



PEMERATAAN TENAGA DOKTER: ANTARA MITOS DAN FAKTA

Andreasta Meliala, Laksono Trisnantoro, Dwi Handono;

Alinda; Eki Haryadi

AGENDA

- Latar Belakang
 - Batasan & Konsep
 - Perkembangan Kebijakan dan Dampaknya
 - Usulan Pengembangan Kebijakan
 - Hasil kajian literatur
 - Hasil kajian lapangan
 - Strategi Pemerataan
 - Rekomendasi
-

LATAR BELAKANG

ISU MALDISTRIBUSI

- Masalah Global
- Masalah Regional
- Masalah Nasional
- Masalah Lokal



- Penerapan SJSN 2014
- Implikasi keadilan (equity)
- Kesiambungan Pelayanan di Lapangan
- Harmonisasi ketersediaan tenaga kesehatan-institusi pelayanan kesehatan-kualitas pelayanan
- Migrasi tenaga kesehatan
- Outcome sistem kesehatan

CONTOH ISU TENTANG DISTRIBUSI DOKTER SPESIALIS DI INDONESIA

- Jumlah dokter spesialis sangat terbatas:
 - Di Indonesia, rasio dokter spesialis per 100.000 penduduk sebesar (World Bank, 2009):
 - 1996: 3,21
 - 2007: 5,18
 - Penyebaran dokter spesialis (Ilyas, 2007):
 - 27% bekerja di Jakarta
 - 73% bekerja di luar Jakarta
 - Rasio dokter spesialis di daerah rural vs urban (Trisnantoro, 2005)
 - Rural: 0,8 per 100.000 penduduk
 - Urban: 8,4 per 100.000 penduduk

KONSEP (1)

- Distribusi tenaga kesehatan
 - pemerataan jumlah tenaga kesehatan pada area tertentu atau pada institusi pelayanan kesehatan dalam kurun waktu tertentu dibandingkan dengan standar normatif yang disepakati
- Distribusi dihubungkan dengan
 - distribusi kompetensi (*skill imbalance*),
 - distribusi tenaga kesehatan (*personel imbalance*),
 - distribusi geografis,
 - distribusi institusi pelayanan.

KONSEP (2)

- Tujuan utama pendistribusian tenaga kesehatan adalah pemerataan jumlah, jenis, dan kompetensi tenaga kesehatan pada waktu tertentu.
 - Distribusi secara individual,
 - Distribusi secara tim (kelompok)
 - Distribusi institusional
- Prinsip dasar
 - terjaminnya kesinambungan pelayanan yang diselenggarakan oleh tenaga kesehatan dengan mobilitas yang dinamis.
 - Konsep ini dipergunakan mengingat terdapat 2 jenis fenomena distribusi, yaitu daerah distribusi dinamis dan daerah distribusi statis.

KONSEP (3)

- **Distribusi statis** didefinisikan sebagai ketidakseimbangan antara kebutuhan tenaga kesehatan dengan jumlah tenaga kesehatan yang tersedia sampai dengan 5 tahun, walaupun telah dilakukan intervensi dan terjadi perubahan karakteristik demografis.
- **Distribusi dinamis** adalah keadaan keseimbangan antara kebutuhan tenaga kesehatan dengan jumlah tenaga kesehatan yang tersedia setelah lebih dari 5 tahun berturut-turut secara konstan, setelah dilakukan intervensi dan adanya perubahan karakteristik demografis.

KONSEP (4)

- Pemerataan:
 - Personel
 - Kompetensi
 - Penambahan otoritas profesional (task-shifting)
- Pergerakan
 - Statis (fixed-base)
 - Mobile (floating, flying, ground)

KONSEP (5)

- Cakupan Pemerataan:
 - Pengadaan
 - Penempatan-Distribusi
 - Retensi

PERAN PEMERINTAH

- Tenaga kesehatan strategis
- Daerah under-served:
 - Daerah Terpencil Perbatasan, dan Kepulauan
 - Daerah Bermasalah Kesehatan
 - Daerah Kurang Diminati

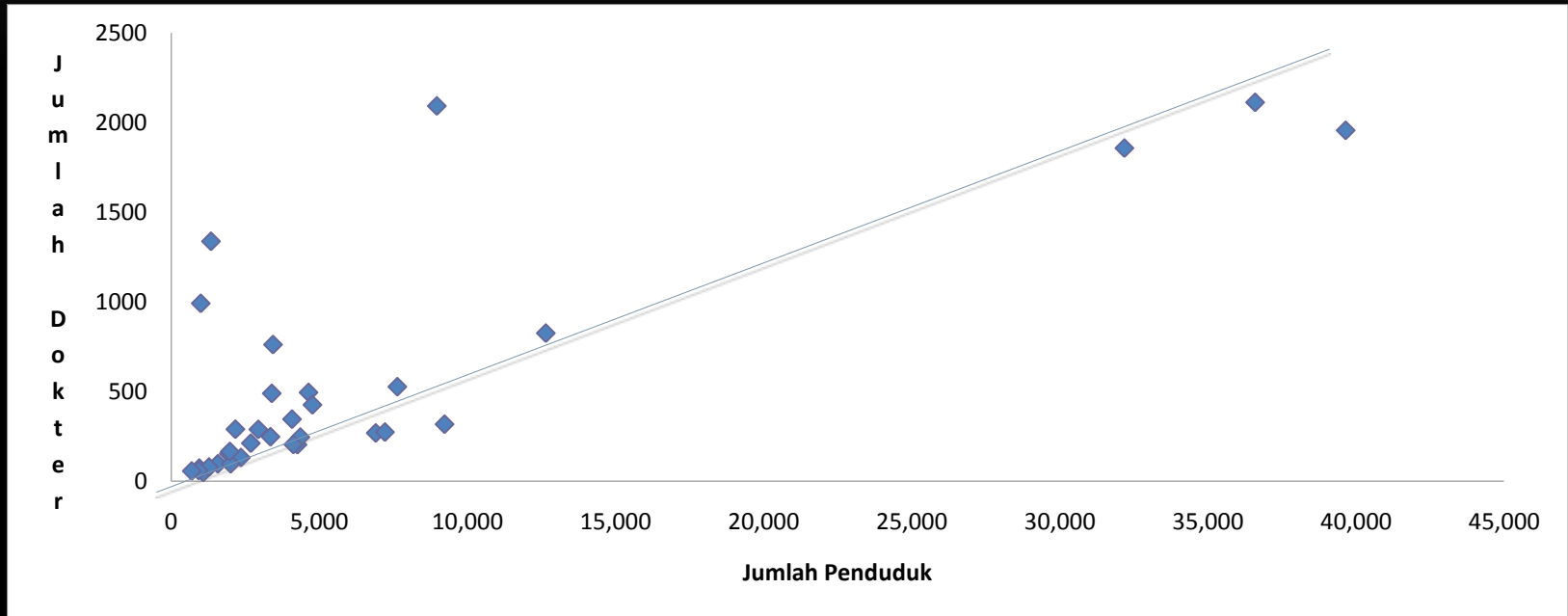
PERKEMBANGAN SAAT INI

INSTRUMEN YANG DIPERGUNAKAN

- Memanfaatkan “natural mechanism”
 - Jumlah penduduk
 - Kapasitas fiskal
 - Pelayanan swasta
 - Menggunakan instrumen regulasi, edukasi, dan insentif:
 - Kontrak kerja
 - Pendidikan
 - Insentif
-

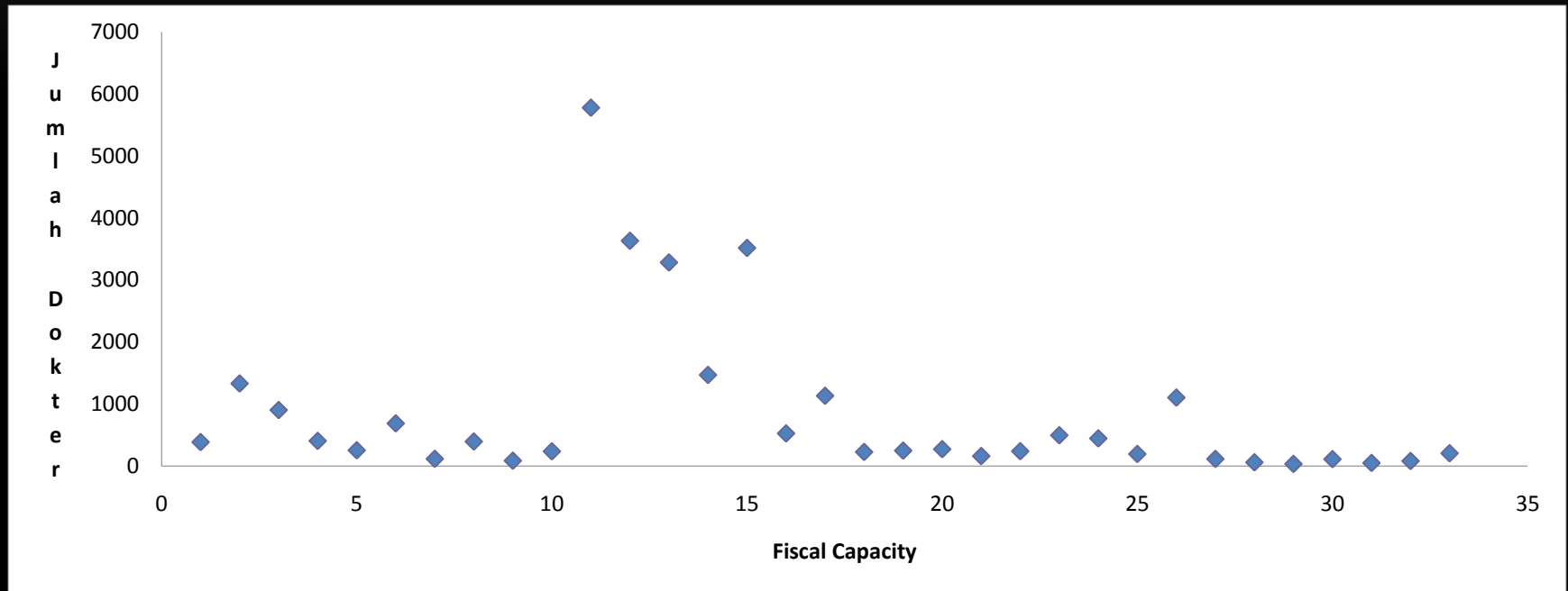
FAKTA

HUBUNGAN ANTARA JUMLAH PENDUDUK DENGAN JUMLAH DOKTER



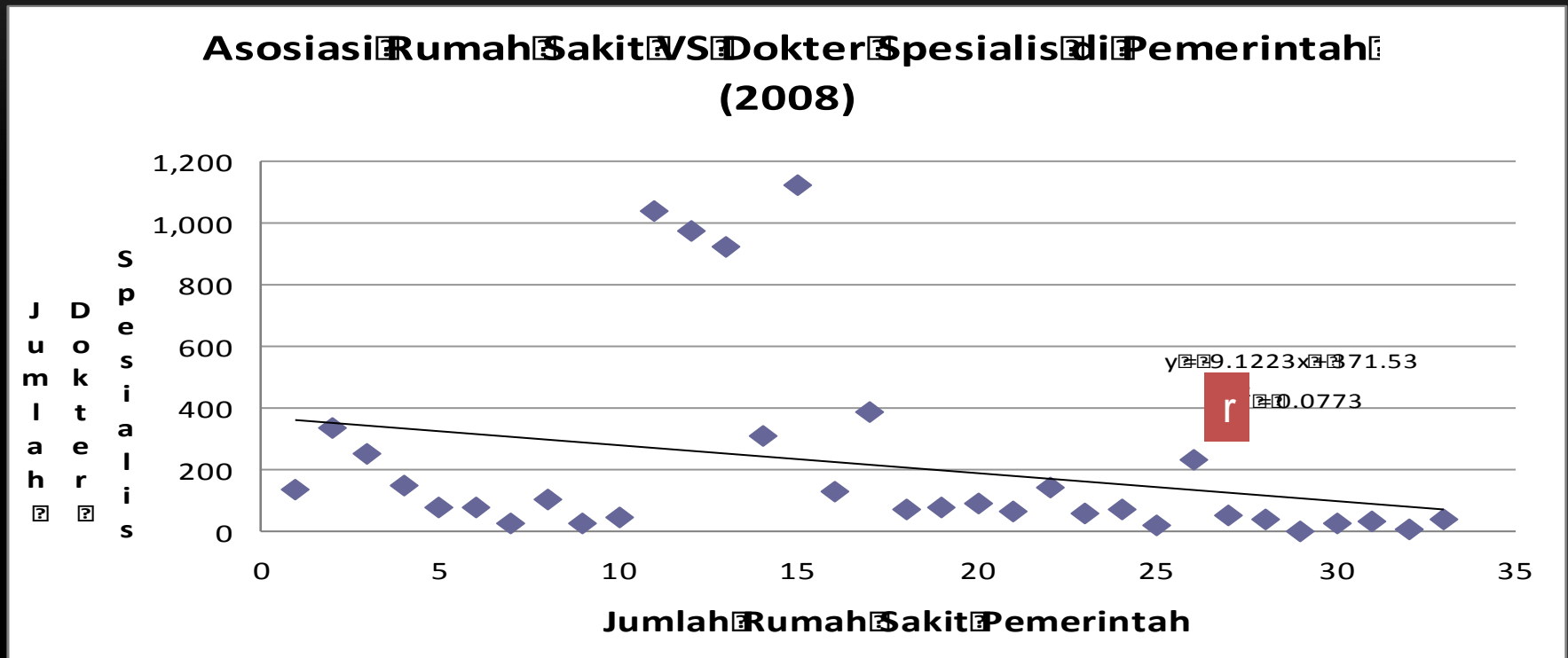
Grafik ini menunjukkan bahwa terdapat kecenderungan dokter akan berkumpul pada provinsi dengan jumlah penduduk yang besar. Garis hubungan menunjukkan adanya peningkatan jumlah dokter seiring dengan peningkatan jumlah penduduk pada setiap provinsi

HUBUNGAN KAPASITAS FISKAL PROVINSI SEBARAN DOKTER SPESIALIS



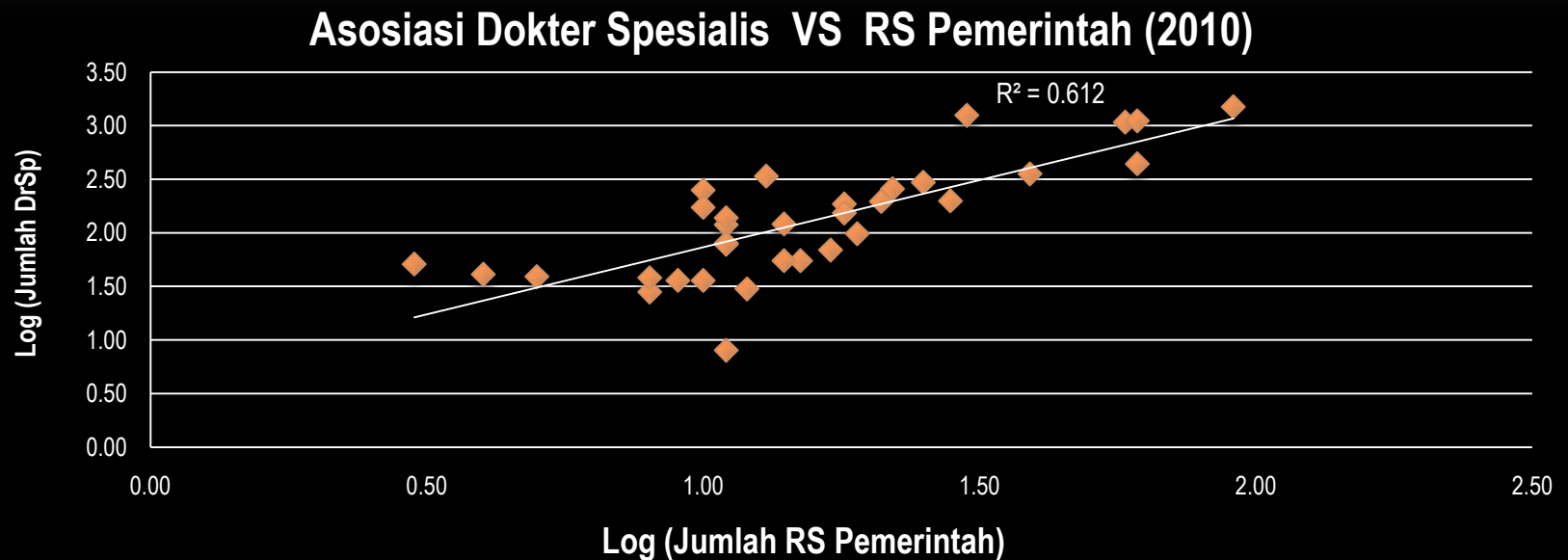
Grafik ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara Kapasitas Fiskal Provinsi dengan jumlah dokter spesialis. Provinsi yang memiliki kapasitas fiskal besar memiliki jumlah dokter yang sama dengan provinsi kapasitas fiskal kecil.

HUBUNGAN JUMLAH RS DENGAN JUMLAH DR SPESIALIS (2008)

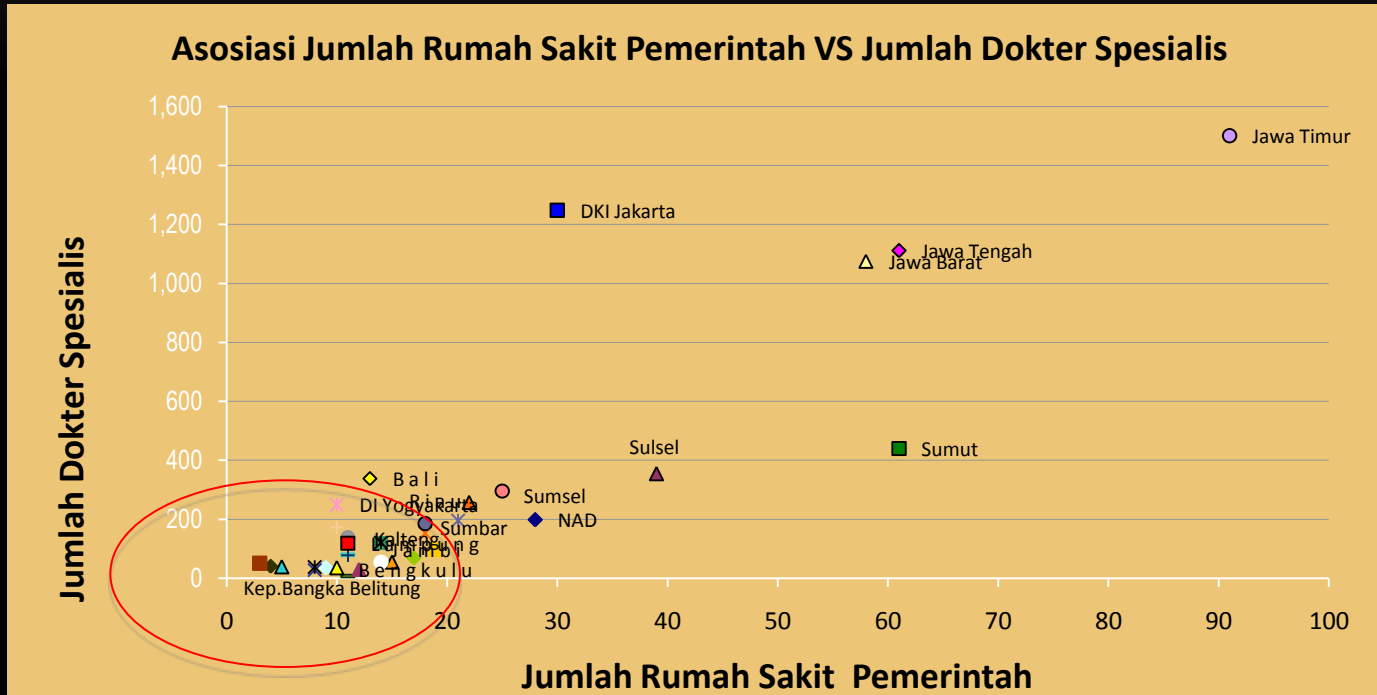


Grafik ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan negatif antara jumlah dokter dengan jumlah rumah sakit pemerintah. Semakin banyak rumah sakit pemerintah jumlah dokter spesialis tidak cenderung meningkat, bahkan menurun.

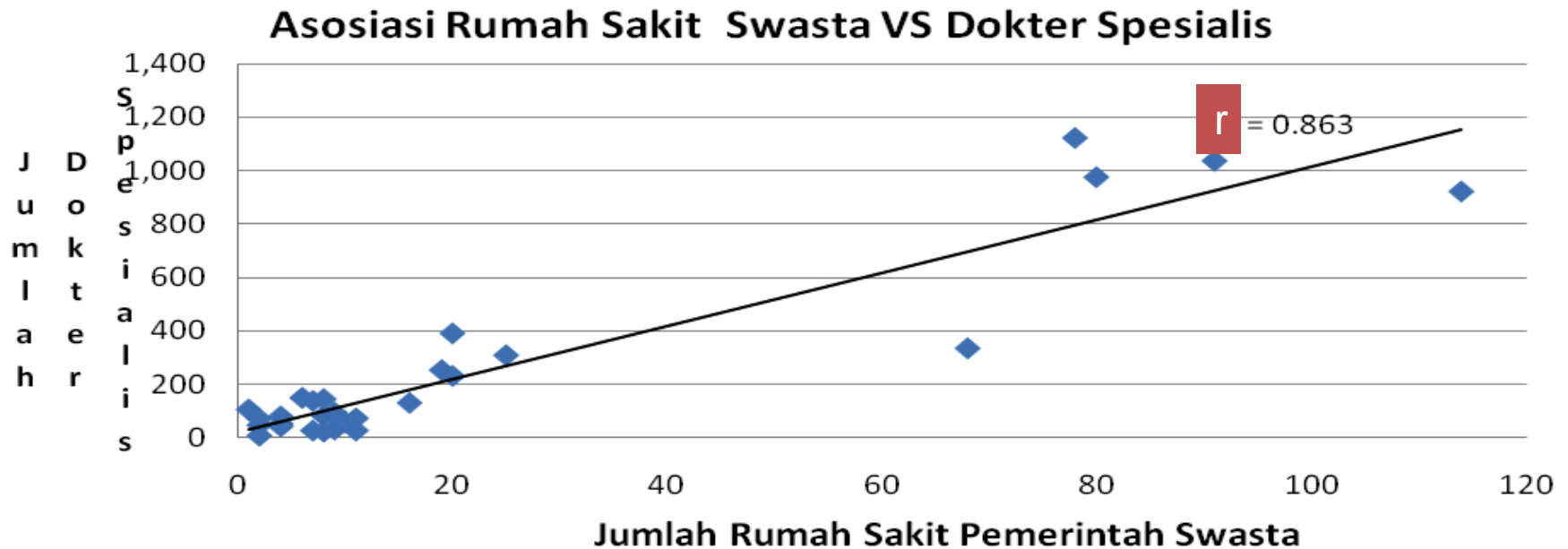
HUBUNGAN JUMLAH RS DENGAN JUMLAH DR SPESIALIS (2010)



AREA



HUBUNGAN JUMLAH RS SWASTA DENGAN JUMLAH DR SPESIALIS



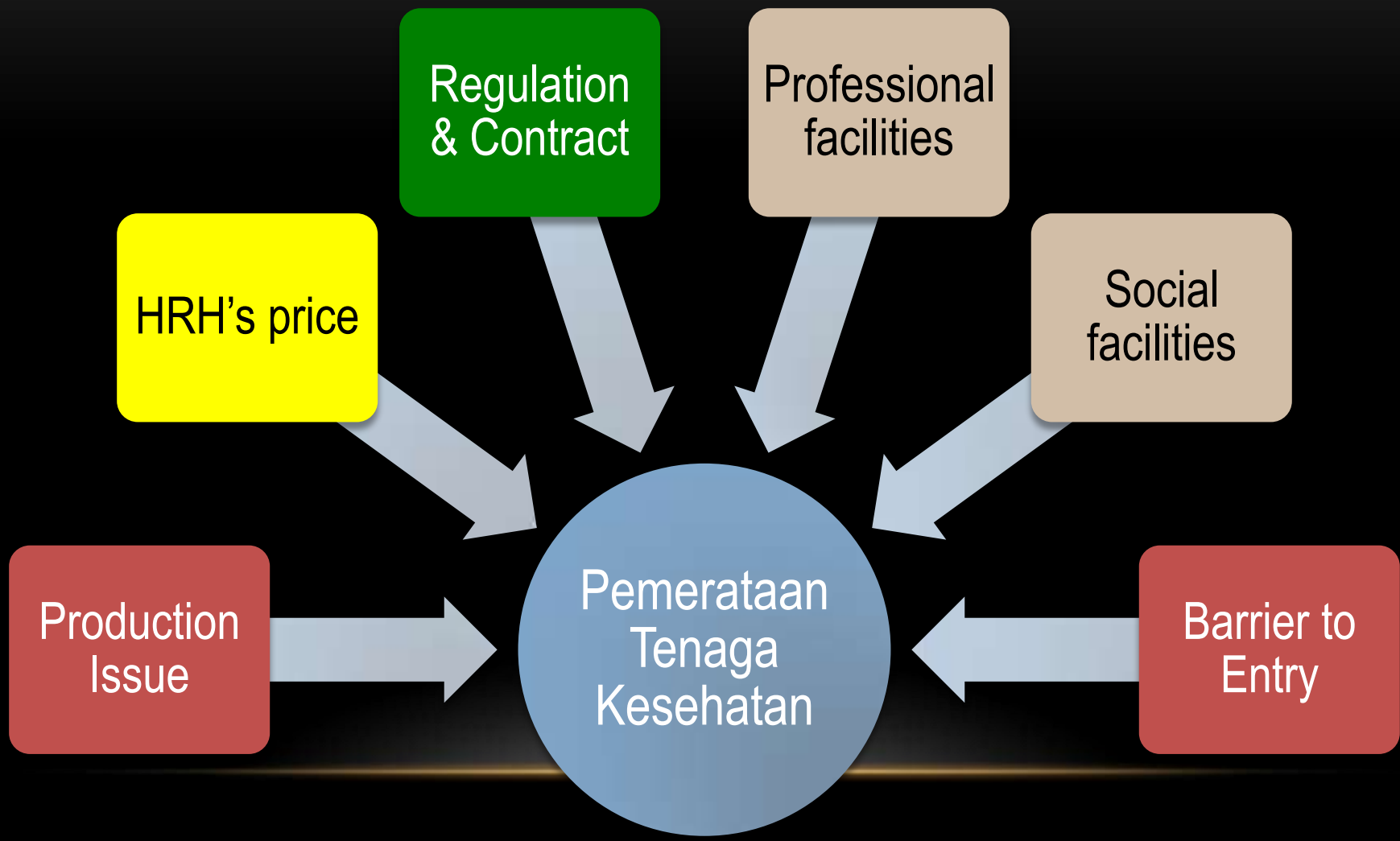
Terdapat hubungan positif bermakna antara jumlah dokter spesialis dengan jumlah rumah sakit swasta. Semakin banyak rumah sakit swasta maka semakin banyak pula jumlah dokter spesialis.

INTERPRETASI

- Natural mechanism tidak cukup kuat untuk mendorong distribusi tenaga kesehatan
- Kebijakan yang dipergunakan saat ini menjadi kurang efektif ketika “berhadapan” dengan **under-served area abadi**
 - Efektifitas kebijakan menurun karena konteks yang berbeda

PENDEKATAN PENGEMBANGAN KEBIJAKAN

MODEL DISTRIBUSI DOKTER: SUPPLY SIDE



PRINSIP UTAMA

- Sustainability pelayanan dan mobilitas personel/team

IDENTIFIKASI WILAYAH

Distribusi	Terpencil	Perbatasan	Kepulauan
Statis	Daerah a, b	Daerah e, f	Daerah l, j
Dinamis	Daerah m, n	Daerah q, r	Daerah u, v

MATRIKS STRATEGI PEMERATAAN BERBASIS KARAKTERISTIK DAERAH

Peminatan	Masalah Kes	DTPK				Biasa
		Terpencil	Perbatasan	Kepulauan	Mixed	
Diminati	Dbk					
	Non dbk					
Tidak Diminati	Dbk					
	Non Dbk					

MATRIKS POLICY

National Policy for Under-served Area

Distribusi	Terpencil	Perbatasan	Kepulauan
Statis	Strategi A	Strategi B	Strategi C
Dinamis	Strategi D	Strategi E	Strategi F

1. TINDAK LANJUT OPERASIONAL: PENGEMBANGAN PEDOMAN

Distribusi	Terpencil	Perbatasan	Kepulauan
Dinamis			
Pedoman Distribusi Tenaga Kesehatan			
Statis			

TINDAK LANJUT

- Mengembangkan kebijakan khusus untuk daerah under-served
 - HPSA (Canada)
 - Rural health (Australia)
 - Area under-served (USA)
- Dukungan dari
 - Asosiasi profesi
 - Local government
 - Stakeholder kunci lainnya

TINDAK LANJUT (2)

- Mengidentifikasi daerah yang mengalami maldistribusi statik dan maldistribusi dinamik
 - Keduanya memerlukan penanganan yang berbeda
- Melakukan penguatan (pra-kondisi) untuk menyebarkan tenaga kesehatan di daerah dengan karakteristik tertentu
- Mengintervensi faktor suplai dan demand yang memberikan kontribusi besar terhadap terjadinya maldistribusi dokter, dengan berbagai strategi operasional

Kebijakan Khusus untuk Under-Served Area

Penguatan/Pra Kondisi

Strategi Pemerataan untuk Under-Served Area

PENGUATAN (PRA KONDISI)

- Rekrutmen menggunakan konsep *personal-job fitness*
- Pemaparan (preview) situasi daerah tempat kerja dan fasilitas pendukung lainnya
- Hubungan kontraktual yang jelas dan tegas
- Memastikan Sumber Pasokan Tenaga Kesehatan

STRATEGI PEMERATAAN: PENGADAAN/REKRUTMEN

- Kontrak:
 - Contracting-in
 - Contracting-out
- Hubungan kontraktual:
 - Permanen: PNS
 - Temporer : PTT dan Tugsus
- Jenis tenaga:
 - Fungsional
 - Manajemen/administrasi

PENEMPATAN-DISTRIBUSI

- Penempatan
 - Individual
 - Kelompok
 - Fixed-base
 - Mobile team
 - Floating, flying, ground, mixed
- Penambahan kewenangan:
 - Task-shifting

RETENSI

- Pendidikan
- Pelatihan berbasis web dan terakreditasi
- Insentif material:
 - Service requiring scholarship
 - Educational loans with service requirement
 - Loan repayment programmes
 - Direct financial incentive
- Wajib kerja dengan sistem kontrak
- Pengembangan potensi tenaga kesehatan lokal

ASOSIASI PROFESI UNTUK DAERAH UNDER-SERVED

- Mendukung pelaksanaan pelayanan yang berkesinambungan
 - Mengembangkan program CPD untuk daerah rural
 - Angka kredit
 - Penilaian kinerja
 - Memfasilitasi dukungan sosial
-

PENGUATAN SISTEM MSDM NASIONAL

- Perencanaan
- Pengadaan
- Pendayagunaan
- Pembinaan dan Pengawasan



KESIMPULAN

TERIMA KASIH

HASIL KAJIAN LAPANGAN

JENIS REGULASI YANG DIHARAPKAN

- Regulasi mutasi
 - Regulasi tugas belajar
 - Regulasi WKS
 - Konflik Regulasi Pusat-daerah
 - Regulasi task-shifting
 - Moratorium
-

PROFESSIONAL FACILITIES

- Pemda banyak mengundang dokter untuk bekerja di suatu daerah, tetapi tidak menyediakan fasilitas yang layak
- Rumah sakit, bahkan yang sudah terakreditasi, tidak menyediakan peralatan yang memadai dan tim yang kompeten untuk mendukung pekerjaan dokter
- Tim profesional
- Peralatan pendukung pekerjaan profesional
- Seminar dan workshop profesi
- Fasilitas rujukan
- Rangkap pekerjaan

SOCIAL FACILITIES

- Banyak dokter tidak betah tinggal di daerah remote oleh karena dukungan fasilitas sosial yang lemah
- Sarana pendidikan, transportasi, sampai dengan keamanan menjadi isu penting untuk mendukung keberadaan dokter
- Contoh: Dokter di Kepri dan beberapa kabupaten di Kaltim

BARRIER TO ENTRY

- Data permintaan dokter dari kabupaten tidak sesuai dengan data keberadaan dokter
 - Ada daerah yang tidak memiliki dokter yang memadai, tetapi tidak mengajukan permintaan
 - Mengapa?
- Dokter yang memiliki pendapatan tinggi, tidak serta merta memberikan persetujuan/rekomendasi terhadap kebijakan penambahan dokter baru

INCOME IN 8 PROVINCES (MEAN)

Province	GP	Internist	Surgeon	Ob-Gyn	Pediatrician
N Sumatera	3,965	10,505	19,657	18,033	6,810
Bengkulu	6,205	22,600	20,650	74,924	18,600
Jakarta	3,351	33,790	14,477	24,809	21,878
C. Java	8,162	23,875	27,550	25,833	17,250
Jogjakarta	2,154	9,810	19,769	18,241	6,584
NTB	6,830	14,466	21,667	54,050	16,974
N. Sulawesi	9,041	20,361	20,978	22,760	7,845
Papua	4,578	22,062	24,150	37,883	24,235
TOTAL	6,174	18,886	19,317	29,388	14,490

INSENTIF

- Terlalu kecil
 - Perbedaan jumlah
 - PTT vs PNS
 - PTT Pusat vs PTT Daerah
 - Aliran tidak teratur
-

STRATEGI TERAPAN DI LAPANGAN

- Pengangkatan PNS
 - Rekrutmen putra daerah
 - Fasilitas mengikuti PPDS
 - Task shifting
 - Up-grading (bidan C)
 - Insentif
-

TINDAK LANJUT

- Mengembangkan kebijakan khusus untuk daerah under-served
 - HPSA (Canada)
 - Rural health (Australia)
 - Area under-served (USA)
- Dukungan dari
 - Asosiasi profesi
 - Local government
 - Stakeholder kunci lainnya

TINDAK LANJUT (2)

- Mengidentifikasi daerah yang mengalami maldistribusi statik dan maldistribusi dinamik
 - Keduanya memerlukan penanganan yang berbeda
- Melakukan penguatan (pra-kondisi) untuk menyebarkan tenaga kesehatan di daerah dengan karakteristik tertentu
- Mengintervensi faktor suplai dan demand yang memberikan kontribusi besar terhadap terjadinya maldistribusi dokter, dengan berbagai strategi operasional

Kebijakan Khusus untuk Under-Served Area

Penguatan/Pra Kondisi

Strategi Pemerataan untuk Under-Served Area

ISI KEBIJAKAN

- Pemerintah mengambil alih pengadaan/rekrutmen, penempatan-distribusi, dan retensi tenaga kesehatan di *under-served area*, terutama daerah dengan status distribusi statis. Kerjasama dengan Pemerintah Daerah sangat diperlukan, terutama untuk pengembangan fasilitas kesehatan di daerah.
- Pemerintah memastikan tersedianya pelayanan kesehatan di *under-served area*, dengan mengatur atrisi tenaga kesehatan secara sistematis, sesuai dengan karakteristik dan kondisi *under-served area*.
 - Prinsip yang digunakan adalah: kesinambungan pelayanan yang didukung oleh mobilitas tenaga kesehatan yang dinamis
- Pemerintah mengembangkan berbagai model hubungan kontraktual (mulai dari yang permanen <PNS> sampai dengan yang temporer <PTT; Tugsus>), baik yang berbasis perorangan atau kelompok.

ISI KEBIJAKAN (2)

- Pemerintah bekerja sama dengan LSM atau organisasi swasta lainnya, mengembangkan mekanisme pengadaan, penempatan-distribusi, dan retensi tenaga kesehatan, demi terselenggaranya pelayanan kesehatan di *under-served area*
- Jenis tenaga kesehatan yang dikelola Pemerintah Pusat di *under-served area* adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis, tenaga kefarmasian, perawat, bidan, analis lab, sanitarian, termasuk tenaga manajemen institusi pelayanan kesehatan untuk mendukung kinerja tenaga kesehatan fungsional
- Pemerintah mengatur program pelatihan, pengumpulan angka kredit, dan pengembangan karir tenaga kesehatan di *under-served area*, dimana pengaturan tersebut tidak sama dengan yang berlaku secara nasional, dengan tujuan untuk menyesuaikan mekanisme pelatihan, angka kredit, dan pengembangan karir di *under-served area*

ISI KEBIJAKAN (3)

- Pemerintah bekerja sama dengan berbagai asosiasi profesi mengembangkan **mekanisme *task-shifting* dan regulasinya**.
 - *Task shifting* hanya berlaku di daerah tertentu dan dalam jangka waktu tertentu.
 - Penerapan *task shifting* didukung dengan peraturan pemerintah dan dengan panduan operasional yang dikeluarkan oleh berbagai asosiasi profesi sebagai bentuk rekognisi formal dari asosiasi profesi terhadap kegiatan *task shifting*.

ISI KEBIJAKAN (4)

- Insentif yang diberikan kepada tenaga kesehatan yang berminat untuk bekerja di *under-served area* berbentuk:
 - insentif material (*direct incentive*)
 - immaterial (*indirect incentive* berupa pendidikan, pinjaman pendidikan, kontrak pendidikan; serta pengurangan masa bakti).
- Pemerintah mengatur kembali mekanisme remunerasi bagi tenaga kesehatan yang bekerja di *under-served area*.
 - Pengaturan ini memungkinkan adanya fleksibilitas mekanisme remunerasi dan mendukung sinkronisasi pemberian remunerasi dengan mobilitas status tempat kerja tenaga kesehatan yang bekerja di *under-served area*.

ISI KEBIJAKAN (5)

- Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bersama-sama memonitor keberadaan dan kinerja tenaga kesehatan di *under-served area*.
 - Indikator kinerja yang diterapkan di *under-served area* mengutamakan **pada aspek efektifitas** pelayanan.
- Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bekerja sama untuk **mendidik potensi tenaga kesehatan lokal** agar memiliki kompetensi serta loyalitas untuk bekerja di *under-served area*

ISI KEBIJAKAN (6)

- Pemerintah menetapkan kembali usia pensiun bagi tenaga kesehatan di *under-served area*, dengan memperhatikan jumlah profesi yang tersedia, kompetensi dan kapasitas individual, serta kebutuhan di lapangan.

PENGUATAN (PRA KONDISI)

- Rekrutmen menggunakan konsep *personal-job fitness*
- Pemaparan (preview) situasi daerah tempat kerja dan fasilitas pendukung lainnya
- Hubungan kontraktual yang jelas dan tegas
- Memastikan Sumber Pasokan Tenaga Kesehatan

STRATEGI PEMERATAAN: PENGADAAN/REKRUTMEN

- Kontrak:
 - Contracting-in
 - Contracting-out
- Hubungan kontraktual:
 - Permanen: PNS
 - Temporer : PTT dan Tugsus
- Jenis tenaga:
 - Fungsional
 - Manajemen/administrasi

CONTRACTING IN CAMBODIA

Table 2: Actual Treatment Characteristics of Project Districts

	Contracting Out	Contracting In	Comparison	Not Successfully Contracted
Number of Districts	2	3	4	3
Staffing	Hired at market rates. MOH staff could take leave of absence	MOH staff on government salary, usually given performance	MOH staff on government salary, often given supplement from user charges	MOH staff on government salary, often given supplement
Procurement	NGO responsible	NGO responsible but through MOH system	Through MOH system	Through MOH system
Budget Supplement	No	Yes	Yes	No
Technical Assistance & Management Training	No	No	Yes	No
Contracting Project Payments	\$3.98	\$1.05	\$0.00	\$0.00
Contracting Budget Supplement	\$0.00	\$0.31	\$0.05	\$0.00
Other Basic Health Services Project Spending	\$0.09	\$0.13	\$0.08	\$0.09
Government	\$0.20	\$1.20	\$1.37	\$1.16
NGO/Donation	\$0.06	\$0.19	\$0.06	\$0.10
Cost Recovery	\$0.10	\$0.14	\$0.03	\$0.01
TOTAL excluding Cost Recovery	\$4.42	\$3.02	\$1.59	\$1.36
Percentage of Comparison	278%	190%	100%	86%

Bushan et al. 2007. Contracting for Health: evidence from Cambodia.

PENEMPATAN-DISTRIBUSI

- Penempatan
 - Individual
 - Kelompok
 - Fixed-base
 - Mobile team
 - Floating, flying, ground, mixed
- Penambahan kewenangan:
 - Task-shifting

RETENSI

- Pendidikan
- Pelatihan berbasis web dan terakreditasi
- Insentif material:
 - Service requiring scholarship
 - Educational loans with service requirement
 - Loan repayment programmes
 - Direct financial incentive
- Wajib kerja dengan sistem kontrak
- Pengembangan potensi tenaga kesehatan lokal

IDENTIFIKASI WILAYAH

Distribusi	Terpencil	Perbatasan	Kepulauan
Statis	Daerah a, b	Daerah e, f	Daerah l, j
Dinamis	Daerah m, n	Daerah q, r	Daerah u, v

MATRIKS STRATEGI PEMERATAAN BERBASIS KARAKTERISTIK DAERAH

Peminatan	Masalah Kes	DTPK				Biasa
		Terpencil	Perbatasan	Kepulauan	Mixed	
Diminati	Dbk					
	Non dbk					
Tidak Diminati	Dbk					
	Non Dbk					

MATRIKS POLICY

National Policy for Under-served Area

Distribusi	Terpencil	Perbatasan	Kepulauan
Statis	Strategi A	Strategi B	Strategi C
Dinamis	Strategi D	Strategi E	Strategi F

1. TINDAK LANJUT OPERASIONAL: PENGEMBANGAN PEDOMAN

Distribusi	Terpencil	Perbatasan	Kepulauan
Dinamis			
Pedoman Distribusi Tenaga Kesehatan			
Statis			

REKOMENDASI

2. ANALISIS STAKEHOLDER

- Kementrian Keuangan, Kementrian Dalam Negeri, Kementrian Pendidikan dan Kebudayaan, Kementrian Pembinaan Aparatur Negara, Kementrian Pembangunan daerah Tertinggal, Kementrian Koordinator Kesejahteraan Rakyat,
- Badan Kepegawaian Negara, Badan Kepegawaian Daerah, Bappenas
- DPR
- TNI-POLRI
- KKI,
- LSM,
- Asosiasi Profesi, Asosiasi Rumah Sakit

CONTOH: IMPLEMENTASI TASK SHIFTING

1. Kementerian Kesehatan cq. Badan PPSDM Kesehatan sedang dalam proses menyiapkan Rancangan Permenkes mengenai Dokter Plus
 2. Peraturan KKI (Perkonsil) Nomor 48/KKI/PER/XII/2010 tentang Kewenangan Tambahan Dokter dan Dokter Gigi
 3. Nota Kesepahaman (MoU) antara Kementerian Kesehatan dengan IDI tentang Program Pendidikan dan Pelatihan Dokter dengan Kewenangan Tambahan dalam Program Dokter Plus yang ditandatangani pada tanggal 3 Maret 2011
 4. Permenks 148/2010 & 149/2010
- Diperlukan kerjasama dengan Asosiasi profesi

CONTOH (2): PERAN KEMENTRIAN LAINNYA

- Kemendagri melakukan pembinaan terhadap pemerintah daerah provinsi dan pemerintah daerah kabupaten/kota dalam distribusi dan pemanfaatan tenaga kesehatan di daerah
- Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi (Kemenpan-RB) berkoordinasi dengan Badan Kepegawaian Negara (BKN) dalam penyediaan formasi Pegawai Negeri Sipil (PNS) untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan.

3. PENGUATAN SISTEM MSDM NASIONAL

- Perencanaan
- Pengadaan
- Pendayagunaan
- Pembinaan dan Pengawasan





TERIMA KASIH