



Inovasi PERSI dalam Mutu Pelayanan Kesehatan di RS dalam skema Jaminan Kesehatan Nasional

DR Dr.Sutoto M.Kes

Dr. Daniel Budi Wibowo M.Kes

Forum Mutu IHQN - 2013

Jakarta, 20 November 2013

Visi Persi



INDONESIAN HOSPITAL ASSOCIATION

- Persi sebagai organisasi perumah sakitan yang handal dan mampu menjadi induk dan tumpuan bagi rumah sakit di Indonesia.



INDONESIAN HOSPITAL ASSOCIATION

Misi Persi

- Memperjuangkan kepentingan anggota PERSI ke seluruh jajaran yang terkait : pemerintah, swasta maupun masyarakat.
- Membentuk dan mengembangkan networking antara anggota dengan “information technology”.
- Meningkatkan profesionalisme dalam pengelolaan rumah sakit menuju masyarakat sehat.
- Melakukan aliansi strategis yang meningkatkan mutu anggota PERSI dan saling menguntungkan.
- Mendorong rumah sakit di Indonesia dalam meningkatkan mutu hingga setaraf dengan rumah sakit di Asia Pacifik.

Reformasi Pelayanan Rumah Sakit Indonesia

1. Pembayaran prospektif rumah sakit melalui INA-CBG menuju “universal coverage” hingga tahun 2019.
 2. Akreditasi rumah sakit berstandar internasional.
- ➔ Sinergi keduanya : Rumah sakit yang efisien dengan kinerja pelayanan terstandarisasi.

PREDIKSI MUTU RUMAH SAKIT DALAM SKEMA JKN

Prinsip Pengelolaan Pasien BPJS di Rumah Sakit

Kendali Mutu
dan
Kendali Biaya

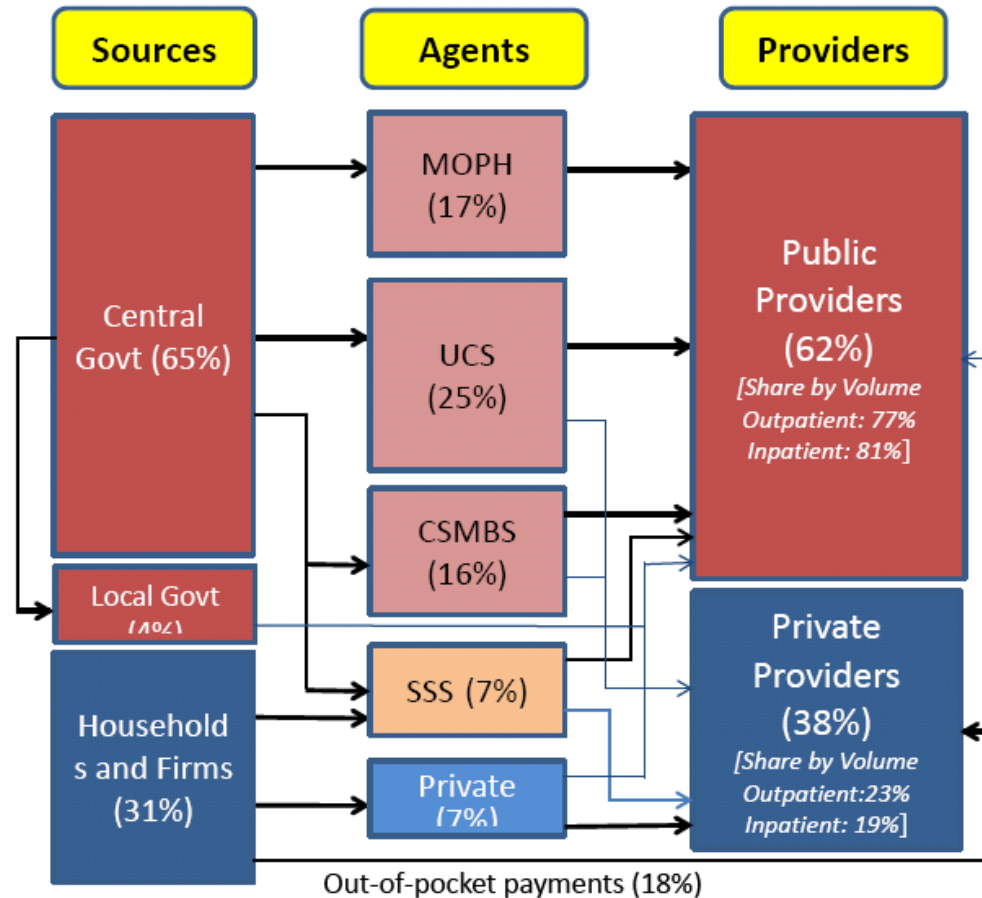
Beberapa fakta tentang skema JKN.

- Single Major Payor → berpotensi monopsoni , karena sebagai pembeli pelayanan kesehatan terbesar → “Take it or Leave it”.
- Besaran premi relatif rendah dibanding negara regional dan asuransi kesehatan swasta di Indonesia.
- Pembayaran ke provider pola pembayaran prospektif, (kapitasi. Paket, INA CBG – sesuai rawat jalan / rawat inap, diagnosis, morbidity dan co morbidity, severity, kelas rumah sakit dan kelas perawatan)
- Mencakup hampir semua penyakit, termasuk penyakit katastropik.
- Tidak ada waktu tunggu untuk memanfaatkan jaminan kesehatan.
- Jaminan perawatan di kelas 3, 2 atau 1 sesuai kategori peserta.
- Iur biaya untuk pelayanan medis dasar tidak diperbolehkan.

Pengalaman di Thailand

(sistem Universal Coverage di Thailand)

Figure A.1 Main Actors and Fund Flows in the Thai Health System, 2008



Sources: Data on fund flows are from National Health Accounts 2010 by the International Health Policy Program (IHPP)-Thailand. Data on service share (public compared to private) are from the Thailand Health Profile 2008–2010. Smaller funding agents not included in the diagram are non-MOPH public sector agents.

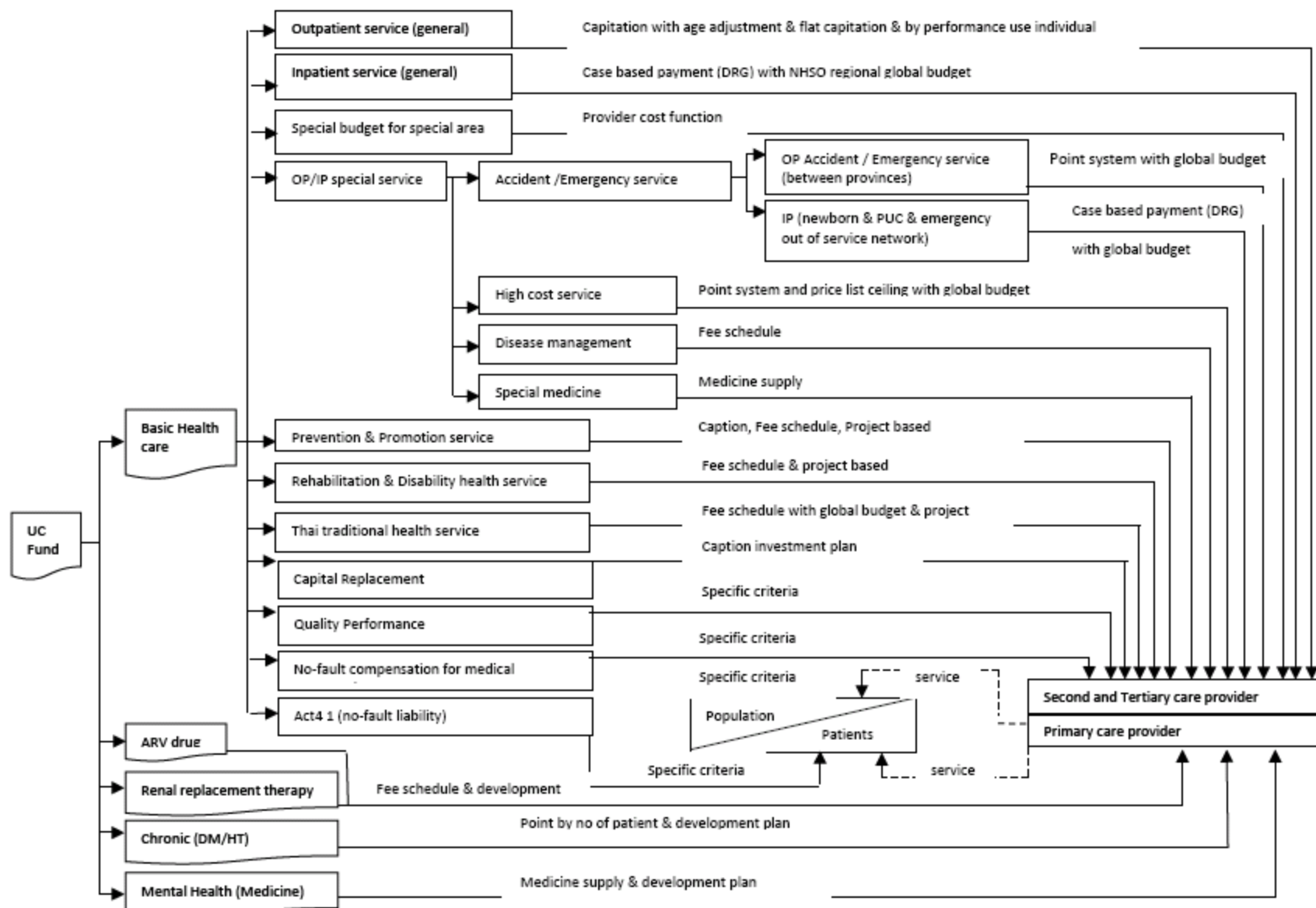
Besaran anggaran pelayanan kesehatan per kapita di Thailand

Table 1 Trend in the UCS Budget Per Capita, 2002–11

Year	UCS Budget Per Capita		
	Baht (2012 price)	Baht (2007 price)	USD (2012 price)
2002	1,201.40	1,406.80	27.94
2003	1,201.40	1,380.90	28.93
2004	1,308.70	1,463.90	32.50
2005	1,396.40	1,495.10	34.68
2006	1,718.00	1,756.60	45.30
2007	1,983.40	1,983.40	57.38
2008	2,194.30	2,081.90	65.77
2009	2,298.00	2,199.00	66.93
2010	2,497.20	2,312.20	78.71
2011	2,693.50	2,404.90	88.33

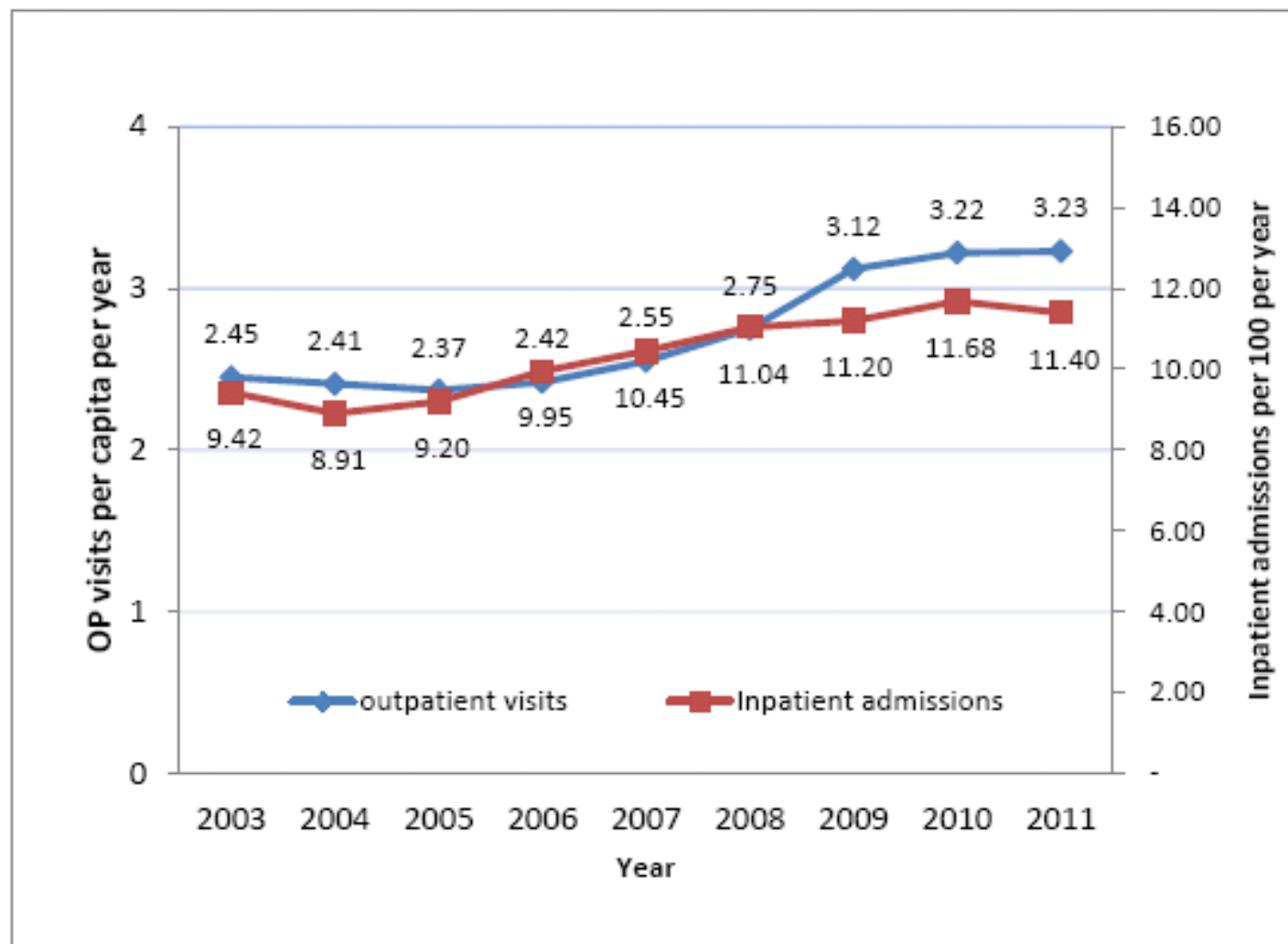
Source: NHSO 2012.)

Figure A.2 UCS Payment Mechanism by Service Type as of 2011



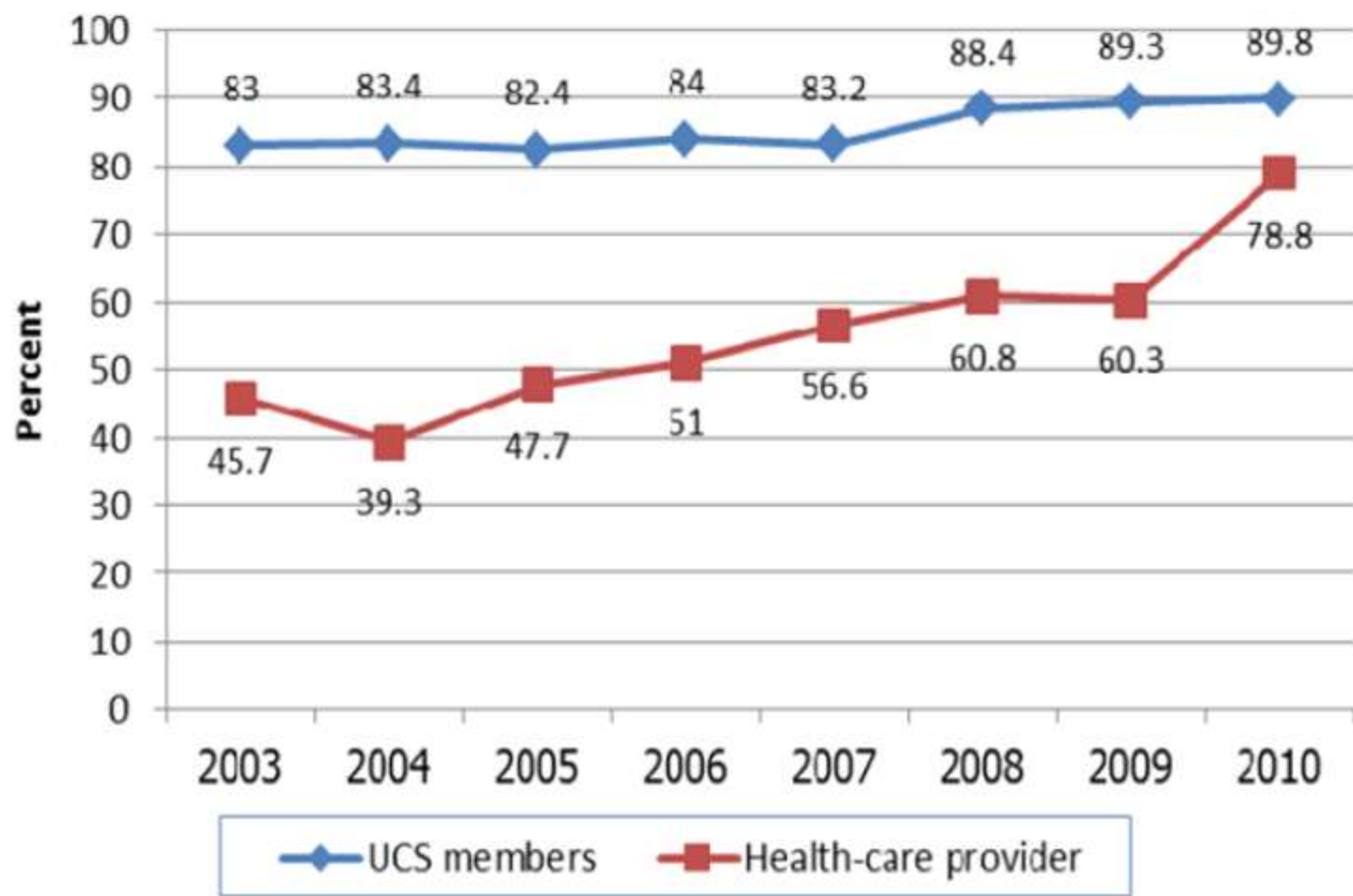
Source: Samrit Srithamrongsawat et al. 2012.

Figure 2 Outpatient Visits and Inpatient Admissions, Thailand, 2003–10



Source: NHSO 2012.

% Survey respondents reporting satisfaction to UCS

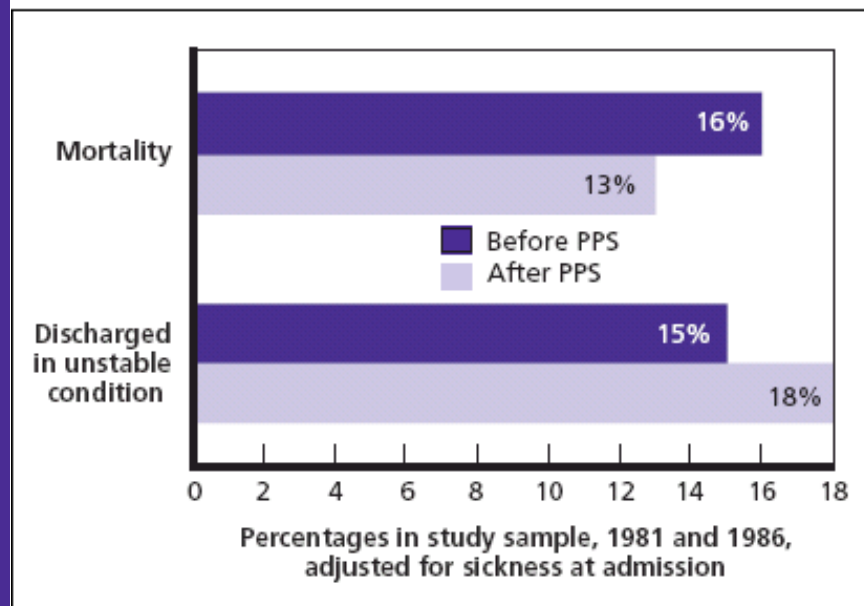


Source: NHSO (2011)

Effects of Medicare's Prospective Payment System on the Quality of Hospital Care (USA)

Key findings:

- Medicare's prospective payment system (PPS) did not lead to significant declines in the quality of hospital care.
- Mortality rates declined for all patient groups examined, and other outcome measures also showed improvement.
- However, more Medicare patients were discharged from hospitals in unstable condition after PPS was implemented. Determining the seriousness of this problem requires further monitoring and study.



Beberapa fakta tentang rumah sakit di Indonesia.

Kategori	Kepemilikan	RS Umum	Rs Khusus	Total
RS PUBLIK	Pemerintah	746	89	835
	- Kemkes	14	19	33
	- Pemda Propinsi	52	42	94
	- Pemda Kabupaten	443	11	454
	- Pemda Kota	79	13	92
	- Kementerian Lain	3	0	3
	- TNI	114	4	118
	- POLRI	41	0	41
	Swasta Non Profit	522	199	721
RS PRIVAT	SWASTA	368	204	572
	BUMN	60	7	67
TOTAL :		1,696	499	2,195

*Keterangan :

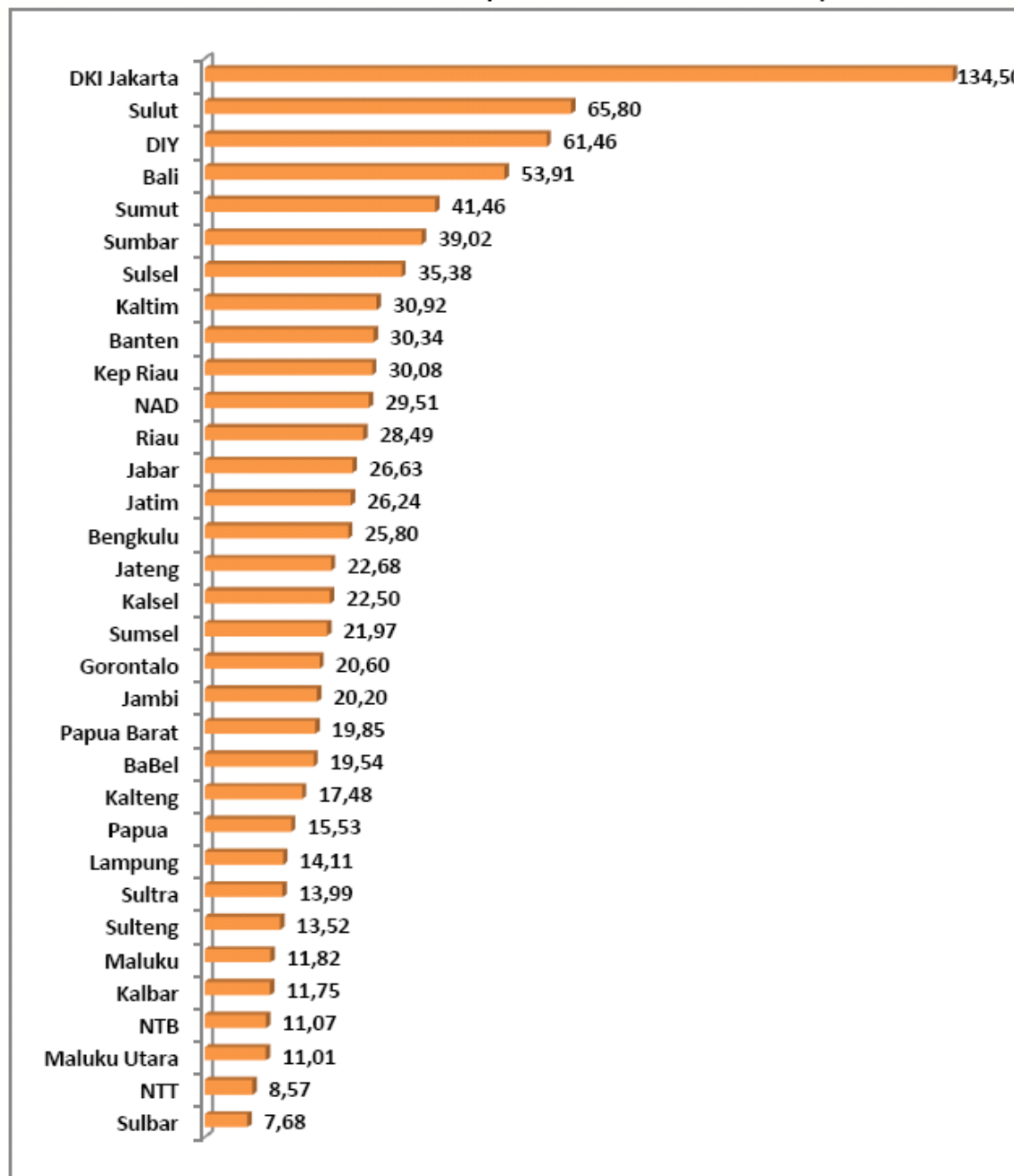
RS Swasta Terdiri Dari: Perusahaan, Perorangan dan Swasta/ Lainnya

Beberapa fakta tentang rumah sakit di Indonesia.

Rekapitulasi By Klas RS

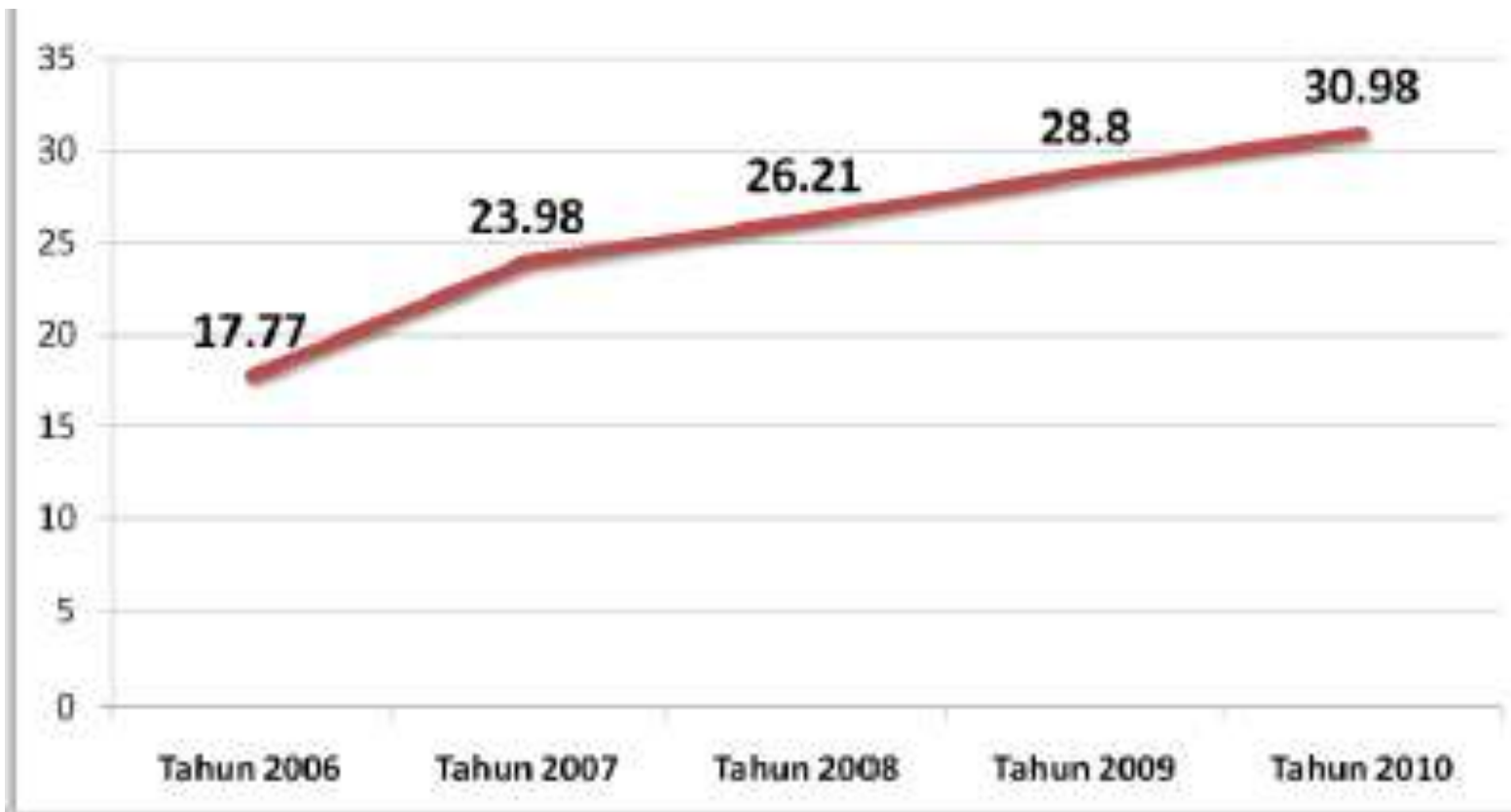
JENIS RS	Kelas RS	A	B	C	D	Non Kelas	Total
RS PUBLIK	Kemkes	25	6	1	0	1	33
	Pemprop	19	43	20	3	9	94
	Pemkab	0	68	232	117	37	454
	Pemkot	3	46	31	9	3	92
	Organisasi Non Profit	1	56	239	204	221	721
	T N I	1	9	10	13	85	118
	Polri	1	2	8	2	28	41
	Kementerian Lain	0	1	0	1	1	3
RS PRIVAT	Swasta/ Lainnya	4	42	99	94	91	330
	Perusahaan	0	10	57	38	74	179
	Perorangan	1	1	13	20	28	63
	BUMN	2	7	22	11	25	67
TOTAL :		57	291	732	512	603	2,195

Grafik 6.10 Rasio Dokter Umum per 100.000 Penduduk per Provinsi Tahun 2010

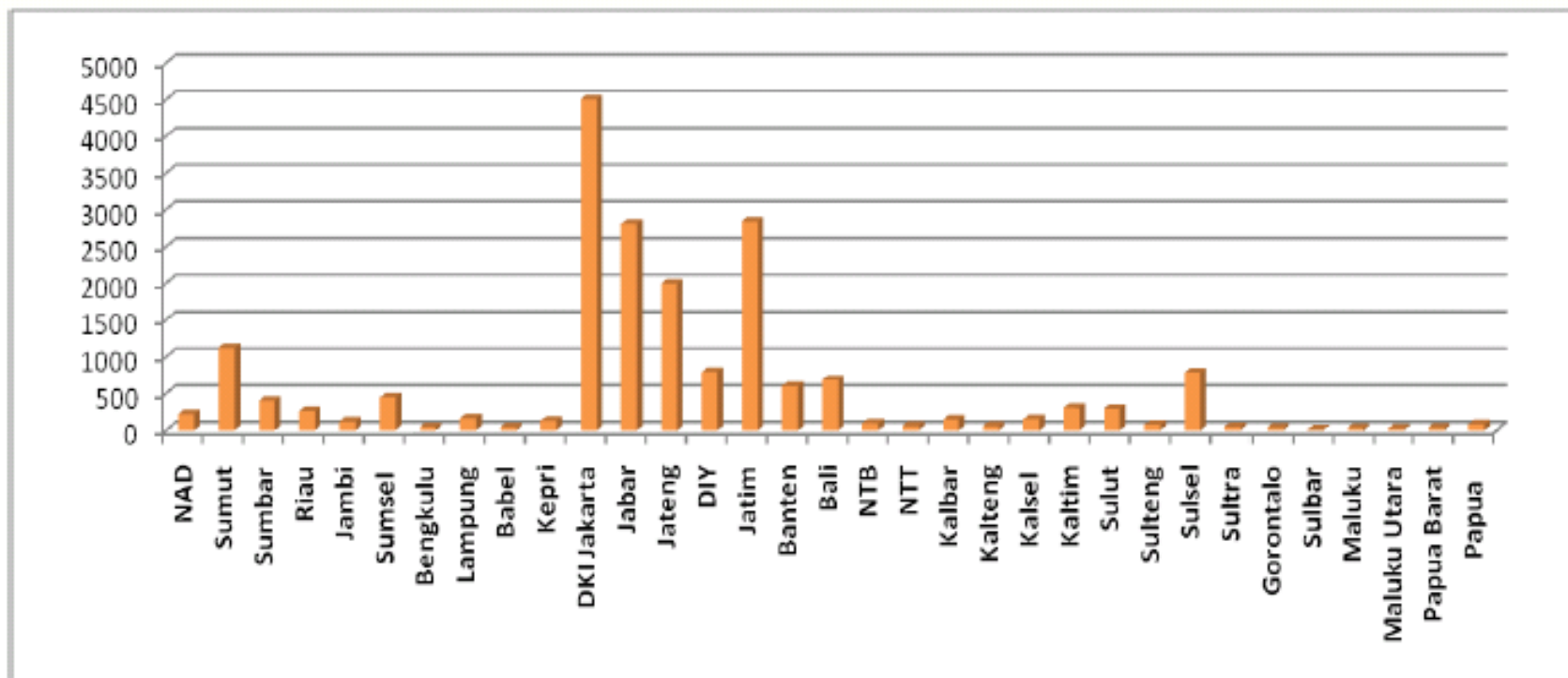


(sumber: KKI dan BPS, 2010)^{1,20}

Rasio Dokter per 100.000 penduduk Tahun 2006 - 2010



Grafik 6.18 Persebaran Dokter Spesialis per Provinsi pada Tahun 2010



(sumber: Konsil Kedokteran Indonesia 2010)

Tabel 6.13 Rasio Dokter Spesialis per 100.000 Penduduk di ASEAN

No.	Negara	Rasio Dokter per 100.000 penduduk
1	Singapura	180
2	Filipina	120
3	Brunei Darusalam	> 80
4	Malaysia	> 60
5	Vietnam	> 40
6	Myanmar	> 20
7	Kamboja	> 20
8	Laos	20
9	Thailand	20
10	Indonesia	8,14

(sumber: Pusat Data dan Informasi PERSI)²⁶

Prediksi mutu layanan rumah sakit menggunakan skema JKN

- Kesesuaian tarif INA-CBG dengan kebutuhan biaya pelayanan pasien masih harus diuji. Adaptasi peralihan model pembayaran “fee for service” ke model pembayaran prospective dengan jumlah kasus besar merupakan kendala dalam manajemen keuangan serta akuntansi rumah sakit, khususnya RS Swasta. Potensi masalah yang mungkin terjadi adalah masalah demotivasi dokter dan SDM profesional kesehatan, bila terjadi penurunan pendapatan, yang akan mempengaruhi kepuasan kerja dan mutu layanan.

Prediksi mutu layanan rumah sakit menggunakan skema JKN

- Standar pelayanan rumah sakit, walaupun sudah dituntut untuk terakreditasi, tidak akan mampu mengikuti perkembangan teknologi kesehatan dan protokol penanganan penyakit secara cepat, karena alasan efisiensi biaya serta utilitas.

Prediksi mutu layanan rumah sakit menggunakan skema JKN

- Lonjakan pasien pada tahap awal pelaksanaan JKN secara relatif akan terjadi pada pasien katastrofik dan kasus dengan biaya besar, karena pasien kelompok ini dapat menggunakan manfaat keanggotaan secara instan. Ketidaksiapan seluruh rumah sakit untuk menerima ini, akan menyebabkan permasalahan kualitas, yang juga akan diperberat bila pembayaran sesuai tarif INA-CBG dianggap kurang memadai.

Prediksi mutu layanan rumah sakit menggunakan skema JKN

- Penyebaran dokter spesialis dan dokter umum yang tidak merata di Indonesia, ditambah dengan kemungkinan terjadinya mutasi dokter ke area yang lebih “menguntungkan”, akan berakibat kosongnya dokter spesialis di beberapa rumah sakit, yang akan mempengaruhi mutu layanan.

Prediksi mutu layanan rumah sakit menggunakan skema JKN

- Bila tarif INA-CBG, cara verifikasi dan lama pembayaran klaim dianggap merugikan pelayanan rumah sakit swasta, maka akan banyak rumah sakit swasta yang mengundurkan diri, sehingga jumlah rumah sakit jejaring BPJS akan berkurang. Hal ini berpotensi menimbulkan antrean berobat yang sangat panjang.

Outcome mutu yang **tidak** dikehendaki dalam skema JKN

- Kepuasan pasien menurun karena standar mutu pelayanan kesehatan pasien JKN dianggap rendah.
- Pasien belum sembuh sudah harus keluar dari rumah sakit, sehingga angka re-hospitalisasi meningkat.
- Terjadi komplikasi akibat pengurangan standar pelayanan profesional.
- Terjadi demotivasi dan penurunan kepuasan profesional kesehatan karena pendapatan menurun akibat “penyesuaian” pendapatan rumah sakit.
- Banyak rumah sakit swasta mengundurkan diri dari jejaring, sehingga waktu antrean menjadi lama.
- Ada rumah sakit yang bangkrut karena melayani JKN.
- Terjadi banyak “fraud” dalam pelayanan dan klaim pasien BPJS.

PERSEPSI PERSI TENTANG LAYANAN RUMAH SAKIT BERMUTU

PELAYANAN RUMAH SAKIT BERMUTU

Pelayanan rumah sakit yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan rumah sakit sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, menghasilkan keluaran (outcome) sesuai yang diharapkan, serta penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik rumah sakit dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.

Mutu pelayanan bersifat multi dimensional

Multi Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan

1. Dimensi kompetensi teknis.
2. Dimensi keterjangkauan atau akses (geografis, sosial ekonomi, organisasi, bahasa).
3. Dimensi efektivitas pelayanan kesehatan.
4. Dimensi efisiensi pelayanan kesehatan.
5. Dimensi kesinambungan pelayanan kesehatan.

Multi Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan

6. Dimensi keamanan (pasien dan tenaga kesehatan).
7. Dimensi infra struktur dan kenyamanan.
8. Dimensi informasi.
9. Dimensi ketepatan waktu.
10. Dimensi Hubungan Antar Manusia.
11. Dimensi Pilihan.

Penerapan sistem Quality Assurance

- Jaminan Mutu (QA) adalah suatu proses yang dilaksanakan secara berkesinambungan, sistematis, obyektif dan terpadu untuk;
 - menetapkan masalah dan penyebabnya berdasarkan standar yang telah ditetapkan,
 - menetapkan upaya penyelesaian masalah dan melaksanakan sesuai kemampuan menilai pencapaian hasil dengan menggunakan indikator yang ditetapkan,
 - menetapkan dan menyusun tindak lanjut untuk meningkatkan mutu pelayanan.

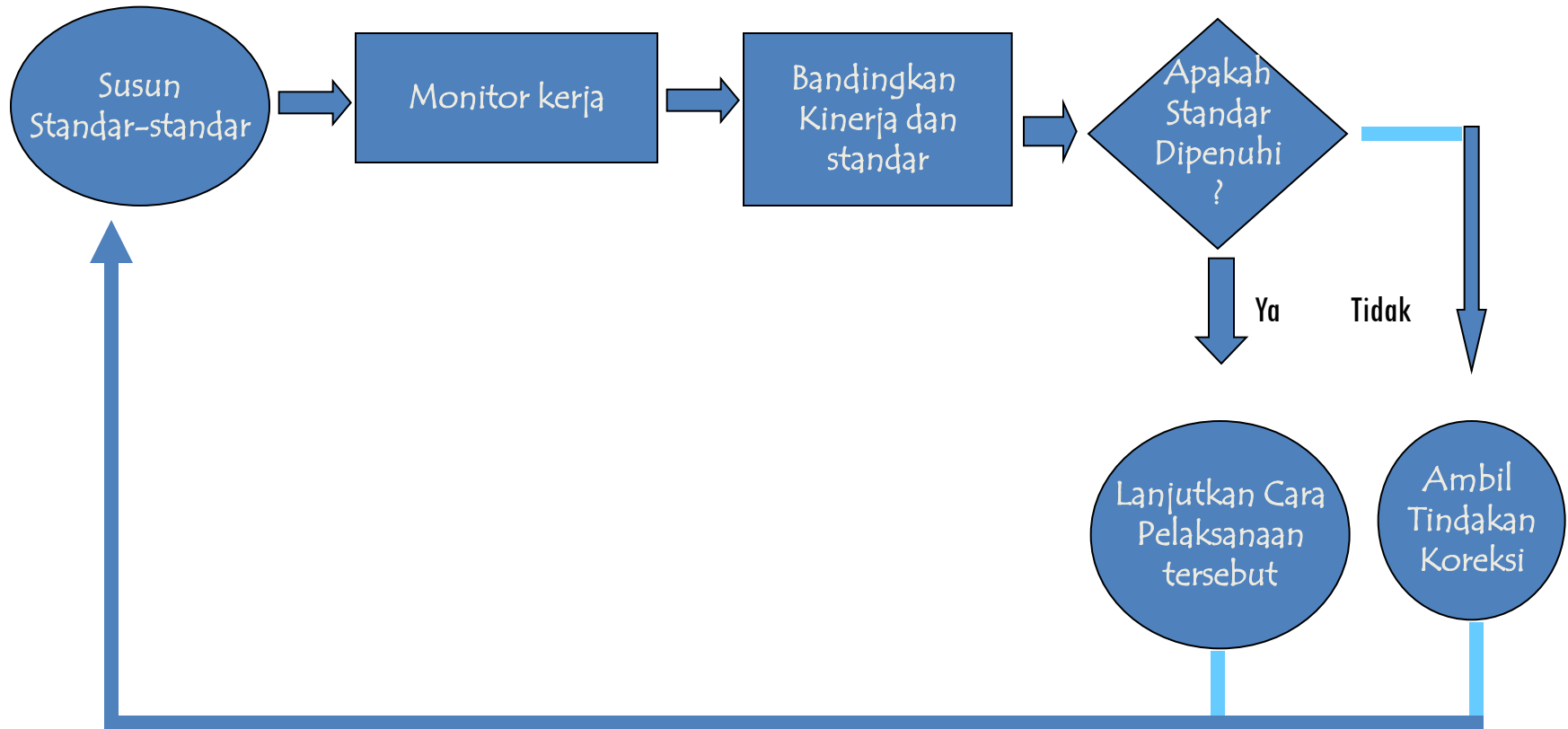
MENJAGA MUTU (QUALITY ASSURANCE) PELAYANAN KESEHATAN

Suatu rangkaian kegiatan pelayanan kesehatan berdasarkan standar dan prosedur medis yang semestinya agar mutu pelayanan kesehatan tetap terjaga, ditinjau dari pandangan pemberi pelayanan kesehatan maupun kepuasan pasien.

Tujuan dan manfaat QA

1. Pemahaman staf terhadap tingkat mutu pelayanan yang ingin dicapai
2. Meningkatkan efektifitas pelayanan yang diberikan.
3. Mendorong serta meningkatkan efisiensi dalam pengelolaan pelayanan kesehatan.
4. Melindungi pelaksana pelayanan kesehatan dari gugatan hukum.
5. Tujuan akhir adalah semakin meningkatnya mutu pelayanan

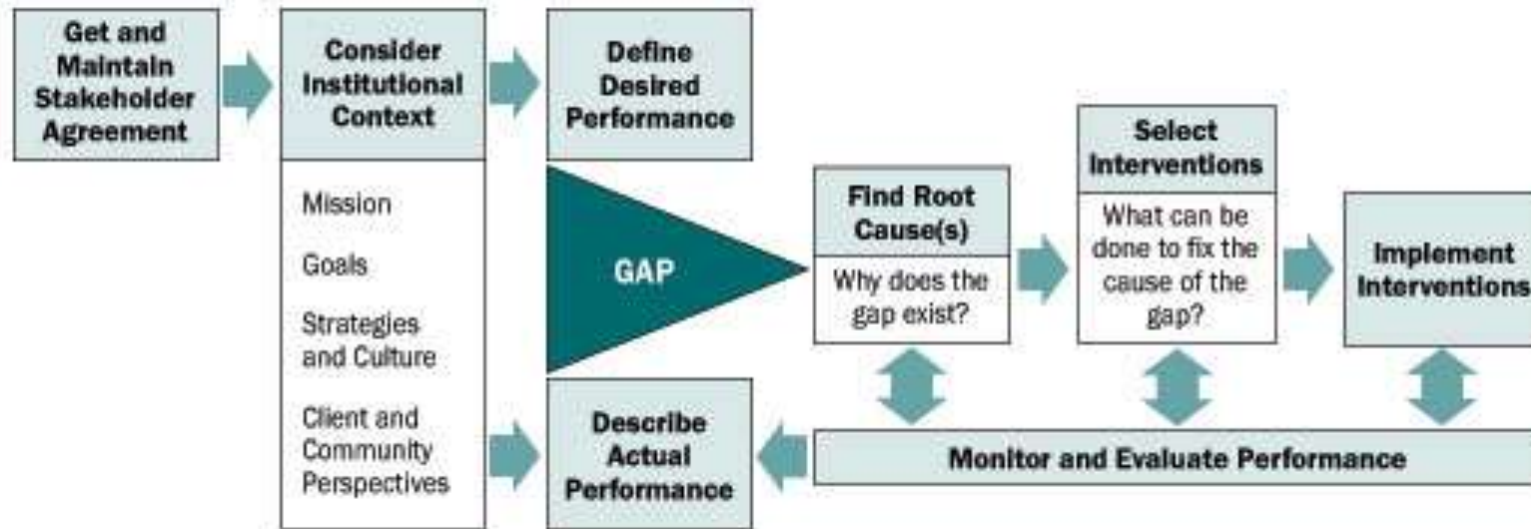
Proses Kendali Mutu



Perbaikan kinerja.

Figure 1

The Performance Improvement Process





INDONESIAN HOSPITAL ASSOCIATION

INOVASI PERSI UNTUK MENJAGA MUTU RUMAH SAKIT

Program Persi untuk Menjaga Mutu RS

1. Benchmarking standar dan kinerja antar rumah sakit.
2. Bersama KARS mendorong pemenuhan standar akreditasi rumah sakit, termasuk sistem keselamatan pasien dan petugas rumah sakit.
3. Sosialisasi regulasi di bidang perumah sakitan ke seluruh rumah sakit di Indonesia.
4. Advokasi ke pemangku kepentingan tentang kendali mutu dan kendali biaya dalam skema JKN.
5. Merancang dan advokasi model sistem rujukan antar rumah sakit yang mendukung mutu pelayanan.
6. PERSI melaksanakan “Health Technology Assesment”
7. Persi bersama Dinas Kesehatan Provinsi terlibat dalam surveilans akreditasi.
8. Mencegah terjadinya “Fraud” dalam pelaksanaan JKN.

1. Benchmarking

- Dalam pelaksanaan skema JKN, PERSI menganggap perlu rumah sakit di Indonesia melakukan “benchmarking” , agar manajemen rumah sakit mendapat inspirasi dalam pengelolaan pasien peserta BPJS.
- “Benchmarking” dengan rumah sakit di luar dan dalam negeri yang sudah terbukti mampu menerapkan sistem pengelolaan model pembayaran prospektif dengan baik. Misalnya beberapa rumah sakit di Thailand, Korea, rumah sakit pemerintah di Malaysia, dsb. Demikian juga dengan rumah sakit di Indonesia yang mampu menerapkan kendali mutu dan kendali biaya dengan segala kiat-kiatnya.

2. Fasilitasi akreditasi sebagai salahsatu standar Mutu Rumah Sakit

- Persi sebagai asosiasi, seharusnya melakukan upaya fasilitasi rumah sakit yang belum memenuhi standar minimal pelayanan rumah sakit sesuai kelasnya. Target Persi adalah semua rumah sakit terakreditasi sehingga menjadi jaminan pelayanan yang aman bagi masyarakat dan secara mutu lolos dalam kredensial rumah sakit jejaring BPJS.
- PERSI juga mendukung sepenuhnya upaya menjaga dan meningkatkan keselamatan pasien serta petugas rumah sakit melalui pemenuhan beberapa standar.
- Upaya itu harus didukung oleh komitmen dan dukungan sumber daya dari “pemilik” rumah sakit.

3. Sosialisasi regulasi tentang perumah sakitan

- Persi secara teratur mengadakan berbagai seminar berbagai issue perumah sakitan di Jakarta, Surabaya, dan Medan.
- Institut Manajemen Rumah Sakit (IMRS) juga mengadakan seminar, bimbingan teknis, lokakarya perumah sakitan sesuai topik yang diperlukan.
- Persi Daerah selalu dalam koordinasi tentang perkembangan regulasi.
- Website PERSI (www.pdpersi.co.id) memberikan informasi tentang regulasi perumah sakitan

4. Advokasi pada pemangku kepentingan

- Untuk melaksanakan program penjaminan mutu rumah sakit, PERSI mempunyai hubungan yang relatif dekat dengan kementrian kesehatan dan Dinas kesehatan propinsi, sehingga semua kajian tentang perumahan sakitan termasuk menyangkut mutu layanan dapat diadvokasikan pada regulator.
- Persi sebagai wakil rumah sakit seluruh Indonesia dalam perundingan pelaksanaan JKN , bukan hanya mempertimbangkan besaran tarif, tetapi issue kepuasan pasien, kepuasan rumah sakit juga menjadi materi advokasi.

5. Mengkoordinasikan sistem rujukan berjenjang

- Bersama Dinas Kesehatan, Persi berperan mengkoordinir sistem rujukan berjenjang, agar tidak terjadi kompetisi yang tidak sehat antar rumah sakit. Multi dimensi mutu pelayanan kesehatan , kontinuitas dan sustainabilitas pelayanan rumah sakit dari berbagai klasifikasi menjadi bahan pertimbangan dalam model sistem rujukan.
- Persi merekomendasikan ada beberapa kondisi yang diprioritaskan pada rumah sakit umum type D/C sebagai rumah sakit sekunder dan type B/A sebagai rumah sakit tersier , serta rumah sakit khusus. Tetapi kedekatan akses rumah sakit menjadi pertimbangan khusus dalam sistem rujukan.
- Persi juga berperan dalam merekomendasikan lokasi rumah sakit baru, dan merekomendasikan penambahan fasilitas / tempat tidur rumah sakit.

6. Health Technology Assessment

- Untuk mencegah “kompetisi” yang saling mematikan, Persi dapat melakukan “health technology assesment (HTA)”, serta merekomendasikan hasilnya pada anggota Persi yang akan menambah investasi peralatan kesehatan canggih.
- Redistribusi sumber daya kesehatan harus menjadi salahsatu bahan kajian Persi, untuk kepentingan bersama.

7. Surveilans akreditasi

- Bersama Dinas Kesehatan, Persi Daerah akan menjadi bagian tim surveilans akreditasi. Segala kesulitan yang ditemui dalam surveilans akan menjadi masukan bagi PERSI juga, sebagai bahan fasilitasi rumah sakit.

8. Mencegah “Fraud”

- Fraud sangat mungkin terjadi di rumah sakit dalam pelaksanaan skema JKN, baik disengaja atau karena ketidak pahaman.
- Persi akan mengajak PERSI daerah untuk melakukan pembinaan pada rumah sakit di daerahnya agar tidak terjadi “upcoding” saat input data INA CBG. Persi juga mendukung agar ada sistem verifikasi yang bekerja secara proporsional untuk menegakkan disiplin dan etika dalam pelaksanaan JKN ini.

Terima Kasih

What germs are on our hands ??



Don't spread these germs! Wash your hands after going to the bathroom and before eating!

Handwashing is the single most important thing you can do to stop the spread of infection! This message brought to you by Fairmont General Hospital. Visit our web site at www.fghi.com or www.labs.net/schools/marion/mms/health.htm