



Laksono Trisnantoro  
Pusat Manajemen Pelayanan  
Kesehatan FK UGM

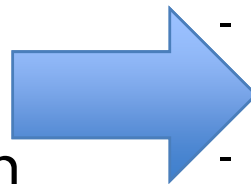


# Observasi 15 tahun terakhir:

- Masyarakat miskin yang dulu gagal mendapatkan pelayanan kesehatan



- Semakin diperhatikan oleh pemerintah dengan berbagai kebijakan



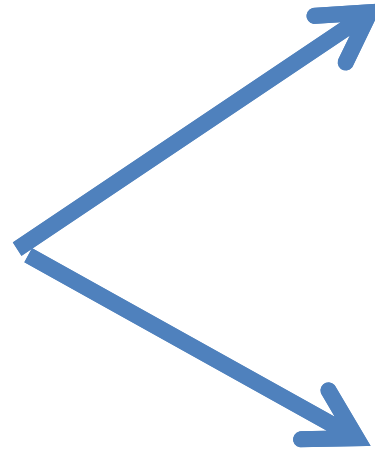
- Merupakan kebijakan yang mengarah ke sosialisme
- Akan semakin diperhatikan dengan adanya BPJS
- Di sisi lain, jumlah masyarakat menengah atas semakin meningkat

# Pertanyaan Kunci:

- Apakah BPJS akan menjadi pengelola pembiayaan rumahsakit satu-satunya?

Ya

Tidak



# Jawaban: Kemungkinan besar Tidak

- Apakah BPJS akan menjadi pengelola pembiayaan rumahsakit satu-satunya?

Ya

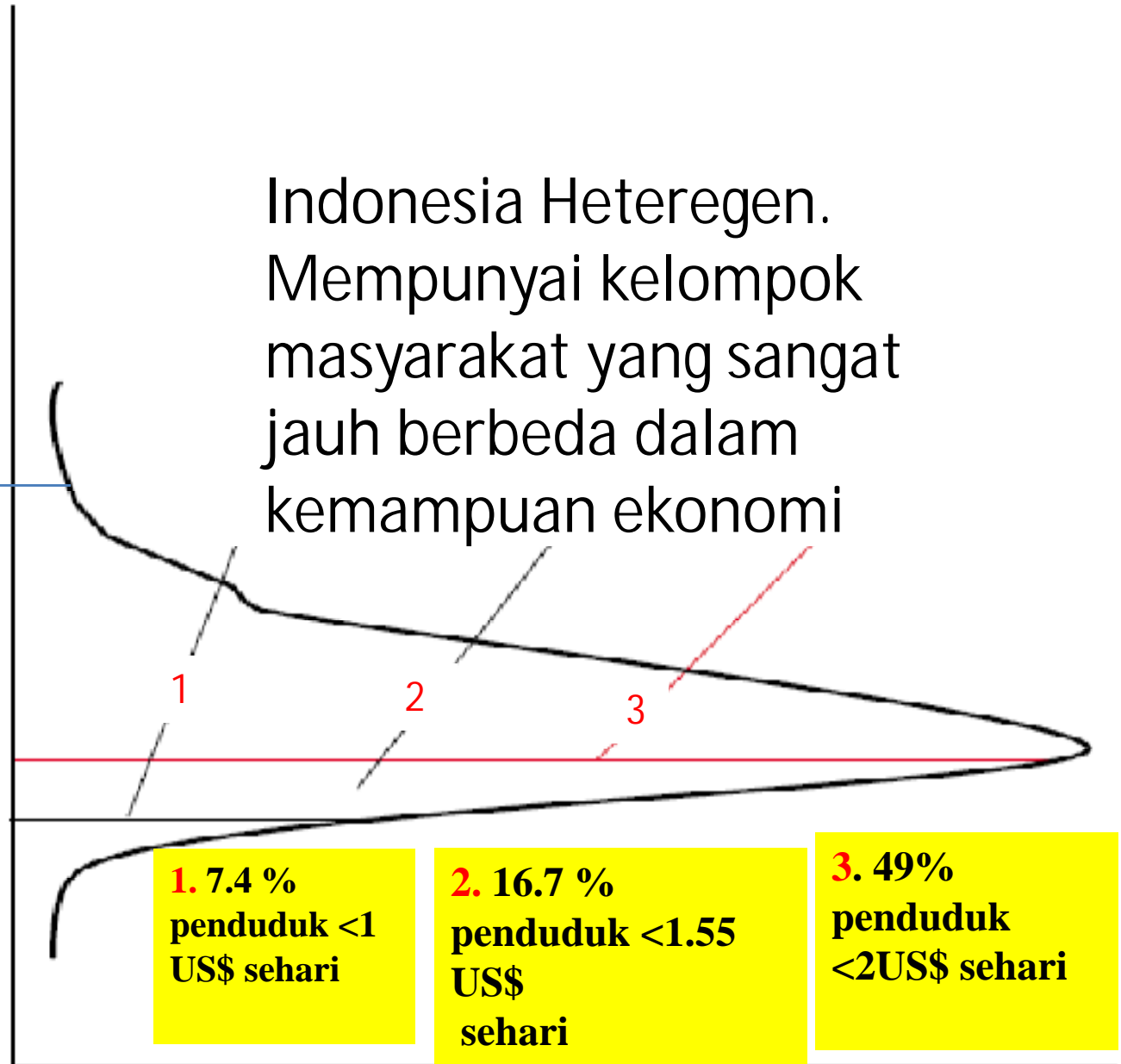
Tidak

Mengapa?



**10% orang kaya  
Indonesia = 25 juta  
= Penduduk  
Malaysia**

Indonesia Heterogen.  
Memiliki kelompok  
masyarakat yang sangat  
jauh berbeda dalam  
kemampuan ekonomi



**masyarakat  
miskin**

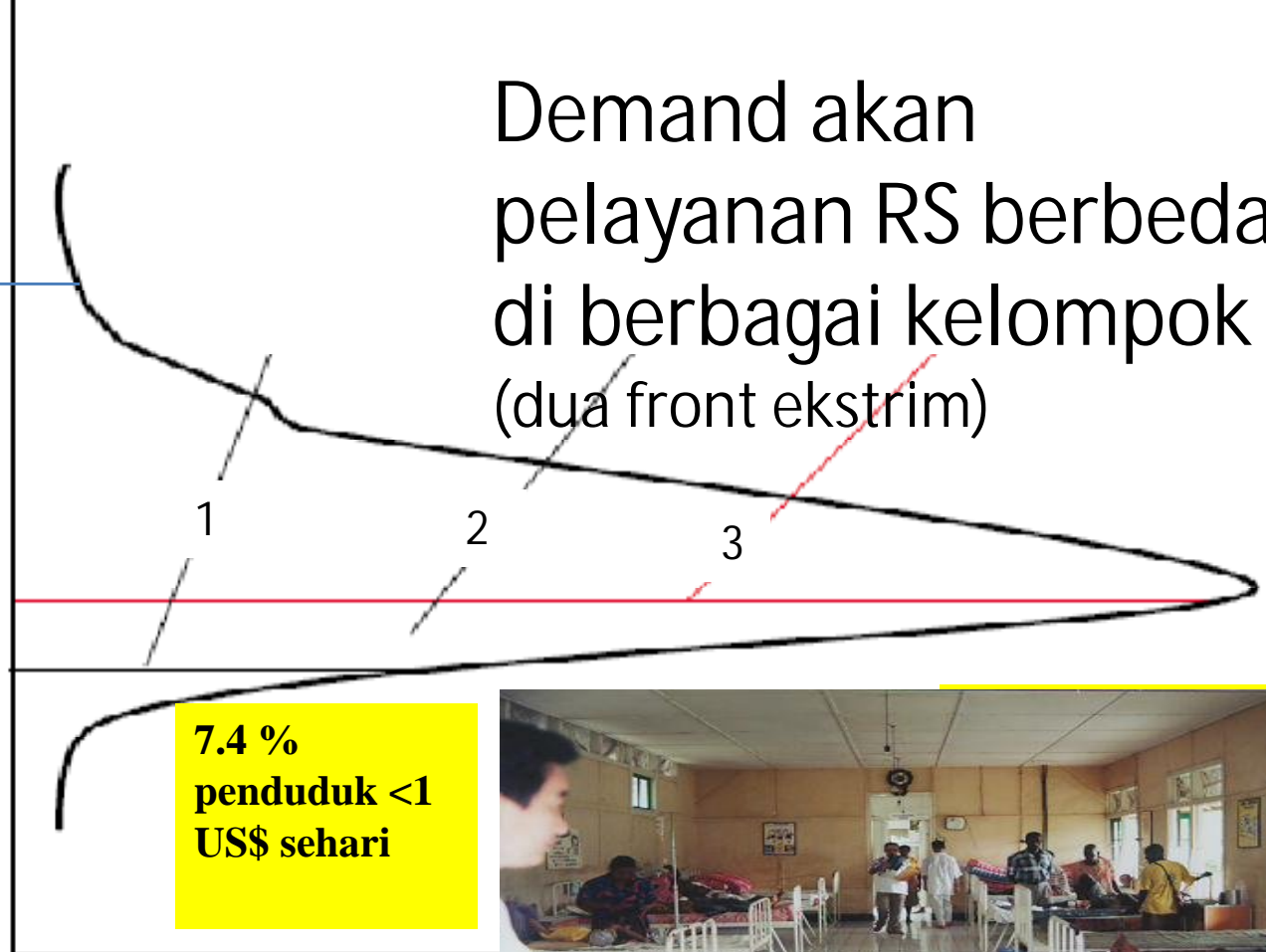
# Permintaan Pelayanan Kesehatan (Demand)



**BPJS sulit melayani segmen ini**

**10% orang kaya Indonesia = 25 juta = Penduduk Malaysia**

Demand akan pelayanan RS berbeda di berbagai kelompok (dua front ekstrim)



**masyarakat miskin**



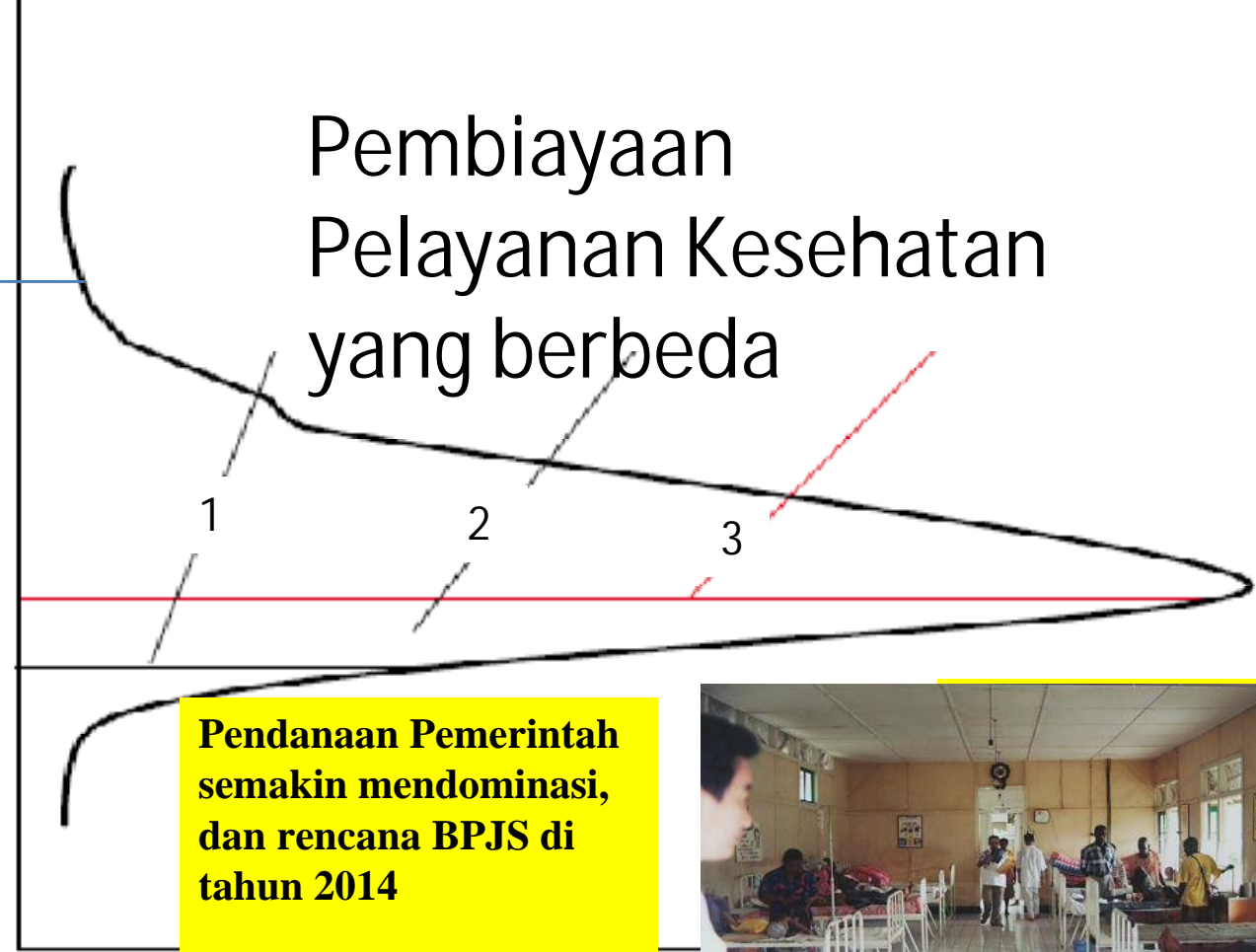
# Pembiayaan Pelayanan Kesehatan



**Pendanaan Swasta dan Pemerintah**

**10% orang kaya Indonesia = 25 juta = Penduduk Malaysia**

## Pembiayaan Pelayanan Kesehatan yang berbeda



**masyarakat miskin**

**Pendanaan Pemerintah semakin mendominasi, dan rencana BPJS di tahun 2014**



# Catatan:

- Masyarakat Sosial Ekonomi menengah-atas dapat mempunyai sistem sendiri di luar BPJS
- Dokter spesialis “lebih senang” menangani masyarakat menengah ke atas

Kelompok masyarakat ini:

- Mempunyai kemampuan ekonomi tinggi dan sistem jaminan, termasuk dari asuransi indemnity
- Menuntut mutu tinggi dari pelayanan kesehatan yang didapatkan.
- Memberikan insentif tinggi untuk dokter spesialis
- Menjadi target pelayanan kesehatan internasional





- Masyarakat kaya di perkotaan dan kabupaten

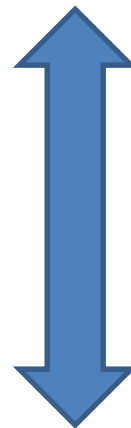


- Masyarakat miskin ((Jaminan Sosial)
- Masyarakat daerah terpencil
- Masyarakat sangat terpencil



## Dampak: segmentasi RS di Indonesia semakin jelas

RS yang fokus  
pada masyarakat  
atas



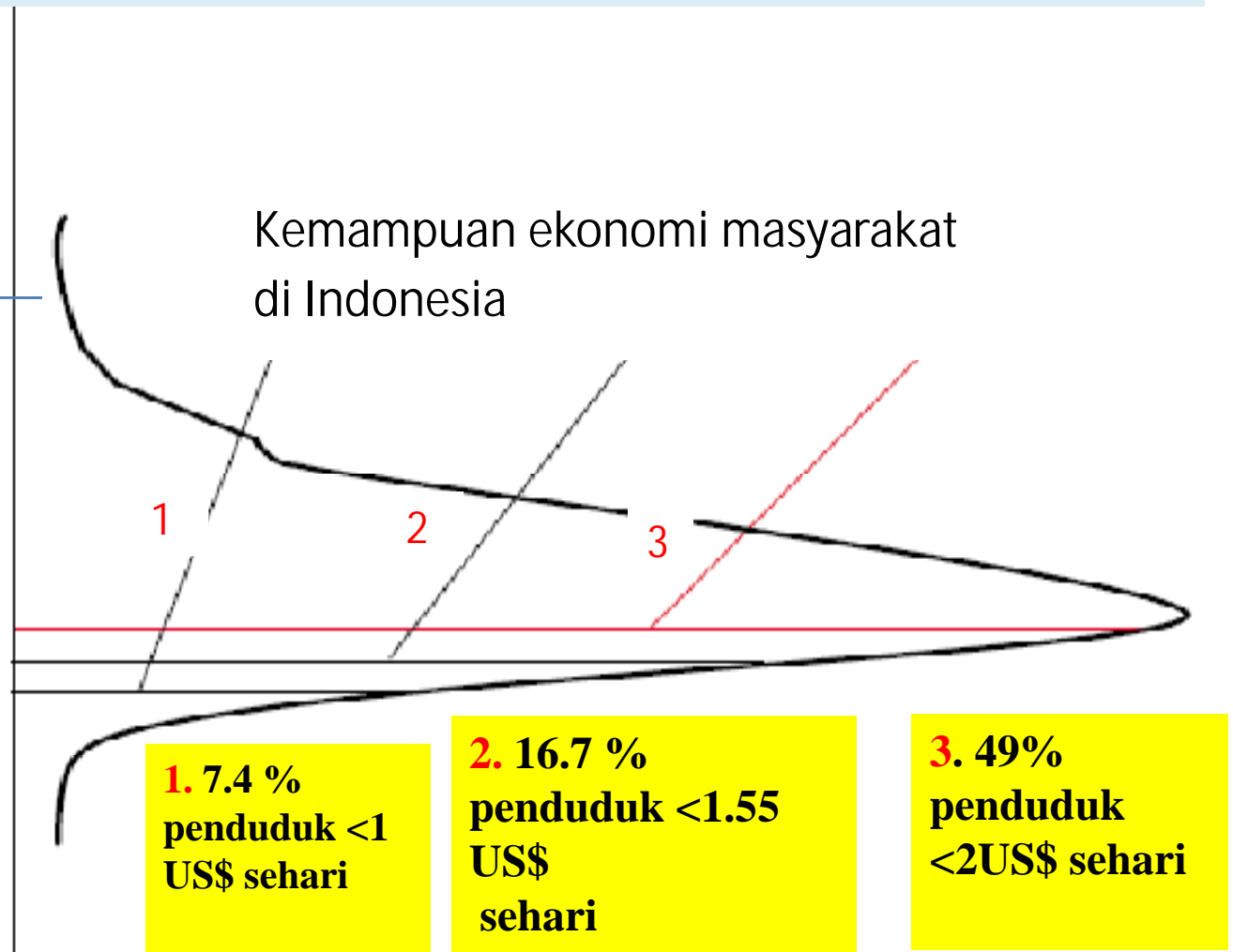
Rumah Sakit yang  
mempunyai  
banyak kelas, dari  
Kelas VIP sampai  
kelas III

RS tanpa kelas,  
dengan dukungan  
dana cukup/tidak  
cukup

# 2 tempat skenario dalam era BPJS

2. Skenario pelayanan kesehatan untuk masyarakat atas

1. Skenario untuk pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin



# Skenario 1:



Ditulis berdasarkan: (1) jumlah spesialis dan (2) pembayaran ke spesialis. Mengapa?

- Saat ini masih terjadi kekurangan tenaga spesialis dan sub-spesialis di RS Indonesia
- Negosiasi untuk pembayaran jasa medik masih sulit dan ada keterbatasan anggaran pemerintah
- Di masa depan masih ada ketidakpastian mengenai jumlah tenaga spesialis dan sub-spesialis, dan besarnya pembayaran

## Ketimpangan penyebaran Dokter Spesialis (2008)

Province	Number of Specialist	%	Cumulative	Population	Ratio
<b>DKI Jakarta</b>	2.890	23,92%	23,92%	8.814.000,00	<b>1 : 3049</b>
East Java	1.980	16,39%	40,30%	35.843.200,00	1 : 18102
West Java	1.881	15,57%	55,87%	40.445.400,00	1 : 21502
Central Java	1.231	10,19%	66,06%	32.119.400,00	1 : 26092
North Sumatera	617	5,11%	71,17%	12.760.700,00	1 : 20681
D.I.Jogjakarta	485	4,01%	75,18%	3.343.000,00	1 : 6892
South Sulawesi	434	3,59%	78,77%	8.698.800,00	1 : 20043
Banten (Java)	352	2,91%	81,69%	9.836.100,00	1 : 27943
Bali	350	2,90%	84,58%	3.466.800,00	1 : 9905
South Sumatera	216	1,79%	86,37%	6.976.100,00	1 : 32296
East Kalimantan	203	1,68%	88,05%	2.960.800,00	1 : 14585
North Sulawesi	173	1,43%	89,48%	2.196.700,00	1 : 12697
West Sumatera	167	1,38%	90,86%	4.453.700,00	1 : 26668
<b>Other Provinces</b>	<b>1.104</b>	<b>9,14%</b>	<b>100,00%</b>	<b>52.990.200,00</b>	<b>1 : 47998</b>
Data: Indonesian Medical Council, 2008	12083	100,00%		224.904.900,00	1 : 18613

## Ketimpangan penyebaran Dokter Spesialis (2008)

Province	Number of Specialist	%	Cumulative	Population	Ratio
<b>DKI Jakarta</b>	<b>2.890</b>	<b>23,92%</b>	<b>23,92%</b>	<b>8.814.000,00</b>	<b>1 : 3049</b>
East Java	1.980	16,39%	40,30%	35.843.200,00	1 : 18102
West Java	1.881	15,57%	55,87%	40.445.400,00	1 : 21502
Central Java	1.231	10,19%	66,06%	32.119.400,00	1 : 26092
North Sumatera	617	5,11%	71,17%	12.760.700,00	1 : 20681
D.I.Jogjakarta					
South Sulawesi					
Banten (Java)					
Bali					
South Sumatera					
East Kalimantan					
North Sulawesi					
West Sumatera	167	1,38%	90,86%	4.453.700,00	1 : 26668
<b>Other Provinces</b>	<b>1.104</b>	<b>9,14%</b>	<b>100,00%</b>	<b>52.990.200,00</b>	<b>1 : 47998</b>
	12083	100,00%		224.904.900,00	1 : 18613

Ada ketidakadilan geografis  
 Pasal 23 UUSJSN ayat 3:  
 BPJS harus memberi kompensasi

# Pendidikan tenaga spesialis

- Terbatas, hanya oleh 13 FK negeri yang overloaded dengan berbagai tugas dan kekurangan dosen

## Catatan:

1. Pendidikan sub-spesialis masih belum jelas apakah akan dikembangkan bersama pemerintah atau tidak.
2. Residen masih belum ditangani sebagai tenaga yang bekerja.

- RUU Pendidikan Kedokteran yang berusaha mereformasi pendidikan spesialis dan sub-spesialis, masih terkatung-katung di DPR

# Penambahan tenaga dokter spesialis dan sub-spesialis dari luar negeri

- Masih sulit, walaupun memungkinkan
- Dapat terpicu oleh PMA RS dengan syarat harus mempunyai TT lebih dari 200 (ASEAN), atau lebih dari 250 (non ASEAN)

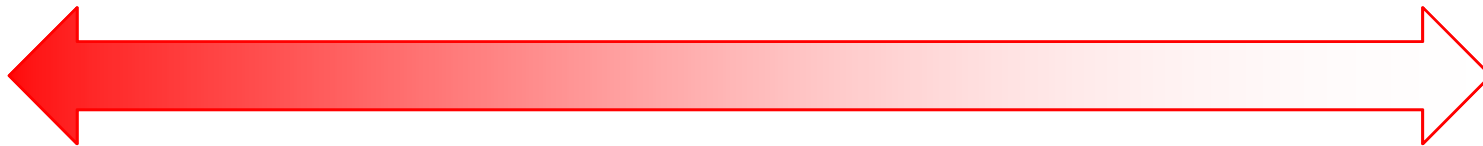


Ketidakpastian 2: sikap dokter spesialis dan perhimpunan profesi terhadap BPJS (dalam konteks jumlah pembayaran)

Apakah  
menentang

Netral

Apakah  
mendukung



# Catatan tentang keyakinan(ideologi) dokter



## **Materialisme**

Kepuasan hidup yang diukur dari:  
F(Income + Leisure)



## **Kesederhanaan**

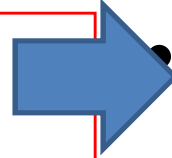
Kepuasan hidup yang diukur kesederhanaan dan guna bagi manusia lain  
lain

Apakah ada perubahan ideologi dokter (spesialis) di Indonesia?

- Apakah selaras dengan “perubahan ideologi” sistem pembiayaan kesehatan selama 10 tahun terakhir ini yang mengarah ke sosialisme?
- Ataukah justru akan bertabrakan?

# Potensi Ideologi tidak berjalan seiring (tabrakan)

- Sistem jaminan mempunyai ideologi yang cenderung sosialis
- Sistem jaminan mempunyai prinsip pemerataan
- Sistem jaminan mempunyai keterbatasan anggaran pemerintah



- Jasa medik/pendapatan dokter menjadi rendah



- Bertentangan dengan nilai hidup para dokter yang mempunyai kepuasan hidup yang diukur dari:

F(Income + Leisure)

# Ideologi tidak berjalan beriringan

**Sosialisme**

**Neoliberal**

**Sosial  
Demokrat**



Jaminan Kesehatan  
Universal

Dokter

# Di Inggris: saling menyesuaikan (tahun 1948)

- After 18 months of ongoing dispute between the [Ministry of Health](#) and the [BMA](#), Bevan finally managed to win over the support of the vast majority of the medical profession by offering a couple of minor concessions, but without compromising on the fundamental principles of his NHS proposals.
- Bevan later gave the famous quote that, in order to broker the deal, he had "stuffed their mouths with gold".

# Skenario 1. Mengenai pelayanan kesehatan untuk masyarakat menengah ke bawah

- Faktor yang sudah pasti adalah kebijakan publik mengenai BPJS
- Dua faktor penting yang belum pasti:
  - Jumlah dokter spesialis
  - Sikap dokter spesialis untuk menerima pembayaran dari BPJS.

# Skenario RS yang sebagian besar melayani BPJS

	Jumlah tenaga spesialis cukup	Jumlah tenaga spesialis kurang
Dokter spesialis menerima besarnya pembayaran dari BPJS	1a	1b
Dokter spesialis tidak mau menerima besarnya pembayaran dari BPJS	1c	1d



# Skenario 1a.

- Jumlah dokter Spesialis cukup banyak (Pendidikan spesialis dapat memproduksi jumlah lebih banyak, mendapat dari luar negeri, dan residen diakui sebagai staf RS)
- Sistem Jaminan menghargai dokter spesialis
- Ada dokter yang mau bekerja di sistem jaminan dengan pendapatan **yang tidak jauh** berbeda
- RS yang menggunakan sistem BPJS tidak kesulitan mendapatkan tenaga dokter spesialis

# Skenario 1b.

- Jumlah dokter spesialis tetap sedikit karena kegagalan produksi di fakultas kedokteran dan tidak ada kebijakan mendatangkan dokter asing baru dan residen.
- Sistem Jaminan menghargai dokter spesialis
- RS yang menggunakan sistem jaminan kesehatan mungkin masih kesulitan mendapatkan tenaga dokter spesialis
- Dokter spesialis masih cenderung bekerja di RS yang melayani kelas atas.

# Skenario 1c.

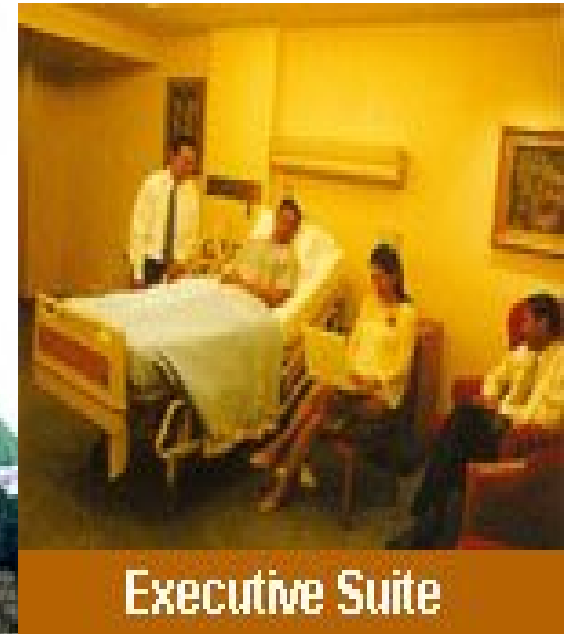
- Jumlah dokter Spesialis cukup banyak (Pendidikan spesialis dapat memproduksi jumlah lebih banyak, atau mendapat dari luar negeri, residen diakui sebagai staf RS)
- Sistem jaminan tidak menghargai dokter secara cukup
- Ada dokter spesialis yang mau bekerja di sistem jaminan dengan pendapatan yang rendah (terpaksa atau sukarela)
- RS yang menggunakan sistem BPJS mungkin tidak kesulitan mendapatkan tenaga dokter spesialis
- Catatan: Sebaiknya diperhatikan unsur keterpaksaan

# Skenario 1d.

- Jumlah dokter spesialis tetap sedikit karena kegagalan produksi di fakultas kedokteran dan tidak ada kebijakan mendatangkan dokter asing dan perubahan peran residen.
- Income dari BPJS rendah
- RS yang menggunakan sistem BPJS kesulitan mendapatkan tenaga dokter spesialis
- Dokter spesialis memilih bekerja di tempat yang memberikan income tinggi
- Mutu RS yang melayani pasien BPJS dapat turun
- Pemerataan dokter spesialis semakin buruk.
- BPJS gagal melakukan pemerataan geografis

# Skenario 2

pelayanan  
kesehatan  
untuk  
masyarakat  
atas



Executive Suite

# Faktor yang pasti dan tidak pasti

## Faktor yang pasti:

- a. Industri pelayanan kesehatan di Asia Tenggara berjalan dengan cepat
- b. Demand dan tuntutan akan mutu pelayanan semakin meningkat
- c. Asia Tenggara menjadi semakin borderless

## Faktor yang tidak pasti:

- a. Pemerintah mempunyai kebijakan publik yang jelas
- b. Pemerintah tidak mempunyai kebijakan publik yang jelas

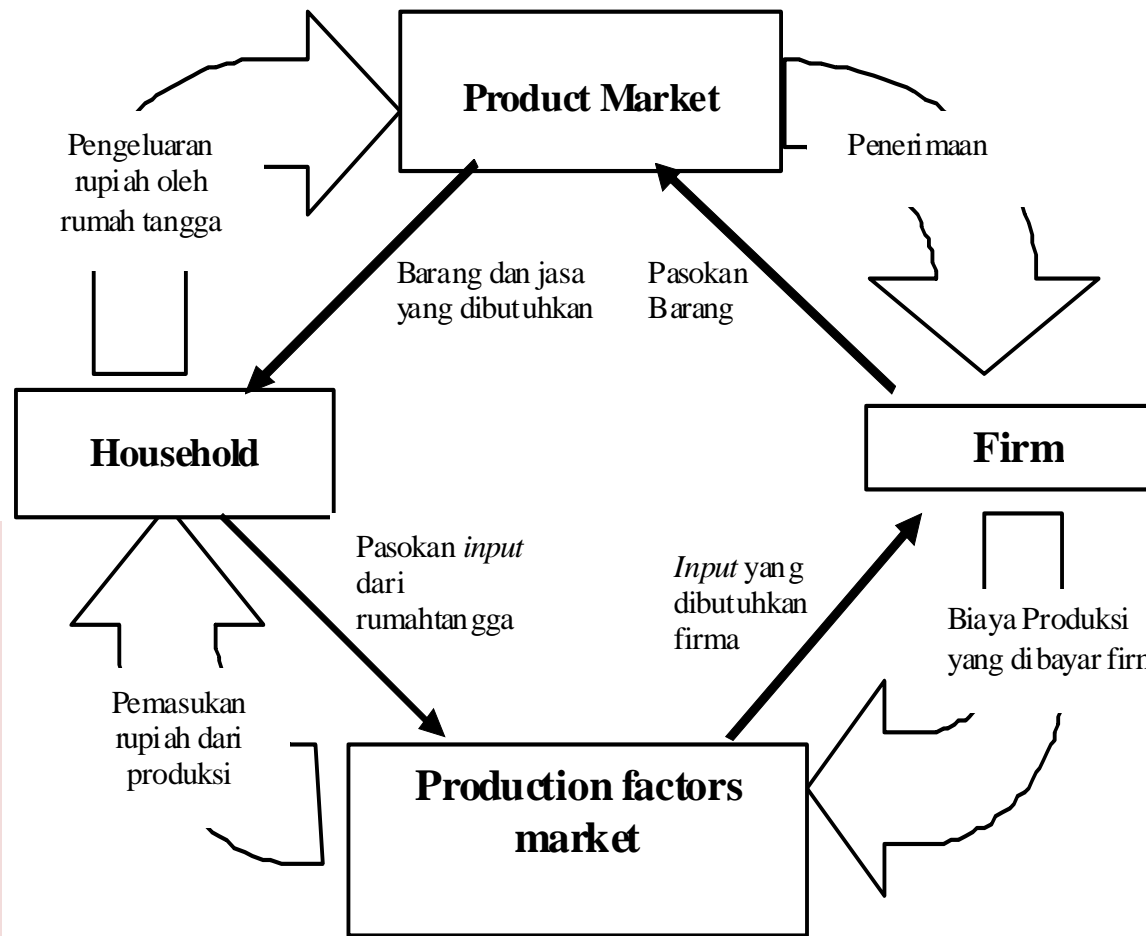
Bagaimana skenarionya?

## Skenario 2a:

Pemerintah mempunyai kebijakan publik yang jelas dalam pelayanan kesehatan untuk kelas atas

- Pemerintah memahami bahwa penampakan seperti medical tourism merupakan isu industri
- Sektor pelayanan kesehatan ditangani sebagai sebuah industri yang kompetitif dalam konteks di Asia Tenggara.

# Kebijakan Pemerintah dalam bentuk insentif untuk industri baru



**Pembukaan pintu lebih lebar untuk dokter asing atau dokter Indonesia yang bekerja di luar**

**Pengurangan bea masuk untuk alat dan bahan RS  
Pengurangan pajak obat dll  
Insentif untuk industri RS**



# Apa akibatnya?

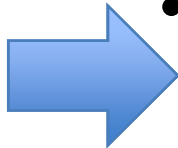
## Positif

- Kelas menengah atas banyak yang percaya ke pelayanan kesehatan dalam negeri
- Membutuhkan banyak dokter spesialis dan tenaga kesehatan lainnya
- Devisa menjadi dihemat
- Kebanggaan nasional meningkat

## Isu kontroversial

- Membutuhkan tenaga dokter spesialis asing atau dokter Indonesia di luar negeri untuk kembali
- Meningkatkan gap antara insentif dokter yang bekerja di kelas menengah bawah dengan yang atas
- Mengundang modal asing masuk di sektor RS (Pesaing baru)

## Skenario 2b: Pemerintah tidak mempunyai kebijakan publik yang jelas

- Situasi saat ini terus berjalan.
  - Pemerintah merasa tidak perlu mengatur pelayanan kelas atas
  - Pelayanan Kesehatan tidak ditangani sebagai sebuah industri
  - Tidak ada incentive untuk industri rumahsakit
  - Dokter spesialis dan subspecialis Indonesia tidak banyak, pasien kesulitan mencarinya.
- 
- RS di Indonesia terus mahal, kurang bermutu, dan kurang kompetitif
  - Indonesia terus menjadi pasar, bukan pelaku pelayanan kesehatan di Asia Tenggara

Pertanyaan akhir: Skenario mana yang paling mungkin terjadi?



- Tergantung probabilitas masing-masing skenario

# Apakah mungkin meningkatkan probabilitas untuk skenario yang terbaik?

Ya

- Dengan melakukan kebijakan-kebijakan tidak hanya di sektor kesehatan

Misal:

- Perlu kebijakan baru Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan dalam pendidikan spesialis dan sub-spesialis
- Perlu kebijakan Kementerian Tenaga Kerja untuk mendatangkan dokter asing atau memanggil pulang dokter Indonesia yang bekerja di luar negeri(dapat sementara)
- Perlu kebijakan untuk pengembangan industri kesehatan secara hati-hati oleh Kementian Perindustrian.

Terimakasih