

BAB III

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Obyek Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RS Misi Lebak pada periode bulan Februari – Maret 2022. Dalam menjalankan penelitian kuantitatif, peneliti mengajukan kuesioner kepada 250 orang peserta JKN yang mendapat pelayanan di rawat jalan dan 50 orang peserta JKN yang mendapatkan pelayanan di rawat inap. Komposisi responden di rawat jalan dan rawat inap berdasarkan hak kelasnya dapat dilihat sebagai berikut:

Tabel 2 Jumlah responden di rawat jalan dan rawat inap berdasarkan hak kelas peserta JKN

Kelas	Rawat Jalan		Rawat Inap	
	Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
I	15	6%	4	8%
II	51	20,4%	18	36%
III	184	73,6%	28	56%
Total	250	100%	50	100%

Sedangkan untuk FGD dan Wawancara Mendalam diperoleh sejumlah narasumber sebagai berikut:

- a. Manajemen sebanyak 6 orang, yang terdiri dari: Wakil Direktur, Kepala Bidang Pelayanan, Wakil Kepala Bidang Pelayanan, Kepala Seksi Pelayanan Klinis, Wakil Kepala Bagian Umum dan Keuangan, dan Kepala Sub Bagian Umum. Untuk kode Manajemen dalam analisis kualitatif menggunakan huruf M.
- b. Profesional Pemberi Asuhan (Dokter dan Perawat) sebanyak 8 orang, yang terdiri dari: Dokter Umum sebanyak 4 orang, Dokter Spesialis sebanyak 2 orang, dan Perawat sebanyak 2 orang. Untuk kode Profesional Pemberi Asuhan dalam analisis kualitatif menggunakan huruf P.
- c. BPJS Kesehatan Cabang Serang sebanyak 3 orang, yang terdiri dari: Kepala KLOK Lebak, Kepala Bidang Pelayanan Rujukan, dan

Verifikator FKRTL Lebak. Untuk kode BPJSK dalam analisis kualitatif menggunakan huruf B.

Peneliti juga membagi pengalaman kerja narasumber sesuai kategori atau profesinya adalah sebagai berikut:

Tabel 3. Lama bekerja narasumber berdasarkan kategori atau profesinya

Kategori	< 5 tahun	5 – 10 tahun	> 10 tahun
Manajemen	1		7
PPA	4	1	3
BPJSK			3

2. Hasil Kuesioner

Hasil jawaban dari kuesioner di rawat jalan dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 4. Hasil kuesioner di rawat jalan

No	Pernyataan	STS	TS	RR	S	SS
1	Saya tidak keberatan membayar iuran BPJS Kesehatan yang sesuai dengan kemampuan untuk mendapatkan jaminan pelayanan kesehatan					
	Keterangan: Besaran premi sesuai dengan Perpres 64/2020: Kelas 1 sebesar Rp. 150.000,- Kelas 2 sebesar Rp. 100.000,- Kelas 3 sebesar Rp. 42.000,-	15	49	48	115	23

2	Rumah Sakit telah menyelenggarakan pelayanan yang bermutu kepada pasien rawat jalan atau rawat inap Keterangan: Pelayanan yang bermutu adalah pelayanan yang sesuai dengan standar yang ditetapkan	0	2	12	190	46
3	Saya dapat memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis atau pengobatan yang diperlukan	0	1	9	164	76
4	Saya dapat memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis atau pengobatan yang diperlukan, dan tidak dibedakan berdasarkan golongan peserta (Kelas I/II/III). Perbedaan hanya terdapat pada fasilitas rawat inap Kelas I/II/III.	0	2	14	143	91
5	Rumah Sakit telah berlaku adil dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta JKN tanpa membedakan golongan peserta (Kelas I/II/III)	0	2	12	141	95

Tabel 5. Hasil kuesioner di rawat jalan dalam persen (%)

Pernyataan	STS	TS	RR	S	SS
1	6	19,6	19,2	46	9,2
2	0	0,8	4,8	76	18,4
3	0	0,4	3,6	65,6	30,4
4	0	0,8	5,6	57,2	36,4
5	0	0,8	4,8	56,4	38

Hasil jawaban dari kuesioner di rawat inap dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 6. Hasil kuesioner di rawat inap

No	Pernyataan	STS	TS	RR	S	SS
1	Saya tidak keberatan membayar iuran BPJS Kesehatan yang sesuai dengan kemampuan					

	<p>untuk mendapatkan jaminan pelayanan kesehatan</p> <p>Keterangan:</p> <p>Besaran premi sesuai dengan Perpres 64/2020:</p> <p>Kelas 1 sebesar Rp. 150.000,-</p> <p>Kelas 2 sebesar Rp. 100.000,-</p> <p>Kelas 3 sebesar Rp. 42.000,-</p>	9	20	5	12	4
2	<p>Rumah Sakit telah menyelenggarakan pelayanan yang bermutu kepada pasien rawat jalan atau rawat inap</p> <p>Keterangan:</p> <p>Pelayanan yang bermutu adalah pelayanan yang sesuai dengan standar yang ditetapkan</p>	0	0	2	40	8
3	<p>Saya dapat memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis atau pengobatan yang diperlukan</p>	0	0	1	40	9
4	<p>Saya dapat memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis atau pengobatan yang diperlukan, dan tidak dibedakan berdasarkan golongan peserta (Kelas I/II/III). Perbedaan hanya terdapat pada fasilitas rawat inap Kelas I/II/III.</p>	0	0	1	34	15
5	<p>Rumah Sakit telah berlaku adil dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta JKN tanpa membedakan golongan peserta (Kelas I/II/III)</p>	0	0	0	34	16

Tabel 7. Hasil kuesioner di rawat inap dalam persen (%)

Pernyataan	STS	TS	RR	S	SS
1	18	40	10	24	8
2	0	0	4	80	16

3	0	0	2	80	18
4	0	0	2	68	30
5	0	0	0	68	32

3. Hasil Data Sekunder

a. Laporan mutu pelayanan JKN di RS Misi Lebak

Mengenai laporan mutu pelayanan pada peserta JKN cukup banyak data yang dapat diambil di lapangan, namun yang sesuai dengan kerjasama bersama BPJSK adalah kepatuhan RS. Misi Lebak terhadap indikator mutu dan biaya yang telah ditetapkan oleh BPJSK. Adapun indikator kepatuhan terhadap kontrak tersebut terdiri 6 indikator mutu dan 1 indikator biaya seperti yang terlihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 8. Laporan indikator kepatuhan RS Misi Lebak terhadap kontrak dengan BPJSK periode Tahun 2021

INDIKATOR KEPATUHAN	TARGET	NILAI
1. Indikator Mutu 1: Updating Display Tempat Tidur terhubung Mobile JKN	15%	15%
2. Indikator Mutu 2: Updating Display Tindakan Operasi terhubung Mobile JKN	15%	15%
3. Indikator Mutu 3: Sistem Antrean RS terhubung Mobile JKN	18%	18%
4. Indikator Mutu 4: Tindak Lanjut dan Penyelesaian Keluhan Peserta terkait Layanan Kesehatan di FKRTL	8%	8%
5. Indikator Mutu 5: Survei Pemahaman Regulasi JKN	8%	8%
6. Indikator Mutu 6: Tingkat Kepuasan Peserta di FKRTL	11%	11%
7. Indikator Biaya : Capaian Rekrutmen Peserta PRB	25%	25%
Total	100%	100%

b. Laporan biaya pelayanan JKN di RS Misi Lebak

Data mengenai biaya peserta JKN yang telah mendapatkan pelayanan di RS. Misi Lebak didapatkan dari laporan keuangan berita acara hasil verifikasi dari BPJSK terhadap keseluruhan klaim RS. Misi Lebak pada tahun 2021. Data ini kemudian disandingkan dengan billing RS terhadap

pelayanan pada peserta JKN di tahun yang sama. Nominal jumlah biaya tidak dimunculkan, namun diwakili oleh rata-rata billing dan klaim pada pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Untuk pelayanan rawat inap, dibagi lagi menjadi 3 kategori yaitu Kelas I, II, dan III. Kemudian besaran rata-rata billing dikurangi dengan besaran rata-rata klaim BPJSK sehingga didapatkan hasil berupa selisih biaya.

Tabel 9. Rata-rata billing dan klaim ke BPJSK terhadap pelayanan JKN di RS Misi Lebak periode Tahun 2021

Pelayanan	Kelas	RS Misi	BPJSK	Selisih
Rawat Jalan	Non Kelas	254.065	209.984	-17,35%
Rawat Inap	I	5.653.956	3.942.425	-30,27%
	II	4.864.103	2.875.344	-40,88%
	III	4.244.105	2.793.034	-34,19%
Rata-Rata Total		965.764	671.013	-30,51%

4. Hasil FGD dan Wawancara

Penelitian kualitatif dilakukan untuk memperoleh data lebih lanjut mengenai permasalahan penelitian yang meliputi tentang: kendali mutu dan kendali biaya, prinsip ekuitas, serta pelaksanaan prinsip ekuitas dalam program JKN melalui kendali mutu dan kendali biaya. Paparan tentang hasil penelitian kuantitatif disampaikan terlebih dahulu, sehingga ada pengembangan data primer yang dapat digali melalui instrument FGD dan wawancara mendalam. Penelitian kualitatif ini melibatkan narasumber dari 2 pihak, yaitu: RS Misi Lebak (Manajemen dan PPA) dan BPJSK Cabang Serang.

a. Gambaran Prinsip ekuitas dalam pelaksanaan program JKN

Ekuitas dimaknai cukup berbeda dari narasumber yang berasal dari RS Misi Lebak dan BPJSK Serang. Ekuitas adalah keadilan antara apa yang diterima dengan yang diberikan. Hal ini disampaikan oleh narasumber dari RS Misi Lebak, yaitu: “Ekuitas adalah apa yang diterima sama dengan apa yang diberikan dan kalau saya pilih yang ekuitas arti umum, karena sama-sama tidak dirugikan” (M02). Pendapat yang sama disampaikan narasumber dari BPJSK, misalnya: “kalau sepemahaman saya, ekuitas dalam program JKN, masing-masing pihak yang terlibat dalam penyelenggaraan ini, BPJSK, RS dan peserta memiliki rasa keseimbangan, artinya tidak ada perbedaan peserta ini datang ke faskes tidak didiskriminasikan, tidak dibedakan berdasarkan iuran yang dibayarkan segmennya PBI dan non PBI tapi pengertian bagi faskes, kita pun tidak mau faskes merugi, istilahnya tidak seimbang antara biaya yang dikeluarkan dengan tarif yang dibayarkan, disitu ada keseimbangan dan keadilan di semua aspek” (B02). Dalam pernyataan tersebut, ekuitas dimaknai sebagai keadilan bagi semua pihak yang terlibat dalam program JKN, yaitu: peserta JKN, Rumah Sakit dan BPJSK.

Prinsip ekuitas juga dimaknai seperti apa yang ada dalam peraturan JKN. Pendapat ini disampaikan oleh narasumber dari BPJSK: “seharusnya sama ya, karena kita memegang regulasi yang sama, kita ini terbantu karena hukum bilangan besar bahwa kami defisit jelas sekali, ekuitas pelayanan sama artinya kita memandang dari sisi obyektif ya, bukan subyektif, kita punya regulasi BPJS ini, lembaga dibawah presiden berhak mengeluarkan regulasi, namun sebagai operator wajib menerapkan regulasi yang disampaikan oleh pemerintah” (B01). Secara lebih khusus lagi bahwa prinsip ekuitas tersebut seperti yang terdapat dalam UU No 40 Tahun 2004 tentang SJSN. Ini diungkapkan oleh narasumber dari BPJSK sebagai berikut: “Ekuitas yang dimaksud ini pasien mendapatkan pelayanan medis sama

tidak terkait dgn iuran yang dibayarkan terkait dengan benefit yang didapatkan medis dan non medis”. (B02)

b. Gambaran tentang kendali mutu dan kendali biaya dalam program

JKN

1. RS Misi Lebak:

Hasil FGD dan wawancara menunjukkan bahwa kendali mutu yang diberikan pada peserta JKN mesti sama dan adil, pendapat ini disampaikan oleh PPA RS Misi Lebak sebagai berikut: “mutu di kelas I, II, III sama, kalau tidak sama nanti komplain pasiennya ke BPJS, BPJS ke kita” (P01). Kendali mutu juga dapat dipengaruhi oleh SDM yang melayani pasien. SDM yang berkualitas dan mempunyai skill yang dibutuhkan akan berdampak pada mutu atau kualitas layanan yang diberikan oleh Rumah Sakit.

Sedangkan pada kendali biaya, yang sangat mempengaruhi diantaranya adalah tingkat keparahan pasien, seperti halnya yang diungkapkan oleh PPA RS Misi Lebak: “faktor pasien-pasien yang sakit, tingkat keparahannya, makin parah sakit pasien, maka makin lama pasien dirawat, obat-obatan makin banyak, penunjang juga, dokter juga tidak hanya satu (P03)”. Selain itu kendali biaya juga dipengaruhi oleh manfaat non medis yang sesuai dengan hak pasiennya dan tarif INA-CBGs yang merupakan komponen dasar perhitungan biaya yang dapat dibayarkan oleh BPJSK.

2. BPJSK Serang

Narasumber dari BPJSK Serang mengatakan bahwa kendali mutu ditentukan sejak awal, dimana ada kredensialing atau rekredensialing pada FKRTL yang bermitra dengan BPJSK. Seperti komentar berikut: “mutu bagaimana membeli pelayanan, RS yang akan bekerjasama dengan kita, akan dikredensialing asesmen dulu, kemudian dicrosscheck, ada nilai-nilai tentunya, yang diatas 75 pasti layak diajak kerjasama. Jadi kita

membeli dengan standar yang sudah ditetapkan Kemenkes” (B01). Selain itu kendali mutu juga dapat menggunakan instrumen-instrumen yang dapat menerapkan standar pelayanan medis, diantaranya: *Clinical Pathway* (CP) dan *Standard Operational Procedure* (SOP). Berikut ini adalah pendapatnya: “kendali mutu dari RS ada CP, PNPk yang diterapkan, apakah ada SOP, ini tinggal di combine ya, atau merujuk menerapkan SOP, tentunya rujukan dari PNPk tadi, kami percaya bahwa RS masing-masing, dgn Komite Medik, bahwa CP dan PNPk telah berjalan dengan baik, sebagai wadah agar CP dan PNPk berjalan dengan baik” (B02).

Pada upaya kendali biaya, yang dapat dilakukan di RS Misi Lebak adalah penggunaan CP. Jadi kegunaan CP sebagai alat kontrol mutu sekaligus biaya. Hal ini sesuai dengan pernyataan berikut: “Kendali biaya supaya ketemu dengan kendali mutu, tidak bisa satu persatu, case, tentunya tidak bisa sama, apalagi dengan standar yang tinggi, walaupun CP berlaku, dokternya terbitan mana, tapi saya pikir kendali mutu tetap dijalankan, pada saat kendali mutu, maka harapan kita tim di RS juga melakukan kendali biaya. Sehingga tidak jauh gapnya dari satu case dengan INA CBGs yang didapatkan” (B01). Selain itu BPJSK juga menekankan bahwa ketepatan atau kesesuaian koding pada INA-CBGs merupakan hal penting untuk pengendalian biaya. Seperti halnya pendapat berikut: “sebetulnya bukan karena biaya, tapi kesesuaian akan koding, bukan hanya terbatas oh biayanya besar, jadi lebih ke arah kesesuaian koding” (B02). Lebih dari itu dari pihak BPJSK juga mempunyai tim KMKB yang terdiri dari beberapa unsur, seperti: organisasi profesi, akademisi dan lembaga terkait untuk mendukung upaya KMKB di FKRTL.

c. Gambaran tentang prinsip ekuitas dalam program JKN melalui kendali mutu dan kendali biaya

Berdasarkan hasil pelaksanaan FGD dan wawancara mendalam pada narasumber terdapat keragaman sudut pandang atau perspektif akan pencapaian atau pelaksanaan prinsip ekuitas dalam program JKN ini. Oleh karena itu, hasil penelitian tentang prinsip ekuitas perlu dibedakan menjadi beberapa sasaran, yaitu: secara umum, peserta JKN, Rumah Sakit, dan BPJSK.

1. Secara Umum

Pelaksanaan prinsip ekuitas secara umum adalah ada yang tercapai dan tidak tercapai. Prinsip ekuitas dikatakan tidak tercapai dikarenakan lebih besar manfaat yang diberikan kepada peserta JKN daripada biaya yang diterima dari besaran premi yang ada. Pendapat ini disampaikan narasumber dari BPJSK, yaitu: “Kalau dibilang tercapai dilihat dari sisi mana dulu memandang, kalau dari sisi premi jelas tidak tercapai, kami terjadi masa defisit, sempat tidak bisa membayar kami sebagai institusi keuangannya (BPJS), jelas terjadi pada pasien HD, pada proses pendaftaran tidak terjadi seleksi ya” (B01).

Sedangkan pernyataan yang mengatakan ekuitas di RS Misi Lebak sudah tercapai adalah: “Khususnya di RS Misi untuk ekuitasnya secara garis besar sudah tercapai, mungkin masih ada beberapa keluhan, tidak banyak, tapi sdh berkurang, bisa disimpulkan untuk di RS Misi ekuitasnya sudah tercapai” (B03). Ini bermakna bahwa prinsip ekuitas secara umum sudah tercapai di RS Misi Lebak melalui KMKB.

2. Peserta JKN

Hasil penelitian secara keseluruhan terhadap pelaksanaan prinsip ekuitas dalam program JKN melalui KMKB bagi peserta JKN menunjukkan sudah tercapai. Misalkan dari Manajemen RS Misi Lebak

menyampaikan hal berikut: “Secara Ekuitas, RS Misi sudah menerapkan dari kelas I, II, III, pemberian darah sama untuk pasien” (M01). Selain itu untuk pelayanan kegawatdaruratan tidak terjadi diskriminasi layanan, seperti halnya yang disampaikan salah satu PPA berikut: “kalau dari pasien sudah tercapai, kita kan gak tau dia kelas 1,2,3, bayar, kita sama aja ngelayaninya” (PPA05).

3. Rumah Sakit

Semua pendapat narasumber menyatakan bahwa pelaksanaan prinsip ekuitas dalam program JKN melalui KMKB bagi Rumah Sakit masih belum tercapai. Contoh pendapat dari Manajemen RS Misi Lebak adalah: “secara prinsip ekuitas JKN dari satu sisi bagi pasien sudah tercapai, tapi dari RS masih belum, dari segi kewajiban RS sudah memberikan pelayanan yang sesuai, tapi dari segi hak tidak sesuai, secara tarif apa yang dibayar dari BPJS tidak sesuai” (M01). Sedangkan narasumber dari BPJSK mengatakan bahwa: “Kalau melihat data, apa yg dibayarkan BPJS lebih kecil ya, kita pasti yakin RS profitnya tidak besar ya, kami tidak bisa menilai apa ini equity atau tidak, jika melihat angkanya memang tidak berimbang, namun kami pun yakin, tidak mungkin faskes kerjasama jika merugikan salah satu pihak, tentu ketika kita kerjasama harapannya kedua pihak diuntungkan, kami diuntungkan karena RS Misi telah memberikan pelayanan pada peserta JKN, dan kami berharap RS tidak dirugikan, mungkin dari sisi RS, equity sudah tercapai tapi mungkin profitnya tidak sesuai ya” (B02). Ini menunjukkan bahwa terjadi ketidakseimbangan antara billing RS dengan tarif INA-CBGs memunculkan selisih negatif yang membuat penerimaan biaya RS tidak optimal.

4. BPJSK

Sementara itu, hasil penelitian untuk pelaksanaan prinsip ekuitas dalam program JKN melalui KMKB bagi BPJSK adalah sudah tercapai.

Pendapat ini dikemukakan oleh narasumber dari BPJSK, yang contohnya adalah: “dari sisi BPJS ekuitas ini sudah tercapai apa yang dibayarkan sudah sesuai dengan standar yang berlaku” (B02). Selain itu agar dapat terlaksana prinsip ekuitas dengan baik, maka perlu dilakukan cara dan strategi untuk terus meningkatkan capaian kepesertaan yang dapat mendukung pembiayaan program JKN ini. Pendapatnya adalah sebagai berikut: “dari sisi kepesertaan, premi yang kita kumpulkan tidak tercapai ekuitasnya, kita terbantu dari hukum bilangan besar, bagaimana kami bisa meningkatkan pooling iuran/ premi, kami melakukan penagihan ke peserta dgn berbagai metode, manfaat yang diberikan lebih besar daripada premi yang kami terima” (B01).

5. Upaya Pencapaian

Selain pencapaian pelaksanaan prinsip ekuitas dalam program JKN melalui KMKB, peneliti juga menanyakan kepada para narasumber tentang bagaimana upaya pencapaian pelaksanaan prinsip ekuitas melalui KMKB. Beberapa diantaranya adalah RS dapat mengimbangi besaran biaya dengan adanya penerapan sistem paket terhadap diagnosa tertentu, sehingga pelayanan tetap efektif dan biaya menjadi efisien. Selain itu juga disarankan agar ada identifikasi mengenai kebutuhan dasar kesehatan dan optimalisasi sistem rujukan berjenjang.

B. PEMBAHASAN

1. Prinsip Ekuitas Dalam Pelaksanaan Program JKN

a. Pola layanan JKN yang didasarkan prinsip ekuitas

Salah satu fungsi utama rumah sakit menurut Pasal 5 huruf (b) UU Nomor 44 Tahun 2009 adalah pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis. Dalam fungsi ini disebutkan bahwa rumah sakit adalah pelayanan kesehatan paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai

kebutuhan medis. Hal ini mirip dengan nomenklatur rumah sakit sebagai FKRTL dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Pelayanan kesehatan paripurna yang dimaksud adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Sedangkan pengaturan tingkat paripurna lebih ditujukan pada banyaknya sumber daya yang dimiliki oleh suatu rumah sakit.

Dalam program JKN yang dijalankan oleh suatu FKRTL, layanan yang diberikan kepada peserta JKN adalah sesuai dengan UU tentang Rumah Sakit, yaitu: pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Fungsi dan layanan rumah sakit sejalan dengan manfaat jaminan kesehatan yang diberikan kepada peserta JKN seperti yang tercantum pada Pasal 20 ayat (1) Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013, yaitu: Setiap Peserta berhak memperoleh Manfaat Jaminan Kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan. Selanjutnya pada ayat (2) disebutkan bahwa: Manfaat Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas Manfaat medis dan Manfaat non medis.

Manfaat medis yang dimaksud itu tidak terikat dengan besaran iuran yang dibayarkan oleh peserta JKN. Sedangkan manfaat non medis yang dimaksud adalah manfaat akomodasi dan ambulance. Sehingga pelayanan kesehatan dalam program JKN yang dijamin oleh rumah sakit sebagai FKRTL menurut Pasal 22 ayat (1) huruf b adalah:

1. rawat jalan yang meliputi:
 - a) administrasi pelayanan;
 - b) pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialistik oleh dokter spesialis dan subspecialis;
 - c) tindakan medis spesialistik sesuai dengan indikasi medis;
 - d) pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
 - e) pelayanan alat kesehatan implan;

- f) pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
- g) rehabilitasi medis;
- h) pelayanan darah;
- i) pelayanan kedokteran forensik; dan
- j) pelayanan jenazah di Fasilitas Kesehatan.

2. rawat inap yang meliputi:

- a) perawatan inap non intensif; dan
- b) perawatan inap di ruang intensif.

Peserta JKN dapat mengakses semua pelayanan tersebut diatas atas indikasi medis yang telah ditentukan sejak pemeriksaan awal. Penentuan pelayanan kesehatan yang dapat diterima oleh peserta JKN menjadi sangat penting karena hal ini telah diatur dalam Pasal 5 dari Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013, pelayanan kesehatan yang tidak dijamin meliputi:

1. pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku;
2. pelayanan kesehatan yang dilakukan di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, kecuali untuk kasus gawat darurat;
3. pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja;
4. pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri;
5. pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik;
6. pelayanan untuk mengatasi infertilitas;
7. pelayanan meratakan gigi (ortodonsi);
8. gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol;
9. gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri;
10. pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, termasuk akupuntur, shin she, chiropractic, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (health technology assessment);
11. pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (eksperimen);
12. alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi, dan susu; m. perbekalan kesehatan rumah tangga;
13. pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah; dan

14. biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan Manfaat Jaminan Kesehatan yang diberikan.

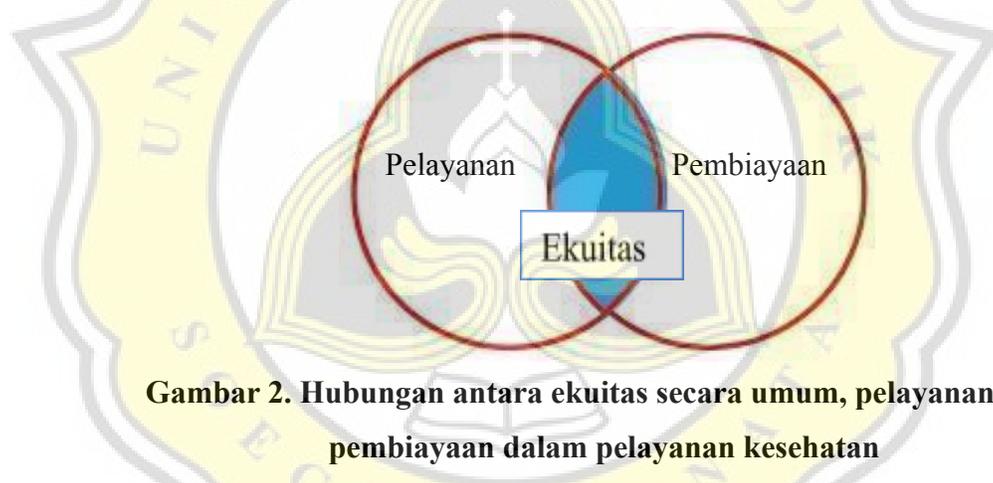
Untuk dapat mengakses pelayanan di FKRTL, peserta JKN harus mendapatkan rujukan dari FKTP. Hal ini sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN, yaitu: Pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat kedua atau tingkat pertama, kecuali pada keadaan gawat darurat, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, pertimbangan geografis, dan pertimbangan ketersediaan fasilitas.

b. Prinsip umum ekuitas dan prinsip khusus ekuitas dalam layanan JKN

Ekuitas sebagai suatu prinsip dapat dimaknai secara berbeda oleh masyarakat, terlebih oleh praktisi kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Sebagai prinsip umum, maka ekuitas didefinisikan sesuai dengan asal katanya, yaitu: situasi dimana setiap orang diperlakukan secara adil sesuai dengan kebutuhannya dan tidak ada sekelompok orang yang diberikan perlakuan khusus. Hal ini juga sejalan dengan makna ekuitas menurut Adams, yaitu bahwa rasio *outcome* (hasilnya) terhadap *input* (masukan) dan rasio *outcome* orang lain terhadap *input* orang lain itu harusnya sama. Apabila *outcome* dan *input* nya tidak dalam rasio yang sama, maka kondisi tersebut dapat dikatakan tidak ekuitas. Lebih lanjut lagi bahwa prinsip ekuitas secara umum mempunyai makna kesetaraan dalam keadilan bagi siapa saja subyek atau pelaku hukum yang terlibat dalam penyelenggaraan suatu kegiatan. Dalam makna ini sangat dipahami bahwa adanya keseimbangan antara apa yang dilakukan dengan apa yang diterima.

Sementara itu dalam bidang kesehatan, ada dua hubungan timbal balik yaitu pelayanan kesehatan yang dilakukan dan penerimaan yang berupa

pembiayaan atas pelayanan kesehatan yang telah dilakukan. Ekuitas dalam kesehatan berkaitan dengan prinsip etik keadilan distributif di semua tingkatan dan dalam semua domain. Penerapan ekuitas ini adalah menerapkan prinsip keadilan distributif pada semua aspek pelayanan kesehatan, termasuk pembiayaan, pendanaan, akses, daya tanggap, dan kualitas. Irisan antara pelayanan dan pembiayaan berupa ekuitas yang merupakan pertemuan dari pelayanan kesehatan dengan pembiayaannya. Ekuitas secara umum dimaknai bahwa pembiayaan juga terlibat dan berpengaruh dalam pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien. Hubungan tersebut dapat dilihat pada gambar berikut ini:

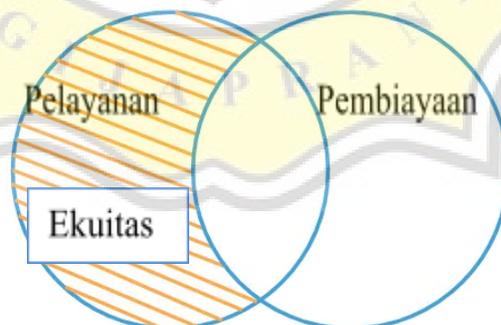


Gambar 2. Hubungan antara ekuitas secara umum, pelayanan, dan pembiayaan dalam pelayanan kesehatan

Lain halnya dengan ekuitas dalam program JKN yang lebih dimaknai secara lebih khusus. Dari penjelasan Pasal 19 dari UU SJSN Tahun 2004 disebutkan bahwa prinsip ekuitas adalah kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medisnya yang tidak terikat dengan besaran iuran yang telah dibayarkannya. Dalam hubungannya berarti ekuitas lebih ditekankan kepada pelayanan saja dan tidak melibatkan unsur pembiayaan yang berpengaruh terhadap pelayanan kesehatan yang dilakukan. Sementara itu pada Pasal 2 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, yaitu: Pembangunan kesehatan diselenggarakan

dengan berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender dan nondiskriminatif dan norma-norma agama. Asas keadilan yang dimaksud berarti bahwa penyelenggaraan kesehatan harus dapat memberikan pelayanan yang adil dan merata kepada semua lapisan masyarakat dengan pembiayaan yang terjangkau.

Ditekankan pula dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN bahwa: “Manfaat medis berupa pelayanan kesehatan yang komprehensif (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif) sesuai dengan indikasi medis yang tidak terikat dengan besaran iuran yang dibayarkan”. Oleh karena itu ekuitas tersebut sepenuhnya menjadi milik dari pelayanan yang diberikan kepada peserta JKN. Hal ini menunjukkan bahwa tidak adanya irisan antara komponen pelayanan dan komponen pembiayaan. Asas-asas pembangunan kesehatan seperti keadilan dan keseimbangan belum nampak pada ekuitas secara khusus. Komponen pembiayaan sebagai penerimaan dari FKRTL tidak dilibatkan dalam pemberian layanan kesehatan bagi peserta JKN. Hubungan tersebut dapat dilihat pada gambar berikut ini:



Gambar 3. Hubungan antara ekuitas secara khusus, pelayanan dan pembiayaan dalam pelayanan kesehatan

Sehingga antara prinsip umum dan prinsip khusus tersebut ada pergeseran makna ekuitas, dimana pada prinsip umum bahwa ekuitas merupakan irisan antara pelayanan kesehatan dan pembiayaan, kemudian menjadi hanya bertumpu pada pelayanan kesehatan saja daripada pembiayaan yang ditimbulkannya. Artinya adalah dalam prinsip umum ekuitas menunjukkan adanya kesamaan antara outcome (pembiayaan) dengan input (pelayanan kesehatan yang diberikan) sedangkan dalam prinsip khusus ekuitas bahwa pembiayaan diabaikan dan pelayanan kesehatan yang lebih diutamakan. Pergeseran makna ini bisa diasumsikan bahwa tidak terjadi ekuitas yang sebenarnya dalam makna khusus yang tersirat dalam pelaksanaan program JKN.

c. Fungsi prinsip ekuitas dalam pelaksanaan program JKN

Hukum adalah keseluruhan kaidah serta semua asas yang mengatur pergaulan hidup dalam masyarakat dan bertujuan untuk memelihara ketertiban serta meliputi berbagai lembaga dan proses guna mewujudkan berlakunya kaidah sebagai suatu kenyataan dalam masyarakat. Jadi pelaksanaan hukum dalam program JKN adalah menerapkan semua asas yang diatur dalam program JKN. Salah satu asas atau prinsip dalam program JKN adalah prinsip ekuitas. Dalam Pasal 19 ayat (1) UU SJSN Tahun 2004 disebutkan bahwa: “Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas.” Kedua prinsip tersebut dan bersama asas-asas yang terkandung dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku seyogyanya menjadi landasan atau pondasi yang menopang kokohnya suatu norma hukum.

Asas ini tentunya tidak dapat berjalan sendiri, tapi juga ditopang dengan asas-asas lain menjadi suatu kekuatan bagi setiap pihak penyelenggara program JKN untuk melakukan peningkatan kualitas pelayanan kepada peserta JKN. Dalam Pasal 2 dari UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan disebutkan bahwa: “Pembangunan kesehatan

diselenggarakan dengan berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender dan nondiskriminatif dan norma-norma agama”. Demikian pula pada Pasal 2 dari UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit disebutkan bahwa: “Rumah Sakit diselenggarakan berasaskan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial.”

Dalam hal ini, jelas bahwa pelaksanaan prinsip ekuitas dalam program JKN didukung oleh asas/ prinsip lain yang saling menguatkan. Rumah Sakit haruslah menjalankan keadilan dengan tidak melakukan diskriminasi pelayanan kepada peserta JKN dengan peserta yang non JKN. Pelayanan yang diberikan baik itu pendaftaran, waktu tunggu, konsultasi dan pengobatan juga tidak dibedakan. Lebih ditekankan pula bahwa kesehatan itu adalah hak asasi manusia, seperti tercantum pada Pasal 28 H ayat (1) UUD 1945 yaitu setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik, sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Pelaksanaan HAM tentang kesehatan ini akan lebih baik bila diwujudkan atau diatur dengan prinsip ekuitas. Adanya keadilan dalam memperoleh pelayanan kesehatan.

Perkembangan ekuitas dalam program JKN juga dimaknai sebagai kesamaan peserta JKN dan non JKN (*out of pocket*) untuk mengakses pelayanan kesehatan yang sama. Pelayanan terkait dengan kebutuhan medis kepada peserta JKN juga dituntut sama atau tidak dibedakan berdasarkan golongan kepesertaan atau besaran iuran yang telah dibayarkan. Hak sebagai peserta JKN haruslah dipenuhi seperti hak pasien pada umumnya oleh fasilitas kesehatan dan juga operator layanan kesehatan.

Hal ini sesuai dengan rumusan bahwa ekuitas kesehatan itu merupakan konsep etika yang didasarkan pada prinsip keadilan distributif, yang juga berhubungan dengan hak asasi manusia. Pemenuhan hak asasi manusia dalam pelayanan JKN harus merata untuk seluruh lapisan atau kelompok sosial. Sesuai regulasi pun program JKN juga diperuntukkan kepada masyarakat yang tidak mampu melalui pembiayaan pada segmentasi PBI. Sehingga ekuitas kesehatan juga dipandang sebagai ketiadaan dari kesenjangan sistematis kesehatan (atau karena penyebab sosial) antara lebih dan kurangnya keuntungan dari kelompok sosial.

2. Pengaturan Tentang Kendali Mutu dan Kendali Biaya Dalam Program JKN

a. Pengaturan umum dan khusus tentang kendali mutu dan kendali biaya dalam program JKN

Istilah Kendali Mutu dan Kendali Biaya sudah lama dikenal dalam pemberian layanan kesehatan oleh faskes. Seperti halnya yang tercantum pada Pasal 49 ayat (1) Undang Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran bahwa: Setiap dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran atau kedokteran gigi wajib menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya. Dalam penjelasannya, kendali mutu yang dimaksud adalah suatu sistem pemberian pelayanan yang efisien, efektif, dan berkualitas yang memenuhi kebutuhan pasien. Sedangkan kendali biaya adalah pembiayaan pelayanan kesehatan yang dibebankan kepada pasien benar-benar sesuai dengan kebutuhan medis pasien didasarkan pola tarif yang ditetapkan berdasarkan peraturan perundang-undangan. Pengawasan kendali mutu dan kendali biaya dalam praktik kedokteran diserahkan kepada organisasi profesi yang terkait, misalnya dalam hal ini adalah Ikatan Dokter Indonesia (IDI).

Dalam pengaturan umum KMKB untuk layanan medis, Rumah Sakit diharuskan menerapkan praktik kedokteran yang baik dan sesuai dengan

regulasi yang ada. Telah diatur dalam Pasal 2 dari UU No 29 Tahun 2004 bahwa praktik kedokteran dilaksanakan berdasarkan Pancasila dan didasarkan pada nilai ilmiah, manfaat, keadilan, kemanusiaan, keseimbangan, serta perlindungan dan keselamatan pasien. Sedangkan keadilan yang dimaksud adalah dalam penyelenggaraan praktik kedokteran harus mampu memberikan pelayanan yang adil dan merata kepada setiap orang dengan biaya yang terjangkau oleh masyarakat serta pelayanan yang bermutu. Praktik kedokteran diwujudkan dalam pelayanan medis yang aman dan bermutu oleh setiap tenaga medis di rumah sakit.

Hal tersebut juga tercantum pada Pasal 2 dari UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, yang berbunyi: “Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berdasarkan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender dan nondiskriminatif dan norma-norma agama.” Asas keadilan berarti bahwa penyelenggaraan kesehatan harus dapat memberikan pelayanan yang adil dan merata kepada semua lapisan masyarakat dengan pembiayaan yang terjangkau. Peraturan yang serupa didapatkan pada Pasal 2 dari UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, yaitu: “Rumah Sakit diselenggarakan berdasarkan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial. Yang dimaksud dengan ”nilai keadilan” adalah bahwa penyelenggaraan Rumah Sakit mampu memberikan pelayanan yang adil dan merata kepada setiap orang dengan biaya yang terjangkau oleh masyarakat serta pelayanan yang bermutu.

Dalam hal ini Pemerintah mengharapkan penerapan asas keadilan atau ekuitas di dalam pengaturan kendali mutu dan kendali biaya yang lebih baik, pemberian layanan bermutu tersebut harus adil dan merata

kepada semua lapisan dan juga dengan pembiayaan yang terjangkau oleh masyarakat. Pelaksanaan pengaturan kendali mutu dan kendali biaya dalam program JKN difasilitasi oleh BPJSK, sebagaimana tercantum dalam Pasal 24 UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN, yaitu: “Badan Penyelenggara Jaminan Sosial mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu pelayanan, dan sistem pembayaran pelayanan, kesehatan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas”. Dalam pengembangan pelayanan kesehatan, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial menerapkan sistem kendali mutu dan kendali biaya termasuk menerapkan iuran biaya untuk mencegah penyalahgunaan pelayanan kesehatan.

Selanjutnya, pelaksanaan secara teknis dari BPJS Kesehatan ditentukan melalui Peraturan BPJSK Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penerapan Kendali Mutu dan Kendali Biaya pada Penyelenggaraan Program JKN Pasal 2 ayat (1) menyatakan bahwa: “Kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan dilakukan untuk menjamin agar pelayanan kesehatan kepada peserta sesuai dengan mutu yang ditetapkan dan diselenggarakan secara efisien”. Lebih lanjut lagi disebutkan pada Pasal 2 ayat (2) bahwa: “Sistem kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan dilakukan oleh Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan, berkoordinasi dengan organisasi profesi, asosiasi fasilitas kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Provinsi, dan Kementerian Kesehatan.”

Dalam rangka penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2, BPJS Kesehatan menerapkan strategi pengendalian mutu dan biaya pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan baik di FKTP dan FKRTL. Dengan demikian, peraturan perundang-undangan yang mengatur lebih lanjut tentang pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya di rumah sakit sebagai FKRTL masih belum jelas dan terarah. Teknis pengaturan kendali mutu dan

kendali biaya masih berorientasi pada operator program JKN yaitu BPJSK, sedangkan pengaturan di pihak provider atau rumah sakit masih belum optimal.

Identifikasi kewenangan klinis dari tenaga medis ataupun klinis akhirnya menjadi penting, hal ini merupakan bukti bahwa tenaga klinis tersebut memang kompeten dalam suatu tindakan tertentu dalam memberikan asuhan profesi kepada pasien. Kompetensi keahlian hard skill dibutuhkan, misalkan ada kondisi penyakit/ keparahan pasien yang tidak mampu ditangani oleh tenaga medis, maka pasien tersebut wajib dirujuk kepada fasilitas kesehatan yang lebih tinggi dimana terdapat peralatan medis yang lebih memadai dan tenaga medis yang jauh lebih kompeten dan mempunyai kewenangan klinis yang sesuai untuk penanganan kasus pada pasien tersebut. Selain hard skill, sebaiknya PPA juga memiliki soft skill yang baik pula, misalnya menjaga komunikasi yang efektif kepada pasien dan keluarga. PPA diharapkan lebih melibatkan pasien dan keluarga untuk menentukan perawatan yang terbaik bagi dirinya sendiri. Lebih lanjut lagi dalam program JKN telah diatur sistem rujukan berjenjang dari faskes tingkat pertama hingga tingkat lanjut sesuai kompetensinya, namun kadang kala rujukan ini gagal dikarenakan kemauan dari pasien dan faktor sosial ekonomi yang tidak memungkinkan untuk dirujuk.

Memberikan pelayanan yang sama dan adil juga berlaku pada setiap pasien termasuk peserta JKN. Kesamaan mutu itu harus diberikan secara adil pada peserta JKN yang hak rawatnya di kelas I, II, maupun III. Pelayanan bermutu jelas tidak boleh dibeda-bedakan, perbedaan hanya pada layanan non medis yang berupa akomodasi dan ambulance. Hal ini mengingatkan kita bahwa upaya KMKB yang dilakukan harus seimbang dan perbedaan biaya yang didapatkan dari BPJSK dikarenakan adanya perbedaan manfaat non medis yang diterima sesuai dengan hak peserta JKN, yaitu kelas I, II, dan III pada fasilitas rawat inap.

Audit medis juga diperlukan untuk pengendalian KMKB dalam layanan medis di rumah sakit. Dalam UU Praktik Kedokteran dijelaskan bahwa audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis. Audit medis layaknya dijalankan secara rutin dan berkala untuk mencegah atau mereduksi tindakan medis yang berisiko untuk menjadi *error*. Pada akhirnya penyelenggaraan praktik kedokteran yang merupakan inti dari berbagai kegiatan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan harus dilakukan oleh dokter dan dokter gigi yang memiliki etik dan moral yang tinggi, keahlian dan kewenangan yang secara terus-menerus harus ditingkatkan mutunya melalui pendidikan dan pelatihan berkelanjutan, sertifikasi, registrasi, lisensi, serta pembinaan, pengawasan, dan pemantauan agar penyelenggaraan praktik kedokteran sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Sementara itu dari sisi organisasi atau rumah sakit, pada Pasal 40 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 disebutkan bahwa dalam upaya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal 3 (tiga) tahun sekali. Hal ini wajib dipatuhi dan dilaksanakan pihak Rumah Sakit agar hak pasien mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu terpenuhi melalui pelaksanaan berbagai standar yang telah ditetapkan.

Secara umum pengaturan penyelenggaraan Rumah Sakit seperti pada Pasal 3 bertujuan untuk:

1. mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan;
2. memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit;
3. meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit; dan

4. memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan Rumah Sakit. Kemudahan akses masyarakat sebaiknya diusahakan oleh rumah sakit dengan mengadakan layanan antar jemput ambulance yang selalu *stand by* 24 jam. Hal ini dapat memudahkan bagi warga yang tidak mampu apabila membutuhkan pelayanan kesehatan bagi dirinya. Penerapan standar akreditasi, kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur layanan bertujuan untuk memberikan perlindungan kepada keselamatan pasien dan juga staf rumah sakit itu sendiri. Sementara itu pemberian informasi dengan jelas melalui komunikasi yang efektif bertujuan untuk memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat dan pihak rumah sakit dalam penyelenggaraan layanan kesehatan.

Pembiayaan untuk kesehatan sebagai salah satu upaya kendali biaya telah diatur dalam Pasal 170 ayat (1) UU Nomor 36 tentang Kesehatan, yaitu: “Pembiayaan kesehatan bertujuan untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya”. Lebih jelas lagi besaran pembiayaan diatur dalam Pasal 172 ayat (1), yaitu: “Besaran anggaran kesehatan Pemerintah dialokasikan minimal sebesar 5% (lima persen) dari anggaran pendapatan dan belanja negara di luar gaji”. Sedangkan untuk Pemerintah Daerah diatur pada ayat (2), yaitu: Besar anggaran kesehatan pemerintah daerah provinsi, kabupaten/kota dialokasikan minimal 10% (sepuluh persen) dari anggaran pendapatan dan belanja daerah di luar gaji.

Untuk pengaturan obat, Pemerintah telah mengatur pada Pasal 24 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional, yaitu: Dalam hal obat yang

dibutuhkan sesuai indikasi medis pada Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan tidak tercantum dalam Formularium Nasional, dapat digunakan obat lain berdasarkan persetujuan Komite Medik dan kepala/direktur rumah sakit. Obat-obatan atau farmasi dan perbekalannya termasuk bahan habis pakai dan alat kesehatan merupakan sumber daya utama dalam perawatan pasien. Penggunaan secara berlebihan dan tidak terkontrol tentunya akan dapat menyebabkan pengeluaran yang besar bagi rumah sakit.

Dengan adanya berbagai landasan hukum untuk mengatur kendali mutu dan kendali biaya dalam program JKN, namun prinsip ekuitas masih belum dilaksanakan secara optimal. Secara regulasi ketentuan tentang pengaturan mutu lebih banyak ditekankan daripada pengaturan tentang biaya itu sendiri dan pelaksanaan kendali biaya masih ditekankan pada pengembangan sistem yang dikelola oleh BPJSK. Oleh karena itu pengaturan khusus KMKB dalam program JKN ini lebih banyak didominasi oleh BPJSK, hal ini dapat tercermin pada peraturan yang telah ditetapkan terkait pengaturan KMKB dalam penyelenggaraan program JKN. Pihak Rumah Sakit mutlak menerapkan kendali mutu di semua aspek pelayanan, seperti medis, peralatan medis yang digunakan, kefarmasian, dan sebagainya, karena penyelenggaraan pelayanan yang bermutu adalah kewajiban rumah sakit. Upaya pengaturan khusus KMKB yang dilakukan dapat dibagi menjadi dua, yaitu oleh BPJSK Serang dan RS Misi Lebak:

1. Pengaturan khusus KMKB oleh BPJSK Serang

Fungsi BPJSK Serang sebagai operator nampak dari pengaturan-pengaturan di setiap aspek pelayanan kesehatan, baik di FKTP ataupun FKRTL. BPJSK Serang ingin memastikan bahwa program JKN ini berjalan sesuai regulasi yang telah ditetapkan. Pengaturan paling awal tentang kendali mutu dan kendali biaya di Rumah Sakit adalah dengan proses kredensialing. Kredensialing merupakan sistem penilaian layak atau tidaknya suatu Rumah Sakit

yang ingin bekerjasama dengan BPJSK dalam memberikan pelayanan kepada peserta JKN. Dalam Pasal 9 ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 disebutkan bahwa: Dalam menetapkan pilihan Fasilitas Kesehatan, BPJS Kesehatan melakukan seleksi dan kredensialing dengan menggunakan kriteria teknis yang meliputi:

- a. sumber daya manusia;
- b. kelengkapan sarana dan prasarana;
- c. lingkup pelayanan; dan
- d. komitmen pelayanan

Proses kredensialing ini memastikan bahwa BPJSK sebagai operator tidak salah melakukan pembelian (*purchasing*) provider untuk memberikan pelayanan kesehatan pada peserta JKN. Disini kendali mutu ditekankan melalui penilaian dari 4 kriteria yang tersebut diatas, apakah Rumah Sakit sudah mempunyai SDM (baik medis ataupun non medis) yang kompeten dan memenuhi kualifikasi, apakah Rumah Sakit mempunyai sarana dan prasarana yang lengkap sesuai dengan lingkup pelayanannya. Persyaratan mengenai kelengkapan sarana dan prasarana mengikuti regulasi yang terkait juga, yaitu dari Peraturan Menteri Kesehatan yang terbaru.

Tahap akhir dari kredensialing adalah penetapan kerjasama atau tidak dengan dasar nilai minimal saat kredensial, yaitu 75. Selanjutnya kerjasama antara BPJSK dengan Rumah Sakit sebagai FKRTL dibuktikan dengan adanya Perjanjian Kerjasama yang berisikan hak dan kewajiban masing-masing pihak dalam rangka pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi peserta JKN. Bagi FKRTL yang ingin memperpanjang kerjasama dengan BPJSK maka mengajukan secara tertulis dan proses selanjutnya adalah rekredensialing dengan kriteria penilaian yang sama dengan proses kredensialing. Kepatuhan terhadap indikator-indikator

dalam kontrak kerjasama menjadi kendali mutu dan sekaligus kendali biaya yang diatur oleh BPJSK.

Indikator kepatuhan yang dimaksud terdiri dari 6 indikator mutu dan 1 indikator biaya dengan rincian sebagai berikut:

- a. Indikator Mutu 1: Updating Display Tempat Tidur terhubung Mobile JKN
- b. Indikator Mutu 2: Updating Display Tindakan Operasi terhubung Mobile JKN
- c. Indikator Mutu 3: Sistem Antrean RS terhubung Mobile JKN
- d. Indikator Mutu 4: Tindak Lanjut dan Penyelesaian Keluhan Peserta terkait Layanan Kesehatan di FKRTL
- e. Indikator Mutu 5: Survei Pemahaman Regulasi JKN
- f. Indikator Mutu 6: Tingkat Kepuasan Peserta di FKRTL
- g. Indikator Biaya : Capaian Rekrutmen Peserta PRB

Sesuai jumlah indikator dalam kepatuhan kontrak tersebut, nampak bahwa BPJSK lebih mengedepankan mutu pelayanan (6 indikator) daripada biaya (1 indikator). Contohnya adalah updating display tempat tidur, indikator ini berfungsi sebagai pemberian informasi bagi publik. FKRTL harus mendapatkan nilai yang sesuai dengan standar yang ditentukan oleh BPJSK agar dapat lolos dalam proses rekredensialing. Rumah Sakit wajib memenuhi target nilai yang telah ditetapkan oleh BPJSK dalam kontrak kerjasama.

Peranan *Case Manager* dalam upaya KMKB juga diperhitungkan sebagai langkah sukses dalam program JKN. *Case Manager* dari BPJSK bertugas untuk melihat anomali-anomali yang terjadi, memberikan hasil analisa kepada verifikator-verifikator, dan melakukan validasi terhadap pembayaran ke rumah sakit. Nampak disini bahwa peranan *Case Manager* di BPJSK lebih berpotensi untuk memastikan bahwa adanya ketepatan dan kesesuaian coding dengan peraturan atau kaidah yang berlaku yang diklaimkan oleh pihak rumah sakit. *Case Manager* dapat berkoordinasi langsung dengan Tim KMKB ataupun pihak Rumah Sakit

untuk mencari solusi bersama terkait dengan klaim yang dispute ataupun berpotensi terhadap adanya fraud dan kegagalan pembayaran.

2. Pengaturan khusus KMKB oleh RS. Misi Lebak

Pelayanan yang diberikan di RS Misi Lebak telah diatur dalam Peraturan Direktur Nomor 083A/ Dir-RSM/IV/2018 tentang Pedoman Pelayanan Rumah Sakit Misi Lebak. Setiap unit mempunyai pedoman pelayanan masing-masing, prinsipnya bahwa pelayanan yang diberikan kepada pasien tidak dibedakan untuk peserta JKN ataupun Non JKN. Sedangkan untuk upaya kendali mutu, telah diterbitkan Keputusan Direktur Nomor 1222/Dir-RSM/XII/2021 tentang Komite Mutu Rumah Sakit Misi Lebak. Kebijakan ini selain menetapkan struktur dan personil Komite Mutu juga menjelaskan adanya uraian tugas dan tanggungjawab dari Komite Mutu untuk menjalankan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Salah satu upaya KMKB yang wajib dilakukan adalah pelaksanaan *Clinical Pathway* (CP). Hal ini merujuk supaya terjadi keseimbangan antara mutu dan biaya pelayanan di RS Misi Lebak. Pelaksanaan CP diatur oleh RS Misi Lebak terhadap kasus-kasus yang memenuhi kriteria, misalkan: kasus tertinggi, kasus penyakit yang kompleks, kasus penyakit dengan risiko tinggi ataupun kasus yang membutuhkan biaya yang besar. Dengan kepatuhan pada CP, maka mutu pelayanan medis dapat terjamin dan biaya tetap efisien atau terkontrol.

Pengaturan khusus lainnya tentang KMKB harus melihat adanya kebijakan-kebijakan terkini dari BPJS Kesehatan mengenai apa yang bisa ditanggung ataupun tidak bisa ditanggung. Kriteria atau syarat apa yang harus dipenuhi agar suatu layanan yang diberikan kepada peserta JKN dapat diklaimkan. Hal ini haruslah dipelajari oleh pihak Manajemen Rumah Sakit dan disosialisasikan kepada unsur pemberi layanan agar dapat mematuhi kebijakan atau kaidah yang berlaku. Akibat dari

ketidapatuhan tersebut adalah potensi bahwa RS Misi Lebak tidak dapat menerima biaya penggantian klaim, sehingga pihak rumah sakit dapat berpotensi mengalami kerugian.

Selain itu di RS Misi Lebak juga menerapkan adanya fungsi *Case Manager* untuk mengontrol pemberian mutu layanan oleh PPA berjalan sesuai standar, terjaganya keselamatan pasien dan adanya kontrol biaya terhadap sumber daya yang dikeluarkan untuk pelayanan kesehatan pada peserta JKN. *Case Manager* merupakan perwujudan dari pelayanan/asuhan yang berfokus pada pasien (*Patient Centered Care*) dimana seorang pasien akan menjadi fokus pelayanan yang mengutamakan setiap kebutuhannya agar dapat dirawat secara profesional dan terintegrasi oleh PPA. *Case Manager* di Rumah Sakit akan memastikan bahwa hak dan kewajiban pasien terpenuhi oleh PPA dan seluruh unsur pelayanan dalam rumah sakit telah diberikan berbasis kebutuhan pasien tersebut (*managed care*).

Pemantauan dan evaluasi yang rutin dan berkala selalu diterapkan dalam upaya KMKB di RS. Misi Lebak, salah satunya adalah memberikan evaluasi pelayanan medis yang telah dilaksanakan oleh dokter penanggungjawab pelayanan. Evaluasi diberikan

b. Tujuan pengaturan tentang kendali mutu dan kendali biaya dalam program JKN

KMKB yang dilakukan oleh Rumah Sakit dan BPJS Kesehatan sebagai perwujudan dari Pasal 2 ayat (2) Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 8 Tahun 2016, yang berbunyi: “Sistem kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan dilakukan oleh Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan, berkoordinasi dengan organisasi profesi, asosiasi fasilitas kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Provinsi, dan Kementerian Kesehatan”. Sedangkan tujuan pengaturan KMKB sesuai dengan yang tercantum dalam consideran

peraturan di atas bahwa pengembangan sistem kendali mutu dan sistem pembayaran pelayanan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan efektivitas penyelenggaraan jaminan kesehatan. Hal ini juga diperkuat dalam Pasal 1 yang berbunyi: “Kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan dilakukan untuk menjamin agar pelayanan kesehatan kepada Peserta sesuai dengan mutu yang ditetapkan dan diselenggarakan secara efisien”.

Pemberian pelayanan yang bermutu juga merupakan salah satu pemenuhan hak pasien, yaitu memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional. Hak lainnya yang tak kalah penting adalah memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi. KMKB harus dilakukan bersama-sama, yaitu dari BPJSK, fasilitas kesehatan dan stakeholder yang lainnya. Koordinasi harus tetap dipelihara dengan asosiasi faskes dan berbagai organisasi profesi terkait. Jadi upaya KMKB tidak hanya terbatas dari BPJSK dan Rumah Sakit, tapi juga melibatkan seluruh unsur stakeholder lainnya yang dapat mempengaruhi KMKB dalam program JKN.

Maknanya adalah dengan pengembangan sistem KMKB di Rumah Sakit (sebagai faskes) dan BPJSK maka masing-masing pihak ingin memberikan pelayanan kesehatan pada peserta JKN secara efektif namun pembiayaan yang timbul tetap efisien. Dalam hal ini upaya KMKB dilakukan sebagai kewajiban dari masing-masing pihak pula. Rumah Sakit yang ditunjuk sebagai FKRTL memiliki kewajiban untuk selalu memberikan mutu pelayanan kesehatan yang terbaik bagi pasien yang dilayani (peserta JKN). Banyak standar mutu yang harus diterapkan di rumah sakit, diantaranya adalah: akreditasi rumah sakit, standar pelayanan minimal, indikator nasional mutu, indikator mutu dari BPJSK, dan sebagainya. Pemeliharaan mutu juga harus diimbangi dengan upaya

keselamatan pasien yang menjadi standar dasar dalam suatu pelayanan kesehatan.

Sementara itu dari pihak BPJSK juga mempunyai kewajiban, yaitu mempertahankan mutu provider dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi peserta JKN. Pemantauan yang dilakukan oleh BPJSK kepada Rumah Sakit berlangsung secara konsisten dan berkesinambungan, sebagai contoh: adanya survei pemahaman bagi staf rumah sakit, utilisasi review, survei kepuasan peserta JKN, penanganan keluhan dan komplain peserta JKN, dan lainnya. Selain itu ada kewajiban khusus berupa: pelaksanaan audit medis dan pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan. Tim KMKB sebagai bagian dari BPJSK mempunyai tanggungjawab besar dalam memelihara mutu pelayanan pada program JKN dan sekaligus melakukan efisiensi pembiayaan yang dikeluarkan kepada faskes.

3. Pelaksanaan Prinsip Ekuitas Dalam Program JKN di RS Misi Lebak Melalui Kendali Mutu dan Kendali biaya

a. Pihak-pihak yang terkait dengan pelaksanaan prinsip ekuitas dalam program JKN melalui kendali mutu dan kendali biaya

Seperti yang tercantum dalam Peraturan BPJSK Nomor 8 Tahun 2016 bahwa kendali mutu dan kendali biaya dilakukan oleh fasilitas kesehatan dan BPJSK, namun tetap berkoordinasi dengan beberapa pihak lain, seperti: asosiasi profesi, asosiasi fasilitas kesehatan, dan sebagainya. Tetapi dalam penyelenggaraan program JKN secara menyeluruh maka ada pihak-pihak utama yang saling terkait, yaitu: peserta JKN sebagai bagian dari masyarakat yang ikut dalam kepesertaan jaminan kesehatan, rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan, BPJSK sebagai operator atau penyelenggara jaminan kesehatan dan Pemerintah (Pusat dan Daerah) sebagai regulator.

Keterlibatan pihak-pihak terkait tentu saja mempunyai hubungan keterikatan antara satu dengan yang lain, baik itu hak dan kewajiban, serta pemenuhan hukum itu sendiri. Melaksanakan program JKN berarti turut serta melaksanakan prinsip ekuitas melalui kendali mutu dan kendali biaya. Obyeknya yang pasti adalah peserta JKN yang terdaftar di BPJSK, sedangkan subyeknya dapat berupa BPJSK sebagai operator dan Rumah Sakit sebagai provider dimana kedua pihak inilah yang kerap bersentuhan dengan sisi pelayanan kesehatan di lapangan. Persepsi tentang prinsip ekuitas secara subyektif masih berbeda-beda apabila dilihat dalam hasil penelitian ini, dimana masing-masing pihak mempunyai persepsi yang lebih ditujukan kepada dirinya sendiri. Pandangan tentang prinsip ekuitas dalam program JKN dapat dimaknai secara umum dan khusus, selain yang ada dalam regulasi saat ini. Berikut adalah peranan masing-masing pihak atau unsur terkait menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN, yaitu:

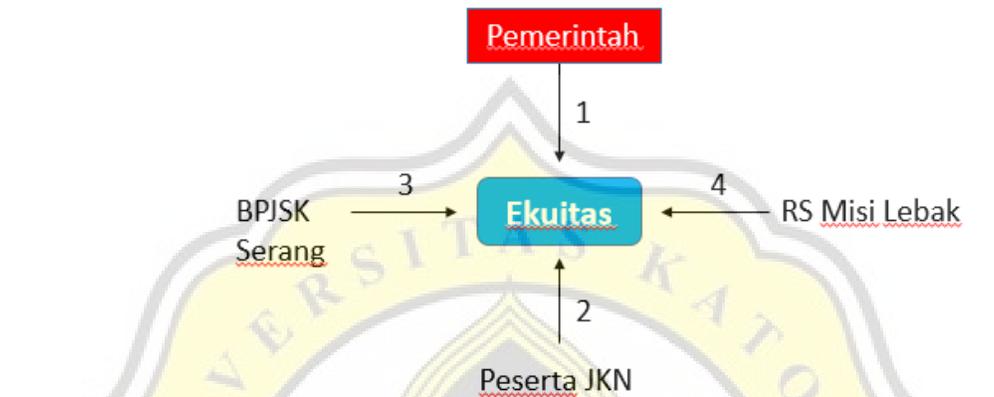
1. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Propinsi dan Kabupaten/ Kotamadya) serta berbagai kementerian/lembaga terkait antara lain Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan, Kementerian Sosial, Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Kementerian Dalam Negeri, dan Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN). Harapannya Pemerintah berfungsi memberikan pengayoman dan dapat membuat kebijakan prinsip ekuitas yang lebih holistik dan dapat diterima oleh masing-masing pihak. Upayanya adalah melakukan kajian terhadap keterkaitan antara kebijakan yang satu dengan yang lainnya. Interaksi yang ada harus bermanfaat bagi kesehatan masyarakat seutuhnya. Pemerintah sebenarnya dapat melakukan sinkronisasi kebijakan yang telah dikeluarkannya, sehingga program JKN ini tidak hanya efisien, namun efektif untuk

meningkatkan derajat masyarakat. Masalah utama BPJSK yang defisit juga banyak dikeluhkan oleh masyarakat, RS Misi Lebak dan juga BPJSK itu sendiri. Hal ini disebabkan karena lebih besar manfaat (medis ataupun non medis) yang diberikan kepada peserta JKN daripada biaya yang diterima dari besaran premi yang telah ditetapkan. Dalam hal ini Pemerintah belum membuat regulasi yang jelas dan terperinci pada manfaat dasar yang dapat diterima oleh peserta JKN supaya tidak menjadi beban biaya pada BPJSK. Selain itu juga kurangnya evaluasi dan analisa terhadap akar masalah pelayanan yang nyata, sehingga penerapan strategi untuk mengatasi masalah defisit yang berkepanjangan pun tidak nampak.

2. Peserta JKN yang mendapat layanan di RS Misi Lebak. Ekuitas merupakan hak atas pelayanan kesehatan bermutu yang diterima dan tidak ada perbedaan atau diskriminasi berdasarkan segmentasi ataupun golongan. Pemahaman ekuitas ini sudah sama seperti dengan yang ada dalam regulasi SJSN. Tujuan ekuitas tersebut hanya eksklusif bagi peserta JKN, pihak terkait lainnya dalam program JKN tidak mendapatkan porsi yang sama. Ekuitas JKN ini dianggap sudah tercapai pada pelayanan di RS Misi Lebak. Secara umum prinsip ekuitas yang terkandung dalam UU No 40 Tahun 2004 tentang SJSN ini sudah tercapai di RS Misi Lebak. Hal ini juga sesuai dengan hasil penelitian kuantitatif, dimana sebanyak 56,4% responden rawat jalan menyatakan setuju dan 38% yang menyatakan sangat setuju bahwa RS Misi Lebak telah berlaku adil dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta JKN tanpa membedakan golongan. Hasil yang serupa juga didapatkan pada pelayanan di rawat inap. Sebanyak 68% responden menyatakan setuju dan 32% responden menyatakan sangat setuju.

3. BPJSK Serang sebagai badan penyelenggara adalah badan hukum publik yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan sebagaimana yang ditetapkan oleh Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Ekuitas merupakan kesetaraan antara manfaat (pelayanan kesehatan bermutu oleh provider) yang diberikan dengan pooling premi dari kepesertaan JKN. Diperlukan upaya-upaya dan strategi untuk terus meningkatkan capaian kepesertaan yang dapat mendukung pembiayaan program JKN ini. Hal ini sangat penting agar dapat memberikan ketahanan bagi Dana Jaminan Sosial agar tetap dapat menjamin ketersediaan pelayanan yang bermutu. Dalam implementasinya, BPJSK Serang telah melakukan pembayaran sesuai dengan regulasi yaitu dengan standar tarif INA-CBGs yang sudah ditetapkan.
4. RS Misi Lebak sebagai FKRTL, keterlibatan dalam pelayanan kepada peserta JKN dilakukan oleh Manajemen sejak tahun 2016. Manajemen di RS Misi Lebak berpendapat bahwa ekuitas dalam pelayanan JKN belum tercapai. Pandangan atau persepsi terhadap ekuitas tidak sama yang seperti tercantum dalam regulasi JKN. Ekuitas lebih dilihat sebagai kesetaraan dan keadilan akan pelayanan kesehatan bermutu yang sudah diberikan dengan pembiayaan yang diterima. Prinsip ekuitas secara umum belum terpenuhi bagi RS Misi Lebak, hal ini disebabkan karena kewajiban pelayanan sudah diberikan, namun penerimaan biaya pelayanan kurang sesuai dengan billing rumah sakit. Oleh karena adanya selisih atau gap dimana biaya yang dikeluarkan RS Misi Lebak lebih tinggi daripada biaya yang diterima dari BPJSK Serang, maka hal ini dianggap sebagai ketidakadilan.

Hubungan antara pihak terkait dan Pemerintah dalam pelaksanaan prinsip ekuitas dalam program JKN melalui kendali mutu dan kendali biaya dapat dilihat pada gambar berikut ini:



Gambar 4. Prinsip ekuitas berdasarkan persepsi masing-masing pihak terkait dalam program JKN melalui kendali mutu dan kendali biaya

b. Mekanisme pelaksanaan prinsip ekuitas dalam program JKN melalui kendali mutu dan kendali biaya di RS Misi Lebak

Landasan berpikir yang dipakai untuk menjalankan KMKB adalah prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Dalam penjelasan Pasal 19 UU SJSN Tahun 2004 disebutkan bahwa prinsip asuransi meliputi:

1. Kegotongroyongan antara yang kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, dan yang berisiko tinggi dan rendah;
2. Kepesertaan yang bersifat wajib dan tidak selektif;
3. Iuran berdasarkan persentase upah/ penghasilan;
4. Bersifat nirlaba

Uraian tentang cakupan prinsip asuransi sosial diatas cukup jelas dan terperinci. Namun sayangnya dalam Undang-Undang tersebut tidak ada uraian lengkap tentang prinsip ekuitas. Lebih lanjut lagi bahwa prinsip ekuitas yang tercantum dalam UU SJSN tidak memiliki definisi. Hal ini

seharusnya menjadi perhatian utama bagi Pemerintah untuk melakukan perbaikan peraturan perundang-undangan dalam mengawal pelaksanaan program JKN.

Melaksanakan kendali mutu dan kendali biaya dengan baik berarti menggunakan prinsip asuransi sosial dan ekuitas sebagai landasan berpikir secara benar dalam setiap upaya kendali mutu ataupun kendali biaya dalam pemberian pelayanan kesehatan pada peserta JKN di RS Misi Lebak. Gambar berikut ini dapat memberikan ilustrasi tentang pelaksanaan prinsip ekuitas dalam program JKN melalui KMKB di RS Misi Lebak.



Gambar 5. Pelaksanaan prinsip ekuitas dalam program JKN melalui kendali mutu dan kendali biaya

Pelaksanaan prinsip ekuitas, berarti memahami seluruhnya nilai-nilai yang terkandung dalam ekuitas itu secara baik dan benar, memandang kesetaraan dalam keadilan, dan memaknai keadilan itu sendiri harus tercipta untuk semua pihak-pihak yang terkait dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan di RS Misi Lebak.

Sementara itu pelaksanaan prinsip asuransi sosial lebih ditujukan pada BPJS Kesehatan selalu operator program JKN yang mengedepankan kegotongroyongan, mendorong kepesertaan wajib agar tercapai peningkatan *universal health coverage* dan pengelolaan program JKN ini bersifat nirlaba. Selain RS Misi Lebak dan BPJS Kesehatan Serang, maka diharapkan juga keterlibatan pihak-pihak lain agar pelaksanaan prinsip asuransi sosial ini lebih optimal.

Pelaksanaan ekuitas melalui kendali mutu dan kendali biaya dimaknai saling menghargai antara hak dan kewajiban masing-masing pihak terkait. Sedangkan pelaksanaan prinsip di RS Misi Lebak mengandalkan pemahaman bahwa ekuitas adalah suatu prinsip keadilan dimana hak dan kewajiban yang dijalankan adalah seimbang. RS Misi Lebak mengutamakan pelaksanaan kewajiban dalam memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, tidak diskriminatif, dan berlaku sama bagi seluruh peserta JKN. Selanjutnya hak yang diterima oleh RS Misi Lebak adalah sebagai bentuk kompensasi dari pelayanan kesehatan yang telah diberikan. Kompensasi biaya yang diterima oleh RS Misi Lebak harusnya sesuai dengan nilai keadilan yang berlaku.

Mekanisme pelaksanaan prinsip ekuitas dalam program JKN melalui KMKB sesuai dengan ketentuan yang berlaku adalah diatur pada Pasal 2 ayat (3) Peraturan BPJS Kesehatan No 8 Tahun 2016 tentang Penerapan Kendali Mutu dan Kendali Biaya pada Penyelenggaraan Program JKN melalui:

1. Standar input pada Fasilitas Kesehatan
2. Standar proses pada pelayanan kesehatan
3. Standar luaran kualitas kesehatan Peserta

Oleh karena itu di RS Misi Lebak telah melakukan KMKB dalam setiap tahapan standar diatas. Upaya KMKB itu dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Input: segala sumber daya yang dipakai untuk memberikan pelayanan kesehatan pada peserta JKN di RS Misi Lebak. Sumber daya ini dapat dibagi lagi menjadi 6 M + 1 I, yaitu:
 - a. *Man*: sebagai sumber daya utama dari pelayanan, maka SDM ini dapat dibagi menjadi tenaga kesehatan dan non tenaga kesehatan. Setiap tenaga kesehatan yang berpraktek di RS Misi Lebak harus mendapatkan ijin praktek dan dilengkapi dengan surat penugasan klinis yang memuat

rincian kewenangan klinis. SDM dalam melaksanakan pelayanan harus mematuhi standar profesi yang ada dan standar prosedur operasional yang berlaku.

b. *Money*: sumber daya keuangan menjadi penting untuk memastikan seluruh operasional rumah sakit berjalan dengan baik dan lancar. Peserta JKN yang telah menjadi pasien mayoritas di RS Misi Lebak membuat strategi khusus yang menekankan kendali biaya yang optimal dimana setiap pengobatan dan pemeriksaan penunjang yang tidak perlu harus teridentifikasi dan dievaluasi secara ketat untuk pelaksanaannya.

c. *Method*: Metode pelayanan di RS Misi Lebak selalu menggunakan standar prosedur operasional, standar pelayanan medis, dan standar lainnya yang berlaku dengan merujuk pada kebijakan atau regulasi dari Pemerintah. Manajemen selalu berusaha mematuhi regulasi yang terkait dengan pelayanan pada program JKN. Sedangkan metode penugasan di lapangan adalah pemberdayaan Case Manager dan tim Case Mix untuk memastikan bahwa pelayanan klinis yang diberikan tetap sesuai dengan mutu yang telah ditetapkan dan biayanya efisien atau terkendali. Kolaborasi antar profesi menjadi salah satu prinsip utama dalam pelayanan yang berfokus pada pasien.

d. *Material*: bahan baku utama dalam pelayanan kesehatan adalah farmasi dan perbekalannya. Pemberian obat-obatan pada peserta JKN di RS Misi Lebak mengacu pada Fornas (Formularium Nasional) yang ditetapkan. Mekanisme pengadaan dengan mencari vendor yang memberikan harga terjangkau namun produknya tetap bermutu. Penggunaan

e-Catalog melalui pembelian dengan metode *e-Purchasing* tetap diupayakan, walaupun hasilnya tidak maksimal, dikarenakan sering terjadinya stock out obat atau alat kesehatan yang akan dibeli.

- e. *Machine*: Alat medis atau alat kesehatan diadakan melalui proses penapisan teknologi kesehatan. Manajemen dan PPA di RS Misi Lebak berproses secara bersama-sama agar pengadaan alat medis tersebut sesuai dengan kendali mutu dan kendali biaya yang diharapkan dalam program JKN. Mekanisme pembiayaan sangat dipengaruhi dengan kemampuan Rumah Sakit, sehingga metode angsuran dengan masa termin tertentu dapat diterima dengan lebih baik.
- f. *Market*: pengendalian pasar lebih diutamakan promosi kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa RS Misi Lebak memberikan pelayanan yang paripurna, yaitu meliputi: promotive, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Walaupun sebagai FKRTL tugas promosi kesehatan untuk masyarakat tetap penting. Hal ini sebagai upaya pemberdayaan kesehatan masyarakat agar berperilaku hidup bersih dan sehat.
- g. *Information*: Transformasi digital menjadi unggulan pelayanan dalam beberapa waktu terakhir. Upaya ini lebih memastikan bahwa pemberian informasi dapat diterima dengan lebih jelas (efektif) dan juga efisien (hemat biaya). Display tempat tidur, antrian online, antrian pasien operasi menjadi layanan standar dalam program JKN. Implementasinya diharapkan dapat meningkatkan kepuasan peserta JKN yang ada di RS Misi Lebak

2. Proses: Tahapan kegiatan ini adalah pelayanan dalam arti sesungguhnya. Peserta JKN yang mendapatkan pelayanan kesehatan dari RS Misi Lebak tentunya diberikan segala sumber daya yang tersebut diatas secara proporsional. Pengaturan pelayanan pada peserta JKN tidak dibeda-bedakan dengan pasien lainnya. Setiap pasien dipastikan mendapatkan akses pelayanan yang berkelanjutan. Penerapan kepatuhan standar medis, profesi, dan akreditasi menjadi terintegrasi dalam layanan pada pasien. Pengaturan proses layanan dilakukan secara terstruktur dengan memperhatikan uraian tugas masing-masing.
3. Output (luaran): adalah akhir dari suatu proses kegiatan atau dalam hal ini adalah pelayanan kesehatan pada program JKN. Monitoring dan evaluasi merupakan unsur penting yang harus dipraktekkan agar dapat menilai apakah luaran selama ini sudah sesuai dengan target, standar, atau harapan setiap pihak yang terkait dalam program JKN ini. Luaran ini juga menjadi bukti dari pelayanan RS Misi Lebak apakah sudah melaksanakan prinsip ekuitas melalui kendali mutu dan kendali biaya yang baik.

Dengan adanya upaya pengaturan KMKB baik secara umum dan khusus, ternyata masih didapatkan selisih negatif atau defisit dimana billing dari RS. Misi Lebak lebih besar dari klaim yang didapatkan dari BPJSK dalam laporan biaya atau keuangan pada tahun 2021. Rerata total dari klaim pelayanan di rawat jalan dan rawat inap selama tahun 2021 terdapat defisit sebesar 30,51%. Ketidak-seimbangan antara billing RS Misi Lebak dengan klaim BPJSK diduga disebabkan beberapa faktor, diantaranya tarif INA-CBGs yang rendah dan mungkin masih belum optimalnya kendali biaya di rumah sakit.

c. Evaluasi dan Pengawasan pelaksanaan prinsip ekuitas dalam program JKN melalui kendali mutu dan kendali biaya

Dari hasil penelitian, kecenderungan narasumber merasa kesulitan untuk mengidentifikasi prinsip ekuitas itu sendiri. Ada keyakinan bahwa ekuitas yang diterapkan memang sesuai dengan regulasi yang ada. Prinsip ekuitas berdasarkan regulasi bermakna khusus yang menganggap kesamaan dalam memperoleh pelayanan berdasarkan kebutuhan medis. Dari makna ekuitas ini maka pencapaian RS Misi Lebak dianggap sudah ekuitas. Kendali mutu dan juga kendali biaya sudah dilaksanakan berdasarkan prinsip ekuitas yang ada. Pelayanan yang diterima oleh peserta JKN di RS Misi Lebak, baik itu pelayanan rawat jalan dan rawat inap tidak ada perbedaaan.

Mulai dari pintu depan di IGD, tenaga medis tidak melihat pasien yang datang berdasarkan pembiayaannya, apakah pasien BPJSK, atau mandiri, dan golongan kelas berapa (I, II, dan III). Setiap pasien yang datang selalu dilihat tingkat kegawatdaruratannya dan langsung mendapatkan pelayanan sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan, sedangkan masalah administrasi dan pembiayaan akan dilakukan setelah pasien mendapatkan pelayanan gawat darurat. Demikian pula pelayanan pada pasien rawat inap, kebutuhan medis tidak didasarkan oleh golongan kepesertaan. Standar pelayanan medis disusun berdasarkan jenis diagnosa saja, sehingga peserta JKN dipastikan menerima terapi atau perawatan yang sama untuk semua golongan. Dengan demikian tidak ada perbedaan pemberian obat pada pasien di kelas I, II, ataupun kelas III apabila mendapatkan diagnosa yang sama. Perbedaan golongan kepesertaan hanya terdapat pada pemenuhan kebutuhan non medis, berupa: fasilitas kamar rawat inap. Adapun pengaturan fasilitas rawat inap di RS Misi Lebak sebagai berikut: Kelas I (2 bed), Kelas II (3-4 bed), dan Kelas III (5-6 bed).

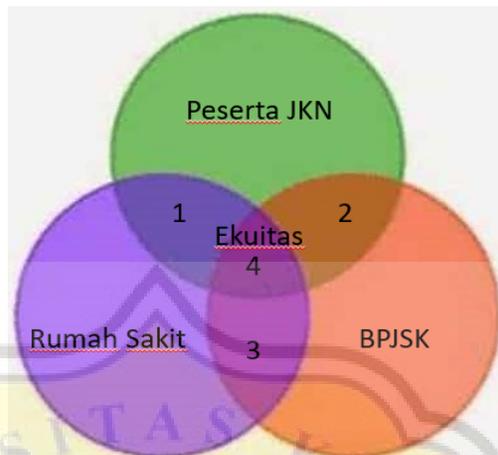
Upaya KMKB juga sudah dilakukan secara optimal, dimana dalam hal kendali mutu RS Misi Lebak telah mematuhi berbagai indikator mutu dan biaya dalam kontrak BPJSK, selain itu rumah sakit juga melaksanakan

standar mutu pelayanan sesuai kebijakan yang berlaku. Sedangkan dalam hal kendali biaya, pihak rumah sakit mengaku kesulitan apabila pasien membutuhkan pelayanan yang kompleks dan jumlah hari rawat yang lama. Hal ini di luar kendali tenaga medis, dan pastinya kendali biaya tidak akan optimal untuk kasus-kasus seperti ini. Kendali biaya juga sulit dilakukan lantaran tarif INA-CBGs yang berlaku cenderung kecil, besarnya secara rata-rata selalu dibawah tagihan biaya operasional rumah sakit. Penggunaan seluruh sumber daya untuk pelayanan pada peserta JKN belum mendapatkan penggantian biaya yang seimbang, subsidi silang dari kasus yang ringan ke kasus berat tentu tidak berhasil, karena nilai tarif INA-CBGs juga menyesuaikan dengan *severity level* (derajat keparahan suatu penyakit). Untuk penggantian biaya pada kasus ringan tentu lebih kecil daripada biaya klaim pada kasus yang berat.

Ragam pendapat dari penelitian kualitatif tentang pelaksanaan prinsip ekuitas melalui KMKB dapat dikelompokkan menjadi 3 pihak, yaitu:

1. Peserta JKN yang mengakses pelayanan di RS Misi Lebak
2. BPJSK Cabang Serang
3. Rumah Sakit Misi Lebak

Apakah sudah terjadi ekuitas dalam KMKB selama ini, bagaimana ekuitas dipandang secara umum ataupun khusus oleh ketiga pihak tersebut diatas menjadi suatu irisan pendapat satu pihak dengan pihak yang lainnya. Hubungan antara tiga pihak tersebut dalam mengutarakan pendapatnya tentang pelaksanaan prinsip ekuitas melalui KMKB pada program JKN dapat dilihat pada gambar dibawah ini.



Gambar 6. Hubungan antara pihak terkait dalam pelaksanaan prinsip ekuitas program JKN melalui kendali mutu dan kendali biaya

Dari gambar diatas dapat dinilai pelaksanaan prinsip ekuitas program JKN melalui KMKB sebagai berikut:

1. Ekuitas sudah tercapai: Peserta JKN di RS Misi Lebak mendapatkan perlakuan yang sama, adil dan tidak adanya diskriminasi dalam mengakses pelayanan kesehatan. Rumah Sakit juga sudah memberikan pelayanan yang bermutu kepada pasien.
2. Ekuitas sudah tercapai: Peserta JKN telah membayar premi sesuai golongan kepada BPJSK dan ada juga yang PBI merasa mendapatkan pelayanan yang sama dan tidak dibeda-bedakan. Manfaat jaminan kesehatan telah diterima oleh peserta JKN dari BPJSK selaku operator melalui pelayanan dari RS Misi Lebak.
3. Ekuitas belum tercapai: RS Misi Lebak belum mendapatkan kompensasi biaya pelayanan yang sesuai dengan pelayanan kesehatan bermutu yang sudah diberikan kepada peserta JKN. Sedangkan BPJSK juga terjadi defisit karena pembiayaan jaminan kesehatan lebih besar dari pooling premi peserta JKN, dengan arti

lain bahwa manfaat yang telah diberikan BPJS lebih besar daripada biaya yang didapatkan dari peserta JKN.

4. Ekuitas sudah tercapai: Prinsip ekuitas ini dimaknai secara khusus oleh Manajemen dan PPA di RS Misi Lebak yang menyatakan bahwa adanya kesesuaian dalam pelaksanaan UU SJSN tentang ekuitas itu sendiri dimana peserta JKN telah mendapatkan pelayanan medis yang sama dan tidak dibeda-bedakan berdasarkan iuran yang telah dibayarkannya.

Selain upaya Rumah Sakit dan BPJSK dalam pengendalian mutu dan biaya, telah diatur pula dalam peraturan perundang-undangan akan adanya fungsi pembinaan dan pengawasan pada Rumah Sakit. Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Rumah Sakit secara khusus diatur dalam ketentuan Pasal 54 ayat (1) Undang-Undang Rumah Sakit: “Pemerintah dan pemerintah daerah melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap Rumah Sakit dengan melibatkan organisasi profesi, asosiasi perumahsakitan, dan organisasi kemasyarakatan lainnya sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing.” Adapun tujuan pengawasan dan pembinaan, disamping untuk memenuhi pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh masyarakat, peningkatan mutu layanan, perlindungan hak pasien atas keselamatannya, pengembangan jangkauan layanan dan peningkatan kemandirian Rumah Sakit.

Pembinaan dan pengawasan Rumah Sakit dilakukan secara internal dan eksternal. Secara internal oleh Dewan Pengawas Rumah Sakit dan secara eksternal dapat dilakukan oleh Badan Pengawas Rumah Sakit. Secara lebih khusus Dewan Pengawas Rumah Sakit mempunyai tugas sebagaimana tercantum pada Pasal 56 ayat (5) Undang-Undang No 44 Tahun 2009 yaitu:

- a. menentukan arah kebijakan Rumah Sakit;
- b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;

- c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
- d. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
- e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
- f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit; dan
- g. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan

Pada dasarnya RS Misi Lebak telah mempunyai Dewan Pengawas Rumah Sakit (DPRS) yang telah ditetapkan oleh Yayasan selaku Badan Hukum, namun DPRS ini masih belum berjalan optimal dan menjalankan fungsinya sesuai amanat Undang-Undang yang berlaku. Sementara itu Badan Pengawas Rumah Sakit Provinsi yang merupakan perpanjangan dari Badan Pengawas Rumah Sakit Indonesia sebagai pengawas eksternal dari Rumah Sakit juga mempunyai tugas yang telah diatur pada Pasal 60, yaitu:

- a. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien di wilayahnya;
- b. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit di wilayahnya;
- c. mengawasi penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan;
- d. melakukan pelaporan hasil pengawasan kepada Badan Pengawas Rumah Sakit Indonesia;
- e. melakukan analisis hasil pengawasan dan memberikan rekomendasi kepada Pemerintah Daerah untuk digunakan sebagai bahan pembinaan; dan
- f. menerima pengaduan dan melakukan upaya penyelesaian sengketa dengan cara mediasi.

Salah satu maksud dari pengawasan adalah untuk mengetahui apakah segala sesuatu telah berjalan sesuai dengan instruksi serta prinsip-prinsip yang telah ditetapkan. Dalam hal ini Pemerintah dan jajarannya Kementerian Kesehatan belum dapat mengawasi serta mengevaluasi secara tepat apakah semua asas dan prinsip yang telah ditetapkan dalam peraturan perundang-undangan sudah dijalankan dalam program JKN ini. Prinsip ekuitas masih belum memiliki definisi dan uraian yang lebih jelas, sehingga pelaksanaan prinsip ekuitas tersebut menjadi bias. Pergeseran makna ekuitas dari makna secara umum menjadi secara khusus perlu

ditegaskan kembali bahwa pada program JKN ini apa yang dimaksud sebagai prinsip ekuitas yang sebenarnya. Bagaimanakah terminologinya dan batasan-batasan dari prinsip ekuitas tersebut sehingga bisa diterapkan dengan tepat pada program JKN ini. Hasil pengawasan ini seharusnya dapat mengurangi multi tafsir dari implementator program JKN terhadap penerapan prinsip ekuitas.

Selain itu, maksud dari pengawasan adalah untuk mengetahui apakah kelemahan-kelemahan serta kesulitan-kesulitan dan kegagalan-kegagalannya, sehingga dapat diadakan perubahan-perubahan untuk memperbaiki serta mencegah pengulangan kegiatan-kegiatan yang salah. Selama perjalanan program JKN, terlihat bahwa BPJSK mengalami defisit yang sangat besar angkanya. Demikian pula di RS Misi Lebak sebagai FKRTL mitra kerja BPJSK, penerimaan biaya klaim dari BPJSK masih jauh dari billing rumah sakit. Kendali biaya tidak berjalan baik dalam hal ini. Terbatasnya Dana Jaminan Sosial untuk pembiayaan jaminan kesehatan masih menjadi problem yang belum terpecahkan oleh Pemerintah.

Solusi terhadap keterbatasan dana jaminan sosial (DJS) harus diupayakan secara bersama agar dapat menerapkan kendali mutu yang baik dan sekaligus kendali biaya yang baik dimana BPJSK tidak mengalami defisit yang berkepanjangan dan FKRTL dapat menerima pembiayaan yang sesuai dengan perhitungan unit cost masing-masing rumah sakit, termasuk di RS Misi Lebak. Program – program dari BPJSK dalam KMKB harus dibuat terukur dan mempunyai relevansi yang kuat dengan standar pelayanan minimal bidang kesehatan yang berusaha untuk meningkatkan derajat kesehatan manusia. Indikator-indikator mutu dan biaya sebaiknya ditetapkan bukan hanya sekadar untuk efektif dan efisien, melainkan juga menerapkan prinsip ekuitas untuk peserta JKN dan Rumah Sakit.

Pengawasan terintegrasi dari 4 unsur (Pemerintah, Peserta JKN, BPJSK, dan RS) sangat diperlukan untuk menjaga efektifitas dan efisiensi dari pelayanan pada program JKN ini. Berikut ini adalah uraian upaya pengawasan yang dapat dilakukan oleh masing-masing pihak.

Tabel 10. Upaya pengawasan unsur-unsur terkait dalam program JKN

Unsur	Jenis Pengawasan	Upaya Pengawasan
Pemerintah	Pengawasan melekat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemantauan intensif dalam kepatuhan terhadap tugas dan tanggungjawab dalam mengawal program JKN 2. Identifikasi terhadap masalah KMKB dan mencari solusinya dengan segera
	Pengawasan fungsional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Optimalisasi kewajiban pemerintah dalam menerapkan prinsip ekuitas dalam program JKN 2. Sinkronisasi kebijakan yang satu dengan yang lainnya agar dapat memberikan manfaat medis dan non medis yang tepat pada peserta JKN
	Pengawasan legislatif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi ketidaksesuaian antara regulasi dan implementasi program JKN 2. Merevisi regulasi yang substansinya masih terdapat multi tafsir 3. Memastikan bahwa produk hukum yang dikeluarkan sudah berprinsip keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia
Peserta JKN	Pengawasan masyarakat	Aspirasi yang konstruktif dan sesuai jalur (Organisasi Profesi, Organisasi Masyarakat, dsb) dapat disampaikan kepada Pemerintah untuk perbaikan mutu layanan JKN

BPJSK	Pengawasan melekat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konsistensi penerapan kebijakan KMKB yang terstruktur dari pusat ke daerah 2. Pemberian supervisi dan kejelasan program dan kegiatan KMKB agar dalam pelaksanaannya sesuai dengan kebijakan dan standar yang ditetapkan
	Pengawasan fungsional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Optimalisasi program-program yang bermanfaat untuk peningkatan derajat kesehatan peserta JKN 2. Evaluasi tarif INA-CBGs berbasis data yang akurat dan lengkap 3. Peningkatan kerjasama dengan asosiasi profesi dan asosiasi faskes untuk improvisasi layanan JKN 4. Pemberdayaan tiap organ di dalam BPJSK (Dewan Pengawas, Direksi, Tim KMKB, dan sebagainya) agar bekerja sesuai asas-asas hukum yang berlaku
Rumah Sakit	Pengawasan melekat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan terhadap regulasi yang diterapkan secara terintegrasi dalam layanan JKN 2. Penerapan prinsip-prinsip hukum dalam setiap tahapan pelayanan (input-proses-output) agar tercipta pelayanan yang ekuitas
	Pengawasan fungsional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga akuntabilitas masing-masing struktur untuk selalu menjaga keselamatan dan mutu pasien 2. Monitoring dan evaluasi ketat terhadap upaya KMKB agar efektif dan efisien