

Di Era JKN, Bagaimana Kebutuhan Pengembangan Manajemen Rumah Sakit dan Bagaimana Hubungan RS dengan Dinas Kesehatan?

Pengantar

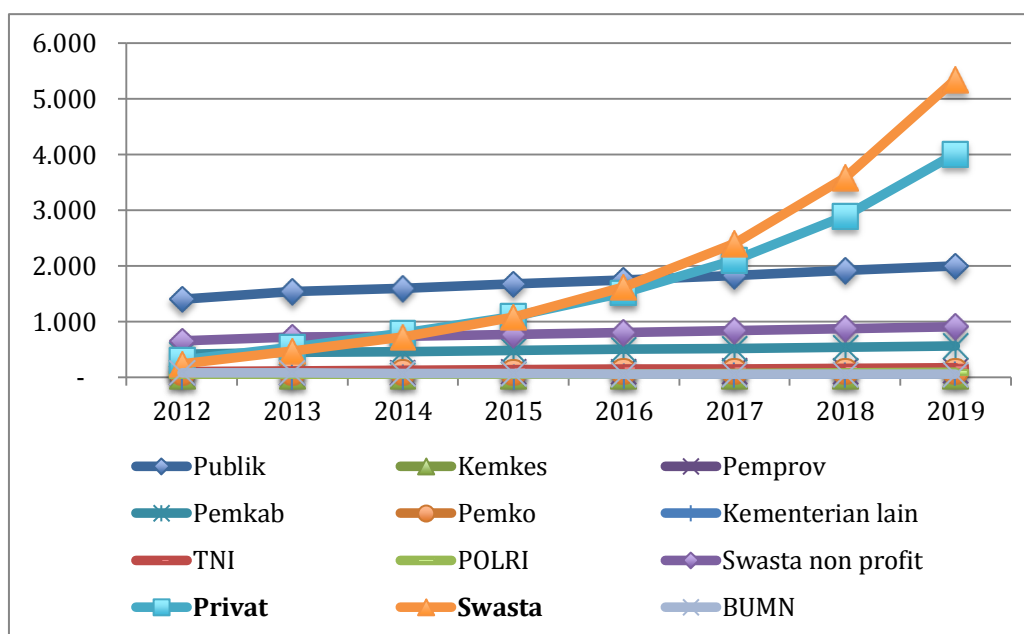
Outlook merupakan suatu sikap mental dalam menginterpretasikan apa yang akan terjadi di masa yang akan datang dan bagaimana kita memberikan respon terhadap situasi tersebut. Interpretasi ini penting karena memberi kesempatan untuk menyusun langkah antisipatif yang diperlukan dan mengendalikan sebanyak mungkin faktor yang akan mempengaruhi situasi di masa mendatang. Untuk memudahkan dalam memproyeksikan dan kemudian menginterpretasikan situasi yang akan datang, *outlook* dapat didukung dengan data yang relevan.

Tahun 2014 merupakan tahun yang sangat penting dalam perkembangan sistem kesehatan Indonesia, karena untuk pertama kalinya Indonesia menerapkan UHC. Sistem pembiayaan yang baru ini sangat mempengaruhi perilaku masyarakat dan provider pelayanan kesehatan. Antrian untuk mendaftar menjadi anggota BPJS selalu panjang, rumah sakit mengalami *overcapacity* hingga terpaksa menolak pasien, klinik dan RS swasta beramai-ramai mendaftar untuk bekerjasama dengan BPJS.

Pengamatan data dari situs sistem informasi RS milik Kementerian Kesehatan menunjukkan pertumbuhan jumlah RS yang signifikan dalam kurun waktu 2-3 tahun terakhir. Pertumbuhan ini menunjukkan dunia usaha perumahsakititan melakukan antisipasi untuk menghadapi lonjakan kunjungan pasien di era berlakunya JKN.

Jika data tersebut diproyeksikan dengan mengikuti hukum pertumbuhan linier, jumlah RS privat khususnya RS swasta akan meningkat secara sangat signifikan hingga lima tahun kedepan. Hal ini dapat terjadi dengan asumsi pertumbuhan sama dengan tahun 2012 hingga 2014. Jumlah tempat tidur di RS pemerintah jauh lebih banyak dibandingkan dengan RS privat. Jumlah TT di RS milik pemerintah kabupaten yang tertinggi dan menunjukkan peningkatan yang konstan, dari 38 ribu menjadi 71 ribu dalam tiga tahun terakhir. Meskipun demikian, jumlah TT di RS privat meningkat tajam dari 15 ribu menjadi 61 ribu. Bukan tidak mungkin suatu saat kapasitas TT di RS privat sama dengan atau bahkan lebih banyak dibandingkan dengan di RS pemerintah.

Grafik Proyeksi RS di Indonesia Berdasarkan Kepemilikan



Sumber: <http://sirs.buk.depkes.go.id> diolah

Jika melihat data penyebaran RS secara regional, 52% RS ada di Regional 1 yang meliputi seluruh provinsi di Pulau Jawa, dan melayani sekitar 58% penduduk Indonesia. Jumlah RS tersedikit ada di Regional 4 yang meliputi Kalsel dan Kalteng. Namun hal ini dapat dipahami karena area cakupannya juga sedikit, yaitu hanya melayani 2% dari total penduduk Indonesia. Regional 3 yang area cakupannya cukup luas (meliputi sebagian besar Sumatera, Kalimantan Barat dan seluruh Sulawesi) dan melayani sekitar 19% penduduk memiliki 24% RS dan TT. Pada daerah Regional 5 (Kep. Babel, Kaltim, NTT, Maluku, Malut, Papua dan Papua Barat) penambahan jumlah RS dan TT signifikan hanya terjadi di Kep. Babel, Kaltim dan Papua Barat yang merupakan daerah dengan kemampuan fiskal Pemda tinggi dan sangat tinggi dibandingkan dengan NTT dan Papua yang emampuan fiskal Pemdanya rendah hingga sedang.

Tabel Jumlah dan Persentase RS dan Kapasitas TT RS di Berbagai Regional

Area	Jumlah dan % RS			Jumlah dan % TT		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Indonesia	1,719	2,083	2,301	238,373	238,373	285,829
Regional 1	49%	51%	52%	55%	55%	54%
Regional 2	12%	12%	13%	12%	12%	13%
Regional 3	23%	23%	24%	23%	23%	24%
Regional 4	2%	2%	2%	2%	2%	2%
Regional 5	7%	7%	7%	7%	7%	7%

Sumber: <http://sirs.buk.depkes.go.id> diolah

Pada area manajemen mikro RS, pemahaman terhadap masalah akan lebih mudah jika menggunakan kerangka pikir yang sistematis, misalnya dengan *value chain* seperti di bawah ini. Berdasarkan kerangka ini, RS memiliki dua kelompok aktivitas, yaitu aktivitas utama dan aktivitas pendukung. Aktivitas utama meliputi semua aktivitas yang dilakukan berkaitan dengan pelayanan pada pasien, sedangkan aktivitas pendukung adalah semua kegiatan yang menyangkut *supporting system* di rumah sakit.



Gambar Rantai Nilai di Organisasi Pelayanan Kesehatan (M. Porter)

Area **Manajemen Klinis** di Aktivitas Utama

Berikut ini adalah hal-hal yang banyak terjadi di tahun 2014 pada area klinis yang umumnya berpengaruh ke masalah keuangan (klaim BPJS), yaitu:

1. Ada indikasi bahwa banyak kasus partus normal yang dirujuk dari PPK I ke RS karena tarif penanganan partus normal di PPK I rendah dan ada insentif bagi perujuk. Akibatnya, RS banyak menerima kasus kebidanan yang sebenarnya dapat ditangani di PPK I dan tidak dapat mengklaimnya ke BPJS.
2. Sebaliknya, banyak PPK I yang tidak mampu menangani sebagian kasus pada daftar 155 jenis penyakit yang harus bisa mereka tangani berdasarkan peraturan BPJS. Ketidakmampuan ini disebabkan karena banyak faktor, mulai dari kemampuan dan ketersediaan SDM untuk profesi tertentu, tidak dimilikinya peralatan hingga tidak tersedianya bahan habis pakai untuk pemeriksaan penunjang. Akibatnya,
3. Banyak klinisi yang tidak terbiasa atau tidak mengetahui kode-kode penyakit sehingga sering terjadi kesalahan klaim, khususnya pada awal penerapan JKN.
4. RS masih terbiasa dengan pendekatan pada penanganan pasien secara tidak terintegrasi, sedangkan JKN menuntut penanganan yang komprehensif melalui grup diagnosis yang telah ditetapkan.
5. Manajemen pasien rujukan. Karena sistem rujukan belum berjalan dengan baik, maka banyak RS yang tidak memiliki sistem komunikasi pasca pasien rujukan kembali ke komunitas. Seharusnya, RS

berkomunikasi dengan PPK primer atau RS pengirim, terutama jika dibutuhkan tindakan *follow up*.

Pada area **Budaya Organisasi**:

1. Kerjasama antar-spesialis masih sulit dilakukan dan tidak ada keharusan yang memaksa.
2. Akreditasi, khususnya bagi sebagian besar RS Swasta, dilakukan untuk “sekedar” memenuhi standar ijin operasional RS atau untuk kenaikan kelas RS.
3. Dalam menyusun perencanaan dan pengambilan keputusan, data internal dan eksternal RS belum dimanfaatkan secara optimal.
4. Ketidajelasan biaya pelayanan di kalangan internal RS dapat berdampak berbagai perilaku yang negatif, termasuk *fraud*.

Pada area **Manajemen SDM**:

1. Sebagian RS yang menerapkan sistem *fee for service* untuk membagi jasa pelayanan, sebagian lagi menggunakan indeks. Kedua sistem ini menggunakan basis volume kegiatan sebagai salah satu ukuran kinerja, khususnya untuk klinisi. Jadi klinisi yang melakukan banyak tindakan, atau memiliki banyak pasien akan mendapatkan fee lebih besar. Sistem ini tidak bisa diterapkan pada era JKN yang pembayaran klaim-nya menggunakan sistem paket, karena tidak semua kinerja bisa diukur dengan volume kegiatan.
2. Banyak RS tidak memiliki sistem pengukuran kerja individu dan unit, atau memiliki sistem pengukuran kinerja namun belum terkait langsung dengan sistem pembagian jasa atau remunerasi.
3. Karena keterbatasan sumber daya yang tersedia di suatu daerah bisa saja pelayanan dilakukan oleh tenaga profesional dengan kualifikasi rendah (misalnya bukan dokter spesialis).

Manajemen Keuangan RS antara lain:

1. Penyusunan RBA masih menjadi polemik pada rumahsakit daerah yang sudah menjadi BLUD. Sesuai dengan Permendagri No 37/2014 tentang pedoman umum penyusunan APBD tahun 2015, RS daerah menyusun RKA dalam format RBA.
2. Sebagian besar RS daerah merasakan pendapatan meningkat karena adanya pasien BPJS yang menggunakan tarif INA CBG's. Hal ini terjadi karena tarif INA CBG's jauh lebih besar dibandingkan tarif RS.
3. Peningkatan jumlah RS yang cukup besar terutama untuk RS Swasta

Manajemen Fisik dan Teknologi RS:

1. Masih banyak RS dibangun tanpa memperhatikan alur pasien, alur proses pelayanan maupun standar *safety*

2. Sistem informasi Manajemen RS yang diterapkan kebanyakan terbatas pada *billing system*, rekam medis dan informasi manajemen di Farmasi/layanan obat. Banyak juga RS yang memiliki sistem terkomputerisasi di berbagai bagian, misalnya rawat inap, laboratorium, keuangan dan sebagainya, namun belum terintegrasi menjadi suatu SIM RS.
3. Pengembangan teknologi medis di RS terkendala dengan tingginya pajak impor yang memperlakukan alat medis sebagai barang mewah.
4. Rujukan pasien dilakukan dengan cara konvensional, dimana dokter mengirim pasien beserta surat rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih canggih. Sistem ini belum didukung dengan teknologi *teleconference* yang memungkinkan rujukan dilakukan secara jarak jauh.
5. Banyak RS pemerintah dibangun tanpa memiliki Renstra, Rencana Bisnis dan atau *master plan* fisik.

Implikasi

Perkembangan jumlah dan kapasitas RS menunjukkan bahwa swasta khususnya privat (*for-profit*) sangat agresif dalam melakukan investasi baru di Indonesia dibandingkan dengan pemerintah. Adanya jaminan pembiayaan kesehatan bagi seluruh masyarakat memberikan peluang bagi berkembangnya usaha pelayanan kesehatan, memberi kepastian sumber pendanaan bagi *provider*. Sebaliknya, pemerintah tidak terlalu banyak melakukan investasi baru. Kebanyakan RS baru milik pemerintah muncul karena adanya pemekaran wilayah, bukan untuk memperluas cakupan dari RS yang sudah ada di suatu daerah.

Sebagian besar RS berada di daerah Jawa (Regional 1) dan di daerah-daerah yang pemerintahnya memiliki kemampuan fiskal yang tinggi. Pertumbuhan RS yang tidak merata ini dapat menimbulkan implikasi terhadap rumah sakit sebagai provider pelayanan kesehatan rujukan maupun Dinas Kesehatan sebagai regulator.

Apa yang terjadi pada tahun 2015?

Pada level mikro manajemen Rumah Sakit

Aspek Manajemen Klinis:

1. Kebutuhan untuk memiliki *clinical pathway*. Dapat dikatakan penerapan CP sebelum era JKN hanya terjadi di beberapa RS pendidikan untuk beberapa kasus tertentu. Karena sifat penerapannya yang lebih rumit, maka CP ini belum populer diterapkan. Kini di era JKN, RS diharuskan untuk

mengembangkan CP untuk menyesuaikan dengan sistem klaim yang diterapkan oleh BPJS.

2. Pembinaan manajemen rujukan. Mau tidak mau, manajemen rujukan harus dibenahi karena sistem yang buruk akan merugikan RS, PPK perujuk, tenaga kesehatan dan juga pasien, secara finansial maupun non finansial.
3. Klinisi semakin dituntut untuk bekerja menggunakan pendekatan multi-disiplin, bukan hanya pendekatan sesuai dengan spesialisasinya sendiri.
4. Seluruh staf dan manajemen RS dituntut untuk lebih *aware* terhadap konsekuensi biaya dari berbagai tindakan dan keputusan, di level teknis fungsional maupun manajerial.
5. Terkait dengan berbagai hal tersebut di atas, RS akan lebih serius membahas mengenai indikator kinerja klinis

Aspek Budaya Organisasi:

Untuk menjadi organisasi pelayanan kesehatan yang berdaya saing tinggi, tuntutan untuk RS menerapkan budaya *patient-centered-care* akan semakin besar.

1. Akreditasi tidak bisa lagi sebatas di atas kertas. Upaya untuk memenuhi standar akreditasi harus menjadi budaya yang diterapkan sehari-hari
2. *Team-work* antar klinisi maupun antara klinisi dengan manajemen menjadi suatu kebutuhan untuk dikembangkan. Kebiasaan lama seperti bekerja secara individual atau tidak secara multi-disiplin perlu diubah.
3. Kebutuhan untuk memanfaatkan teknologi semakin tinggi, misalnya teknologi webinar/*teleconference*, teknologi informasi dan sebagainya. RS yang belum mengkomputerisasi sistem informasi akan didorong untuk menerapkan teknologi ini, khususnya untuk memudahkan proses klaim ke BPJS. Penerapan teknologi akan mengotomatisasi beberapa proses dasar sehingga memudahkan pekerjaan dan mengurangi kebutuhan tenaga teknis tertentu.
4. Penerapan JKN mendorong perubahan *mindset* dan perilaku menjadi lebih sadar biaya. Namun jika tidak dikendalikan dengan baik, perilaku ini akan mengarah ke efisiensi yang berlebihan sehingga tidak mempertimbangkan mutu pelayanan bahkan menjadi *fraud*.

Aspek Manajemen SDM:

1. RS akan didorong untuk mengubah sistem remunerasi tidak lagi berdasarkan volume melainkan mencari ukuran lain sebagai
2. RS juga didorong untuk memperbaiki kompetensi dan rasio tenaga melalui advokasi pada proses alokasi APBD untuk merekrut tenaga atau mengirim tenaga untuk mengikuti pendidikan, *lobbying* ke pusat atau melalui mekanisme kontrak. Jika kontrak, kebutuhan untuk kontrak tim berdasarkan jenis pelayanan yang akan dikembangkan akan semakin meningkat. Misalnya

kontrak dokter spesialis bukan lagi personal ke dokter yang bersangkutan melainkan melalui institusi agar bisa mendapatkan keahlian dalam satu paket (beberapa spesialis terkait, perawat, bidan, manajemen dan sebagainya dalam satu tim).

Manajemen Fisik dan Teknologi RS:

1. Banyaknya kebutuhan fasilitas kesehatan akan meningkatkan kebutuhan tenaga ahli perencanaan dan desain fisik RS. Di lain pihak, ahli perencanaan dan desain khusus untuk RS masih sangat langka di Indonesia. Akibatnya, banyak tenaga ahli merancang RS tanpa bekal pengetahuan dan pengalaman yang cukup sehingga desain yang dihasilkan akan mempengaruhi proses dan mutu pelayanan RS.
2. Adanya tuntutan untuk meningkatkan efisiensi RS akan berdampak pada meningkatnya kebutuhan untuk mendesain RS dan melakukan pembelian alat yang mendukung upaya efisiensi tersebut. Misalnya dengan mendesain bangunan atau fasilitas yang ramah lingkungan, dan menghitung dengan cermat kebutuhan investasi melalui HTA (*health technology assessment*).

Aspek Manajemen Keuangan:

1. Penyusunan RBA masih diperlukan untuk memberikan fleksibilitas pada RS daerah yang sudah menerapkan BLUD. Jika RS daerah masih menyusun RKA untuk penyusunan anggaran, dikhawatirkan fleksibilitas yang diberikan untuk RS yang BLUD tidak bisa di gunakan. Sehingga diperlukan kemampuan staf RS Daerah untuk menyusun RBA
2. Dampak Permendagri 64/2013 tentang akuntansi Akrual di Pemerintah, akan mempengaruhi sistem keuangan di RS. RS daerah yang sudah menerapkan BLUD, menurut Permendagri 61/2007, diharuskan membuat laporan keuangan berbasis SAK yang menerapkan akuntansi akrual. Disisi lain, SAP yang mulai diterapkan pada tanggal 1 januari 2015 juga sudah menggunakan basis akrual. Muncul pertanyaan apakah RS daerah yang BLUD harus tetap menyusun 2 laporan keuangan yang berplatform sama yaitu basis akrual? Hal ini dirasakan akan membebani RSUD dalam penyusunan laporan keuangan. Apakah RS Daerah yang notabene merupakan bagian pemerintah harus mengikuti SAK yang merupakan produk sebuah asosiasi?? Revisi terhadap Permendagri 61/2007 dirasakan sangat mendesak, supaya RSUD yang BLUD tidak menyusun dua laporan keuangan
3. Permendagri 64/2013 yang berdasarkan akrual mengharuskan adanya depresiasi Aset Tetap di RS. RS sebagai sebuah organisasi yang padat modal memiliki aset yang sangat banyak. Dalam menata dan menilai untuk

- dijadikan dasar harga perolehan/harga pasar diperlukan untuk aset-aset yang ada di RS
4. RS perlu menyusun *unit cost* untuk mengetahui apakah tarif INA CBG's yang membuat peningkatan pendapatan di banyak RS daerah tersebut bisa atau mampu menutupi biaya-biaya yang dikeluarkan oleh RS
 5. Pembangunan sebuah RS haruslah dimulai dengan studi kelayakan apakah secara keuangan sebuah RS layak didirikan di daerah tertentu.

Pada Peran Dinas Kesehatan sebagai Regulator

Pertumbuhan RS yang tinggi, menimbulkan kebutuhan penguatan kapasitas Dinkes sebagai regulator dan pengawas. RS harus sudah memenuhi standar sesuai kelasnya, sejak awal beroperasi, untuk menjamin keselamatan pasien. Pemberian ijin operasional RS Kelas B hingga kelas D Pratama merupakan kewenangan Dinkes Provinsi dan Kabupaten/Kota sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 56/2014. Selain itu, Dinas Kesehatan Provinsi harus dapat memberikan rekomendasi kepada Kementerian Kesehatan terkait dengan rencana pendirian RS Kelas A atau modal asing di daerahnya. Oleh karena itu, kapasitas Dinkes dalam penguasaan masalah standar RS perlu terus ditingkatkan seiring dengan meningkatnya jumlah RS baru yang akan dibangun dan RS lama yang perlu memperpanjang ijin operasionalnya. Tantangan yang dihadapi oleh Dinkes dalam upaya ini salah satunya adalah *turn over* pegawai Dinkes karena mutasi yang dilakukan terkait dengan pengembangan karir PNS oleh Pemda setempat.

Selain itu, pengawasan terhadap penyelenggaraan pelayanan di RS juga merupakan salah satu tugas Dinas Kesehatan. Setiap RS wajib terakreditasi yang diperbaharui setiap tiga tahun. Dinkes memegang peranan penting dalam proses akreditasi RS. Semakin banyak jumlah RS dan semakin beragam tipenya, maka beban Dinkes juga semakin besar. Oleh karenanya, penguasaan terhadap standar akreditasi RS penting bagi Dinkes selain pemenuhan kapasitas untuk mendukung proses akreditasi RS di wilayahnya. Tantangan yang cukup besar bagi Dinas Kesehatan di berbagai wilayah adalah kemampuan *leadership* untuk memegang komando tertinggi sektor kesehatan di daerahnya. Tanpa *leadership* yang kuat, Dinkes akan kesulitan melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelayanan RS.

Revisi PP 41/2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah yang saat ini terus berjalan perlu menegaskan kembali posisi Dinas Kesehatan sebagai regulator yang ikut memastikan mutu pelayanan di RS sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Dalam hal ini, karena Dinkes dan RS (pemerintah) merupakan dua institusi yang berbeda, maka *leadership* Dinkes dan penguasaan terhadap hal teknis yang menyangkut standar mutu pelayanan RS perlu diperkuat agar seimbang dengan kapasitas dan kompetensi RS-RS (pemerintah dan swasta) yang diawasi. Di daerah maju yang jumlah RS-nya banyak, beban Dinkes tentunya akan lebih tinggi dibandingkan dengan di daerah yang jumlah RS-nya

lebih sedikit. *Leadership* di Dinas Kesehatan juga diperlukan dalam hal surveilans atau monitoring terhadap pola penyakit tertentu yang dianggap masalah besar, misalnya malaria, TB, hingga jantung koroner sesuai dengan masalah kesehatan setempat.