

Professionalisme Dokter dan Tantangannya di Lapangan: Fokus pada altruism dan self regulation

Andreasta Meliala; Laksono Trisnantoro

PMPK-FK UGM

Being Professional

- Medical professionalism: describes the skills, attitude, values and behaviors common to those undertaking the practice of medicine. It includes concepts such as: the maintenance of competence for a unique body of knowledge and skill set, personal integrity, altruism, ethic, accountability, and , dedication to self-regulation, and the exercise of discretionary judgement (Blackmer, 2007).

Agenda

- Latar Belakang
- Tujuan
- Kerangka Konsep
- Metode
- Hasil
- Diskusi

Latar Belakang (1)

Dokter (Spesialis) dalam Sistem Pelayanan Kesehatan

- Dokter spesialis adalah salah satu komponen utama dalam sistem pelayanan kesehatan
- Dalam sistem rujukan yang berlaku di Indonesia, dokter spesialis menjadi hilir dalam hirarki sistem rujukan
- Merujuk pada *continuum of care*, dokter spesialis memberikan pelayanan tingkat tertinggi dan memberikan rekomendasi untuk pelayanan paripurna

Latar Belakang (2)

- Tuntutan untuk menjadi dokter profesional dalam sistem kesehatan yang berkeadilan
- Pengembangan sistem kesehatan memerlukan peran Asosiasi Profesi karena Asosiasi Profesi adalah wadah para dokter untuk bisa mengatur “diri-sendiri” serta menjadi penghubung individu profesional dengan sistem kesehatan
- Pada beberapa workshop dan kajian internasional, peran Asosiasi Profesi masih dapat dikembangkan, terutama dalam **aspek keterlibatan**.

Isu Utama tentang 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
- Menunjukkan adanya masalah kemanusiaan/altruisme

Tujuan

Mengkaji profesionalisme dokter spesialis dengan fokus pada altruism dan self-regulation

Kajian melalui penelitian:

1. Tentang distribusi dokter spesialis

- Menggambarkan distribusi dokter spesialis (4 besar dan Anestesi) di Indonesia
- Mengukur hubungan antara sebaran rumah sakit dengan sebaran dokter spesialis tertentu
- Mengukur hubungan antara kapasitas fiskal dan jumlah penduduk provinsi dengan sebaran dokter spesialis tertentu

Tujuan (2)

2. Tentang Pendapatan

- Menggambarkan jumlah dan sumber pendapatan dokter dan dokter spesialis
- Mengidentifikasi sumber pendapatan dan proporsi pendapatan dokter dan dokter spesialis

3. Tentang Pola Praktek

- Menggambarkan pola praktek dokter

Tujuan (3): Untuk Didiskusikan

- Membahas peran asosiasi profesi dalam upaya mengatasi distribusi dokter spesialis yang tidak merata di Indonesia
 - Mengidentifikasi keterlibatan Asosiasi Profesi
 - Mengidentifikasi faktor yang bisa diintervensi oleh Asosiasi Profesi
 - Menggambarkan peran Asosiasi Profesi dalam model penyebaran dokter di Indonesia.

Metode Penelitian

Terdapat tiga sub penelitian:

Sub penelitian 1:

- Data yang berupa data sekunder jumlah dokter spesialis diambil dari Biro Kepegawaian Kementerian Kesehatan tahun 2010
- Data sekunder jumlah rumah sakit diambil dari Dirjen BUK Kementerian Kesehatan tahun 2008
- Data sekunder untuk kapasitas fiskal dan data demografik lainnya diambil dari Susenas

Sub-penelitian 2:

- Data primer tentang pendapatan dokter (besaran dan proporsinya)

Sub Penelitian 3:

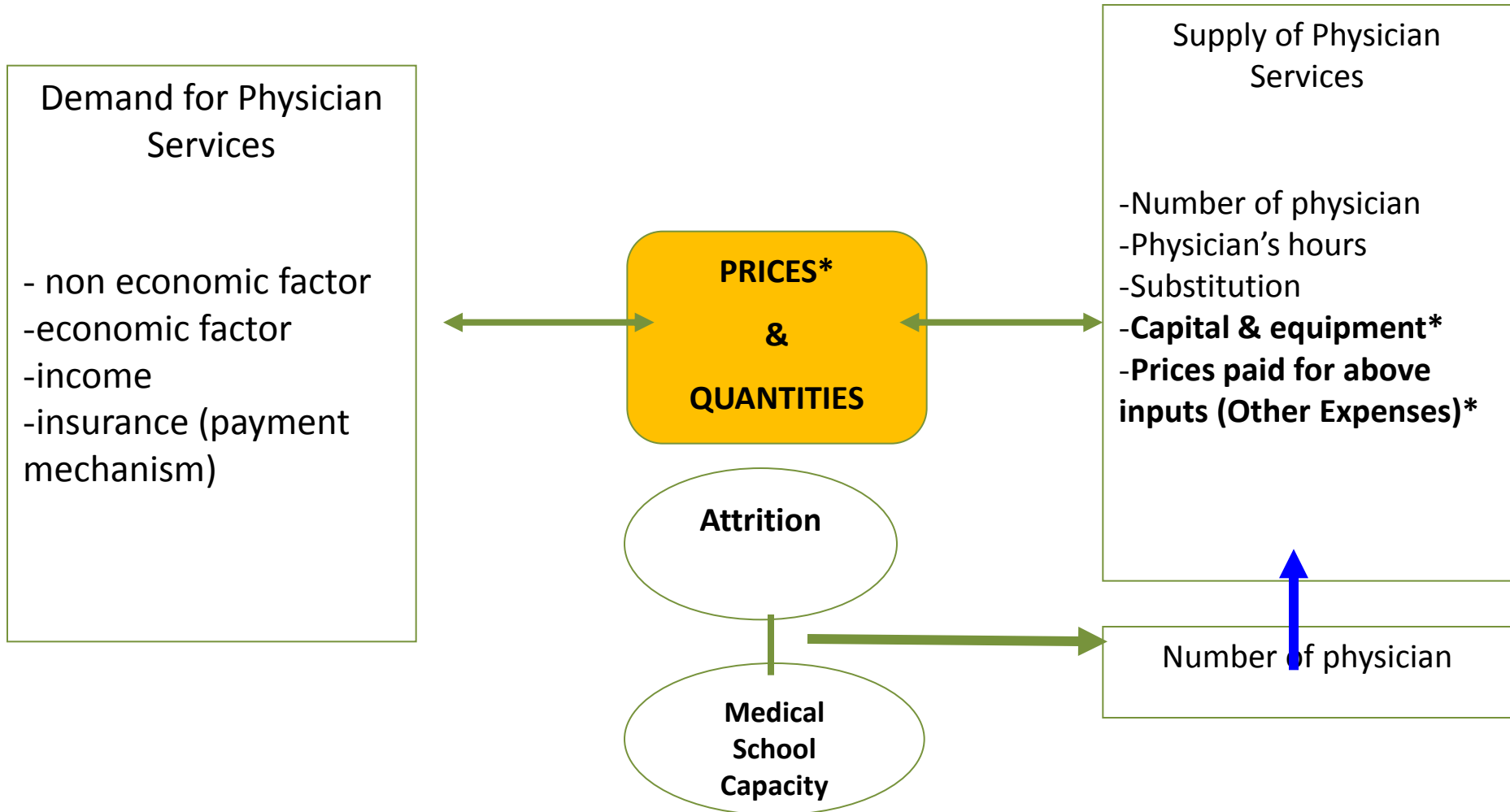
- perilaku dokter

Metode:

- Penelitian 1: cross sectional design dengan menggunakan data sekunder dari Kemenkes
- Penelitian 2: cross sectional design dengan menggunakan data primer dari 8 provinsi
- Penelitian 3: cross sectional design dengan data primer dari Provinsi X di Sumatera

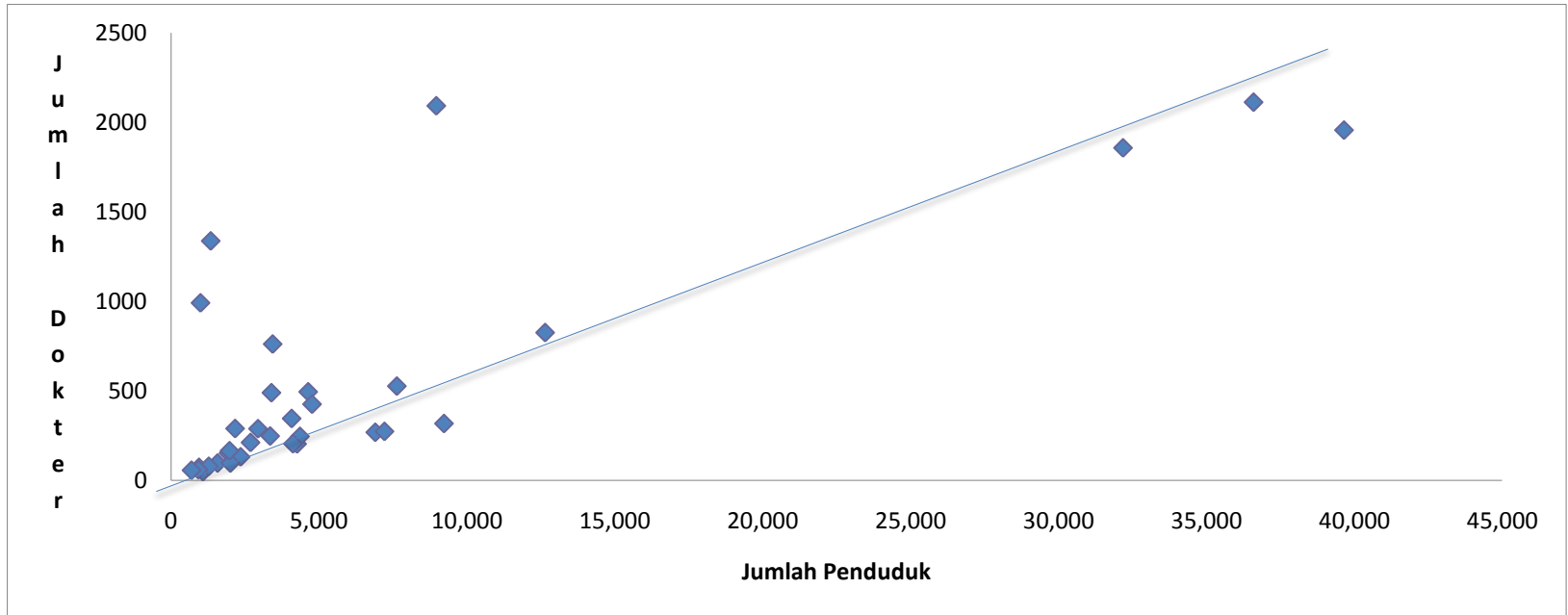
KONSEP YANG DIPERGUNAKAN

Konsep Distribusi Dokter



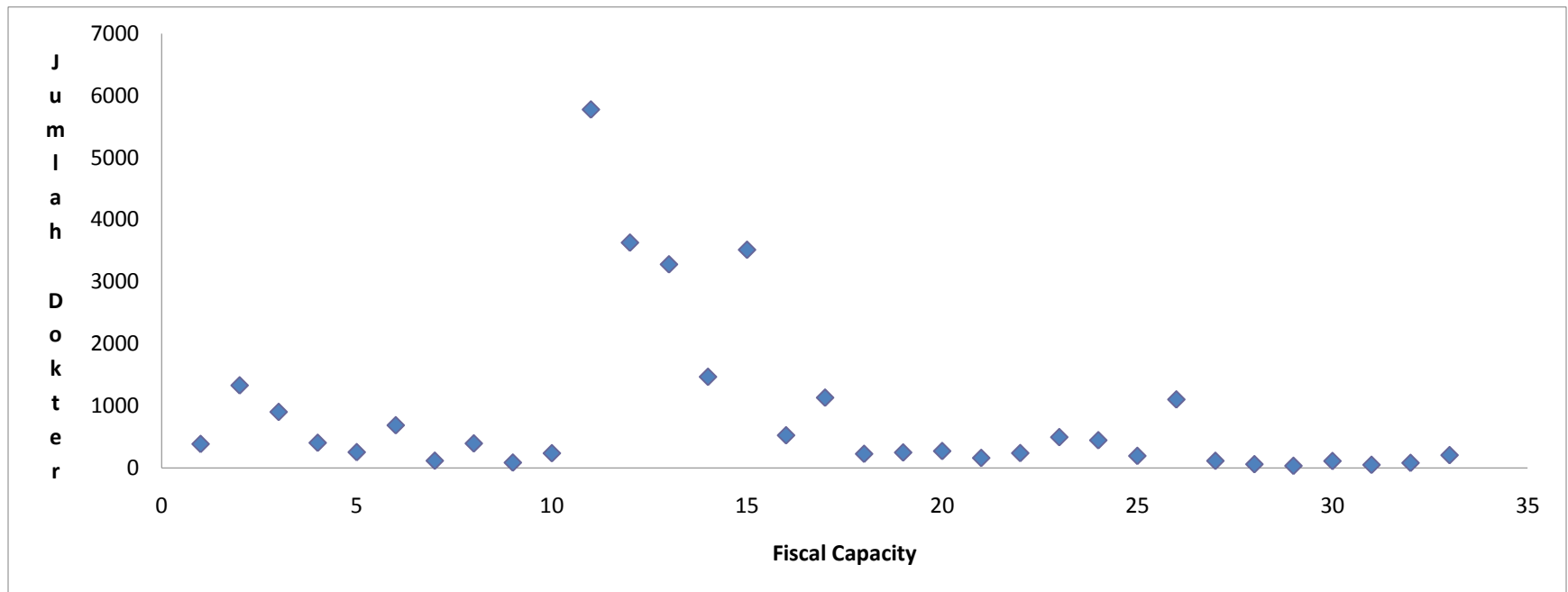
HASIL SUB-STUDI 1. DISTRIBUSI DOKTER SPESIALIS

Hubungan antara Jumlah Penduduk dengan Jumlah Dokter



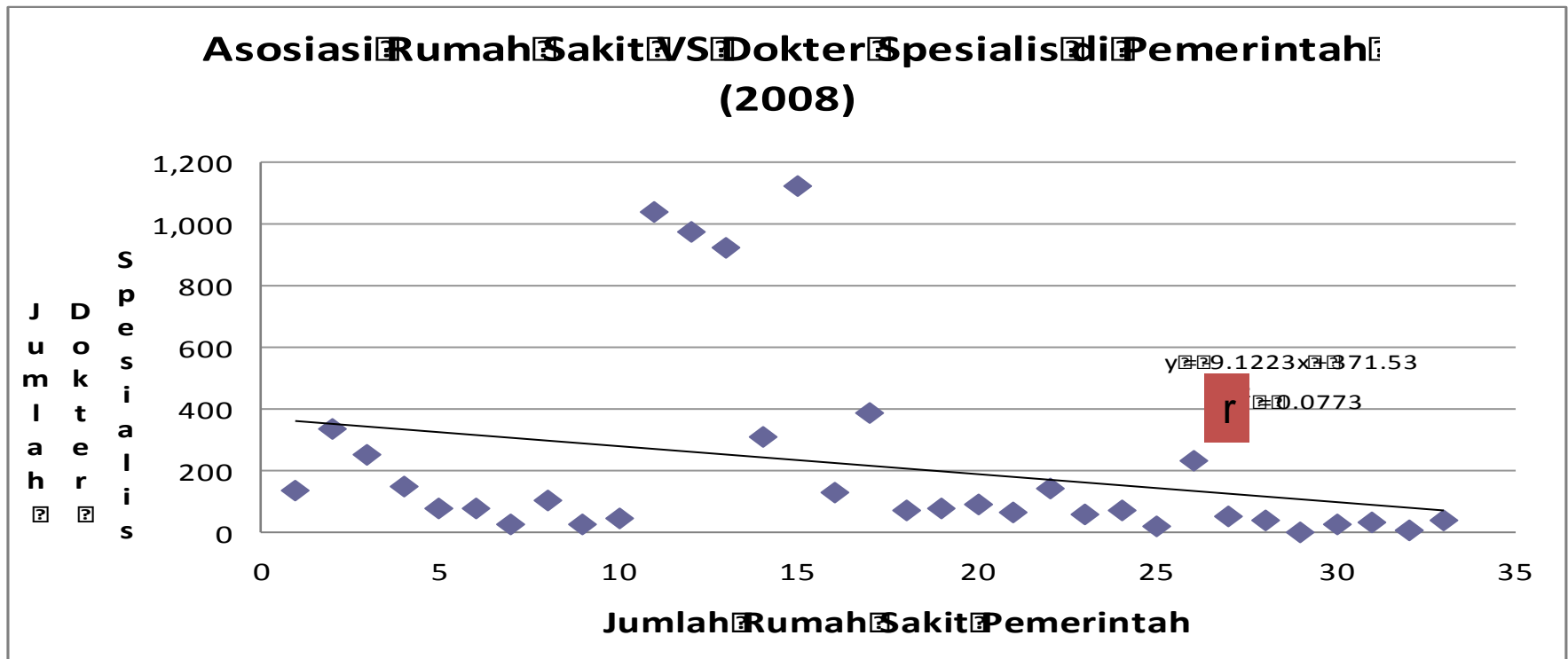
Grafik ini menunjukkan bahwa terdapat kecenderungan dokter akan berkumpul pada provinsi dengan jumlah penduduk yang besar. Garis hubungan menunjukkan adanya peningkatan jumlah dokter seiring dengan peningkatan jumlah penduduk pada setiap provinsi

Hubungan Sebaran Dr Spesialis dengan Kapasitas Fiskal Proovinsi



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 Sp



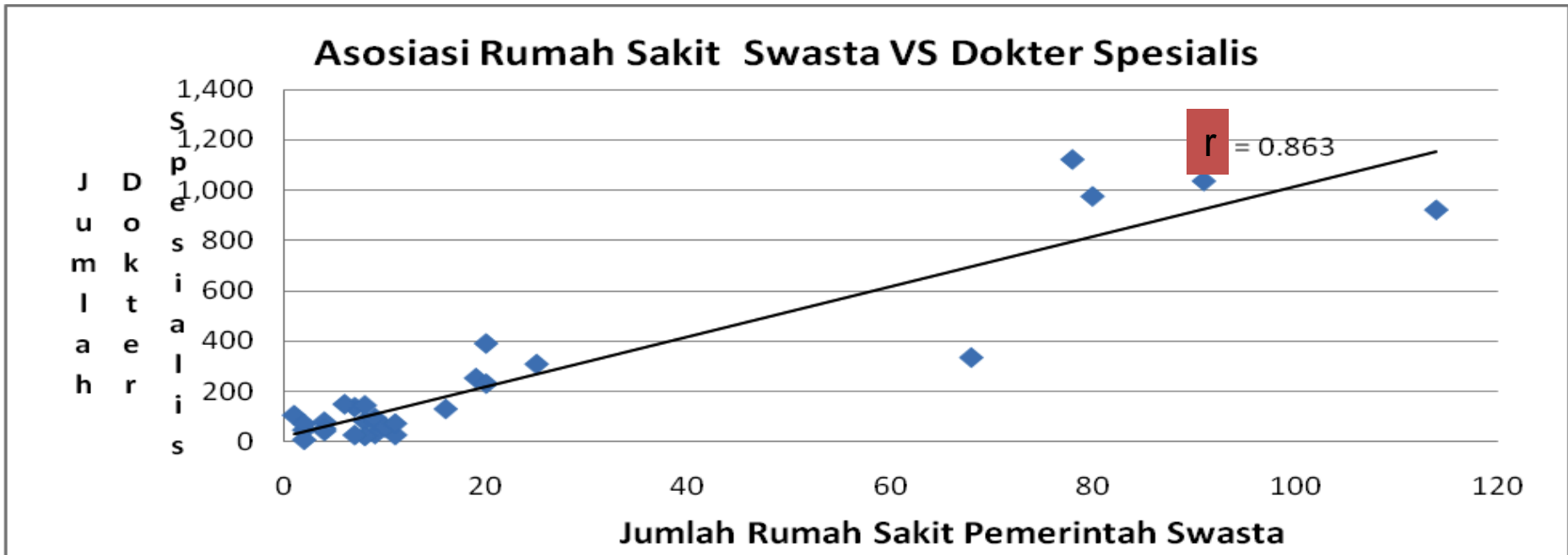
Grafik ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan negatif antara jumlah dokter dengan jumlah rumah sakit pemerintah. Semakin banyak rumah sakit pemerintah jumlah dokter spesialis tidak cenderung meningkat, bahkan menurun.

Sebaran Rumah Sakit Pemerintah dan Sebaran Dokter Spesialis



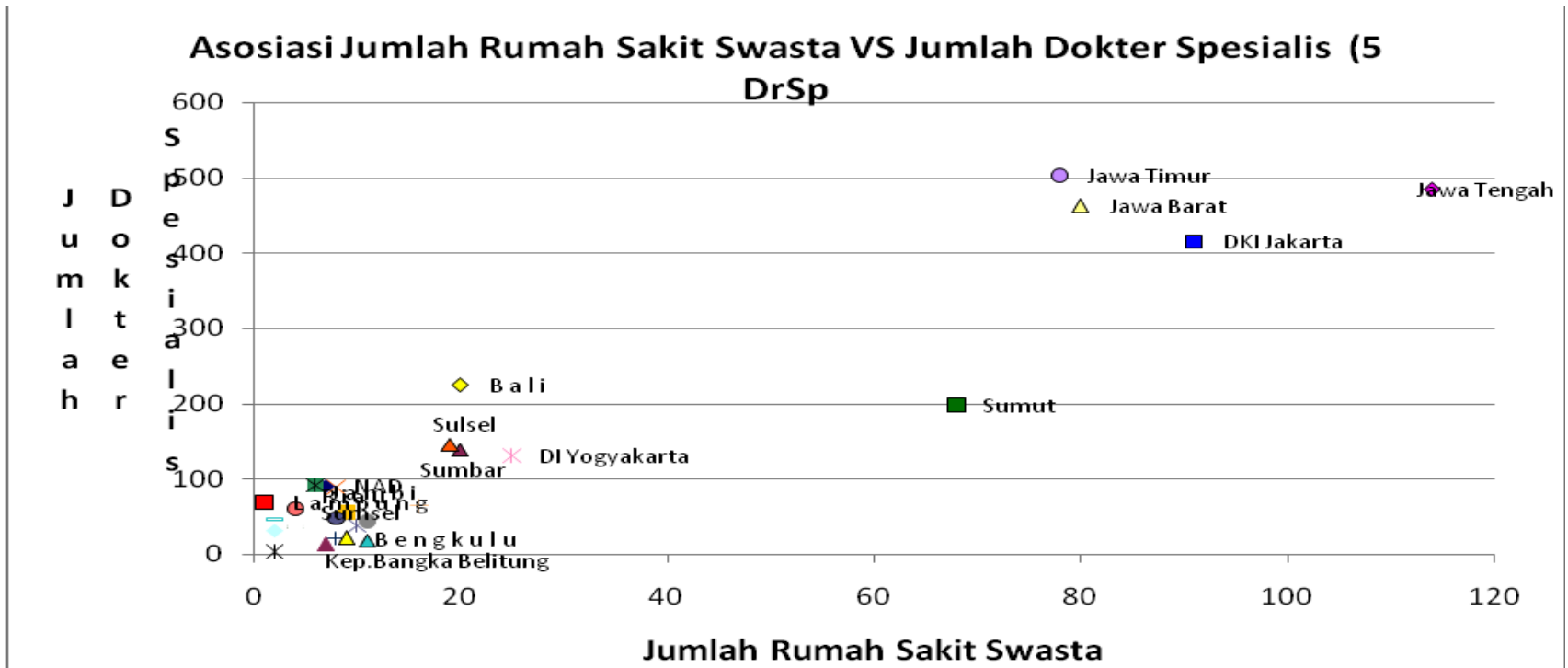
Grafik ini menunjukkan bahwa dokter spesialis cenderung berkumpul di RS Pemerintah di wilayah DKI, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, dan Sumatera Utara

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.

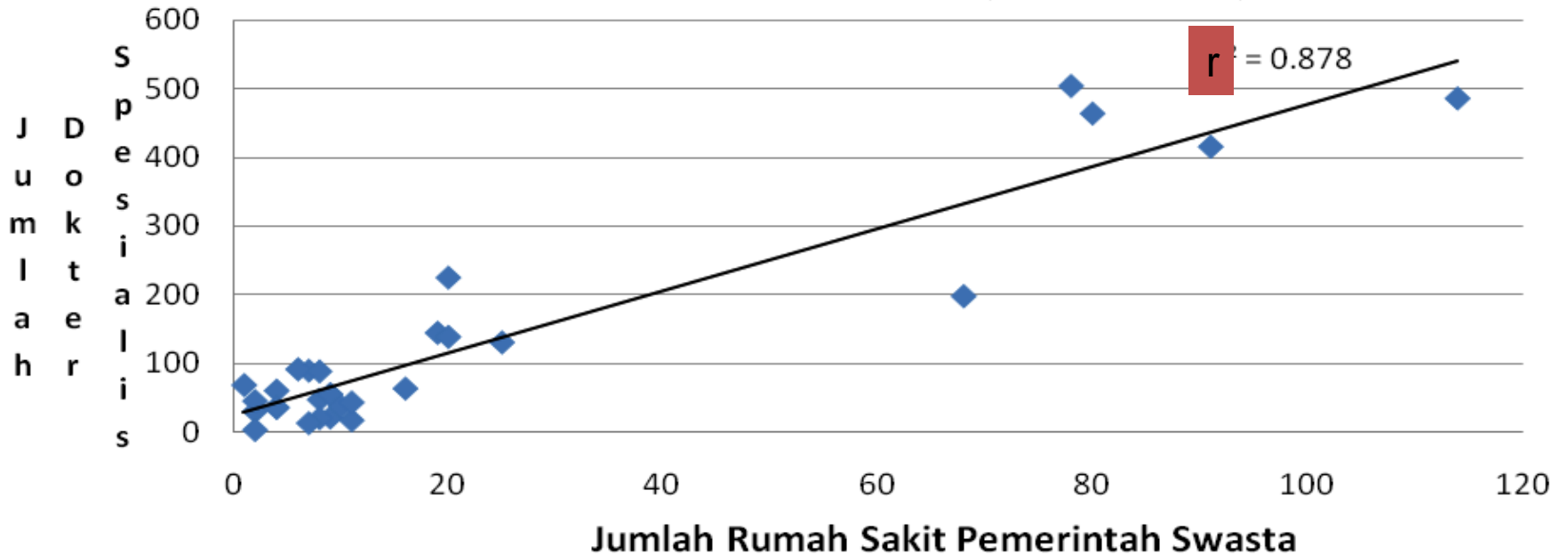
Sebaran Dr Spesialis (4+1) Besar



Grafik ini menunjukkan bahwa dokter spesialis (4+1) Besar cenderung berkumpul di RS Swasta di wilayah DKI, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, dan Sumatera Utara

Hubungan Jumlah RS Swasta dengan Jumlah Dr Spesialis (4+1) Besar

Asosiasi Rumah Sakit Swasta VS Dokter Spesialis (5 Spesialis)



Terdapat hubungan positif bermakna antara jumlah dokter spesialis (4+1) besar dengan jumlah rumah sakit swasta. Semakin banyak rumah sakit swasta maka semakin banyak pula jumlah dokter spesialis (4+1) besar.

PEMBAHASAN SUB-STUDI 1

Pembahasan *Demand Side*

- Distribusi dokter spesialis pemerintah belum merata, terutama untuk di area yang berpenduduk rendah dan tidak banyak tersedia institusi pelayanan milik swasta.
- Kecenderungan ini membuktikan bahwa keberadaan dokter spesialis berhubungan dengan adanya “demand”:
 - Jumlah penduduk yang besar membutuhkan lebih banyak dokter spesialis
 - RS Swasta membutuhkan dokter spesialis untuk menjalankan pelayanan

Pembahasan *Demand Side*

- RS Swasta memberikan daya tarik yang lebih besar oleh karena:
 - Fleksibilitas skema pembayaran jasa medis
 - Fleksibilitas waktu kerja (working-hours)
 - Fleksibilitas model kerja sama (misal: penyediaan alat)
 - Infrastruktur dan sub sistem pendukung lainnya yang lebih memadai
 - Kepemilikan RS Swasta yang memungkinkan dokter menjadi pemegang saham adalah daya tarik yang spesifik dari RS Swasta dibanding RS Pemerintah

Pembahasan Demand Side

- Besarnya kapasitas fiskal suatu daerah belum tentu menunjukkan banyaknya jumlah dokter spesialis.
- Provinsi dengan kapasitas fiskal yang besar belum tentu memiliki infra-struktur yang memadai sebagai penunjang kegiatan profesional dokter spesialis.
 - Teori Motivasi Herzberg menunjukkan bahwa dokter spesialis lebih memerlukan “kasus yang bisa ditangani” daripada “potensi pasar”. Karena dokter spesialis yang akan mengembangkan pasarnya sendiri (economic factors)
 - Kebutuhan sosial dokter dan keluarganya menjadi pertimbangan bagi dokter spesialis untuk menetapkan tempat kerjanya (Non economic factors).

Pembahasan *Demand side*

- Provinsi yang memiliki banyak rumah sakit pemerintah belum tentu diminati oleh dokter spesialis. Hasil penelitian menunjukkan hubungan yang negatif antara jumlah dokter spesialis dengan jumlah rs pemerintah
- Pelayanan di rumah sakit pemerintah masih tetap berjalan oleh karena tersedianya dokter spesialis (dalam jumlah yang sangat minimal) atau tersedia substitusi profesi (misalnya: perawat anestesi menggantikan dokter spesialis anestesi)

Pembahasan *Demand Side*

- Peraturan Pemerintah tentang standar ketenagaan dan pelayanan di rumah sakit tidak dipatuhi
 - Tersedia 4 dokter spesialis dasar dan penunjang
- Permintaan untuk memenuhi kebutuhan dokter spesialis tidak diajukan oleh banyak Pemerintah Provinsi dan Kabupaten oleh karena sebab yang belum jelas
 - Apakah terdapat “barrier to entry”?

Pembahasan *Supply Side*

- Capital yang disediakan oleh rumah sakit pemerintah untuk menunjang keberlangsungan pekerjaan profesional dokter spesialis menjadi salah satu penentu distribusi dokter
- Jika rumah sakit pemerintah tidak menyediakan “Tim medis yang profesional”, “Peralatan medis yang memadai”, “Obat dan bahan medis yang mutakhir”, “Skema pembayaran dokter yang menarik”, maka dokter spesialis cenderung akan menolak untuk bekerja secara profesional.

Pembahasan Supply Side

- Keberadaan dan jumlah dokter spesialis pemerintah tidak mengikuti rumus tertentu
 - Rasio dokter dengan penduduk
 - Rasio dokter dengan institusi pelayanan kesehatan (RS)

Pembahasan Produksi dan Migrasi

- Dalam penelitian ini belum dikaji hubungan antara kapasitas produksi Fakultas Kedokteran dengan distribusi dokter (dokter spesialis)
- Penelitian ini juga belum mengkaji migrasi dokter spesialis dan polanya

2. INCOME DOKTER

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

Source of Income & Proportion: GP

Fixed salary as a Civil Servant	19.4
Incentive (Public Hospital)	7.2
Private Salary (Private Hospital)	9.0
Private Incentive (Private Hospital)	29.0
Private Practice	19.5
Incentive from Pharmaceutical Ind., Lab, etc	1.3
Lecturing Fee	2.2
PT Askes (Insurance)	3.9
Jamsostek (Insurance)	0.3
Others	8.3

Source of Income & Proportion: Internist

Fixed salary as a Civil Servant	10,2
Incentive (Public Hospital)	5,2
Private Salary (Private Hospital)	16,2
Private Incentive (Private Hospital)	44,8
Private Practice	14,7
Incentive from Pharmaceutical Ind., Lab, etc	1,7
Lecturing Fee	0,5
PT Askes (Insurance)	0,0
Jamsostek (Insurance)	0,0
Others	6,8

Source of Income & Proportion: Surgeon

Fixed salary as a Civil Servant	8,9
Incentive (Public Hospital)	3,6
Private Salary (Private Hospital)	30,9
Private Incentive (Private Hospital)	28,0
Private Practice	6,7
Incentive from Pharmaceutical Ind., Lab, etc	2,7
Lecturing Fee	1,5
PT Askes (Insurance)	1,1
Jamsostek (Insurance)	0,0
Others	16,6

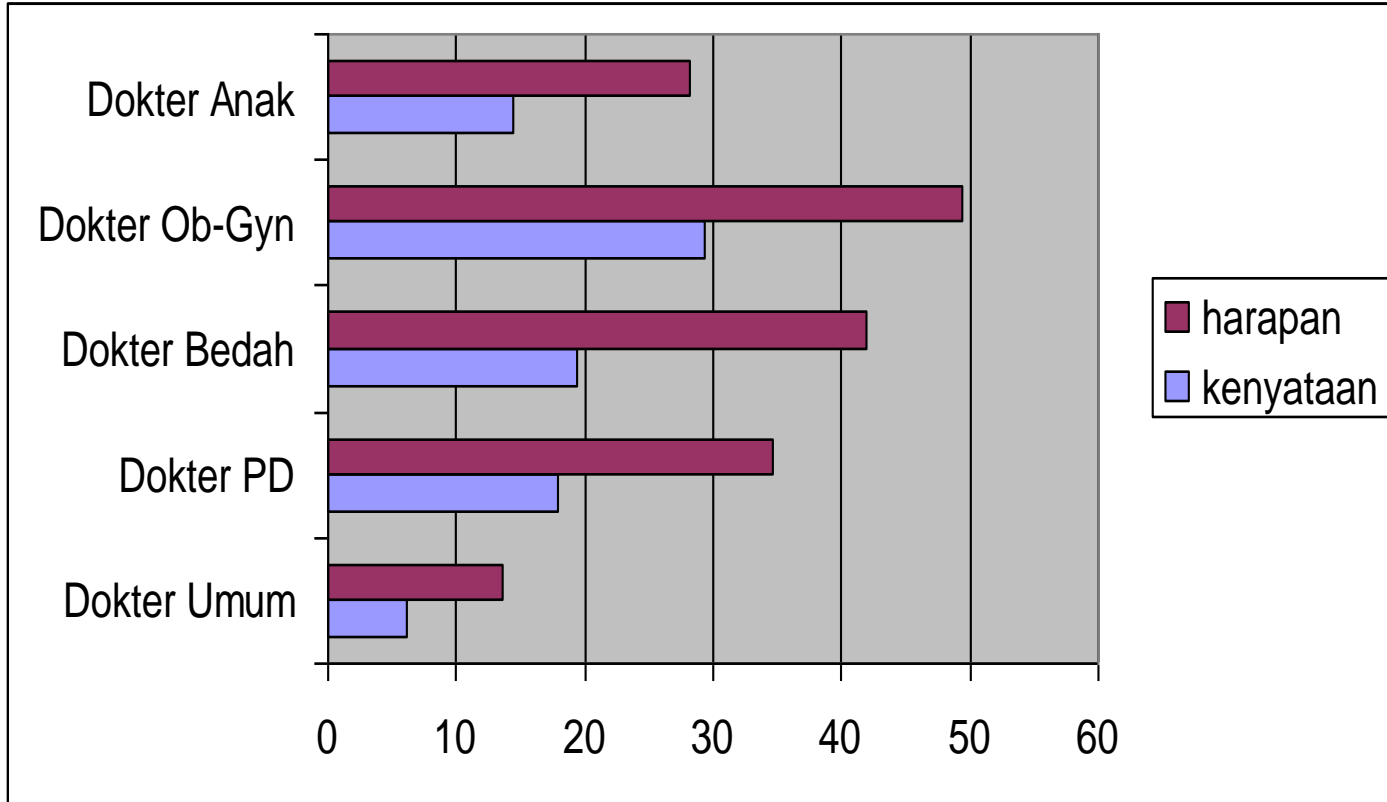
Source of Income & Proportion: Ob-Gyn

Fixed salary as a Civil Servant	6,6
Incentive (Public Hospital)	2,7
Private Salary (Private Hospital)	34,5
Private Incentive (Private Hospital)	33,5
Private Practice	13,2
Incentive from Pharmaceutical Ind., Lab, etc	2,0
Lecturing Fee	1,5
PT Askes (Insurance)	0,2
Jamsostek (Insurance)	0,2
Others	5,6

Source of Income & Proportion: Pediatrician

Fixed salary as a Civil Servant	11,4
Incentive (Public Hospital)	2,1
Private Salary (Private Hospital)	18,2
Private Incentive (Private Hospital)	44,3
Private Practice	15,3
Incentive from Pharmaceutical Ind., Lab, etc	1,0
Lecturing Fee	2,2
PT Askes (Insurance)	0,8
Jamsostek (Insurance)	0,1
Others	4,6

Gap Harapan dan Kenyataan



Pembahasan Studi 2

- Pendapatan banyak dari praktek swasta
- Pendapatan dari sistem asuransi kesehatan kecil sekali dibanding dari praktek.
- Di Inggris ketika sistem berubah ke jaminan, pendapatan dokter dijamin cukup, sehingga tidak ada “income shock”

Cont'd

- Menunjukkan pola pendapatan earning at risk, seperti artis. Tidak ada standar dan pola tertentu (Trisnantoro 2005)
- Kongsvedt (2005):
 - Penetapan jasa medis berdasar pada kemampuan masyarakat dan “biaya” dokter serta tarif kebiasaan yang berlaku saat ini
- Magnus (1999)
 - Terdapat 5 dimensi dalam penetapan JM, diantaranya: penghasilan saat ini dan kemampuan membayar institusi

Harapan atas Pendapatan

- Nicholson (2002)
 - Harapan dokter terhadap jasa medis telah “direncanakan” sejak menjadi mahasiswa
- Zismer (2000)
 - Komponen kemampuan dokter menjadi salah satu faktor dalam *fee setting*
- Gaynor et al (2001)
 - *Fee setting* sangat terkait dengan sistem pembiayaan

3. PERILAKU PRAKTEK

Dual Practice in Practice & Compliance to Medical Act

Specialist	Hospital		Private Practice	Total
	State	Non-State		
Specialist 01	1	2	2	5
Specialist 02	1	1	1	3
Specialist 03	1	2	1	4
Specialist 04	1	1	1	3
Specialist 05	1	3	1	5
Specialist 06	1	5	1	7
Specialist 07	1	3	1	5
Specialist 08	1	2	-	3
Specialist 09	1	2	2	5
Specialist 10	1	3	1	5
Specialist 11	1	4	1	6
Specialist 12	1	1	2	4
Specialist 13	1	4	-	5
Specialist 14	1	3	-	4
Specialist 15	1	1	1	3

Licensing Issue

Code for Specialist	Hospital		Private Practice	Total	L	No L
	State	Non-State				
Sp 01	1	2*	2	5	3	2
Sp 02	1	1	1	3	3	0
Sp 03	1	2	1	4	3	1
Sp 04	1	1	1	3	3	0
Sp 05	1	3*	1	5	3	2
Sp 06	1	5***	1	7	3	4
Sp 07	1	3*	1	5	3	2
Sp 08	1	2	-	3	3	0
Sp 09	1	2	2*	5	3	2
Sp 10	1	3*	1	5	3	2
Sp 11	1	4**	1	6	3	3
Sp 12	1	1	2*	4	3	1
Sp 13	1	4*	-	5	3	2
Sp 14	1	3	-	4	3	1
Sp 15	1	1	1	3	3	0

Working Hours

Practice Hours								
Sp	State hospital		Non-state hospital				Private Practice	
	Day	Time	Normal Working Hours		Outside of Normal Working Hours		Normal Working Hours	Outside of Normal Working Hours
			Day	Time	Day	Time		
Sp 01	Tuesday	11 ⁰⁰ -12 ³⁰	Saturday	10 ⁰⁰ -13 ⁰⁰	Monday, Wednesday	13 ⁰⁰ -17 ⁰⁰	09 ⁰⁰ -10 ³⁰	16 ³⁰ -19 ³⁰ 18 ⁰⁰ -19 ⁰⁰
Sp 02	Thursday noon	11 ⁰⁰ -12 ⁰⁰	-	-	-	-	-	17 ⁰⁰ -21 ⁰⁰
	Friday	10 ⁰⁰ -11 ⁰⁰	-	-	-	-	-	-
Sp 03	Thursday morning	10 ⁰⁰ -11 ³⁰	Monday to Friday	07 ³⁰ -08 ⁰⁰	Tuesday	17 ⁰⁰ -18 ⁰⁰	12 ⁰⁰ -14 ⁰⁰	18 ³⁰ -21 ⁰⁰
Sp 04	Monday	11 ⁰⁰ -12 ⁰⁰	Monday to Friday	08 ⁰⁰ -09 ⁰⁰	-	-	-	17 ⁰⁰ -21 ⁰⁰
	Wednesday	11 ⁰⁰ -12 ⁰⁰						
Sp 05	Saturday	11 ⁰⁰ -12 ³⁰	-	-	Monday to Saturday	16 ⁰⁰ -18 ⁰⁰	-	18 ³⁰ -20 ⁰⁰
Sp 06	Room ICU	11 ⁰⁰ -12 ³⁰	-	-	Thursday, Friday	17 ⁰⁰ -18 ⁰⁰	-	18 ⁰⁰ -22 ⁰⁰
					Monday to Saturday	14 ⁰⁰ -16 ⁰⁰		

PEMBAHASAN SUB-STUDI 3

Dual (Multi) Job Holding (Jan, 2005)

- 87% of health professional in developing countries supplemented salaries through second (third-fourth) job
- It would add 50% to 80% of their income
- Data di Indonesia (Trisnantoro, 2001):
 - Di rumah sakit tersedia rata-rata: 2,4 dokter spesialis 4 besar
 - Seorang dokter spesialis (4 besar) rata-rata bekerja di 4,25 rumah sakit

Pembahasan Multi Job Holding

Public

Private

Technical

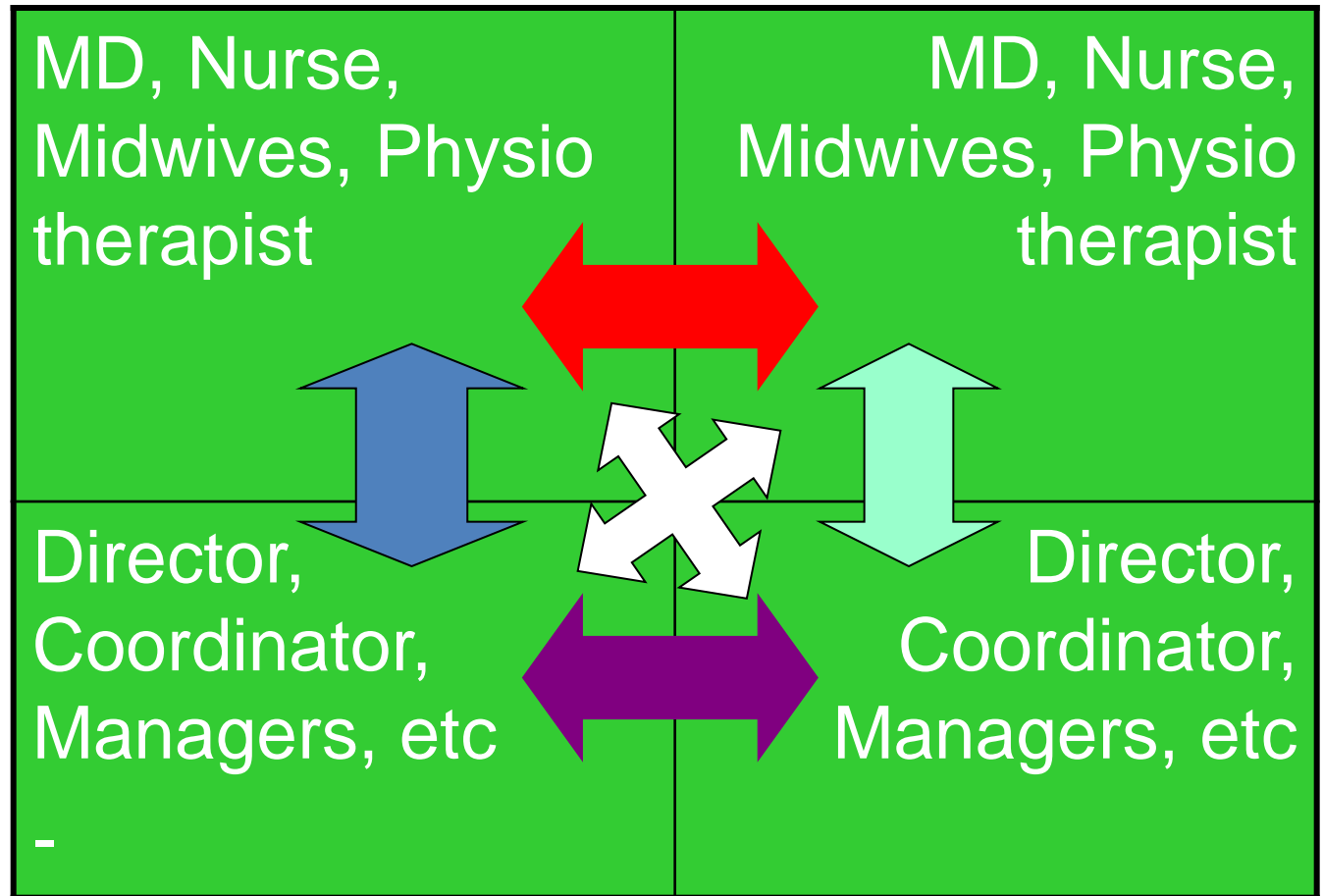
MD, Nurse,
Midwives, Physio
therapist

MD, Nurse,
Midwives, Physio
therapist

Administration

Director,
Coordinator,
Managers, etc
-

Director,
Coordinator,
Managers, etc



Enabling Factor (Jan et al. 2005)

- Lack of resources in public sector
 - Using private facilities to increase professional effectiveness and to earn more income
- Low payment:
 - Payment system
 - Regulated Fee-for-service & out-of-pocket
- Lack of internal regulation within the hospital
 - Self regulation?

Pembahasan Hasil Ketiga Penelitian

- Apakah ada altruisme di kalangan dokter spesialis?
- Apakah prinsip self-regulation ada dan telah dilaksanakan demi profesionalisme dan keselamatan pasien/masyarakat?

Altruisme: Belum kuat

Apakah ini salah para dokter spesialis? Tidak melulu salah dokter, karena:

- Aspek historis dan budaya
- situasi sistem kesehatan:
 - Pendapatan dokter rendah dari pemerintah;
 - Pihak asuransi kesehatan-Jamkesmas menetapkan fee rendah tanpa negosiasi dengan ikatan profesi
 - Tidak ada standar pendapatan profesi

Pengaruh Lingkungan dan Role-Modelling

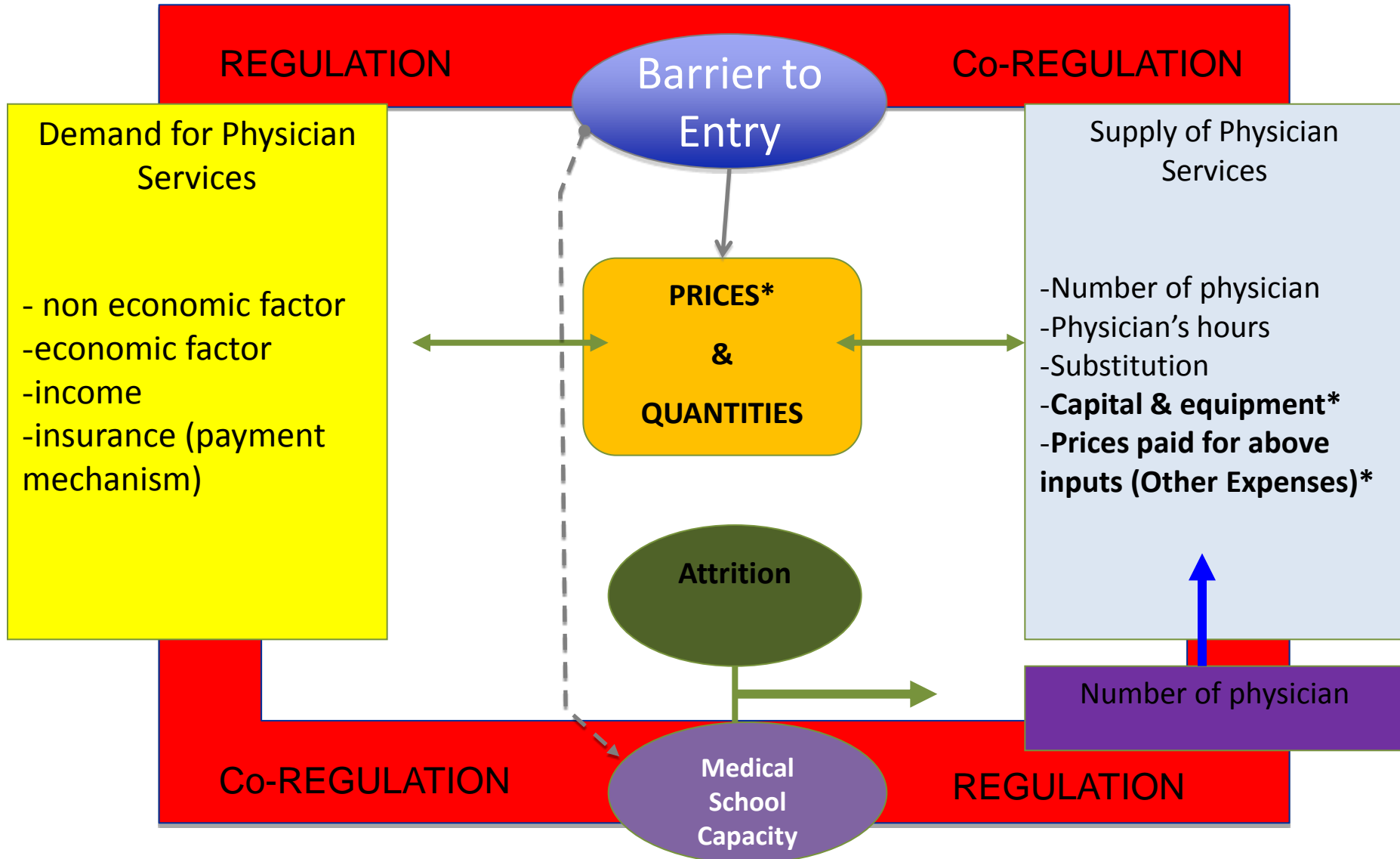
- Situasi lingkungan: konsumerisme. Tidak hanya dokter, tetapi juga profesi lain
 - B 1 KGH; B 1 US; AB 15 SC; (B 1 IDI)?
- Pendidikan Kedokteran dan Spesialisasi:
 - biaya tinggi dan dianggap investasi yang memberikan “return” tinggi
 - residen tidak dibayar sebagai tenaga dokter, sehingga pendidikan murni dianggap sebagai investasi

Self Regulation?

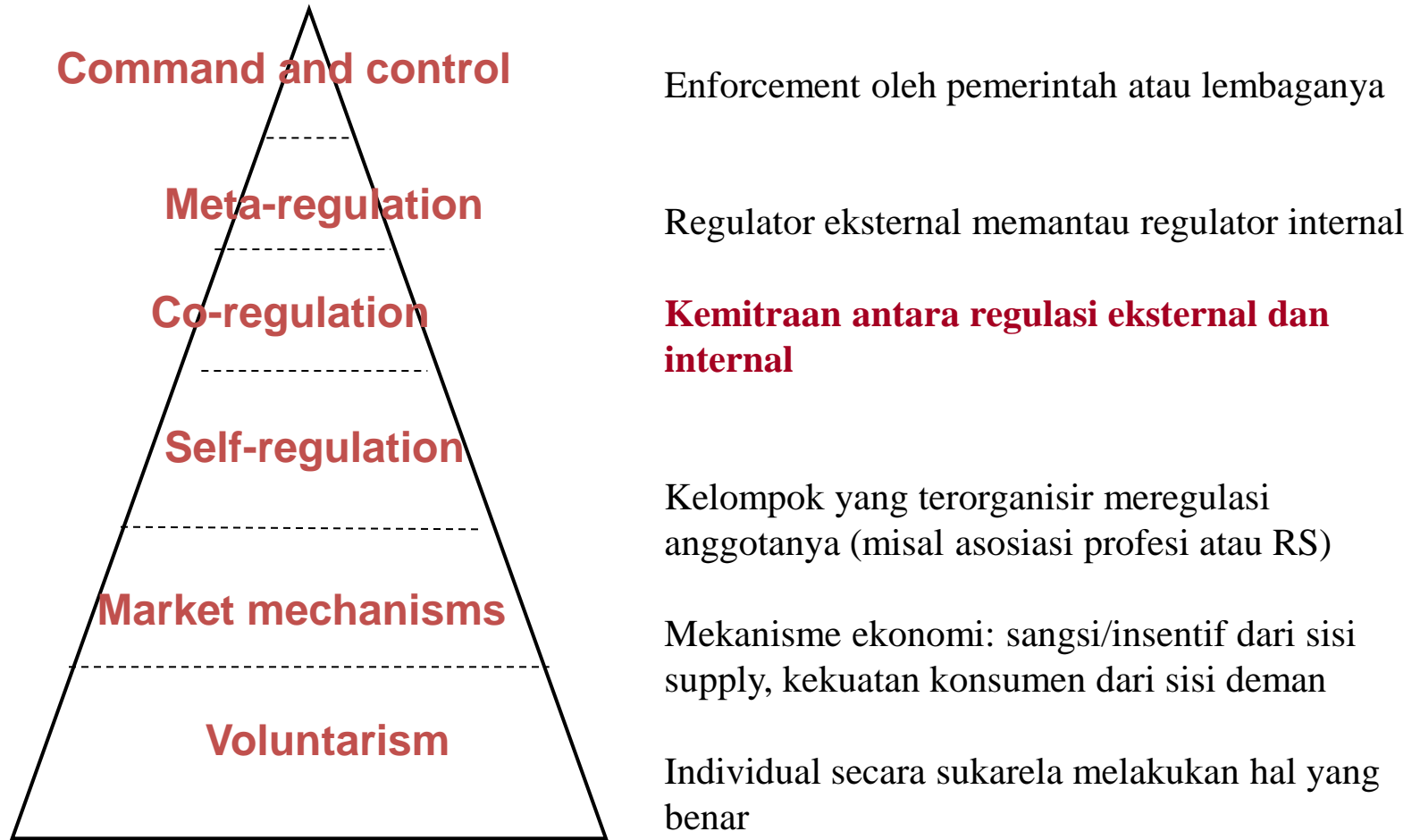
- Apakah bisa diandalkan?
 - Apakah organisasi profesi masih berlaku seperti “GUILD”

Accumulated Conceptual Framework (Fieldstein

1979; Blackmer, 2007; Prekker, 2008)



Responsive regulation



**Aktor dan mekanisme dalam piramida regulasi
(Healy, dalam ASM FK UGM 2011)**

Responsive Regulation

1. Aksi regulasi berupa model piramida – mulai dari yang bawah – pendekatan dari lunak ke tegas
2. Terdapat kapasitas untuk meningkatkan regulasi ke arah yang lebih tegas (lebih tinggi di piramidanya)
- 3 Menggunakan banyak aktor regulasi – satu seringkali tidak cukup
4. Menggunakan banyak mekanisme regulasi – satu seringkali tidak cukup
5. Membangun kekuatan– menggunakan dukungan/reward serta sangsi

Diskusi: Bagaimana solusinya?

- Meningkatkan Altruisme
- Meningkatkan self-regulation menuju co-regulation

Bagaimana Meningkatkan altruisme?

Catatan:

- Kalau pendapatan dari askes /jaminan terlalu kecil, ini berarti penindasan.
- Pertanyaannya seberapa tinggi pendapatan yang diinginkan berdasarkan regional?
- Apakah 40 juta sebulan untuk Obsgin di Nias cukup? Dengan catatan: pendapatan Bupati tidak lebih dari 25 juta. Pendapatan DPRD tidak lebih dari 18 juta.
- Apakah perlu menyiapkan kelompok spesialis yang bersedia bekerja dengan dibayar sesuai standar Jamkesmas yang manusiawi?

Bagaimana menangani self-regulation:

- Apa peran Organisasi Profesi?
- Apa peran Dinas Kesehatan?

Apakah melalui

- Education: CME, CPD
- Licensing: Recommendation for License to practice
- Regulation: co-regulation to replace self-regulation

TERIMA KASIH