

## PELAJARAN DARI PENDIDIKAN KEDOKTERAN DI PERANCIS

Pendidikan kedokteran di Perancis cukup berat. Walaupun tidak ada pembatasan jumlah calon mahasiswa yang bisa diterima di fakultas kedokteran, namun kenyataannya terjadi proses eliminasi alami. Rata-rata, setiap tahun ada 550.000 mahasiswa kedokteran di tahun pertama, namun dari antara mereka hanya sekitar 7.500 mahasiswa yang bisa melanjutkan ke tahun kedua. Jumlah mereka yang bisa melanjutkan ke tahun ketiga akan kembali berkurang, dan seterusnya. Pada tahun keenam, mereka akan menjalani ujian ranking nasional (*Examen Classant National/ECN*). ECN dilaksanakan serentak di tujuh pusat ujian yang tersebar di seluruh negeri, berlangsung selama empat hari berturut-turut, dan terdiri dari dua macam test, yaitu test dalam bentuk *case setting*, dan test *critical clinical reading*. Test dalam bentuk *case setting* akan menguji mahasiswa mulai dari *diagnostic* awal, *hypotheses*, *clinical* dan *diagnostic testing*, *prognosis* dan *monitoring* pasien selama *treatment*. Test dalam bentuk *critical clinical reading* mengharuskan mereka membuat abstrak dari artikel klinis yang ditugaskan, dan mereka diharuskan mengkritisi metodologi yang digunakan serta hasilnya. *Examen Classant National* (ECN) akan menghasilkan *ranking* nasional untuk mahasiswa yang dianggap layak untuk melanjutkan ke jenjang berikutnya. Berdasarkan *ranking* mereka inilah mereka diperbolehkan atau tidak memilih spesialisasi yang mereka inginkan. Jadi, persaingan untuk masuk ke spesialisasi yang diinginkan sangat ditentukan oleh hasil ECN. Spesialisasi yang menjadi favorit adalah *ophthalmology*, *nephrology*, *radiology* dan *cardiology*. Rata-rata, hanya 1 dari 3 mahasiswa yang bisa meneruskan ke spesialisasi yang benar-benar mereka inginkan. Mengapa demikian?

Karena setiap tahun, Kementerian Kesehatan mengeluarkan daftar jumlah dan jenis spesialisasi yang dibutuhkan. Jenis spesialisasi yang tersedia adalah: *General Medicine*, *Medical Specialties* (16 specialties), *Surgical Specialties* (5 specialties), *Anesthesiology*, *Pediatrics*, *Obstetrics and Gynecology*, *Medical Gynecology*, *Psychiatry*, *Medical Biology*, *Occupational Medicine*, *Public Health*. Kemudian untuk masing-masing spesialisasi terdapat pula daftar di daerah mana spesialisasi tersebut dibutuhkan. Daerah yang dimaksud adalah daerah yang

menjadi *catchment area* dari rumah sakit pendidikan. Jadi, kombinasi antara hasil ECN dan daftar yang dikeluarkan Kementerian Kesehatan menentukan distribusi dan jumlah residen yang tersedia untuk tiap spesialisasi di masing-masing daerah.

Di Negara Perancis terdapat 28 rumah sakit pendidikan (*Centre Hospitalier Universitaire/CHU*), dan tahun lalu (2013-2014) ada 7.820 residen baru yang ditempatkan diseluruh rumah sakit pendidikan ini. Penugasan mereka adalah selama tiga tahun, biasanya di daerah perifer. Misalnya, apabila penugasan mereka di CHU Rennes (Rennes adalah semacam ibukota Propinsi) berarti mereka akan ditempatkan di Vannes, Lorient, Vitré atau Saint-Malo (semacam kota Kabupaten atau lebih kecil lagi). Selama menjadi residen, mereka melayani pasien, membuat diagnosis, menulis resep, melakukan tindakan operasi dan sebagainya, di bawah pengawasan dokter senior. Mereka adalah mesin penggerak di rumah sakit pendidikan.

Apabila suatu jenis spesialisasi dibutuhkan di beberapa daerah sekaligus, residen diperbolehkan memilih akan ditempatkan dimana, sejauh kuotanya belum terpenuhi. Sebuah survey cepat<sup>1</sup> dilakukan untuk melihat preferensi residen dalam memilih CHU yang diinginkan, kemudian dibandingkan dengan survey cepat lain<sup>2</sup> yang meneliti seberapa 'menarik' sebuah kota/daerah, biasanya diukur dari tingkat pertumbuhan ekonomi, kenyamanan hidup, dan sebagainya. Ternyata hasilnya cukup menarik. Tidak semua daerah yang terlihat 'preferable' menjadi pilihan utama para residen. Bahkan kota-kota besar seperti Paris dan Marseille, bukan merupakan daerah tujuan utama. Paris, misalnya, hanya berada di urutan ke-8, 'dikalahkan' oleh Grenoble (kota dengan 155.000 penduduk).

Jawaban para residen mengindikasikan bahwa pilihan mereka merupakan kombinasi dari faktor kualitas hidup secara umum, level remunerasi, persepsi terhadap kualitas spesialisasi tertentu di CHU tersebut, dan sebagainya, namun tidak selalu berbanding lurus dengan 'seberapa menarik' suatu kota/daerah. Kualitas hidup yang mereka maksud ternyata mencakup hal-hal yang sifatnya sangat subyektif (misalnya: daerah tersebut diminati karena dekat dengan pantai, atau merupakan daerah wisata pegunungan,

atau karena kota tersebut kaya akan sejarah dan budaya, dan sebagainya), namun juga memiliki visi (misalnya: karena di kota tersebut terdapat pusat penelitian kanker terbesar di Eropa), dan kadang-kadang menyangkut faktor 'lingkungan kerja yang manusiawi' (misalnya: karena kepala departemen spesialisasi di CHU tersebut terkenal memperlakukan intern dengan baik). Faktor yang terakhir ini dipicu oleh kenyataan yang residen sadari akan hadapi selama menjalani tiga tahun masa penugasannya di CHU tersebut. Rata-rata jam kerja di Perancis adalah 48 jam/minggu, namun residen menyadari bahwa dalam kenyataannya 'jam kerja' mereka rata-rata adalah 60 jam/minggu (tepatnya: sekitar 66 jam/minggu untuk spesialisasi obsgyn dan 69 jam/minggu untuk spesialisasi bedah), dan dapat berlangsung 20 hari berturut-turut tanpa akhir pekan. Level remunerasi juga penting, namun bukan yang utama, karena di Perancis level remunerasi untuk dokter dan spesialisasinya sudah memiliki range yang jelas dan standar. Lebih menariknya pula, secara umum, mereka ini juga tetap tinggal di daerah/kota tersebut setelah mereka menyelesaikan pendidikannya. Menurut mereka factor potensi berkembangnya suatu daerah dan suatu CHU lebih penting dari factor lainnya.

Dari uraian singkat ini, pembaca dapat menarik beberapa point pelajaran yang bisa diambil dari sistem pendidikan kedokteran di Perancis. Salah satu yang paling mencolok adalah bagaimana sektor pendidikan dan sektor kesehatan bekerjasama dalam

memenuhi kebutuhan akan tenaga kesehatan. Jadi, kelengkapan dan ketersediaan tenaga kesehatan bukan tergantung semata-mata pada seberapa besar kemampuan rumah sakit 'menarik minat' tenaga kesehatan untuk bekerja di sana. Sisi penyedia (sektor pendidikan) tidak sekedar bertanggung jawab menyediakan sejumlah tenaga kesehatan, namun lebih jauh lagi sistemnya memastikan bahwa tersedia jumlah yang cukup untuk setiap jenis spesialisasi yang dibutuhkan oleh sisi pengguna (sektor kesehatan). Namun, sistem ini juga hanya bisa berjalan apabila sisi pengguna (dalam hal ini, Kementerian Kesehatan) dapat secara rutin tahunan mengetahui peta kebutuhan spesialis di setiap daerah. Disisi lain, sektor ekonomi daerah juga berkembang sesuai potensinya untuk dapat menarik masyarakat berinvestasi dan tinggal di daerah tersebut. Seberapa jauh pelajaran tersebut dapat diterapkan pula di Indonesia? Tepatnya, perubahan dan kebijakan apa yang harus kita buat apabila kita menginginkan system serupa di Negara kita agar bisa mengatasi maldistribusi tenaga kesehatan?

Shita Listyadewi

Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan

#### REFERENSI

1. Survey dilakukan terhadap 5.000 residen pada tahun 2013.
2. Survey dilakukan oleh majalah L'Express pada tahun 2013.