

BAB XII

TINJAUAN EKONOMI PERILAKU TENAGA MEDIS

12.1 Supply Dokter Spesialis di Indonesia

Dalam model *Circular Flow*, dikenal istilah pasar *input*, termasuk pasar tenaga kerja yang dibutuhkan oleh firma untuk menghasilkan jasa atau barang. Dengan mengacu pada model tersebut, tenaga dokter merupakan salah satu *input* untuk rumah sakit. Secara kenyataan akan timbul pasar tenaga dokter yang sesuai dengan prinsip-prinsip ekonomi. Apabila terjadi perilaku normal secara ekonomi, pada prinsipnya semakin besar pendapatan atau gaji yang ditawarkan oleh pasar, maka akan semakin banyak tenaga dokter yang masuk ke pasar tenaga dokter. Analisis mengenai pasar tenaga dokter sangat penting dalam manajemen rumah sakit. Berbagai model ekonomi rumah sakit Newhouse (1970), Pauly dan Redisch (1973), Harris (1997) menyebutkan bahwa peranan staf medik (dokter) bersifat dominan. Hal ini dapat dipahami karena dokter, khususnya para spesialis yang menentukan tingkat penggunaan dan tingkat biaya rumah sakit. Secara garis besar, golongan dokter di rumah sakit terbagi atas tiga golongan besar, yaitu: (1) kelompok spesialis yang mempunyai kemampuan dan wewenang klinis yang besar dan sangat berpengaruh terhadap staf medik dan paramedik; (2) kelompok dokter umum yang biasanya lebih berperan sebagai dokter di bagian admisi; dan (3) kelompok dokter yang menjabat sebagai direksi atau staf struktural rumah sakit. Pembahasan dalam bagian ini lebih banyak mengenai dokter spesialis.

Data mengenai jumlah dokter spesialis di Indonesia mengisyaratkan keadaan yang sangat memprihatinkan. Menurut data dari Depkes Republik Indonesia (30 Juni 1999), di Indonesia terdapat 1117 rumah sakit pemerintah dan swasta. Di dalam rumah sakit-rumah sakit tersebut bekerja 19,671 dokter. Dokter umum yang bekerja di rumah sakit ada 5971 orang, sedangkan residen sejumlah 4100 orang, dan spesialis berjumlah 9600 orang.

Penyebaran dokter lebih banyak di Jawa dibanding dengan luar Jawa. Di DKI Jakarta terdapat 2397 dokter spesialis (24,9% dari total spesialis di Indonesia). Sebagai gambaran dokter spesialis mata berjumlah 487 orang. Di DKI terdapat 124 orang, di Jawa Barat terdapat 63 orang, di Jawa Tengah 52 orang, di DIY 19 orang dan di Jawa Timur 73 orang. Dengan demikian, sekitar 67,9% jumlah dokter spesialis mata berada di Pulau Jawa. Khusus untuk dokter subspecialis, pertimbangan menjadi semakin tidak merata. Sebagai contoh, dokter spesialis bedah saraf di Indonesia berjumlah 64 orang; 18 orang di DKI dan 10 orang di Jawa Barat. Di Sumatera Barat terdapat 1 orang, sedangkan di Riau tidak terdapat satupun. Papua hanya mempunyai 5 orang dokter spesialis bedah (1 orang di RS Freeport), dan tidak ada dokter spesialis anestesi di rumah sakit pemerintah. Dokter spesialis anestesi berada di RS Freeport. Di Papua hanya terdapat satu orang dokter spesialis patologi klinik. Di Daerah Istimewa Nanggroe Aceh Darusalam, seorang dokter spesialis anestesi harus melayani sekitar 4 juta orang, sedangkan di DKI juga seorang dokter spesialis anestesi melayani 79.243 orang. Seorang dokter spesialis bedah saraf di Sumatera Barat melayani hampir 5 juta orang, sedangkan seorang dokter spesialis bedah saraf di DKI melayani 491.356 orang.

Di samping secara geografis tidak merata, rumah sakit swasta ternyata tidak mempunyai spesialis *full-timer* yang cukup. Data Depkes tahun 2000 menunjukkan hal yang menarik yaitu rumah sakit swasta besarpun kekurangan spesialis yang bekerja penuh waktu. Sebagai contoh, RS Charitas sebagai rumah sakit terbesar di Palembang mempunyai 15 orang dokter tetap yang terdiri atas: 7 orang dokter umum, 2 orang dokter spesialis bedah, 1 orang dokter

spesialis penyakit dalam, 1 orang dokter spesialis anak, 1 orang dokter kebidanan dan penyakit kandungan, 1 orang dokter spesialis patologi klinik, dan 1 orang dokter spesialis mata. Rumah Sakit MMC yang terkemuka di Jakarta mempunyai 14 orang dokter yang terdiri atas 12 orang dokter umum dan 1 orang dokter spesialis penyakit dalam. Rumah Sakit FK-UKI yang terkenal di Cawang sebagai pusat penanganan kecelakaan lalu lintas tol mempunyai 52 orang dokter yang terdiri atas 36 orang dokter umum, 2 orang dokter spesialis penyakit dalam, 1 orang dokter spesialis kedokteran jiwa, 2 orang dokter spesialis THT, 5 orang dokter spesialis radiologi, 1 orang dokter spesialis mata, 1 orang dokter spesialis kardiologi, 1 orang dokter spesialis saraf, 1 orang dokter spesialis bedah urologi, dan 2 orang dokter gigi spesialis.

Sebagai perbandingan RSUP Dr. Cipto Mangunkusumo mempunyai 1718 orang dokter yang terdiri atas: 20 orang dokter umum, 884 orang residen, 29 orang dokter gigi, 69 orang dokter spesialis bedah, 83 orang dokter spesialis penyakit dalam, 93 orang dokter spesialis anak, 68 orang dokter spesialis kebidanan dan penyakit kandungan, 36 orang dokter spesialis radiologi, 35 orang dokter spesialis anestesi, 22 orang dokter spesialis patologi klinik, 34 orang dokter spesialis saraf, 43 orang dokter spesialis mata, sampai ke 51 orang dokter gigi spesialis. RS St. Boromeus yang merupakan rumah sakit swasta terbesar di Bandung mempunyai 29 orang dokter, yang terdiri atas 16 orang dokter umum, dan 13 orang dokter spesialis. Namun, di RS Boromeus tidak terdapat dokter spesialis anestesi, dan hanya mempunyai 1 orang dokter spesialis kebidanan dan penyakit kandungan. Gambaran serupa terdapat di RS St. Elisabeth Semarang, RS Telogorejo Semarang, RS Adi Husada Surabaya, RS Surya Husada Denpasar yang semuanya merupakan rumah sakit swasta terkemuka di kota masing-masing.

Data dokter spesialis anestesi menunjukkan hal yang mengarah ke masa depan yang kurang menggembirakan. Di Indonesia terdapat 344 orang dokter spesialis anestesi (118 orang ada di Jakarta dan 42 orang di Jawa Barat) yang harus bekerja sama dengan para dokter spesialis yang melakukan operasi seperti dokter spesialis bedah (839

orang), dokter spesialis kebidanan dan penyakit kandungan (990 orang), dokter spesialis mata (487 orang), dokter spesialis THT (440 orang) dan dokter subspecialis seperti bedah saraf dan bedah urologi. Perbandingan antara jumlah spesialis anastesi dan dokter yang membutuhkan pelayanan narkose sebagai komplemen ternyata sangat rendah sehingga berakibat rendahnya jumlah operasi dan jenis teknologi anastesi yang ditangani dokter spesialis anastesi. Keadaan ini menimbulkan dampak lebih lanjut berupa semakin sulitnya perkembangan operasi yang membutuhkan dukungan tenaga dan peralatan anesthesi yang canggih. Dari jumlah tersebut, rumah sakit swasta dan TNI-POLRI hanya memiliki sekitar 24% dari seluruh dokter spesialis anesthesi. Kekurangan dokter spesialis anesthesi ini dikhawatirkan akan mengundang para dokter spesialis anesthesi asing masuk ke Indonesia.

Data jumlah dan penyebaran dokter spesialis di Indonesia menunjukkan adanya krisis dalam produksi, pemberian insentif dan penempatan dokter spesialis. Sebagai perbandingan, menurut data dari Yayasan Satrio di Jakarta, jumlah dokter spesialis bedah di Thailand dan Filipina 6000 orang, dokter spesialis kebidanan dan penyakit kandungan 4000 orang, dokter spesialis penyakit dalam 5000 orang, dan dokter spesialis anesthesi 3000 orang. Di Filipina seorang dokter ahli kebidanan dan kandungan bahkan menjadi Kepala Puskesmas.

Provinsi yang secara ekonomi kuat tetapi memprihatinkan dalam pengembangan dokter spesialis di rumah sakit swasta adalah Sumatera Barat dan Bali. Keadaan ini tidak dapat dilepaskan dari sejarah rumah sakit swasta di Sumatera Barat dan Bali yang tidak mempunyai rumah sakit swasta besar peninggalan zaman kolonial. Sebagian besar rumah sakit di Padang dan Denpasar didirikan oleh para dokter spesialis sendiri. Dengan menggunakan analisis berdasarkan model *Pauly* dan *Redisch* dapat dipahami bahwa pola seperti ini mengurangi peningkatan jumlah dokter spesialis di rumah sakit swasta.

12.2 Beberapa hal penting dalam *supply spesialis*

Penyebaran spesialis sangat kurang di daerah-daerah yang terpencil dan tidak mempunyai daya tarik secara ekonomi untuk penempatan dokter spesialis. Hal ini mencerminkan perilaku normal dalam pasar tenaga kerja. Hasil penelitian oleh Trisnantoro (2001) menyebutkan bahwa semakin besar ekonomi di suatu wilayah, maka semakin banyak tersedia dokter spesialis. Hubungan ini sangat kuat. Dari 26 provinsi dan 297 kabupaten di Indonesia telah dilakukan analisis terhadap berbagai faktor yang diduga dapat berperan terhadap penyebaran dokter spesialis di Indonesia seperti terlihat pada

Tabel 12.1 Hubungan antara PDRB Tingkat Propinsi dan Persentase Penduduk Miskin dengan Penyebaran Spesialis

No	Jenis Spesialis	Hubungan dengan PDRB	Hubungan dengan persentase jumlah orang miskin
1	Spesialis Bedah Umum	$r = 0,940$	$r = -0,355$
2	Spesialis Penyakit Dalam	$r = 0,890$	$r = -0,358$
3	Spesialis Obstetri dan Ginekologi	$r = 0,921$	$r = -0,332$
4	Spesialis Anak	$r = 0,894$	$r = -0,328$
5	Spesialis Mata	$r = 0,919$	$r = -0,337$
6	Spesialis THT	$r = 0,902$	$r = -0,326$
7	Spesialis Jiwa	$r = 0,876$	$r = -0,332$
8	Spesialis Saraf	$r = 0,890$	$r = -0,319$
9	Spesialis Kulit-Kelamin	$r = 0,871$	$r = -0,321$
10	Spesialis Radiologi	$r = 0,916$	$r = -0,311$
11	Spesialis anestesi	$r = 0,854$	$r = -0,341$
12	Spesialis Patologi Klinik	$r = 0,923$	$r = -0,327$
13	Spesialis Patologi Anatomi	$r = 0,882$	$r = -0,357$
14	Spesialis Jantung	$r = 0,744$	$r = -0,340$
15	Spesialis Paru	$r = 0,858$	$r = -0,271$
16	Spesialis Bedah Saraf	$r = 0,875$	$r = -0,355$
17	Spesialis Bedah Orthopaedi	$r = 0,968$	$r = -0,316$
18	Spesialis Bedah Urologi	$r = 0,907$	$r = -0,302$
19	Spesialis Forensik	$r = 0,812$	$r = -0,210$
20	Spesialis Rehabilitasi Medik	$r = 0,856$	$r = -0,311$

Tabel 12.1. Faktor yang dihubungkan adalah Produk Domestik Regional Bruto untuk mengukur besarnya keadaan ekonomi di suatu wilayah dan jumlah orang miskin.

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa jumlah dokter spesialis rata-rata memiliki hubungan positif kuat ($r > 0,80$) dengan PDRB suatu daerah. Hasil analisis yang lebih mendalam di tingkat kabupaten juga menunjukkan hal yang serupa yaitu $r > 0,80$ untuk semua jenis bidang spesialisasi. Hal ini berarti semakin tinggi pendapatan regional domestik bruto suatu daerah akan semakin banyak pula dokter spesialis yang bekerja di daerah tersebut (Connor, 1995). Sementara itu, apabila dihubungkan dengan persentase penduduk miskin, maka akan didapatkan hasil hubungan yang negatif (berhubungan terbalik). Hal ini dapat diartikan bahwa semakin banyak persentase penduduk miskin di suatu daerah akan semakin sedikit dokter spesialis yang bekerja di daerah tersebut. Hasil data ini memang menegaskan bahwa profesi dokter spesialis bersifat seperti profesi lain, dengan faktor ekonomi dan kesejahteraan hidup merupakan hal yang penting.

Akan tetapi, faktor ekonomi bukan satu-satunya faktor yang membuat dokter betah bekerja di rumah sakit, sebagaimana gambaran di RSUD Y (Bukit dkk., 2003). Sebagai rumah sakit satu-satunya di Kabupaten X, sebuah kabupaten di pelosok Sumatera, RSUD Y menjadi tumpuan dan harapan masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan, terutama pelayanan medis spesialis. Hal ini dapat dilihat apabila dokter spesialis hadir maka masyarakat yang datang berobat meningkat jumlahnya. Tetapi bila dokter spesialis tidak hadir atau tidak berada di tempat maka masyarakat yang datang berobat ke rumah sakit jumlahnya menurun. Data pada rekam medik RSUD X menunjukkan bahwa pada bulan Januari 2000, jumlah dokter spesialis tiga orang, jumlah pasien rawat jalan menjadi 808 orang dan pasien rawat inap menjadi 153 orang. Sedangkan pada bulan Februari 2000, dokter spesialis tidak ada, maka jumlah pasien rawat jalan menurun tajam menjadi 631 orang dan diikuti dengan jumlah pasien rawat inap menurun menjadi 120 orang serta pasien yang dirujuk ke ibukota provinsi meningkat menjadi 42 orang.

Dokter spesialis yang bekerja di RSUD Y pada umumnya tidak pernah menyelesaikan masa Wajib Kerja Sarjana (WKS), artinya belum selesai masa kerja 4 tahun (masa WKS), mereka pindah karena alasan-alasan yang beragam. Data bagian kepegawaian RSUD Y menunjukkan bahwa dokter spesialis lainnya paling lama bekerja di RSUD Y selama 2 tahun dan bahkan ada yang bekerja hanya 1 tahun. Alasan paling banyak kepindahan mereka karena tidak betah bekerja di RSUD Y.

Melihat kenyataan tersebut maka pemerintah daerah pada tahun 1999 memberikan berbagai fasilitas untuk membuat dokter spesialis tersebut betah bekerja dan diharapkan akan memberikan kepuasan kerja. Fasilitas-fasilitas yang diberikan pemerintah daerah untuk dokter spesialis berupa rumah dinas, mobil dinas, dan insentif (uang betah) Rp 1.500.000/bulan. Tetapi usaha yang dilakukan pemerintah daerah tersebut tampaknya belum memberikan pengaruh yang signifikan karena dokter spesialis masih juga pergi meninggalkan Kabupaten Bengkulu Selatan.

Beberapa pertanyaan penting mengenai kepuasan kerja ini muncul. Apakah memang faktor ekonomi berperan dalam hal ini? Setelah diteliti oleh Bukit, Trisnantoro dan Meliala (2003) ternyata banyak masalah yang mempengaruhi kepuasan kerja. Masalah-masalah tersebut antara lain, hubungan dokter-pasien, fasilitas rumah sakit, hubungan dengan teman sekerja, rasa aman dalam melakukan pekerjaan, pendapatan yang diperoleh, fasilitas yang diterima dari rumah sakit, karakteristik pekerjaan, keberadaan dan pengakuan profesi di rumah sakit, keluarga, hingga ke masalah karier.

Dengan demikian, aspek ekonomi hanya merupakan salah satu dari berbagai faktor yang menyebabkan dokter tidak betah tinggal di pedalaman. Dalam hal faktor ekonomi, dokter spesialis menyatakan hal-hal (1) insentif yang diterima masih kurang dan sering terlambat dibayarkan; (2) jasa medis yang diterima terlalu kecil dan sistem pembagian juga belum jelas. Rumah sakit harus mempunyai aturan baku dalam pembagian serta harus mempunyai sistem penilaian pemberian jasa. (3) perda tarif dokter spesialis RSUD Y masih terlalu kecil yang disebabkan oleh adanya kesalahan sistem pembuatannya.

Alasan penting di luar faktor ekonomi adalah masalah pendidikan anak-anaknya. Menurut dokter, kabupaten Y tertinggal dalam hal kemajuan teknologi sehingga wawasan dan rasa ingin tahu anak berbeda dengan anak-anak yang tinggal di kota-kota besar. Di samping itu, jenjang karier juga merupakan hal penting dalam pertimbangan untuk betah tinggal atau tidak. Penelitian Bukit dkk (2003) menunjukkan bahwa keadaan ekonomi daerah miskin terkait dengan berbagai faktor lain yang membuat dokter tidak betah untuk bekerja di daerah tersebut. Hasil akhirnya adalah penyebaran dokter yang tidak merata.

Hal menarik lainnya adalah adanya kenyataan di kota-kota besar terjadi perangkapan kerja dokter spesialis di rumah sakit swasta. Hal ini berarti akan terjadi *time-cost* untuk perpindahan tempat para dokter spesialis, kesulitan pasien bertemu dengan dokter spesialis, kesulitan manajer rumah sakit melakukan pengelolaan SDM, serta kesulitan para dokter spesialis sendiri untuk melakukan *team-work*. Data jumlah dokter spesialis menunjukkan bahwa banyak rumah sakit swasta yang kekurangan tenaga dokter, sehingga para dokter diambil dari rumah sakit pemerintah.

Dalam beberapa dekade sebelum desentralisasi, penyebaran dokter spesialis dilakukan secara sentralisasi oleh Departemen Kesehatan RI. Akibatnya, rumah sakit swasta dan pemerintah daerah tidak melakukan proses rekrutmen dokter spesialis secara penuh. Dampak berikutnya, suatu keadaan yang tidak universal secara manajerial karena terjadi kesulitan untuk mengelola tenaga dokter spesialis. Di rumah sakit pemerintah, direksi rumah sakit dan komite medik tidak mempunyai otonomi dalam merekrut dan memberhentikan spesialis.

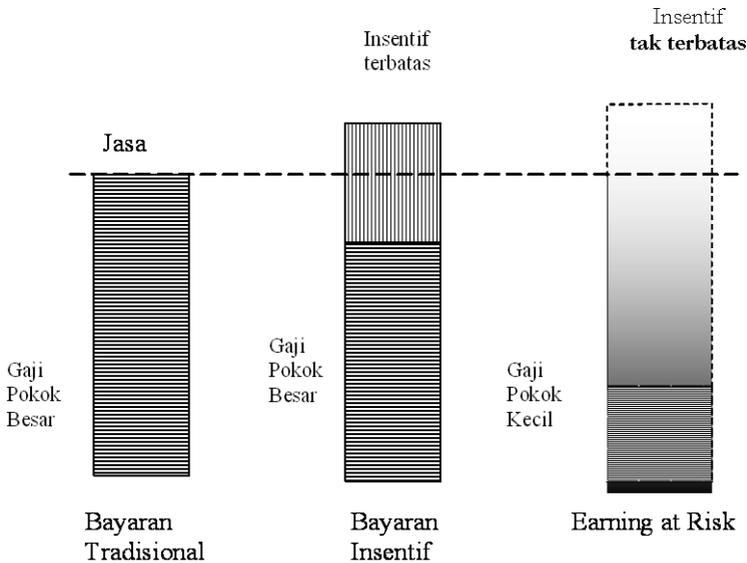
Di beberapa bidang spesialis, jumlah dokter spesialis yang sedikit dapat mengarah ke model kartel dalam usaha. Hal seperti ini dihindari di Amerika Serikat (Dranove dan White, 1996). Alasannya, jika ada kartel, maka pendapatan anggota kartel akan ditentukan oleh kelompoknya sendiri dan bukan untuk kesejahteraan masyarakat. Jumlah yang sedikit ini mencolok sekali terdapat pada kelompok spesialis anastesi.

12.3 Pendapatan dan perilaku spesialis

Dari segi ekonomi pendapatan kelompok dokter umum relatif jauh lebih rendah dibandingkan dengan para spesialis atau dokter yang merangkap di manajemen. Akan tetapi, pada rumah sakit kabupaten atau pedalaman, peranan dokter umum masih sangat terasa. Sebagian besar rumah sakit jika dibandingkan dengan dokter umum, pendapatan spesialis memang lebih besar. Definisi pendapatan dokter spesialis dalam bab ini adalah:

“Seluruh pendapatan yang didapatkan dari profesinya sebagai spesialis yang meliputi gaji, pendapatan dari *fee-for-service* praktik pribadi dan di rumah sakit, serta pendapatan kapitasi dari asuransi kesehatan”.

Saat ini dokter spesialis di rumah sakit pemerintah Indonesia mempunyai sistem pembayaran yang dinilai sebagai *Earning at Risk*, yaitu gaji pokok seorang dokter spesialis berada jauh di bawah



Gambar 12.1 Berbagai jenis Kompensasi

gaji pokok dokter spesialis internasional. Secara diagram, kompensasi yang diterima dokter spesialis di Indonesia dapat dilihat pada Gambar 12.1.

Gambar 12.1 menunjukkan bahwa dokter spesialis di Indonesia mempunyai gaji yang sangat rendah yaitu jauh di bawah tarif pasar. Akan tetapi, sistem insentifnya dapat tidak terbatas dalam bentuk insentif yang dapat diperoleh dari bekerja di rumah sakit swasta atau praktik pribadi. Insentif yang tidak terbatas menyerupai penghargaan untuk seniman atau olahragawan yang *superstar*. Akibat dari tidak terbatasnya insentif akan menyebabkan kesulitan dalam perencanaan karena tidak ada standar pendapatan. Di samping itu, perbedaan antara seorang dokter berpendapatan tinggi dan dokter berpendapatan rendah akan menjadi besar.

Pertanyaan penting di sini, apakah memang benar teori pendapatan dokter akan mempengaruhi perilakunya? Data penelitian di atas menunjukkan bahwa dokter spesialis bekerja berdasarkan kompensasi materi bukan kompensasi nonmateri, misalnya kehidupan surgawi. Perilaku surgawi lebih tepat diberlakukan untuk kelompok biarawati atau suster yang bekerja di rumah sakit atau dokter yang bekerja atas dasar misi keagamaan. Oleh karena itu, dasar perilaku dokter sebenarnya sama dengan profesional lain dan mengikuti hukum ekonomi. Berdasarkan teori ekonomi penawaran tenaga (Nicholson, 1985; Posnett, 1989) tujuan dokter bekerja berada dalam suasana kompensasi materi dapat digambarkan dengan persamaan sebagai berikut:

$$U = f(I, l) \dots\dots\dots (1)$$

- U = Kepuasan
- I = Pendapatan
- l = Rekreasi

$$I = S + aN + fT - C - T \dots\dots\dots (2)$$

- S = Gaji bulanan
- aN = Kapitasi
- fT = *Fee-for-service*

Persamaan 1 menunjukkan bahwa dokter dalam melakukan pekerjaan secara wajar berusaha meningkatkan pendapatan setinggi mungkin. Akan tetapi, sebagai makhluk normal seorang dokter berusaha meluangkan waktunya untuk mengejar kepuasan lain dengan cara melakukan rekreasi atau meluangkan waktu untuk hal-hal yang menyenangkan. Tidak ada seseorang yang waktu hidupnya hanya dipergunakan untuk mencari uang. Dasar berpikir persamaan 1 ini memang tidak meletakkan dokter sebagai profesi yang murni berdasarkan nilai kemanusiaan, tetapi dianggap sebagai profesi lain yang kepuasan hidupnya terpengaruh oleh faktor ekonomi. Jika dicampur dengan fungsi kemanusiaan maka persamaan tersebut tentu ditambah dengan faktor nilai kemanusiaan oleh para dokter ($H = \textit{humanity}$, kemanusiaan). Formulanya akan menjadi $U = f(I, L, H)$. Dalam menganalisis nilai kemanusiaan, belum ditemukan penelitian mengenai

Tabel 12.2 Kekuatan dan kelemahan pembayaran *fee-for-service* untuk dokter spesialis

Kekuatan	Kelemahan
<input type="checkbox"/> Merupakan mekanisme yang baik untuk memberikan imbalan yang sesuai dengan tingkat kesulitan keadaan pasien	<input type="checkbox"/> Merangsang dokter untuk memberikan pelayanan berlebihan dengan dasar motivasi ekonomi (menaikkan pendapatan). Hal ini akan memperbesar kemungkinan terjadinya fenomena <i>supplier induced demand</i> .
<input type="checkbox"/> Pendapatan dokter dapat dihubungkan dengan beban pekerjaannya. Dalam hal ini pendapatan dokter akan terkait dengan kompleksitas masalah pasien.	<input type="checkbox"/> Dokter cenderung memberikan pelayanan medis ke kasus-kasus yang memberikan keuntungan paling besar.
<input type="checkbox"/> Dokter tergerak untuk membuat catatan praktiknya secara lebih baik dan akan mempunyai penanganan yang lebih manusiawi dan produktif.	<input type="checkbox"/> Mempunyai tendensi meningkatkan inflasi pelayanan kesehatan <input type="checkbox"/> Sulit untuk menyusun anggaran sebelumnya.
<input type="checkbox"/> Pasien mempunyai kekuatan untuk mempengaruhi dokter agar memberikan pelayanan terbaik untuk dirinya.	

komposisi nilai kemanusiaan dan nilai ekonomi. Secara observasi, banyak dokter spesialis memegang nilai-nilai kemanusiaan dalam praktiknya.

Dalam konteks aspek ekonomi, pendapatan seorang dokter dipengaruhi oleh berbagai faktor yang terdapat pada persamaan ke-2. Faktor pertama adalah gaji, yang diterima per bulan. Faktor kedua adalah kapitasi. Pengertian kapitasi adalah andaikata seorang dokter bertanggung jawab terhadap 2.000 orang di bawah tanggungannya dan setiap orang membayar Rp1.000,00 per bulan (entah berobat atau tidak) maka dia akan mendapat Rp2.000.000,00 sebagai pendapatan kapitasinya. Faktor ketiga adalah *fee-for-service* yang berarti bayaran yang diterima oleh seorang dokter setelah memberikan pelayanan medisnya. Pendapatan ini akan dikurangi biaya pelayanan yang dikeluarkan dokter dan pajak. Menjadi pertanyaan di sini, mekanisme apakah yang paling baik? Apakah dokter rumah sakit dibayar secara gaji bulanan? Apakah berbasis pada kapitasi, *fee-for-service*, ataukah kombinasi? Untuk menjawab pertanyaan ini harus dilihat kekuatan dan kelemahan masing-masing (Rice dan Smith, 2001; Hellinger, 1996; Sonnad dan Foreman, 1997; Stearns dkk., 1992).

Dampak berbagai mekanisme pembayaran terhadap penggunaan dan mutu pelayanan kesehatan masih menjadi perdebatan (Rice dan Smith, 2001). Rice (1997) menyimpulkan masih perlu berbagai penelitian untuk mengetahui dampak perubahan kebijakan pembayaran. Akan tetapi, ditemukan beberapa data awal yang menarik. Dibandingkan dengan masa *fee-for-service*, dokter yang digaji bulanan ternyata menurunkan admisi rumah sakit sebesar 13%, sedangkan dokter yang dibayar dengan model kapitasi ternyata menurunkan admisi sebesar 8%. Model pembayaran *fee-for-service* cenderung meningkatkan biaya pelayanan kesehatan seperti yang diteliti oleh Robinson (2001) dan Chan dkk (1998).

Hal penting untuk diperhatikan bahwa dalam kenyataan jarang timbul situasi yang hanya ada satu mekanisme pembayaran saja. Robinson (2001) menyatakan bahwa sebaiknya dilakukan kombinasi antara ketiga model tersebut. Dengan kombinasi ketiga model dan ditambah dengan berbagai kompensasi di luar uang maka perilaku

dokter dapat semakin dikelola. Untuk memahami dampak mekanisme pembayaran terhadap dokter berbagai penelitian dilakukan Indonesia.

Tabel 12.3 Kekuatan dan kelemahan pembayaran kapitasi untuk dokter spesialis

Kekuatan	Kelemahan
<ul style="list-style-type: none"> ❑ Secara administratif mudah 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Dokter cenderung memilih orang-orang yang tidak mempunyai risiko sakit parah atau memilih pasien yang tidak kompleks. Hal ini terkait dengan risiko keuangan yang ditanggung dokter apabila menangani pasien-pasien yang berat. Ada kemungkinan <i>terjadi supplier reduced demand</i>.
<ul style="list-style-type: none"> ❑ Penanganan medis tidak dipengaruhi oleh keuntungan ekonomi 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Dokter mungkin menjadi kurang melayani pasiennya, dalam bentuk cenderung tidak ramah, tergesa-gesa, dan perilaku yang tidak baik. Keadaan ini diperparah apabila dokter mempunyai tanggungan yang terlalu banyak.
<ul style="list-style-type: none"> ❑ Memudahkan penyusunan anggaran belanja untuk pelayanan kesehatan 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Catatan mengenai praktiknya cenderung menjadi tidak baik.
<ul style="list-style-type: none"> ❑ Dokter tergerak untuk meminimalkan biaya penanganan medis. Keadaan ini dapat menjadi bertentangan dengan etika kedokteran apabila dokter diberi anggaran berdasarkan jumlah orang yang ada di bawah tanggungannya. 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Jika tujuan kapitasi untuk mengurangi anggaran berjalan keterlaluan, maka pasien akan menjadi terlantar, atau terlalu mudah untuk dirujuk ke pelayanan yang lebih tinggi. Akibatnya biaya pelayanan juga akan meningkat.

Suwarno dan Trisnantoro (1997) melakukan penelitian pada di sebuah rumah sakit daerah mengenai dampak kenaikan jasa medis terhadap rujukan pasien rawat inap oleh dokter spesialis. Sebagai catatan, dokter spesialis dibayar dengan gaji bulanan yang relatif rendah dan jasa medik (*fee-for-service*). Penelitian dilakukan secara eksperimen terhadap besarnya jasa medik sebanyak dua kali. Sebelum eksperimen, sistem pembayaran kepada para dokter spesialis dilaku-

Setelah intervensi I, pengambilan data menunjukkan bahwa rujukan rawat inap kelas II dan III meningkat 7,7% dibandingkan sebelum intervensi I. Setelah intervensi II terjadi kenaikan rujukan rawat inap sebesar 76,9% dibandingkan dengan sebelum intervensi. Pada pasien kelas I dan VIP rujukan rawat inap meningkat 100% dibandingkan sebelum intervensi I. Setelah intervensi II terjadi kenaikan rujukan rawat inap sebesar 400% dibandingkan dengan sebelum intervensi. Hasil ini menunjukkan bahwa dokter spesialis pada rumah sakit daerah tersebut mempunyai perilaku sesuai yang disebutkan oleh Nicholson (1985) mengenai sifat ekonomi para profesional. Dokter senang dengan pembayaran *fee-for-service* yang berdasarkan tanggung-jawab pribadi. Dalam penelitian ini tidak dibahas mengenai efek samping berupa *supplier-induced-demand*.

Lekatompessy dan Trisnantoro (1999) meneliti hubungan dokter spesialis dengan pendapatan fungsional rumah sakit daerah di seluruh Indonesia. Penelitian bertujuan mengetahui pengaruh adanya dokter spesialis terhadap keuangan rumah sakit serta menganalisis aspek finansial dan insentif bagi dokter spesialis. Hasilnya sebagai berikut:

1. Dokter spesialis empat besar di rumah sakit dapat meningkatkan penerimaan rawat inap, terutama dokter spesialis bedah dan penyakit dalam. Berbagai kemungkinan penyebabnya yaitu, (a) kasus bedah memerlukan penanganan di rumah sakit; (b) dengan meningkatnya usia harapan hidup masyarakat Indonesia akan terjadi peningkatan prevalensi penyakit-penyakit degeneratif; (c) kecenderungan penurunan angka kelahiran dan penyebaran puskesmas serta bidan desa; dan, (d) dokter spesialis kebidanan dan penyakit kandungan serta dokter spesialis anak kemungkinan mempunyai praktik pribadi atau klinik swasta di luar sistem rumah sakit. Jika data dirinci lebih detail menjadi rumah sakit di Pulau Jawa dan luar Pulau Jawa, maka pengaruh dokter spesialis di luar Pulau Jawa terhadap penerimaan fungsional rumah sakit bersifat sangat kecil. Hal ini disebabkan rumah sakit di luar Pulau Jawa lebih banyak ditangani oleh dokter umum.
2. Dokter spesialis empat besar di rumah sakit dapat meningkatkan

penerimaan rawat jalan rumah sakit, terutama dokter spesialis penyakit dalam. Menarik dicermati bahwa dokter spesialis bedah tidak banyak memberikan kontribusi pada pendapatan rumah sakit. Kemungkinannya para dokter spesialis bedah melakukan perawatan jalan pada praktik pribadi.

3. Dokter spesialis empat besar di rumah sakit tidak dapat meningkatkan penerimaan kunjungan lain (radiologi, rehabilitasi medik, instalasi farmasi, dan lain-lain)
4. Dokter spesialis empat besar di rumah sakit, terutama dokter spesialis bedah dapat meningkatkan keseluruhan penerimaan rumah sakit.
5. Dokter spesialis lainnya di luar empat spesialis besar, dapat meningkatkan penerimaan rumah sakit walaupun pengaruhnya kecil.
6. Dokter umum dan dokter gigi dapat meningkatkan penerimaan rumah sakit walaupun pengaruhnya kecil.

Penelitian ini menyimpulkan bahwa para dokter spesialis di RSD belum tertarik bekerja penuh pada sektor pemerintah karena gaji yang kecil dan insentif yang rendah. Untuk mengatasi hal ini, dokter membuka praktik pribadi berdasarkan sistem *fee-for-service*. Dapat dipahami bahwa dokter spesialis cenderung berada pada daerah yang ekonominya kuat dan menghindari ditempatkan di daerah ekonomi lemah. Sebagai contoh, dokter spesialis kebidanan dan penyakit kandungan di RS Abepura Papua mendapat insentif Rp1.000.000,00 sebulan, dan kemungkinan mendapat tambahan dari praktik pribadi sangat kecil karena masyarakat di lingkungan sekelilingnya miskin. Akibatnya, dokter spesialis kebidanan dan penyakit kandungan cenderung tinggal di Abepura hanya sementara waktu untuk memenuhi wajib kerja sarjana kedua. Keadaan lebih parah terjadi pula di beberapa tempat di Papua yang tidak memiliki dokter spesialis di RSD.

Sandjana (1996) meneliti tentang penghasilan spesialis dan kepuasan kerja. Data yang diperoleh tentang penghasilan dokter spesialis yang bekerja di Instalasi Bedah Sentral RSUP X terdiri atas gaji rata-rata sebesar Rp538.754,42,00 dengan jasa medis rata-rata sebesar Rp415.526,32,00 sebulan. Total penghasilan sebulan di RSUP X sebesar rata-rata. Rp954.280.80,00, sedangkan penghasilan yang

diperoleh di rumah sakit swasta berupa honor Rp5.315.789,50,00 dan hasil praktik sore rata-rata sebesar Rp4.060.526,30,00. Secara terperinci dapat dilihat dalam Tabel 12.5.

Tabel 12.5 Rerata umur, masa kerja, jumlah tanggungan, penghasilan dan pengeluaran responden

Variabel	Rata-rata	Standar penyimpangan	Terendah	Terbesar	N
Umur	46,11	4,67	39	58	38
Masa kerja	13,61	929	1	34	38
Jumlah Tanggungan	4,24	1,75	1	9	38
Gaji di PNS	538.754,42	102.551,63	390.000	782.000	38
Jasa medis- IBS	415.526,32	160.399,79	90.000	750.000	38
Hasil Praktik	4.060.526,30	2.560.356,76	900.000	10.000.000	
Honor di swasta	5.315.789,50	4.074.344,67	1.000.000	21.000.000	
Penghasilan suami	773.026,32	2.707.087,68	0	15.000.000	38
Pengeluaran	3.407.894,70	2.418.552,35	500.000	12.000.000	38

Sumber: Sandjana (1996)

Jika dihitung ternyata penghasilan responden di rumah sakit swasta adalah sepuluh kali dibandingkan penghasilannya di RSUP X, sedangkan rata-rata pengeluaran responden sebulan sebesar Rp3.407.894,70,00 yang berarti tidak sebanding dengan penghasilan dari gaji pemerintah pada RSUP X. Hasil analisis deskriptif tentang kepuasan kerja responden yang terdiri atas para dokter spesialis di IBS RSUP X memberikan gambaran bahwa ternyata tidak seorang pun menyatakan sangat puas terhadap pekerjaannya di IBS. 13,2% di antaranya menyatakan puas sedangkan 73,7% menyatakan agak puas dengan pekerjaannya. Sebanyak 2,6% di antaranya menyatakan sangat tidak puas dan 10,5% menyatakan agak tidak puas. Keadaan tingkat kepuasan kerja dokter spesialis ini digambarkan dalam Tabel 12.6.

Apabila dicermati tampak fenomena yang cukup menarik. Walaupun secara ekonomi dokter dibayar lebih rendah dari gaji maupun insentif, tetapi tingkat kepuasan kerjanya relatif tinggi. Hal ini dapat dipahami karena dokter menyadari bahwa pekerjaan di rumah sakit pemerintah tidak memberikan insentif ekonomi akan

tetapi memberikan insentif lain, misalnya status sosial tinggi sebagai dosen Fakultas Kedokteran ataupun sebagai jalur menuju ke gelar profesor. Di samping peraturan pemerintah untuk bekerja rangkap di rumah sakit swasta dianggap sebagai hal yang sangat menyenangkan. Pada rumah sakit swasta, dokter spesialis dibayar secara *fee-for-service* dengan jumlah yang jauh lebih besar dibandingkan gaji bulanan rumah sakit pemerintah. Situasi rumah sakit pemerintah ini merupakan bentuk “kompensasi nonmoneter” yang menarik sehingga tidak pindah kerja.

Tabel 12.6 Tingkat kepuasan kerja responden

Tingkat Kepuasan Kerja	Nilai	Frekuensi	Persen	Jumlah Persen
Sangat Tidak Puas	1	1	2,6	2,6
Tidak Puas	2	0	0	2,6
Agak Tidak Puas	3	4	10,5	13,1
Agak Puas	4	28	73,7	86,8
Puas	5	5	13,2	100
Sangat Puas	6	0	0	100
Total		38	100	

Sumber: Sandjana (1996)

Kasus-kasus penelitian di atas menunjukkan bahwa *fee-for-service* merupakan komponen yang paling besar dalam penghasilan dokter spesialis. Gaji pemerintah sangat kecil. Hal ini dapat menjadi masalah dalam hal pembagian waktu dan perhatian bekerja. Dokter spesialis cenderung memberikan waktu kepada rumah sakit yang mampu memberi lebih banyak gaji. Beberapa rumah sakit pemerintah seperti yang terdapat pada kasus di atas berusaha memperbaiki *fee-for-service*. Akan tetapi pertanyaannya adalah berapa rupiah yang harus diberikan sebagai jasa medis untuk memuaskan kebutuhan dokter spesialis?

Bagi rumah sakit, kompensasi yang diberikan kepada dokter spesialis bertujuan untuk: (1) menarik para dokter spesialis agar mau bekerja; (2) mempertahankan para dokter spesialis yang baik untuk

tetap bekerja; (3) meningkatkan keunggulan kompetitif; (4) memotivasi dokter spesialis bekerja lebih baik; (5) memenuhi standar legal; (6) mendukung tercapainya tujuan strategis rumah sakit. Dengan tujuan tersebut, maka terlihat bahwa kompensasi bagi para dokter spesialis rumah sakit di Indonesia dapat disimpulkan masih belum memuaskan. Hal tersebut dibuktikan dengan bekerja rangkap dan rendahnya pendapatan seorang dokter spesialis dari sebuah rumah sakit.

Besar kecilnya kompensasi moneter dalam rumah sakit dapat dihubungkan dengan strategi yang ditempuh rumah sakit. Sebagai contoh, sebuah rumah sakit yang ingin bergerak pada teknologi tinggi dan kasus yang kompleks, harus mampu memberi kompensasi pada sekelompok dokter spesialis sehingga mau dan mampu bekerja dalam sebuah tim. Tanpa *team-work* yang baik maka kasus dan teknologi yang kompleks sulit dikuasai. Hal ini sebenarnya dapat menerangkan mengapa pejabat tinggi dan orang kaya berobat ke luar negeri untuk penyakit-penyakit yang sebenarnya dapat diatasi di dalam negeri. Salah satu penjelasan yang mungkin adalah adanya *team-work* yang baik pada rumah sakit luar negeri.

Kompensasi di sebuah rumah sakit sebenarnya terkait dengan lingkungan luar dan lingkungan internal. Lingkungan luar yang terkait adalah peraturan perundangan yang menetapkan besarnya kompensasi. Pada karyawan nonahli, misal buruh, hal ini diatur oleh peraturan mengenai Upah Minimum Regional (UMR). Akan tetapi untuk tenaga ahli belum ada peraturan UMR. Faktor luar lain yang terkait adalah standardisasi pendapatan yang biasanya ditetapkan oleh *Labour Union* atau Perhimpunan Profesi. Hal inipun ternyata belum ada di Indonesia. Sampai saat ini masih sedikit Perhimpunan Dokter Ahli atau Ikatan Dokter Indonesia (IDI) yang menetapkan mengenai standar kompensasi bagi seorang dokter ahli atau dokter umum. Faktor luar lain yang terkait adalah pasar tenaga.

Dapat dipahami apabila jumlah dokter spesialis sangat sedikit maka kekuasaan menetapkan tarif ataupun pendapatan akan dipegang oleh para spesialis. Sebagai contoh, jumlah tenaga dokter subspecialis seperti dokter spesialis bedah jantung, dokter spesialis bedah saraf,

dokter spesialis bedah urologi, dokter spesialis bedah orthopedi, dan berbagai spesialis lainnya mempunyai ciri jumlah yang sangat sedikit di Indonesia. Dalam keadaan seperti ini maka rumah sakit dan bahkan masyarakat tidak akan mampu bernegosiasi mengenai besarnya kompensasi dengan kelompok dokter spesialis. Dokter akan berposisi sebagai *price maker* yang menentukan besar kecilnya *fee*, sementara rumah sakit dan masyarakat berposisi sebagai *price-taker*.

Secara internal, kebijakan kompensasi harus memperhatikan berbagai hal terkait, misalnya kultur kerja organisasi, strategi rumah sakit, hingga ke masa depan rumah sakit. Perbedaan kompensasi yang terlalu besar antara tenaga dokter spesialis dan tenaga paramedis dan nonmedis dapat merusak kultur kerja sumber daya manusia. Pemberian kompensasi yang terlalu besar untuk dokter spesialis dapat memicu perawat meminta kompensasi yang lebih besar dari yang ada. Hal ini pada akhirnya dapat mengancam kelangsungan hidup rumah sakit. Di dalam sektor pemerintah, kompensasi yang besar untuk dokter dapat menimbulkan kecemburuan bagi tenaga di sektor pemerintah lainnya, misalnya Pegawai Pemerintah Daerah, bahkan kepala daerahnya sendiri. Sementara itu, kompensasi yang terlalu rendah dapat pula mengurangi semangat kerja dokter spesialis sehingga mengurangi produktivitasnya.

Kompensasi materi yang diberikan kepada seorang profesional diharapkan mampu mengatasi kebutuhan hidup berupa makanan, pakaian, fasilitas transportasi, rekreasi, perumahan, pendidikan anak, jaminan hari tua, pelayanan kesehatan, hingga ke cuti. Di sinilah terjadi pertanyaan besar mengenai bagaimana standar kehidupan seorang dokter spesialis. Sebagai contoh, dalam pemenuhan kebutuhan akan mobil, jenis mobil apa yang diinginkan seorang dokter spesialis. Di India, pilihan mobil mungkin tidak banyak. Akan tetapi, di Indonesia pilihannya beragam dari mobil murah seperti sedan Timor hingga sedan Eropa yang berharga miliaran rupiah merupakan pilihan bagi dokter spesialis. Demikian juga perumahan dan pilihan rekreasi serta pendidikan anak.

Dengan demikian, cocok atau tidaknya kompensasi tergantung dengan gaya hidup seorang dokter spesialis. Hal ini yang membuat

kesulitan dalam menetapkan standar-standar karena Indonesia bukan negara sosialis. Apabila dilihat dari keadaan dokter spesialis dalam melakukan kongres perhimpunan, gaya hidup dokter spesialis cenderung berada pada lingkup elite. Hal ini tidak terpisahkan dari sejarah pelayanan kesehatan di Indonesia, yaitu dokter selalu dikaitkan dengan golongan elit di lingkungan hidupnya. Sebagai golongan elite maka perumahan, rekreasi, perlengkapan rumah tangga, dan mobil mempunyai standar tertentu yang harus diperhatikan dalam menentukan standar pendapatan dokter.