

KEBIJAKAN UNTUK DAERAH DENGAN JUMLAH TENAGA KESEHATAN RENDAH

Ketidakmerataan distribusi tenaga kesehatan (khususnya, namun tidak terbatas pada dokter dan dokter spesialis) di Indonesia merupakan salah satu hambatan dalam upaya peningkatan akses terhadap layanan kesehatan. Tenaga kesehatan menumpuk di daerah urban sementara Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) mengalami resesi tenaga. Pemerintah Indonesia telah mencoba mengatasi hal ini dengan berbagai kebijakan. Situasi ini sebenarnya tidak hanya terjadi di Indonesia. Di Negara maju seperti Prancis pun, fenomena ini terjadi.

Menteri Kesehatan Prancis menyebutkan beberapa daerah di region-region pedalaman Prancis mengalami "*les déserts médicaux*" (gurun pasir tenaga kesehatan). Secara keseluruhan jumlah dokter di Prancis memang bertambah 30% dalam 20 tahun terakhir, ratio saat ini adalah 337 dokter per 100,000 penduduk. Prancis memiliki sistem *gatekeeping* yang ketat dan sistem kesehatan difokuskan pada akses terhadap dokter umum. Rata-rata jarak yang ditempuh untuk menemukan dokter umum adalah 5 km (8 menit dengan kendaraan). Hanya di region pedalaman tertentu saja (biasanya di daerah pegunungan) dibutuhkan waktu tempuh 15 menit berkendara untuk menemukan dokter umum, misalnya di region Alps atau Pyrenees.

Namun tidak berarti Prancis bebas dari isu distribusi tenaga medis. Densitas tertinggi ada di region urban Île-de-France (367 dokter per 100,000 penduduk), sementara terendah ada di pedalaman, misalnya di region Eure (118 dokter per 100,000 penduduk). Perbandingannya rata-rata adalah 1:2 untuk dokter umum (1 dokter di daerah pedalaman, 2 dokter di daerah urban), dan 1:8 untuk dokter spesialis (1 dokter spesialis di daerah pedalaman, 8 dokter spesialis di daerah urban). Akibatnya adalah tingginya antrian untuk konsultasi di daerah yang termasuk dalam *les déserts médicaux*, dibutuhkan waktu tunggu 18 hari untuk konsultasi dengan dokter anak, 40 hari untuk konsultasi dengan dokter obsgyn, dan 133 hari untuk dokter mata.

Hal ini diperparah dengan dua fakta, bahwa: 1) 25% dari jumlah dokter saat ini akan pensiun dalam 5 tahun ke depan, dan 2) hasil riset di kalangan mahasiswa kedokteran menunjukkan 63% mahasiswa

kedokteran tidak berniat untuk bekerja di daerah pedalaman. Pada bulan Desember 2012 lalu, Menteri Kesehatan Prancis mengumumkan bahwa pemerintah sedang membuat beberapa kebijakan baru untuk mengatasi hal ini. Pengumuman ini disampaikan dihadapan asosiasi walikota Prancis (AMF). Beberapa kebijakan lama yang bersifat *binding* dikoreksi dan akan diganti oleh kebijakan baru yang bersifat memberi insentif. Misalnya: 1) Tersedia alokasi untuk 200 dokter pemula yang akan ditempatkan di daerah pedalaman dengan gaji bersih €55,000/tahun untuk kontrak dua tahun (bandingkan dengan gaji bersih dokter pemula di rumah sakit yang adalah €40,645/tahun), 2) Penggunaan *véhicules santé pluri-professionnels* yaitu tim multiprofesi (dokter umum, ophthalmologists, cardiologists, perawat, physiotherapists) yang akan melayani daerah-daerah dengan akses terbatas, 3) Menciptakan profesi baru: *Agent Management And Interface* (AGI) sebagai tenaga administrative/kesekretariatan yang mengambil alih beban administrasi dari dokter di pedalaman. Tenaga AGI ini akan dibiayai sebagian oleh *sécurité sociale* dan sebagian oleh dokter, dan 4) Pembentukan komite nasional telemedicine untuk mendukung pelayanan di daerah pedalaman.

Pengumuman ini mendapat sambutan baik dari AMF. Sambutan baik juga datang dari berbagai asosiasi profesi dan asosiasi mahasiswa kedokteran, yang disampaikan melalui media social termasuk akun twitter milik Menteri Kesehatan. Beberapa minggu setelah itu, Menteri Kesehatan mengundang berbagai asosiasi profesi dan asosiasi mahasiswa kedokteran untuk melakukan dialog dan *brainstorming* mengenai rumusan kebijakan tersebut. Dialog tersebut, telah terkumpul beberapa usulan, antara lain: 1) Usulan untuk disediakannya insentif bagi dokter senior yang tertarik untuk pensiun di daerah pedalaman. Beberapa dokter senior telah mengemukakan keinginan mereka untuk memiliki kualitas hidup lebih baik di pedalaman, karena mereka ingin mengurangi beban kerja dan sudah tidak ingin lagi melayani 60-70 pasien per hari, 2) Usulan untuk mendelegasikan wewenang tindakan ke profesi tenaga kesehatan lain; hal ini mengantisipasi kesulitan menempatkan 1 dokter di setiap desa, dan 3) Usulan perbaikan

kondisi perumahan untuk dokter di daerah pedalaman, dan fasilitas di rumah sakit daerah yang perlu ditingkatkan (diusulkan untuk setara dengan rumah sakit pendidikan).

AMF juga menekankan keinginan mereka untuk dilibatkan dalam rencana implementasinya untuk lebih me'lokal'kan beberapa pendekatan yang terdapat dalam kebijakan nasional. AMF mengakui perlunya peran mereka dalam meningkatkan perekonomian lokal untuk lebih meluaskan lapangan kerja sehingga suami/istri dokter bisa memperoleh pekerjaan di daerah. Di sisi lain, AMF juga mengusulkan untuk lebih membatasi kebebasan dokter di daerah perkotaan untuk memilih skema dua (tariff di luar ambang *reimbursement* oleh *sécurité sociale*) untuk mengurangi kesenjangan pendapatan dokter di perkotaan dan dokter di pedalaman.

Sebagai catatan, tarif yang dikenakan dokter dan rumah sakit di Perancis untuk pelayanan apa pun terdiri dari tiga pilihan: 1) skema 1, yaitu tarif yang ditetapkan oleh *sécurité sociale*, artinya, pasien akan menerima *full reimbursement* dari biaya yang dikeluarkannya, 2) skema 2, yaitu tarif di atas ambang yang ditetapkan oleh *sécurité sociale*, artinya, pasien harus ditanggung sebagian oleh *sécurité sociale* dan sebagian lagi oleh asuransi pribadi, dan 3) skema 3, yaitu tarif *private*, artinya, pasien tidak menerima *reimbursement* apa pun dari *sécurité sociale*. Kebebasan dokter untuk memilih skema 2 dibatasi oleh beberapa persyaratan yang telah ditetapkan pada tahun 1998, tidak semua dokter diperbolehkan mengenakan skema 2. Sebagai gambaran, 92,3% dari dokter umum berada di skema 1, 6,8% berada di skema 2, dan hanya kurang dari 1% yang berada di skema 3 (di luar sistem *sécurité sociale*).

Pada sisi lain, pemerintah juga akan mengambil beberapa kebijakan pada tingkat Nasional untuk memperbaiki sistem *sécurité sociale* di tahun 2013 ini. Sebagai contoh, harga obat dan pemeriksaan lab akan turun sekitar 7%. *Sécurité sociale* juga mendorong dokter dan rumah sakit untuk lebih banyak menggunakan obat generik, dan *one-day surgery*. Peningkatan anggaran untuk *Sécurité Sociale* akan diambil dari kenaikan pajak tembakau dan pajak miras. Pada awal bulan Februari 2013, muncul reko-

mendasi pokja yang dibentuk di Senat untuk membahas kebijakan mengatasi *les déserts médicaux*. Rekomendasi tersebut bertolakbelakang dengan usulan yang disampaikan oleh Menteri Kesehatan pada bulan Desember 2012 lalu. Rekomendasi pokja lebih mengambil pendekatan '*coercive*', yaitu: 1) Membatasi praktek pribadi dokter yang telah melebihi jumlah tertentu di suatu daerah. Hal ini telah diterapkan untuk profesi medis lain (perawat, farmasi, fisioterapis, bidan, dll) dan telah terbukti meningkatkan penempatan perawat di daerah sebanyak 30% dalam 3 tahun terakhir, 2) Menetapkan wajib kerja di daerah selama minimal 2 tahun untuk dokter spesialis yang baru lulus, dan 3) Mulai mensosialisasi kepada mahasiswa kedokteran bahwa mereka akan menjalani wajib kerja di daerah apabila masalah *les déserts médicaux* tidak teratasi.

Pada Minggu lalu, Perdana Menteri Perancis telah menegaskan kembali komitmennya untuk mengambil kebijakan mengatasi masalah *les déserts médicaux* ini. Dari sudut pandang analisis kebijakan, dinamika dan dialog kebijakan yang terjadi di Perancis dalam hal ini cukup menarik untuk diikuti. Kita melihat berbagai aktor yang terlibat dalam mencoba mengatasi masalah *les déserts médicaux* di daerah pedalaman. Menarik pula untuk melihat *spectrum* kebijakan yang diambil dan saran yang diberikan oleh para aktor kebijakan ini.

Pada edisi Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia (JKKI) kali ini, beberapa artikel membahas kebijakan untuk penempatan tenaga kesehatan di daerah terpencil. Topik ini pula menjadi salah satu topik yang diangkat dalam *Annual Scientific Meeting* (ASM) di Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Jelaslah bahwa kita semua menyadari pentingnya mengambil langkah strategis untuk mengatasi masalah ini.

*) Semua data diolah dari situs Kementerian Sosial dan Kesehatan Perancis, dan dari *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques* (DREES).

Shita Listya Dewi

Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan