatur dalam sebuah undang-undang. Bayangkan, apakah memang perlu sekali, kewajiban memasang papan nama dimasukkan dalam pasal tertentu! Tentang SIP sendiri yang maksimal hanya tiga tempat, memang cukup dimengerti dalam kerangka menjaga mutu praktik kedokteran namun tidak mempertimbangkan kepentingan daerah yang memang dokternya masih sangat dibutuhkan di beberapa tempat dan mobilitasnya jauh lebih baik (tidak separah Jakarta). Semestinya hal-hal teknis yang membutuhkan pengaturan lebih lanjut dari pasal-pasal tersebut cukup diatur dalam keputusan Menteri Kesehatan saja atau Peraturan Daerah.

Daftar Pustaka:

1. Akveld, H & Hermans, H., *The Netherlands*, Kluwer Law and Taxation Publishers, Deventer, Boston, 1995
2. Depkes R.I., *Indonesia Sehat 2010, Visi Baru, Misi, Kebijakan dan Strategi Pembangunan Kesehatan*, 1999.
3. Ikatan Dokter Indonesia, *KODEKI dan Pedoman Pelaksanaan KODEKI*. Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Indonesia, 2002.
4. Pemerintah R.I., *UU No 29 Tahun 2004, tentang Praktik Kedokteran*, 2004
5. Perry, D.C., Professional Organization of Medicine in Canada, *Document of Indonesia Health Work Force and Services Project (Component C)*, World Bank, 2002
6. The Govt of Ceylon. *The Government of Ceylon Legislative Enactments, Medical Ordinance*, 1960.
7. The Govt of Malaysia, *The Medical Act of the Malaysia*, 1971
8. The Govt of New Zealand, *The Medical Practitioners Act of New Zealand*, 1995
9. The Govt of Netherlands, *The Individual Health Care Professions Act of Netherlands*, 1993
10. The State of South Australia, *The Medical Practitioners Act of South Australia*, 1983
11. The Govt of Philippines, *The Physicians' act of Philippines*, 1999
12. The Govt of Singapore, *The Medical Registration Act of Singapore*, 1997
13. The State of South Australia, *The Medical Practitioners Act of South Australia*, 1983
14. The Govt of Thailand, *The Medical Profession Act of Thailand*, 1982
15. The Govt of United Kingdom, *The Medical Act of The General Medical Council of The United Kingdom*, 1983
16. World Federation for Medical Education, *Postgraduate Medical Education, WFME Global Standard for Quality Improvement*, WFME Office, 2003.