

ORIGINAL ARTICLE

PERBANDINGAN KLINIK SWASTA DI BANDAR DAN LUAR BANDAR DI NEGERI SELANGOR, 2009**A COMPARISON BETWEEN PRIVATE CLINIC IN URBAN AND RURAL AREA IN SELANGOR, 2009**

Sharifa Ezat WP¹, Natrah MS¹, Khalib AL¹, Hasni H².

¹Department of Community Health, UKM Medical Centre.

²Jabatan Kesihatan Negeri Selangor.

ABSTRACT

Introduction : Selangor's private clinic registry system had been introduced in 2006 following gazettment of The Private Healthcare Facilities and Services Act. Through the act, data's from the private clinics can be obtained and its characteristics can be compared between the urban and rural private clinic. An overview of the services can be known and an appropriate action can be planned.

Methodology : A cross-sectional study was done on private clinics registered in state of Selangor. Using databased known as MedPCs (Medical Practice Control System), a purposive sampling was used to select four districts – two urban and two rural. All private clinics in the selected districts were studied and all details shall be collected on line.

Result : District of Gombak and Klang were selected as urban and Sabak Bernam and Kuala Selangor represented rural area. Of a total 625 clinics selected, 90.0% (562) from urban and 10.0% (63) rural. Distributions of clinic were in line with the act. The most prominent services were general treatment (89.4%) and ability to serve more than eight hours daily (89.4%). Medical clinic still dominated at 84.0% compared to dentistry at 16.0%. About 70.6% were operated by male doctors. Though clinic services in rural were relatively as good as urban, the different were significantly observed to the ethnicity of the doctor. Indian doctors more in rural (46.03%), whilst in urban, Malay doctors were more dominant (39.50%). Followed closely by seniority, where rural doctors were much senior (51.02 years old), however, most of the doctors in rural private clinics experienced less exposure in government sectors, compared to those in urban areas.

Conclusion : There were obvious difference in terms of distribution, where more clinics were located in urban compared to rural, but all were still in line to the act and their services were comparable. Most noticeable differences were ethnicity, seniority and past experience working in the public sector. Indian doctors were dominant in rural and Malay in urban. Although rural doctors were more senior, relatively they were less experienced working in the government sector.

Keywords : Private Clinic, Urban And Rural, Medical Services Comparison.

Received Nov. 2009; Accepted Dec. 2009

Correspondence to: Assoc. Prof. Dr. Sharifa Ezat Wan Puteh

Department of Community Health,

UKM Medical Centre,

Jalan Yaacob Latiff, Bandar Tun Razak,

56000 Cheras, Kuala Lumpur. MALAYSIA

Tel : +603 9145 5901 Fax : +60 9173 7825

(e-mail: sh_ezat@ppukm.ukm.my)

PENDAHULUAN

Perkhidmatan kesihatan swasta kian berkembang pesat di negara-negara membangun sejak kebelakangan ini selari dengan trend di peringkat antarabangsa yang menggalakkan peningkatan liputan, meningkatkan keberkesanan dan yang penting pilihan pengguna¹. Kini pelbagai lapisan masyarakat tanpa mengira status sosioekonomi mereka boleh mendapatkan perkhidmatan kesihatan swasta selain dari perkhidmatan kesihatan yang lazim disediakan kerajaan.

Terdapat banyak faktor yang menyumbang kepada pertumbuhan sektor ini. Yang paling ketara ialah kerana perubahan ideologi global, tekanan daripada agensi antarabangsa dan yang pastinya ialah beban hutang sektor awam yang semakin bertambah². Walaupun perkembangan sektor swasta ini dapat menampung liputan perkhidmatan kesihatan yang sedia ada disamping memperlihatkan kecekapan serta kualiti perkhidmatan, namun ada pihak yang mengatakan terdapat banyak kelemahan dalam sektor ini. Antaranya ialah pengamal perubatan swasta kurang berkelayakan serta tingkah laku mereka banyak di pengaruhi oleh motivasi kewangan tanpa mengira kebajikan pesakit.

Adalah penting perkembangan pesat penjagaan kesihatan swasta dipantau secara serius agar kebajikan masyarakat dapat dilindungi dan pihak swasta tidak melencung daripada tugas utamanya untuk memberi perkhidmatan kesihatan yang berkualiti. Ia memerlukan kerjasama dan tanggungjawab semua pihak termasuk pihak berkuasa yang menyediakan polisi, pengamal perkhidmatan kesihatan swasta itu sendiri malahan pengguna juga³.

Tidak dapat dinafikan yang perkhidmatan kesihatan swasta telah berjaya menampung kekurangan perkhidmatan kesihatan yang disediakan oleh sektor awam di semua peringkat, namun pertumbuhannya serta kualiti perkhidmatannya masih belum membanggakan⁴. Contohnya, dalam tahun 1995, hanya 65% sahaja penduduk yang dapat diliputi perkhidmatan kesihatan moden berbanding 40% dalam tahun 1985⁵. Ertinya sebahagian besar penduduk masih belum diliputi oleh perkhidmatan kesihatan moden terutamanya yang disediakan oleh sektor swasta lebih-lebih lagi diluar bandar. Lebih membimbangkan lagi ialah ada yang berpendapat kualiti jagaan kesihatan swasta tidak begitu memuaskan, banyak kelalaian, isu harga yang mahal dan penyebaran perkhidmatan kesihatan yang tidak seimbang⁶.

Dalam tinjauan terbaru, jurang pengagihan perkhidmatan kesihatan tidak lagi ketara antara bandar dan luar bandar⁷. Keadaan ini sebahagian besarnya disumbangkan oleh penambahan pusat-pusat jagaan kesihatan swasta di luar bandar dan juga skop perkhidmatan yang diberikan. Kebanyakan perkhidmatan yang disediakan oleh sektor swasta di luar bandar lebih menumpukan pada rawatan penyakit berbanding pencegahan dan pemulihan yang lazimnya disediakan oleh sektor awam.

Terdapat banyak kajian perbandingan mengenai perkhidmatan kesihatan yang disediakan di kawasan bandar dan luar bandar, namun kebanyakannya hanya menilai dari segi cara perkhidmatan kesihatan diberikan sahaja dan tidak secara khusus melihat perkhidmatan kesihatan swasta, lebih tepat lagi klinik swasta. Malah hasil yang dicerap juga tidak meluas dan tidak membantu. Isu kualiti, jenis rawatan kanser, perkhidmatan kepakaran, jantina, umur, bangsa dan doktor yang merawat adalah antara beberapa kajian yang pernah dilakukan terhadap kemudahan kesihatan swasta^{8,9,10,11,12,13}.

Kajian ini bertujuan untuk membandingkan distribusi serta beberapa ciri-ciri utama perkhidmatan yang terdapat di klinik swasta di bandar dan luar bandar di negeri Selangor.

METODOLOGI

Ini adalah satu kajian keratas rentas yang dilakukan selama tiga bulan (Jan – Mac 2009) terhadap klinik-klinik swasta berdaftar yang terdapat di negeri Selangor. Persampelan telah dibuat dari satu kerangka sampel yang didaftarkan dalam Sistem Kawalan Amalan Perubatan (MedPCs) di bawah selenggaraan Unit Kawalan Amalan Perubatan Jabatan Kesihatan Negeri Selangor. Sejumlah empat buah daerah telah dipilih secara purposif dan dikaji; dua daerah bandar dan dua daerah luar bandar. Seluruh klinik yang terdapat dalam daerah yang dipilih telah dikaji dan maklumat lengkap mengenai pemilik klinik akan diperolehi secara dalam talian.

Semua data yang diperolehi telah dianalisa menggunakan program SPSS versi 16.0 di mana selain menggunakan data frekuensi dan peratusan, perbezaan ciri-ciri perkhidmatan klinik mengikut lokaliti juga dianalisa. Nilai kerertian adalah berdasarkan $p < 0.05$.

KEPUTUSAN

1. Ciri-Ciri Klinik Yang Di Kaji

Sejumlah 625 klinik swasta telah dipilih dan dikaji. Dari segi distribusi, majoriti bertempat dibandar 90.0% (562), manakala selebihnya iaitu 10.0% (63) berada diluar bandar. Dari

562 klinik yang berada dibandar, majoriti (74.7%) beroperasi di daerah Gombak dan selebihnya (25.3%) di daerah Klang. Bagi kawasan luar bandar pula, dari 63 buah klinik yang dikaji, 73.0% terdapat di Kuala Selangor manakala 27.0% berada di daerah Sabak Bernam.

Jadual 1 Ciri-Ciri Klinik Swasta Yang Di Kaji

Ciri-ciri	Bilangan	Peratus
Distribusi		
Bandar	562	89.9
Luar bandar	63	10.1
Jenis klinik		
Klinik perubatan	525	84.0
Klinik pergigian	100	16.0
Jenis Amalan		
Perseorangan	505	80.8
Berkongsi	120	19.2
Pemilikan premis		
Sewaan	459	73.4
Dimiliki sendiri	166	26.6
Jenis perkhidmatan		
Rawatan umum	599	89.4
Kepakaran	66	10.6
Waktu operasi		
8 jam sehari	19	3.0
Kurang 8 jam sehari	47	7.6
lebih 8 jam sehari	559	89.4
	n=625	100.0

Mengikut jenis perkhidmatan pula, majoriti adalah klinik perubatan (84.0%), milikan perseorangan (80.8%), disewa (73.4%), memberi rawatan umum (89.4%) dan beroperasi melebihi lapan jam (89.4%) – Lihat Jadual 1.

2. Ciri-Ciri Pemilik Klinik

Seperti yang ditunjukkan dalam Jadual 2, majoriti dikendalikan oleh lelaki (70.6%), berkelulusan luar negara (58.4%) dan melebihi 10 tahun pengalaman berkhidmat disektor awam (64.5%).

Jadual 2 Ciri-Ciri Pemilik Klinik

Ciri-Ciri	Bilangan	Peratus
Jantina		
Lelaki	441	70.6
Perempuan	184	29.4
Bangsa		
Melayu	246	39.4
Cina	132	21.1
India	197	31.5
Lain-lain	50	8.0
Kumpulan umur		
<40 tahun	156	25.0
≥40 tahun	489	75.0
Kelulusan		
Dalam negara	260	41.6
Luar Negara	365	58.4
Pengalaman di sektor awam		
<5 tahun	56	9.0
5-10 tahun	174	26.5
>10 tahun	395	64.5
	n=625	100.00

Dari segi bangsa, meskipun kaum Melayu secara relatifnya agak ramai (39.4%), namun peratus kaum-kaum lain secara kolektif adalah jauh lebih banyak, misalnya India (31.5%), Cina (21.1%) dan lain-lain bangsa termasuk kaum Sikh (8%).

Secara umumnya umur pemilik klinik adalah melebihi 40 tahun (75.0%). Dengan kiraan, min umur pemilik klinik masih melebihi 40 iaitu 48.33 ± 9.63 tahun dengan umur maksima 86 tahun.

3. Perbandingan Ciri-Ciri Klinik Di Bandar Dan Luar Bandar

Analisa perbandingan menunjukkan terdapat perbezaan yang agak ketara antara perkhidmatan klinik di bandar dan di luar

bandar. Secara umum perkhidmatan klinik di luar bandar mempunyai ciri-ciri yang relatif baik berbanding dengan klinik-klinik di bandar. Misalnya min umur doktor di klinik luar bandar adalah lebih senior iaitu 51.02 ± 10.23 tahun, dengan peratusan mereka yang berumur lebih 40 tahun sebanyak 80.95% berbanding pemilik klinik swasta di bandar dengan min umur 48.02 ± 9.53 manakala doktor yang melebihi 40 tahun cuma 74.38% ($p < 0.05$). Demikian juga dari segi tempoh perkhidmatan, didapati min operasi klinik di luar bandar jauh lebih lama iaitu 173.67 bulan (14.4 tahun) berbanding klinik swasta di bandar 132.71 bulan (11.0 tahun) - lihat Jadual 3.

Jadual 3 Perbandingan Klinik di Bandar dan Luar Bandar

Pembolehubah	Kategori	Daerah		Analisa	Value	P value
		luar bandar	bandar			
Min umur doktor (tahun)		51.02(±10.23)	48.02 (±9.53)	T test	2.346	0.019
Min tempoh perkhidmatan (bulan)		173.67(±132.46)	132.71(±102.73)	Mann Whitney	-0.700	0.486
Jenis klinik	Perubatan	55 (87.30%)	470 (83.63%)		0.568	0.451
	Pergigian	8 (12.70%)	92 (16.37)			
Jenis amalan	Perseorangan	54 (85.71%)	451 (80.25%)		1.091	0.296
	Perkongsian	9(14.29%)	111 (19.75%)			
Pemilikan premis	Sewa	40 (63.50%)	419 (74.56%)	Chi square	3.555	0.059
	Dimiliki	23 (36.5%)	143 (25.44%)			
Perkhidmatan	Umum	58 (92.06%)	501 (89.15%)		0.511	0.475
	Kepakaran	5 (7.94%)	61(10.85%)			
Tempoh perkhidmatan	8 jam/hari	3 (4.76%)	16 (2.85%)		3.555	0.169
	kurang 8 jam/hari	8 (12.70%)	39 (6.94%)			
	8 hours dan lebih /hari	52 (82.54%)	507 (90.21%)			
Jantina	Lelaki	48 (76.19%)	393 (69.93%)		1.069	0.301
	Perempuan	15 (23.81%)	169 (30.07%)			
Bangsa	Melayu	24 (38.10%)	222 (39.50%)		9.860	0.020
	Cina	9 (14.29%)	123 (21.89%)			
	India	29 (46.03%)	168 (29.89%)			
	Lain-lain	1 (1.58%)	49 (8.72%)			
lulusan	Dalam negara	25 (39.68%)	235 (41.81%)		0.106	0.745
	Luar Negara	38 (60.32%)	327 (59.19%)			
Pengalaman di sektor awam	< 5 tahun	14 (22.22%)	42 (8.36%)		63.481	0.000
	5-10 tahun	37 (58.73)	129 (22.95%)			
	>10 tahun	12 (19.05%)	391 (69.57%)			
Umur	<40 tahun	12 (19.05%)	144 (25.62%)		1.308	0.253
	>40 tahun	51 (80.95%)	418 (74.38%)			

Signifikan apabila $p < 0.05$

Seperti yang ditunjukkan dalam Jadual 3, nisbah klinik perubatan dan klinik pergigian adalah juga lebih baik di luar bandar berbanding dengan bandar iaitu pada kadar 87:13 dan 84:16. Begitupun ujian khi kuasa dua tidak menunjukkan gambaran yang signifikan ($p > 0.05$).

Dari segi amalan pula, ternyata peratusan amalan perseorangan agak ketara di luar bandar iaitu 85.71% berbanding bandar yang hanya sebanyak 80.25%. Perbezaan ini bagaimanapun tidak signifikan ($p > 0.05$). Begitu juga perkhidmatan yang disediakan oleh klinik swasta di luar bandar, walaupun perbezaan ini tidak signifikan ($p > 0.05$), namun perkhidmatan rawatan umumnya jauh lebih dominan jika dibandingkan dengan bandar iaitu sebanyak 92.06% berbanding bandar yang hanya sebanyak 89.15%.

Meskipun banyak yang disewa, dari segi pemilikan sendiri, sebanyak 36.50% premis di luar bandar dimiliki sendiri berbanding bandar cuma sebanyak 25.44%. sahaja yang dimiliki sendiri.

Doktor lelaki juga jelas agak dominan di luar bandar iaitu 76.19% berbanding bandar sebanyak 69.9%. Manakala mengikut jantina pula, doktor berbangsa India adalah paling ramai (46.0%) di luar bandar berbanding bandar yang secara relatifnya masih doktor berbangsa Melayu (39.5%).

Dari segi kelulusan, tidak banyak perbezaan antara luar bandar dan bandar. Kedua-dua lokasi ini masih didominasi doktor berkelulusan luar negara dengan luar bandar sebanyak 60.32% dan bandar 59.19%.

Dari segi pengalaman bekerja dengan sektor awam, perkhidmatan klinik di bandar jauh lebih baik kerana dikendalikan oleh

doktor yang mempunyai pengalaman kerja yang lama disektor awam berbanding klinik di luar bandar. Jadual 3 menunjukkan kira-kira 91.64% doktor yang bertugas mempunyai pengalaman kerja disektor awam lebih dari lima tahun berbanding hanya 77.78% sahaja di luar bandar ($p < 0.05$). Demikian juga dari segi tempoh perkhidmatan yang diberikan sehari, dimana klinik di bandar memberikan perkhidmatan lebih dari lapan jam yang relatif panjang iaitu 90.21% berbanding luar bandar iaitu 82.54%.

PERBINCANGAN

Akta Perkhidmatan dan Jagaan Kesihatan Swasta diwujudkan bagi memastikan aktiviti yang dijalankan oleh klinik-klinik swasta berkualiti dan memberi faedah kepada pesakit. Selain itu dengan wujudnya akta ini, pertumbuhan mendadak sektor swasta dapat di kawal supaya taburan klinik swasta di bandar dan luar bandar menjadi seimbang dan perkhidmatan yang disediakan terutamanya kepada penduduk luar bandar lebih berkualiti.

Kajian ini memperlihatkan hampir 90% klinik di negeri Selangor terletak dibandar berbanding luar bandar, dimana daerah Gombak secara relatifnya memiliki bilangan klinik yang jauh lebih banyak dari Kelang. Manakala bagi luar bandar pula, Kuala Selangor lebih ketara berbanding Sabak Bernam. Meskipun begitu, apabila dibandingkan dengan jumlah penduduk, taburan ini agak selari dengan garis panduan yang digunakan oleh pihak yang berkuasa dalam mengawal perkembangan sektor swasta di sesuatu kawasan. Dari segi amalan secara perseorangan dan berkumpulan tiada perbezaan yang signifikan antara kawasan bandar dan luar bandar.

Ketidakseimbangan juga diperhatikan daripada perkhidmatan yang diberikan, dimana klinik perubatan lebih mendominasi klinik pergigian sebanyak 84%. Manakala pengamal perubatan lelaki ternyata jauh lebih ramai berbanding doktor perempuan iaitu dalam nisbah 70:30. Dari segi keselesaan, tentu terdapat sedikit kesukaran apabila pesakit ingin mendapat pemeriksaan dari doktor wanita. Fenomena ini menyamai amalan dibanyak negara yang kekurangan penglibatan doktor wanita dalam penyediaan perkhidmatan kesihatan swasta¹⁴. Oleh yang demikian polisi yang menggalakkan doktor wanita terlibat dalam perkhidmatan kesihatan swasta adalah penting untuk memastikan keseimbangan perkhidmatan dan memudahkan pesakit.

Klinik swasta di dalam empat daerah ini dimiliki oleh doktor yang datang dari pelbagai bangsa di mana Melayu merupakan majoriti (39.4%). Ini kerana komposisi penduduk juga menunjukkan bahawa penduduk Melayu lebih ramai berbanding bangsa lain. Sesuatu bangsa akan lebih selesa jika dirawat oleh doktor berbangsa mereka sendiri. Tetapi apabila dibuat perbandingan, doktor berketurunan India agak lebih ketara diluar bandar (46.03%) berbanding bandar yang majoritinya berbangsa Melayu (39.5%).

Sesuatu yang amat menarik ialah hampir 60% pemilik adalah berkelulusan ijazah perubatan dari luar negara dan ini konsisten bagi kedua-dua lokaliti – bandar dan luar bandar. Faktor kelulusan seseorang doktor mungkin memainkan peranan dalam menentukan kecekapan serta kualiti perkhidmatan yang disediakan kepada pesakit kerana corak latihan dan pembelajaran yang agak berbeza antara lulusan dalam negara dan juga luar negara.

Walaupun kajian ini jelas memperlihatkan ramai pemilik klinik swasta yang dikaji telah berkhidmat dalam sektor perkhidmatan kesihatan awam lebih daripada lima tahun sebelum berkecimpung dalam bidang swasta – 91.64% (bandar) dan 77.78% (luar bandar), namun proporsi 22.22% (pengalaman kurang dari lima tahun) yang terdapat di luar bandar sedikit membimbangkan. Jarak yang jauh dari hospital besar, kekurangan tenaga sokongan, kekurangan fasilitis dan lain-lain lagi sedikit sebanyak boleh mempengaruhi kualiti perkhidmatan sekaligus keselamatan pesakit.

Kajian ini juga mendapati min tempoh operasi klinik adalah melebihi 10 tahun, menunjukkan pemilik klinik lebih arif dalam selok belok pengurusan klinik dan mempunyai sumber kewangan yang mencukupi untuk memastikan kemudahan yang disediakan untuk pesakit di klinik tersebut berkualiti demi keselesaan pesakit. Sebanyak 84% daripada klinik swasta merupakan klinik perubatan berbanding 16% klinik pergigian. Peratusan ini dengan jelas memperlihatkan ketidakseimbangan jika dibandingkan dengan peratusan di sektor kerajaan di mana klinik pergigian kerajaan adalah merangkumi 42.93% daripada keseluruhan klinik kerajaan yang disediakan¹⁵. Keadaan ini berlaku mungkin kerana kekurangan doktor pergigian di negara ini menyebabkan kebanyakan doktor pergigian masih berkhidmat di sektor awam. Juga jelas perkhidmatan rawatan umum merangkumi sebahagian besar daripada perkhidmatan yang disediakan oleh klinik swasta iaitu 89.4%

manakala perkhidmatan kepakaran seperti pakar kanak-kanak, pakar sakit puan dan pakar kulit hanya 0.6%. Peratusan perkhidmatan kepakaran di klinik swasta adalah lebih tinggi di kawasan bandar dan keputusan ini selaras dengan kajian yang pernah dijalankan sebelum ini. Walaupun tiada perbezaan yang signifikan dengan kawasan luar bandar namun keadaan ini mungkin kerana pakar-pakar perubatan dan pergigian kurang berminat untuk tinggal di kawasan luar bandar di mana kurangnya kemudahan-kemudahan awam.

Kebanyakan klinik swasta diuruskan secara perseorangan iaitu 80.8% manakala 19.2% adalah secara berkumpulan. Menurut satu kajian, klinik yang diuruskan secara perseorangan menyediakan perkhidmatan yang lebih berkualiti berbanding klinik yang diuruskan secara berkumpulan atau badan korporat¹³.

Dari segi pemilikan premis, kebanyakan premis adalah disewa iaitu 73.4%, manakala 26.6% adalah milik pemilik klinik. Tetapi apabila dilihat secara perbandingan, peratusan pemilikan sendiri adalah agak ketara di luar bandar iaitu sebanyak 36.50% sekaligus memperlihatkan kestabilan perkhidmatan yang akan disediakan kerana tidak perlu berpindah randah. Premis klinik di kawasan bandar banyak yang disewa berbanding yang dimiliki. Keadaan ini mungkin kerana premis-premis perniagaan yang mahal harganya di kawasan bandar, maka klinik-klinik swasta yang baru hanya mampu menyewa premis tersebut. Namun begitu tidak terdapat perbezaan yang signifikan antara bandar dan luar bandar.

Tempoh operasi sesebuah klinik juga mempengaruhi keselesaan dan kualiti perkhidmatan yang disediakan. Ini kerana pesakit lebih mudah mendapatkan perkhidmatan di klinik yang tempoh masa operasinya yang lebih panjang. Hasil kajian ini menunjukkan bahawa kebanyakan waktu operasi klinik swasta dalam empat daerah tersebut lebih daripada lapan jam sehari iaitu 89.4%. Manakala 7.5% kurang dari lapan jam dan 3.0% beroperasi lapan jam sehari. Keputusan kajian ini agak kurang konsisten dengan kajian yang dijalankan sebelum ini di mana didapati purata waktu operasi klinik di kawasan luar bandar adalah lapan jam sehari¹³. Waktu operasi klinik yang lebih panjang sama ada di bandar atau luar bandar membolehkan lebih ramai pesakit mendapatkan perkhidmatan dan ini akan meningkatkan pendapatan setiap klinik.

Dari segi min umur pemilik klinik swasta di mana terdapat perbezaan yang signifikan antara bandar dan luar bandar. Perbezaan ini mungkin kerana faktor umur

memainkan peranan dalam lokasi kediaman dan tempat bekerja, di mana secara umumnya orang yang berumur lebih suka tinggal di kawasan yang tenang dan tidak sibuk seperti di kawasan luar bandar. Ini menjelaskan tentang perbezaan yang signifikan min umur bagi pemilik klinik swasta di kawasan luar bandar lebih tinggi berbanding di bandar. Dari kajian yang di lakukan sebelum ini, didapati bahawa umur doktor mempengaruhi kualiti dan keberkesanan perkhidmatan yang di berikan di mana doktor yang tua dan telah lama berkhidmat kurang berpengetahuan, kurang mengikut standard penjagaan kesihatan yang sesuai dan ini akan menyebabkan rawatan yang kurang berkesan. Selain itu doktor yang telah menamatkan pengajian 20 tahun lalu kurang mengikut garispanduan yang ditetapkan. Keadaan ini akan menyebabkan perkhidmatan yang diperolehi oleh pesakit luar bandar kurang berkualiti seterusnya mempengaruhi status kesihatan mereka.

Dari segi perkhidmatan klinik swasta, peratusan klinik swasta yang dibuka lebih lama iaitu lebih daripada lapan jam adalah lebih banyak di kawasan bandar. Ini disebabkan gaya hidup penduduk bandar yang sibuk bekerja di waktu siang dan terpaksa mendapatkan rawatan pada waktu malam. Namun begitu perbezaan antara bandar dan luar bandar tidak signifikan

Terdapat perbezaan yang signifikan dari segi bangsa pemilik klinik swasta di mana lebih ramai pemilik berbangsa India di luar bandar. Ini mungkin kerana doktor swasta berbangsa India lebih lebih selesa bekerja di kawasan yang tenang dan tidak terlalu sibuk. Peningkatan umur juga dikaitkan dengan pelbagai masalah kesihatan, maka untuk mengelakkan tekanan bekerja yang mungkin akan memburukkan keadaan kesihatan mereka maka kebanyakan doktor berbangsa India yang agak berumur lebih suka bekerja di luar bandar.

Pengalaman bekerja di sektor awam lebih banyak bagi pemilik klinik swasta di bandar. Ini akan mempengaruhi kualiti perkhidmatan yang disediakan di mana pengalaman bekerja yang lebih lama dengan sektor awam membolehkan mereka memahami dengan lebih mendalam tentang garispanduan dan peraturan yang telah ditetapkan oleh pihak berkuasa. Ini juga akan mempengaruhi perkhidmatan kesihatan yang diberikan kepada pesakit.

KESIMPULAN

Meskipun terdapat perbezaan ciri-ciri perkhidmatan dan distribusi, namun ia masih selari dengan akta yang disediakan. Majoriti perkhidmatan klinik swasta berbentuk klinik perubatan, mengutamakan rawatan umum, beroperasi secara solo, menggunakan premis yang disewa, beroperasi lebih lapan jam sehari, berkelulusan luar negara, pengalaman bertugas melebihi lima tahun disektor awam, berumur lebih 40 tahun dan dikendalikan oleh doktor lelaki. Mengikut lokaliti, ciri-ciri menarik yang terdapat di luar bandar termasuklah, doktor berbangsa India banyak di luar bandar berbanding Melayu yang lebih dibandar, premis milik sendiri agak banyak di luar bandar berbanding bandar dan min umur dan tahun operasi yang relatif lama di luar bandar berbanding bandar. Manakala ciri-ciri yang menarik di bandar adalah tempoh operasi yang relatif panjang (melebihi 8 jam) dan ramai doktornya yang berpengalaman kerja melebihi 10 tahun disektor awam.

PENGHARGAAN

Penghargaan ditujukan kepada Pengarah dan Dr Hasni Hanafi dari Jabatan Kesihatan Negeri Selangor kerana memberi kebenaran untuk analisis data.

RUJUKAN

1. World bank. World Development Report. The state in a changing world. Oxford: World Bank, 1997
2. N Soderland and V Tangcharoensathien: Health sector regulation understanding the range of responses from government. *Health policy and planning* 15 (4), 347-348 (2000)
3. AB Zwi, R Brugha and E Smith: Private health care in developing countries. *BMJ* 323, 463-464 (2001)
4. I Ogunbekun, A Ogunbekun and N Orobato: Private health care in Nigeria: walking the tightrope. *Health policy and planning* 14(2), 174-181 (1999)
5. UNICEF. The state of the world's children. (1996).
<http://www.unicef.org/sowc96/content.html> (access on 1.2.09)
6. L Kumaranayake, S Lake, P Mujina C Hongoro and R Mpembeni: How do countries regulate health sector? Evidence from Tanzania and Zimbabwe. *Health policy and planning* 15(4), 357-367 (2000)
7. Huang N, Yip W, Chang HJ and Chou YJ. Rural/Urban differences in access to Health Care: Does universal Coverage reduce inequalities in health? *Abstr Academy Health Meet*, 2005
8. LM Ghelfi and TS Parker: A county-level measure of urban influence. *Rural Development Perspectives* 12,32-41 (1997)
9. KJ Mitchell, L Fritschi, A Reid, SP McEvoy, DM Ingram, K Jamrozik, C Clayforth and MJ Byrn: Rural-urban differences in the presentation, management and survival of breast cancer in Western Australia. *The Breast* 15 (6), 769-776 (2006)
10. T Bhaskar, AM Featherstone, RC Young. Efficiency analysis of hospitals in Great Plains: an urban rural comparison. *AAEA Meeting*, 1998
11. Havard Medical School. Older doctors less likely to follow current standards of care <http://www.harvardscience.harvard.edu/medicine-health/articles/older-doctors-less-likely-follow-current-standards-care> (access 1.4.2009)
12. A Ekeroma and M Harillal: Women's choice in the gender and ethnicity of her obstetrician and gynaecologist. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 43(5), 354 – 359 (2003)
13. M Ford and DL Kaserman: Ownership structure and the quality of medical care: evidence from the dialysis industry. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 43(3), 279-293 (2000)
14. A De Costa, B Eriksson and VK Diwan: Private individual ambulatory healthcare providers in Madhya Pradesh province, India. *Journal of Public Health*. 17(4), 235-241 (2009)
15. Fakta Kesihatan 2006. Kementerian Kesihatan Malaysia