

# Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat dan Implikasinya terhadap Pengelolaan Rumah Sakit

Dr MH Widodo Soetopo, DPH  
Staf Ahli Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta

## PENDAHULUAN

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM/ *Managed Health Care*) dalam Undang-undang No. 23 Tahun 1992 pasal 66, disebutkan sebagai "Cara Penyelenggaraan dan Pengelolaan" upaya pemeliharaan kesehatan yang pembiayaannya dilaksanakan secara pra-upaya. Pemeliharaan kesehatan, sebagaimana dimaksud pasal 10 UU No. 23/1992, merupakan pelayanan kesehatan yang paripurna (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif), terpadu, berkesinambungan, dengan mutu yang terjamin dan bertujuan melindungi dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Cara (metoda) penyelenggaraan dan pengelolaan upaya pemeliharaan kesehatan (JPKM) ini bertujuan mengefisienkan pemanfaatan (konsumsi) dan produksi (pelaksanaan) pelayanan kesehatan, juga pengalokasian sumberdaya kesehatan. Tujuan di atas hanya dapat dicapai dengan jalan memadukan fungsi pemeliharaan kesehatan dengan fungsi pembiayaannya, karena dengan pengelolaan secara terpadu ini akan dapat ditingkatkan pemerataan pemeliharaan kesehatan yang paripurna, berkesinambungan dan bermutu, yang diselenggarakan secara berdayaguna dan berhasilguna (*cost-effective*).

JPKM sebagaimana dicantumkan dalam UU No. 23/1992 juga merupakan ketentuan tentang Strategi Penyelenggaraan dan Pemerataan Pemeliharaan Kesehatan Paripurna dan pembiayaannya, yang bertujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui upaya pemeliharaan kesehatan yang bermutu, paripurna, berkesinambungan serta terjangkau oleh masyarakat dan sekaligus juga merupakan strategi untuk mendorong, membina, mengatur dan mengawasi peranserta swasta dan dunia usaha

dalam pembangunan kesehatan.

Oleh karena itu untuk dapat menjadi penyelenggara pemeliharaan kesehatan yang dikelola berdasarkan JPKM atau yang juga sering disebut sebagai Badan Penyelenggara Program JPKM, diperlukan izin operasional.

## JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN MASYARAKAT

JPKM di dalam pasal 66, UU No. 23/1992, ditetapkan sebagai dasar/landasan (cara pengelolaan) setiap penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang pembiayaannya dilaksanakan secara pra-upaya (*pre-paid health care*). Hakekat JPKM adalah cara pengelolaan yang mampu menjamin pemeliharaan kesehatan paripurna, berkesinambungan dan bermutu, yang diselenggarakan secara berdayaguna dan berhasilguna. Ketentuan yang telah dibuat untuk menjadikan JPKM sebagai landasan setiap penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang pembiayaannya dilaksanakan secara pra-upaya merupakan satu keputusan yang diambil berdasarkan satu kajian jauh ke depan dan merupakan antisipasi yang tepat untuk menghadapi dan dapat mengendalikan meningkatnya biaya pemeliharaan kesehatan yang disebabkan karena makin meningkatnya usia harapan hidup serta meningkatnya jenis dan jumlah penyakit menahun yang selain memerlukan berbagai pelayanan kesehatan dengan frekuensi, intensitas, dan kecanggihan yang meningkat juga biaya yang tinggi.

Beberapa cara pengelolaan yang dapat menjamin pelayanan kesehatan paripurna dengan biaya yang terkendali dan mutu yang terjamin, dan juga yang merupakan ciri utama JPKM antara

lain adalah :

### 1) Pembayaran Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) secara pra-upaya.

JPKM bertumpu pada cara pembayaran PPK secara pra-upaya berdasarkan Kapitasi (*Prospective Payment System*). Sebagai konsekuensi sistem pembiayaan ini, diperlukan adanya satu ikatan kerja (*contractual agreement*) antara Badan Penyelenggara dengan PPK. Ikatan ini akan menjamin terselenggaranya pemeliharaan kesehatan yang paripurna dan berkesinambungan. Dalam ikatan kerja ini disepakati antara lain bahwa :

a) PPK, menyetujui cara pembiayaan berdasarkan kapitasi dan bersedia memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta program sesuai dengan apa yang tercantum dalam kontrak.

b) Secara bersama sanggup menanggung beban finansial yang disebabkan pemanfaatan yang berlebihan (*over utilization*) atau disebabkan perhitungan biaya kapitasi yang terlampaui rendah, serta membagi sisa anggaran cadangan bersama (*withhold*) untuk satu kurun waktu tertentu, sesuai dengan kesepakatan.

Ketentuan ini juga dikenal sebagai *Risk-Profit Sharing*, atau kesepakatan menanggung risiko (kerugian) dan keuntungan (sisa anggaran cadangan) secara bersama. Dalam JPKM, "peserta" juga diikutsertakan dalam *Risk Profit Sharing* yang juga disebut sebagai *Extended Risk Profit Sharing*. Hal inilah yang membedakan JPKM dari *Managed Care* yang diterapkan di Amerika Serikat dalam bentuk *Health Maintenance Organization* (HMO).

Dari uraian di atas jelas bahwa JPKM sangat berbeda dari sistem asuransi kerugian yang pembayaran PPK-nya dilaksanakan secara *fee for service* dan di mana perusahaan asuransi selalu berusaha menekan biaya dengan jalan mengurangi jumlah pembayaran kepada PPK, dan sebaliknya PPK selalu berusaha untuk meningkatkan pendapatannya dengan melakukan berbagai tindakan medis yang mahal secara berlebihan.

### 2) Struktur Pelayanan Kesehatan

Dalam menyelenggarakan pemeliharaan kesehatan perlu disusun dan distruktur pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan peserta (antara lain sesuai dengan umur dan jenis kelamin) secara tidak berlebihan dan juga tidak kurang.

Kegiatan ini bertujuan memberikan insentive kepada peserta agar dapat memanfaatkan pelayanan secara efisien sesuai kebutuhan dan kepada PPK untuk melaksanakan pelayanan secara yang paling efisien dengan mengutamakan pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif.

### 3) Paket Pemeliharaan Kesehatan Dasar

Undang-undang Kesehatan menetapkan bahwa setiap Badan Penyelenggara Wajib menyelenggarakan Paket Pemeliharaan Kesehatan Dasar (PPKD). Walaupun PPKD berisikan pelayanan kesehatan yang paripurna mulai dari rawat jalan, rujukan ke spesialis sampai perawatan Rumah Sakit dan Gawat Darurat, namun pelayanannya lebih ditekankan pada upaya yang bersifat promotif dan preventif. Isi dan susunan PPKD dapat disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan suatu daerah.

Setiap pemanfaatan yang berlebihan maupun yang kurang dari kebutuhan seorang peserta di satu tingkat pelayanan akan menyebabkan diperlukannya pelayanan yang lebih intensif atau diberikannya pelayanan yang sebenarnya tidak diperlukan di

tingkat berikutnya. Hal ini akan menyebabkan meningkatnya biaya kesehatan dan yang sekaligus juga akan merugikan semua pihak, karena dana cadangan bersama (*withhold*) akan habis terpakai.

### 4) Quality Assurance dan Utilization Review

Karena ada kecenderungan bahwa PPK yang telah mendapatkan pembayaran secara prospektif untuk tidak memberikan pelayanan ataupun memberikan pelayanan dengan mutu yang rendah, maka Badan Penyelenggara diharuskan menerapkan satu sistem/mekanisme untuk dapat memantau dan menilai pemanfaatan dan kualitas pelayanan yang telah diberikan oleh PPK (*Utilization Review* dan *Quality Assurance*). Selain daripada itu dalam melaksanakan pelayanan kesehatan, PPK harus mentaati segala ketentuan tentang Standar Pelayanan Medis maupun Standar Pelayanan Rumah Sakit yang telah ditetapkan Pemerintah.

### 5) Subsidi silang dalam Penyelenggaraan Paket Pemeliharaan Kesehatan Dasar.

Undang-undang Kesehatan menyatakan bahwa JPKM harus menjadi dasar/landasan penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang dibiayai secara pra-upaya, berasaskan usaha bersama dan kekeluargaan. Asas usaha bersama dan kekeluargaan ini berarti bahwa penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang dibiayai secara pra-upaya merupakan kegiatan yang diikuti oleh seluruh lapisan masyarakat dan dijiwai oleh semangat kekeluargaan.

Makna asas inilah yang menjadi landasan sistem subsidi silang (*cross-subsidy*) dalam JPKM. Sistem subsidi silang JPKM karenanya bertumpu pada keikutsertaan semua orang dalam membiayai penyelenggaraan Paket Pemeliharaan Kesehatan Dasar sesuai dengan kemampuannya. Sebagai imbalannya setiap peserta akan mendapatkan manfaat sesuai dengan kebutuhannya, dan bukannya didasarkan pada besar atau kecil iurannya. Dengan demikian maka sistem subsidi silang JPKM dalam penyelenggaraan PPKD harus memperoleh dananya dari iuran seluruh lapisan masyarakat, dimana besar iurannya ditetapkan sesuai dengan keadaan/kemampuan ekonomi suatu daerah, namun pendistribusiannya didasarkan pada besar biaya yang diperlukan untuk penyelenggaraan PPKD sesuai dengan distribusi risiko/kebutuhan pelayanan kesehatan pesertanya (*risk adjusted*).

Hal ini berarti bahwa daerah-daerah yang secara ekonomis belum cukup berkembang (kurang mampu) akan mendapatkan subsidi untuk penyelenggaraan PPKD dari daerah-daerah yang secara ekonomis lebih berkembang. Bahkan seorang atau kelompok masyarakat maupun suatu daerah yang tidak mampu membayar iuran penyelenggaraan PPKD, akan mendapatkan manfaat PPKD secara cuma-cuma. Demikian pula penduduk dengan risiko tinggi seperti orang-orang lanjut usia dan balita akan mendapatkan subsidi silang dari mereka yang berisiko rendah seperti mahasiswa dan pelajar. Dengan demikian mereka yang berisiko tinggi dan biasanya dihindari oleh perusahaan-perusahaan asuransi untuk dapat menjadi peserta dalam suatu program asuransi ganti rugi, akan dapat memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhannya, berkesinambungan dan bermutu. Dengan cara menghimpun sebanyak mungkin peserta

(*risk pool* yang besar) maka besar iuran yang ditentukan berdasarkan gambaran epidemiologis baik secara Nasional maupun Propinsi (tanpa *risk loading*) akan dapat ditekan seminimal mungkin. Pengembangan lebih lanjut dan penerapan sistem subsidi silang JPKM ini akan dilaksanakan secara bertahap.

Dari uraian tentang beberapa ciri JPKM di atas, dapat kiranya disimpulkan beberapa dampak JPKM terhadap PPK :

- 1) Terjaminnya pendapatan PPK.
- 2) Terjaminnya ketepatan pembiayaan.
- 3) PPK dapat meningkatkan pendapatannya melalui peningkatan daya-saingnya (*competitiveness*) melalui penetapan tarif yang bersaing dan mutu pelayanan yang baik.

Selain itu ada kewajiban PPK, yaitu :

- 1) Untuk memberikan pelayanan kesehatan sesuai kesepakatan/kontrak.
- 2) Bersedia untuk dipantau pemanfaatan (*Utilization Review*) dan mutu pelayanannya (*Quality Assurance*) oleh Badan Penyelenggara, serta bilamana diperlukan mengadakan penyempurnaan dan peningkatan mutu pelayanannya, serta
- 3) Mentaati segala ketentuan administratif sebagaimana ditetapkan dalam kontrak/ikatan kerja.

Yang terpenting dan merupakan ciri utama JPKM adalah bahwa masyarakat yang memerlukan pelayanan kesehatan akan mendapatkan pelayanan yang paripurna, terpadu, berkesinambungan dan bermutu sesuai kebutuhannya tidak berlebihan dan tidak kurang dengan biaya yang terjangkau.

Walaupun penerapan JPKM sering dianggap tidak begitu rumit dan cukup sederhana, namun implikasinya terhadap PPK termasuk Rumah Sakit dan bahkan terhadap Sistem Kesehatan Nasional cukup luas, terutama dalam hal pengorganisasian maupun pengelolaannya. Hal ini agaknya yang belum sepenuhnya disadari oleh banyak pihak.

## JPKM DAN PENGELOLAAN RUMAH SAKIT

Dengan berkembangnya berbagai Badan Penyelenggara Pemeliharaan Kesehatan yang dikelola berdasarkan JPKM, maka akan berkembang pula suatu tata-hubungan baru (berdasarkan kontrak) antara Rumah Sakit dengan Badan Penyelenggara Pemeliharaan Kesehatan. Ikatan kerja ini tentu akan mempunyai berbagai pengaruh terhadap Rumah Sakit, antara lain terhadap :

### 1) Pemanfaatan dan Pendapatan Rumah Sakit

Dengan adanya Ikatan Kerja dengan *Risk-Profit Sharing* maka akan ada kecenderungan bahwa tingkat hunian (*occupancy*) Rumah Sakit akan menurun. Untuk Rumah Sakit yang pada saat ini tingkat huniannya sudah rendah hal ini mungkin akan menimbulkan kekuatiran, apalagi kalau Rumah Sakit ini RS Swadana. Hal ini sebenarnya tidak perlu dikuatirkan karena dengan pembayaran secara pra-upaya berdasarkan kapitasi yang disertai dengan tingkat pemanfaatan (hunian) yang rendah, berarti bahwa makin banyak peserta JPKM yang akan dapat dilayani oleh Rumah Sakit yang bersangkutan sebelum dicapainya tingkat *Bed Occupancy Ratio* (BOR) yang optimal. Ini berarti pula bahwa jumlah pendapatan (*pre-payment income*) rumah sakit akan meningkat, tetapi karena tingkat hunian/peman-

faatannya (*utilization/BOR*) rendah, maka *profit/surplus* akan meningkat.

### 2) Pengembangan Rumah Sakit.

Walaupun dewasa ini *Bed-Population Ratio* di Indonesia termasuk yang terendah di Asia, namun dengan adanya ikatan kerja antara Badan Penyelenggara Pemeliharaan Kesehatan dengan Rumah Sakit yang cara pembayarannya berdasarkan kapitasi dengan *risk-profit sharing*, agaknya merupakan cara yang terbaik untuk dapat meningkatkan pemerataan pelayanan RS dengan kualitas yang lebih baik serta biaya yang murah, tanpa perlu mendirikan/menambah Rumah Sakit baru.

### 3) Pengorganisasian dan Pengelolaan Rumah Sakit.

Rumah sakit sebagai mitra kerja satu/beberapa Badan Penyelenggara Pemeliharaan Kesehatan yang dikelola berdasarkan JPKM terikat dalam satu ikatan kerja. Sebagai konsekuensi pembayaran secara pra-upaya maka Rumah Sakit ditantang untuk dapat memberikan pelayanan dengan mutu yang sebaik-baiknya sesuai dengan standar pelayanan medis dan standar pelayanan rumah sakit, serta untuk memantau secara ketat penggunaan sumberdayanya agar dapat menekan biaya pelayanan.

Dengan perkataan lain rumah sakit harus mampu memberikan pelayanan yang bermutu dan sekaligus mampu mengendalikan biaya operasionalnya. Untuk dapat melaksanakan hal ini perlu kiranya para pengelola rumah sakit mengembangkan beberapa hal, antara lain :

- a) Mekanisme untuk merasionalisasikan pelayanannya melalui antara lain penetapan prosedur dan protokol pengobatan.
- b) Mekanisme untuk pemanfaatan peralatan *high-technology* secara tepat agar dapat mengoptimalkan manfaat pengobatan sehingga dengan demikian dapat mengurangi lama dan biaya perawatan.
- c) Sistem Informasi Manajemen yang memadai, termasuk rekam medis yang lengkap dan taat asas, yang dapat dimanfaatkan untuk melaksanakan *audit operational/performance*, *financial* dan *cost/benefit audit* dan lain sebagainya.
- d) Sistem *Policy and Procedure* (Protap) untuk pengambilan keputusan yang sifatnya rutin.
- e) *Activity Based Budgeting* yang luwes/fleksibel atas dasar mana dapat dilakukan penghitungan *cost per unit service/unit cost*. Dengan dapat ditetapkannya *unit cost* ini maka dapat pula dipantau pemanfaatan sumberdaya termasuk tenaga kesehatan. Semua ini tentunya memerlukan pula dikembangkannya satu sistem akuntansi yang memadai.
- f) Berbagai *Review Committee* untuk memantau pemanfaatan dan kualitas pelayanan (*utilization review*, *quality assurance*, *pharmacy* dan *therapeutic committee*, *equipment review committee* dan lain sebagainya) serta dihidupkannya kegiatan *peer review*.
- g) Unit maupun kemampuan marketing/pemasaran termasuk pula kemampuan untuk bernegosiasi dengan berbagai Badan Penyelenggara Program JPKM.
- h) Bila perlu organisasi rumah sakit disempurnakan agar dapat dikelompokkan berbagai kegiatan yang sifatnya pelayanan langsung (*production cost center*) maupun berbagai

pelayanan yang sifatnya penunjang (*support cost center*).

Mengenai berbagai hal di atas tidak diperlukan pembahasan lebih lanjut.

## PENUTUP

Demikian telah diuraikan secara singkat tentang JPKM, tujuan, ciri dan mekanisme pengelolaannya serta implikasinya terhadap pengelolaan rumah sakit.

Semoga uraian singkat ini dapat membantu pelaksanaan tugas Saudara sebagai pengelola rumah sakit.

