

# **The Principle of Equity in the Implementation of the National Health Insurance Program at Mission Lebak Hospital Through Quality Control and Cost Control**

Prinsip Ekuitas dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Misi Lebak Melalui Kendali Mutu dan Kendali Biaya

**Denny Hardianto; Endang Wahyati Yustina; Daniel Budi Wibowo**

email: dennydrgmph@gmail.com

*Master of Health Law, Soegijopranata Catholic University Semarang*

**Abstract:** The National Health Insurance Program is a provision of Law No. 40 of 2004 About the National Social Security System; in its implementation, various principles have been developed as the philosophical foundations that implementing parties must adhere to. In addition to the social insurance principle, the equity principle is used as a guiding principle while providing services to National Health Insurance participants. In practice, however, this equity idea has not been fully and uniformly grasped by all parties. In the meantime, the National Health Insurance members must utilize quality control and cost-control instruments in the delivery of health services. In truth, the Health Social Security Agency of Indonesia and the Misi Lebak Hospital are unable to maintain low costs.

This study aims to establish the equity principle in the implementation of the National Health Insurance program, as well as the procedures for quality control and cost-control instruments in the National Health Insurance program, and how hospitals are administered. The Misi Lebak Hospital's objective is to implement equality principles in the National Health Insurance program by controlling quality and costs. This research method employs a sociologically-based legal strategy with descriptive parameters. In this study, the combination approach was used for data analysis. The research was done in Lebak Regency, which is where Misi Lebak Hospital is located. It is a Class C hospital that is also an Advanced Level Referral Health Facility.

According to the research conducted, the Misi Lebak Hospital achieved the equity principle in implementing the National Health Insurance program through quality control and cost-control management. Medical services or medical benefits offered to National Health Insurance participants do not vary based on their membership rights, which only change the supply of non-medical advantages. The results demonstrated that the meaning of the equity principle shifted from general to specific. Thus, the systems for quality control and cost-control instruments at the Misi Lebak Hospital utilize the same principle. The contract between the Health Social Security Agency of Indonesia and the Advanced Level Referral Health Facility specifies that hospitals must adhere to the quality and cost indicators outlined in the agreement. Each organizer should apply synergy in carrying out their tasks and responsibilities and provide the appropriate supervision to achieve the National Health Insurance program's objectives.

**Keyword:** equity principle, quality control, cost control

**Abstrak:** Program JKN merupakan amanah dari UU No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), dalam pelaksanaannya telah ditetapkan beberapa asas dan prinsip yang menjadi landasan filosofi yang harus dipatuhi oleh pihak-pihak pelaksana. Prinsip ekuitas menjadi salah satu prinsip penting disamping prinsip asuransi sosial yang dijadikan pedoman dalam pelayanan pada peserta JKN. Namun dalam pelaksanaannya, prinsip ekuitas ini belum sepenuhnya dipahami secara seragam oleh semua pihak. Sementara itu dalam penyelenggaraan layanan kesehatan pada peserta JKN perlu

menggunakan instrumen kendali mutu dan kendali biaya. Dalam kenyataannya kendali biaya di pihak BPJS dan RS Misi Lebak kurang berjalan baik.

Tujuan dari penelitian ini adalah: mengidentifikasi prinsip ekuitas dalam pelaksanaan program JKN, mengetahui pengaturan tentang kendali mutu dan kendali biaya dalam program JKN, dan mengidentifikasi cara RS. Misi Lebak dalam melaksanakan prinsip ekuitas dalam program JKN melalui kendali mutu dan kendali biaya. Metode penelitian ini menggunakan pendekatan yuridis sosiologis dengan spesifikasi deskriptif. *Mix methode* diaplikasikan dalam penelitian ini untuk analisis datanya. Lokasi dan subyek penelitian berada di RS Misi Lebak, suatu rumah sakit Kelas C sebagai FKRTL yang memberikan layanan program JKN di Kabupaten Lebak.

Dari penelitian yang dilakukan, didapatkan hasil bahwa RS Misi Lebak telah memenuhi prinsip ekuitas dalam pelaksanaan program JKN melalui kendali mutu dan kendali biaya. Pelayanan medis atau manfaat medis yang diberikan kepada peserta JKN tidak dibedakan berdasarkan hak kepesertaannya, yang berbeda hanya pada pemberian manfaat non medis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa prinsip ekuitas mengalami pergeseran makna yaitu secara umum dan secara khusus. Sehingga pengaturan kendali mutu dan kendali biaya di RS Misi Lebak juga berlaku hal yang sama. Pengaturan secara khusus mewajibkan rumah sakit untuk mematuhi indikator mutu dan biaya yang telah ditetapkan dalam kontrak antara BPJS dengan FKRTL. Setiap pihak penyelenggara hendaknya bersinergi dalam melakukan tanggungjawab dan kewajiban serta melaksanakan pengawasan yang diperlukan agar tujuan program JKN ini dapat tercapai.

**Kata kunci:** prinsip ekuitas, kendali mutu, kendali biaya

## PENDAHULUAN

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang telah berlangsung sejak tahun 2014 bertujuan untuk memberikan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dan memberikan perlindungan finansial. Tantangan yang dihadapi oleh rumah sakit saat ini dalam menyelenggarakan program JKN adalah melaksanakan kendali mutu dan kendali biaya yang baik. Pengertiannya bahwa kendali mutu merupakan kewajiban rumah sakit untuk memberikan pelayanan yang bermutu bagi peserta JKN dan kendali biaya adalah hak rumah sakit dalam memperoleh pembiayaan kesehatan yang memadai dan sesuai dengan mutu pelayanan yang dihasilkan serta seluruh sumber daya yang telah digunakan. Dalam Pasal 2 ayat (1) Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penerapan Kendali Mutu dan Kendali Biaya pada Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan: "Kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan dilakukan untuk menjamin agar pelayanan kesehatan kepada Peserta sesuai dengan mutu yang ditetapkan dan diselenggarakan secara efisien".

Dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran telah ditegaskan bahwa kendali mutu dan kendali biaya perlu menjadi perhatian bagi para tenaga medis dalam melakukan asuhan medis atau praktik kedokteran dimana pembiayaan pelayanan kesehatan yang dibebankan kepada pasien telah dialihkan kepada BPJS Kesehatan selaku penanggung klaim dari Rumah Sakit. 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. Konsep kendali biaya disini menekankan kepada pembiayaan yang sesuai dengan kebutuhan medis pasien, sementara pembiayaan dalam program JKN kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) menganut pada

konsep prospektif yang sudah ditentukan besaran pembiayaan dengan pola tarif tertentu dan dikendalikan oleh BPJS Kesehatan agar tetap memenuhi peraturan yang berlaku.

Pada Pasal 2 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional menyebutkan bahwa Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yaitu: diantaranya pada huruf (c): Pelayanan terstruktur, berjenjang dengan portabilitas dan ekuitas. Prinsip ekuitas yang dimaksud adalah kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medisnya yang tidak terikat dengan besaran iuran yang telah dibayarkannya, definisi ini tercantum pada penjelasan dari Pasal 19 ayat (1) dari Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Pengertian ekuitas dalam UU SJSN yang dipahami adalah kendali biaya dimana peserta JKN berhak mendapatkan pelayanan kesehatan tanpa terikat dengan besaran iuran yang dibayarkan. Pengertian ekuitas secara hukum yang tertuang dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku tampak mengalami pergeseran dibandingkan makna ekuitas (kesetaraan dan keadilan) itu sendiri, yaitu suatu hubungan pertukaran dimana individu memberikan (input) sesuatu dan mengharapkan sesuatu kembali (outcome) dalam rasio yang sama.

Dalam perkembangan pelayanan JKN, BPJS Kesehatan telah menetapkan berbagai indikator mutu pelayanan di Rumah Sakit yang bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan dan kepuasan peserta JKN dalam mengakses layanan di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Apakah indikator mutu tersebut cukup efektif untuk mengukur mutu pelayanan dari Rumah Sakit kepada pasien, dan apakah juga sudah memperhatikan aspek-aspek keselamatan pasien serta kontinuitas pelayanan yang lancar.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Dine Rinjani Ediani menegaskan bahwa dengan program JKN, masyarakat mempunyai solusi pembiayaan kesehatan yang terjangkau yang menjadi bentuk pemenuhan asas gotong royong. Pihak eksternal lain yang juga harus mengikuti perubahan sistem kesehatan ini adalah pihak penentu regulasi dalam hal ini pemerintah, serta fasilitas kesehatan yang harus menyesuaikan pola tarif pembayaran, administrasi dan pengelolaan biaya pelayanan kesehatan, serta meningkatkan sumber daya dan kapasitas pelayanan dalam menampung pasien yang akan bertambah dalam waktu singkat.<sup>1</sup> Penelitian ini menekankan adanya transformasi PT Askes (Persero) menjadi BPJS Kesehatan sebagai bentuk pelayanan yang lebih optimal dan Rumah Sakit sebagai mitra BPJS Kesehatan yang mempunyai tantangan dalam upaya pengelolaan biaya agar dapat melayani peserta JKN dengan sebaik mungkin. Selain asas gotong royong yang ditemukan dalam penelitian tersebut, masih belum ditemukan adanya pembahasan tentang prinsip ekuitas yang juga menjadi penting untuk diterapkan dalam pelaksanaan program JKN.

Sementara itu, Salas Auladi dalam penelitiannya menunjukkan salah satu upaya penting dalam kendali mutu dan kendali biaya adalah dengan hadirnya profil *Case Manager* dalam pemberian layanan bagi peserta program JKN. *Case Manager* atau Manajer Pelayanan Pasien merupakan sebuah terobosan yang ditawarkan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu namun tetap memperhatikan pembiayaan terutama pada era JKN. *Case Manager* dapat berperan dalam membantu

---

<sup>1</sup> Dine Rinjani Ediani, 2015, "Implikasi Berlakunya Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS terhadap BPJS Kesehatan Cabang Utama Bandung Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan", Repository Unika Soegijapranata

pencapaian indikator mutu unit pelayanan dan pembiayaan pasien yang efektif.<sup>2</sup> Penelitian ini berfokus pada pelayanan rawat inap intensif di RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung yang telah melakukan upaya kendali mutu dan kendali biaya melalui peran dan tugas *Case Manager*. Efektifitas peranan *Case Manager* untuk melakukan kendali mutu dan kendali biaya menjadi pembahasan utama dalam penelitian ini, namun aspek hukum dari kendali mutu dan kendali biaya belum dimunculkan secara luas.

Lebih lanjut Stefani Daniels dan Jeff Frater menyebutkan bahwa dalam perkembangan perawatan, manajemen kasus diperlukan untuk mengatasi berbagai tantangan yang timbul lantaran kompleksitas operasional dari rumah sakit. Pendekatan semacam ini diperlukan untuk menangani, diantaranya: peningkatan kualitas, pengurangan biaya, dan pelayanan yang akuntabel. *“Under progression of care, case management is called upon to address the challenges posed by the complexities of today’s hospital operations, fragmentation of service, and paucity of interlocking accountabilities. Such an approach is needed now more than ever as hospitals seek to navigate a healthcare reform environment focused on improved quality, reduced cost, and more accountable care.”*<sup>3</sup> Dan, faktanya bahwa upaya rumah sakit dalam peningkatan mutu klinis seimbang dengan peningkatan biayanya. *“In fact, finance leaders and case managers are finding common ground in the fact that improved clinical outcomes equal improved financial results.”*<sup>4</sup>

Rumah Sakit Misi Lebak, sebagai FKRTL yang bermitra dengan BPJS Kesehatan mempunyai problematika yang hampir sama dengan rumah sakit yang lain untuk memenuhi peraturan dan standar yang berlaku dalam penyelenggaraan program JKN. Rumah Sakit nirlaba ini terletak di Kabupaten Lebak, Propinsi Banten. Kurang lebih sebanyak 90% dari pasien yang dilayani adalah pasien BPJS Kesehatan yang merupakan warga di Kabupaten Lebak dan sekitarnya. Kebutuhan masyarakat akan FKRTL yang menyelenggarakan program JKN sangat tinggi dan kondisi ini sudah difasilitasi oleh Rumah Sakit Misi Lebak dengan penyediaan layanan gawat darurat, rawat jalan dan rawat inap bagi peserta JKN. Kapasitas rawat inap yang tersedia adalah 134 tempat tidur dan sebanyak 55 tempat tidur atau 41% difungsikan untuk kelas III yang biasanya terisi oleh pasien BPJSK yang penerima bantuan iuran (PBI) dan non PBI. Rata-rata keterisian tempat tidur sebesar 70% pada bulan November 2021 dengan sebaran yang tertingggi adalah golongan peserta JKN kelas III.

Sebagai provider kesehatan bagi peserta JKN, RS Misi Lebak tentu mempunyai kewajiban penuh untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai prinsip ekuitas untuk semua golongan, yaitu Kelas I, II, dan III. Apakah pelayanan yang bermutu tidak dibedakan untuk semua golongan peserta, bagaimanakah kendali mutu selama ini yang telah dilakukan oleh RS Misi Lebak dan juga BPJS Kesehatan. Demikian pula dengan kendali biaya, apakah ada upaya kendali biaya yang baik agar prinsip ekuitas tercapai?

Seharusnya prinsip ekuitas dapat dicapai melalui kendali mutu dan kendali biaya yang baik yang dapat dilakukan oleh Rumah Sakit dan BPJS Kesehatan. Belum adanya penelitian hukum kesehatan yang mengangkat isu tentang prinsip ekuitas dalam pelaksanaan program JKN dan bagaimana upaya rumah sakit dalam pelaksanaan kendali mutu dan biaya yang

---

<sup>2</sup> Salas Auladi, et al, 2019, “Efektivitas Peran *Case Manager* Dalam Upaya Meningkatkan Kendali Mutu dan Kendali Biaya Pelayanan Rawat Inap Intensif Peserta Program JKN di RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung”, Program Magister Manajemen Pascasarjana Universitas Pasundan

<sup>3</sup> Stefani Daniels dan Jeff Frater, 2011, *Hospital Case Management and Progression of Care*, Journal of Healthcare Financial Management Association, 65(8):108-13, Agustus 2011 [https://www.researchgate.net/publication/51595042\\_Hospital\\_case\\_management\\_and\\_progression\\_of\\_care](https://www.researchgate.net/publication/51595042_Hospital_case_management_and_progression_of_care)

<sup>4</sup> Ibid.

mendukung prinsip ekuitas tersebut menjadi alasan yang mendasari peneliti dalam pemilihan judul "Prinsip Ekuitas Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Misi Lebak Melalui Kendali Mutu dan Kendali Biaya".

## PERUMUSAN MASALAH

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, didapat rumusan masalah sebagai berikut:

1. Bagaimanakah prinsip ekuitas dalam pelaksanaan program JKN?
2. Bagaimanakah pengaturan tentang kendali mutu dan kendali biaya dalam program JKN?
3. Bagaimana RS. Misi Lebak melaksanakan prinsip ekuitas dalam program JKN melalui kendali mutu dan kendali biaya?

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan yuridis sosiologis, yang berarti bahwa studi ini dapat membahas aspek yuridisnya dan sekaligus membahas aspek-aspek sosial yang meliputi gejala hukum tertentu<sup>5</sup>. Pada pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional, peneliti ingin membahas bagaimana FKRTL menerapkan prinsip ekuitas melalui kendali mutu dan kendali biaya.

Dalam penelitian ini menggunakan spesifikasi deskriptif, yaitu menggambarkan frekuensi terjadinya gejala hukum atau frekuensi adanya hubungan (kaitan) antara gejala hukum atau peristiwa hukum yang satu dengan yang lain.<sup>6</sup> Adapun definisi operasional meliputi:

- a. Ekuitas adalah suatu hubungan pertukaran dimana individu memberikan (input) sesuatu dan mengharapkan sesuatu kembali (outcome) dalam rasio yang sama
- b. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran jaminan kesehatan atau iuran jaminan kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah
- c. Kendali mutu adalah suatu sistem pemberian pelayanan yang efisien, efektif, dan berkualitas yang memenuhi kebutuhan pasien
- d. 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
- e. Prinsip ekuitas adalah kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medisnya yang tidak terikat dengan besaran iuran yang telah dibayarkannya

Pengambilan sampel dilakukan tidak acak (*non probability sampling*) melalui cara *accidental sampling*, yaitu responden yang kebetulan ada atau tersedia di suatu tempat sesuai dengan konteks penelitian. Untuk pengisian kuesioner dibutuhkan responden yang kompeten, yaitu pasien atau keluarganya yang masih mampu dari segi kesehatannya untuk menjawab pertanyaan dalam kuesioner. Jumlah responden yang ditentukan adalah 250 orang yang merupakan pasien rawat jalan dan 50 orang yang merupakan pasien rawat inap di Rumah Sakit Misi Lebak. Diskusi Kelompok Terarah dan Wawancara dilakukan pada narasumber yang memiliki kemampuan dan kewenangan untuk terlibat selama proses pelayanan kepada

---

<sup>5</sup> Endang Wahyati Yustina, et al, 2017, Petunjuk Penelitian Usulan Penelitian dan Tesis, Unika Soegijapranata, Semarang

<sup>6</sup> Ibid.

peserta Jaminan Kesehatan Nasional. Narasumber berasal dari 2 instansi, yaitu: Rumah Sakit Misi Lebak berjumlah 16 orang (Manajemen dan PPA) dan Kantor BPJS Cabang Serang berjumlah 3 orang.

Rancangan penelitian ini menggunakan *mix methode research* yang merupakan metode penelitian yang memiliki petunjuk pengumpulan dan analisa data yang menggabungkan antara pendekatan kualitatif dan kuantitatif pada segala fase di dalam proses penelitian.<sup>7</sup> Penelitian ini dilakukan dengan desain *explanatory* yang dilakukan secara berurutan (*sequential*) dan modelnya yang disebut *participant selection* yang lebih mengutamakan kualitatif.

## PEMBAHASAN

### HASIL PENELITIAN

#### 1. Hasil Kuesioner

**Tabel 1. Hasil kuesioner di rawat jalan dalam persen (%)**

Pernyataan	STS	TS	RR	S	SS
1. Saya tidak keberatan membayar iuran BPJS Kesehatan yang sesuai dengan kemampuan untuk mendapatkan jaminan pelayanan kesehatan	6	19,6	19,2	46	9,2
2. Rumah Sakit telah menyelenggarakan pelayanan yang bermutu kepada pasien rawat jalan atau rawat inap	0	0,8	4,8	76	18,4
3. Saya dapat memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis atau pengobatan yang diperlukan	0	0,4	3,6	65,6	30,4
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	0,8	5,6	57,2	36,4
5. Rumah Sakit telah berlaku adil dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta JKN tanpa membedakan golongan peserta (Kelas I/II/III)	0	0,8	4,8	56,4	38

**Tabel 2. Hasil kuesioner di rawat inap dalam persen (%)**

Pernyataan	STS	TS	RR	S	SS
1. Saya tidak keberatan membayar iuran BPJS Kesehatan yang sesuai dengan kemampuan untuk mendapatkan jaminan pelayanan kesehatan	18	40	10	24	8

<sup>7</sup> Creswell, J.W & Clark, V.L.P., 2007. *Designed and Conducting Mixed Methods Research*, Sage Publications, Inc, California

2. Rumah Sakit telah menyelenggarakan pelayanan yang bermutu kepada pasien rawat jalan atau rawat inap	0	0	4	80	16
3. Saya dapat memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis atau pengobatan yang diperlukan	0	0	2	80	18
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	0	2	68	30
5. Rumah Sakit telah berlaku adil dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta JKN tanpa membedakan golongan peserta (Kelas I/II/III)	0	0	0	68	32

**2. 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 3. 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 4. 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%
	I	5.653.956	3.942.425	-30,27%
Rawat Inap	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%

### 3. 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. 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. Pengaturan 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 BPJS.

### **2. BPJS Serang**

Narasumber dari BPJS Serang mengatakan bahwa kendali mutu ditentukan sejak awal, dimana ada kredensialing atau rekredensialing pada FKRTL yang bermitra dengan BPJS. 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 BPJS 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 BPJS juga mempunyai tim KMKB yang

terdiri dari beberapa unsur, seperti: organisasi profesi, akademisi dan lembaga terkait untuk mendukung upaya KMKB di FKRTL.

**c. Pelaksanaan 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.

## DISKUSI

### 1. Prinsip Ekuitas Dalam Pelaksanaan Program JKN

#### a. Pola layanan JKN yang didasarkan prinsip ekuitas

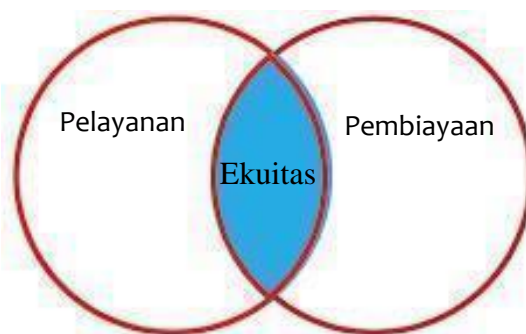
Dalam program JKN yang dijalankan oleh suatu FKRTL, layanan yang diberikan kepada peserta JKN adalah sesuai dengan UU tentang Rumah Sakit, yaitu: pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Fungsi dan layanan rumah sakit sejalan dengan manfaat jaminan kesehatan yang diberikan kepada peserta 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.

#### 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

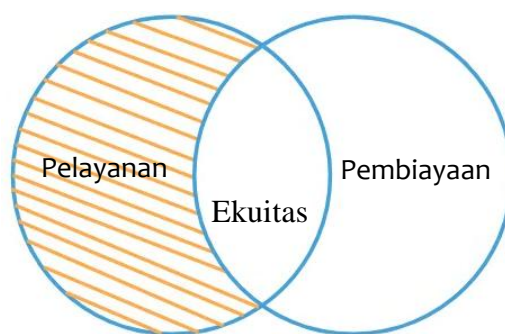
dan tidak ada sekelompok orang yang diberikan perlakuan khusus. Hal ini juga sejalan dengan makna ekuitas menurut Adams, yaitu bahwa rasio *outcome* (hasilnya) terhadap *input* (masukan) dan rasio *outcome* orang lain terhadap *input* orang lain itu harusnya sama.

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 1. 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. 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 2. 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. 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 berasaskan 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.

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.

Sedangkan pada pengaturan khusus KMKB dalam program JKN ini lebih banyak didominasi oleh BPJSK. Fungsi BPJSK sebagai operator nampak dari pengaturan-pengaturan di setiap aspek pelayanan kesehatan, baik di FKTP ataupun FKRTL. BPJSK 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. 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.

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. Sementara itu di Rumah Sakit juga menerapkan *Case Manager* dalam upaya KMKB terhadap semua pasien termasuk dari peserta JKN. *Case Manager* di Rumah Sakit berfungsi 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.

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

Pemberian pelayanan yang bermutu 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 BPJS Kesehatan juga mempunyai kewajiban, yaitu mempertahankan mutu provider dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi peserta JKN. Pemantauan yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan 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 BPJS Kesehatan 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 BPJS Kesehatan Nomor 8 Tahun 2016 bahwa kendali mutu dan kendali biaya dilakukan oleh fasilitas kesehatan dan BPJS Kesehatan, 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, BPJS Kesehatan sebagai operator atau penyelenggara jaminan kesehatan dan Pemerintah (Pusat dan Daerah) sebagai regulator.

Keterlibatan pihak-pihak terkait tentu saja mempunyai hubungan keterkaitan antara satu dengan yang lain, baik itu hak dan kewajiban, serta pemenuhan hukum itu 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:

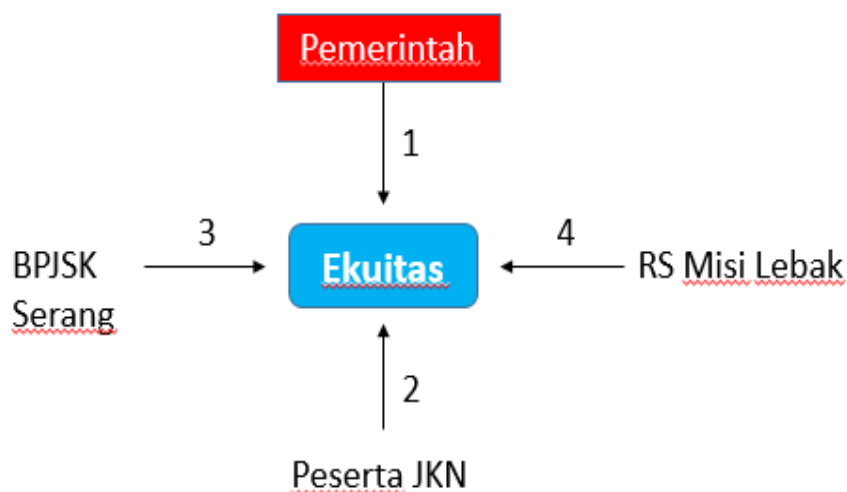
1. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Propinsi dan Kabupaten/Kotamadya) serta berbagai kementerian/lembaga terkait antara lain Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan, Kementerian Sosial, Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Kementerian Dalam 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.
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.

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.
4. RS Misi Lebak sebagai FKRTL. 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 dibawah ini:



**Gambar 3. Prinsip ekuitas berdasarkan persepsi masing-masing pihak terkait dalam program JKN melalui kendali mutu dan kendali biaya**

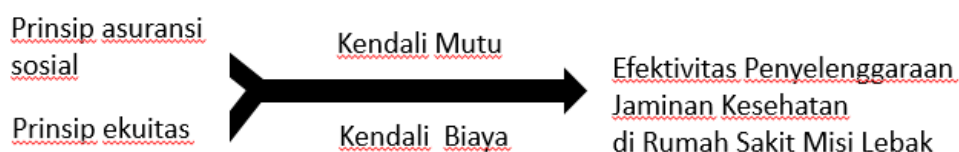
#### b. Mekanisme pelaksanaan prinsip ekuitas dalam program JKN melalui kendali mutu dan kendali biaya di RS Misi Lebak

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 prinsip 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 4. 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.

Pelaksanaan prinsip 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.

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

Upaya KMKB 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 5. Hubungan antara pihak terkait dalam pelaksanaan prinsip ekuitas program JKN melalui kendali mutu dan kendali biaya**

Dari gambar tersebut 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 sesuai dengan definisi dalam UU SJSN dimana RS Misi Lebak tidak membedakan layanan medis bagi peserta JKN berdasarkan premi yang dibayarkan.

Selain upaya Rumah Sakit dan BPJS Kesehatan 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 perumhaskitan, 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

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 BPJS Kesehatan mengalami defisit yang sangat besar angkanya. Demikian pula di RS Misi Lebak sebagai FKRTL mitra kerja BPJS Kesehatan, penerimaan biaya klaim dari BPJS Kesehatan 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 BPJS Kesehatan 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 BPJS Kesehatan 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 sekedar untuk efektif dan efisien, melainkan juga menerapkan prinsip ekuitas untuk peserta JKN dan Rumah Sakit.

## KESIMPULAN

Pelaksanaan program JKN di RS Misi Lebak telah berlangsung sejak tahun 2016. Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta JKN selalu mengacu pada pemenuhan hukum yang berlaku. Regulasi yang ada, sarat dengan prinsip dan pengaturan teknis tentang bagaimana program JKN ini dijalankan oleh BPJS Kesehatan dan FKRTL. Salah satu amanah dari Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN adalah pelaksanaan prinsip ekuitas harus dipenuhi oleh semua pihak yang menyelenggarakan dan terkait dengan program JKN ini. Pola layanan JKN yang didasarkan prinsip ekuitas di RS Misi Lebak merupakan pelayanan kesehatan perorangan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan. Peserta JKN dipastikan memperoleh manfaat jaminan kesehatan yang terdiri atas manfaat medis dan non medis. Permasalahan dalam penelitian ini adalah bagaimana prinsip ekuitas dalam pelaksanaan program JKN, bagaimanakah pengaturan tentang kendali mutu dan kendali biaya dalam program JKN, dan bagaimana RS. Misi Lebak melaksanakan prinsip ekuitas dalam program JKN melalui kendali mutu dan kendali biaya. Oleh karena itu dari hasil penelitian dan pembahasan maka didapatkan simpulan sebagai berikut:

1. Prinsip ekuitas secara umum mempunyai makna kesetaraan dalam keadilan bagi siapa saja subyek atau pelaku hukum yang terlibat dalam penyelenggaraan suatu kegiatan. Maka keseimbangan antara *input* dan *output* menjadi perwujudan dari prinsip ekuitas secara umum. Sedangkan prinsip ekuitas secara khusus lebih menekankan pada pelayanan kesehatan yang diterima (*input*) daripada pembiayaan yang telah dikeluarkan. Oleh karena itu telah terjadi pergeseran makna antara prinsip ekuitas dalam arti umum dan arti khusus dalam program JKN.
2. Pengaturan secara umum KMKB di RS Misi Lebak adalah memberikan pelayanan yang aman dan bermutu kepada setiap pasien. Kepatuhan terhadap standar pelayanan medis dan juga regulasi yang ditetapkan adalah hal mutlak terhadap pemberian layanan. Secara khusus, pengaturan KMKB yang dijalankan adalah sesuai peraturan perundang-undangan yang mengatur teknis pelayanan pada program JKN. Selanjutnya pengaturan akan dilakukan juga oleh BPJS Kesehatan Serang sebagai operator program JKN. Sejumlah indikator mutu dan biaya diterapkan pada setiap FKRTL yang bermitra dengan BPJS Kesehatan. Tujuan pengaturan KMKB ini untuk menjamin agar pelayanan kesehatan kepada peserta sesuai dengan mutu yang ditetapkan dan diselenggarakan secara efektif dan efisien. Jadi, dengan pengembangan sistem KMKB di RS Misi Lebak dan BPJS Kesehatan Serang, maka sebenarnya masing-masing pihak telah menjalankan kewajibannya dalam memberikan pelayanan kesehatan pada peserta JKN secara efektif namun pembiayaan yang timbul tetap efisien

3. Pelaksanaan prinsip ekuitas dalam program JKN di RS Misi Lebak melalui KMKB sudah terpenuhi, hal ini ditunjukkan dari tidak adanya perbedaan layanan medis berdasarkan iur/ premi yang dibayarkan sesuai dengan prinsip ekuitas dalam UU SJSN. Pelayanan di RS Misi Lebak dapat diakses oleh semua golongan atau lapisan masyarakat, selain itu hak kelas tidak menjadi penentu, dalam memberikan manfaat layanan medis yang dibutuhkan oleh pasien. Pelaksanaan prinsip ekuitas melalui KMKB berarti menempatkan landasan berpikir para pihak pelaksana untuk mewujudkan kepastian dan kemanfaatan hukum. Nilai-nilai yang terkandung adalah memandang kesetaraan dalam keadilan, dan memaknai bahwa keadilan itu sendiri harus tercipta untuk semua pihak-pihak yang terkait dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan di RS Misi Lebak.

## SARAN

1. Bagi Pemerintah: Sebagai regulator, dalam hal ini Kementerian Kesehatan dan Badan Legislatif sangat diharapkan untuk mengkaji secara mendalam komponen pelayanan (medis dan non medis) dan pembiayaan agar dapat mencapai prinsip ekuitas yang diharapkan. Perumusan dan penjelasan prinsip ekuitas itu serta pengaturan KMKB harus ditetapkan dalam peraturan perundang-undangan yang ada sehingga tidak terjadi multi tafsir dan pelaksanaannya dapat sesuai ketentuan. Prinsip keadilan harus diutamakan untuk semua pihak penyelenggara program JKN.
2. Bagi Peneliti di bidang hukum kesehatan: Pengembangan hasil penelitian terhadap pelaksanaan prinsip ekuitas melalui kendali mutu dan kendali biaya dapat lebih difokuskan pada pemenuhan hukum tentang upaya kendali mutu dan kendali biaya itu sendiri untuk mendukung keberhasilan program JKN.
3. Bagi RS Misi Lebak: Manajemen dan staf RS Misi Lebak diharapkan tetap mematuhi regulasi yang berlaku dalam memberikan layanan kesehatan bagi pasien, termasuk peserta JKN. Prinsip ekuitas perlu dipahami secara sama untuk setiap PPA yang bertanggungjawab dalam asuhan pasien. KMKB dapat dijadikan instrumen bagi Manajemen dan staf RS untuk memberikan pelayanan terbaik yang lebih mengutamakan mutu dan keselamatan pasien dengan pengelolaan sumber daya yang lebih efektif dan efisien.
4. Bagi BPJSK Serang: Hasil penelitian dapat dijadikan bahan evaluasi untuk memahami pelaksanaan prinsip ekuitas melalui KMKB di suatu rumah sakit. Upaya pengawasan melekat dan fungsional lebih dioptimalkan untuk memberikan manfaat penuh bagi peserta JKN. Capaian indikator mutu dan biaya harus dikembangkan dalam mendukung prinsip ekuitas yang diharapkan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abdelghafour Al-zawahreh and Faisal Al Madi, 2012, *The Utility of Equity Theory in Enhancing Organizational Effectiveness*, European Journal of Economic, Finance and Administrative Sciences ISSN 1450-2275 Issue 46 (2012), Maret 2012, [https://www.researchgate.net/publication/267783009\\_The\\_Utility\\_of\\_Equity\\_Theory\\_in\\_Enhancing\\_Organizational\\_Effectiveness](https://www.researchgate.net/publication/267783009_The_Utility_of_Equity_Theory_in_Enhancing_Organizational_Effectiveness)
- Anggraeni Endah Kusumaningrum, Herniwati, Rospita Adelina Siregar, Muntasir, Lia Kurniasari, Endang Wahyati Yustina, Safaruddin Harefa, Sulaiman, Arman Anwar, Ika Atikah, Sabir Alwy dan Afdhal, 2020, *Etika Profesi & Hukum Kesehatan*, Widina Bhakti Persada Bandung



- Azrul Azwar, 1996, Pengantar Administrasi Kesehatan, Edisi Ketiga, Jakarta, Binarupa Aksara
- Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat, “Pemerintah Upayakan Universal Health Coverage bagi Masyarakat Indonesia”, [Dahttps://www.kemkes.go.id/article/view/20121300001/pemerintah-upayakan-universal-health-coverage-bagi-masyarakat-indonesia.html](https://www.kemkes.go.id/article/view/20121300001/pemerintah-upayakan-universal-health-coverage-bagi-masyarakat-indonesia.html), Kementerian Kesehatan Indonesia, 12 Desember 2020
- BPJS Kesehatan, “BPJS Kesehatan Bahas Model dan Sistem Pembiayaan Faskes di IHEA Congress, <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/post/read/2019/1231/BPJS-Kesehatan-Bahas-Model-dan-Sistem-Pembiayaan-Faskes-di-IHEA-Congress> , 20 Juli 2019
- Clara Sabbagh dan Manfred, 2016, *Handbook of Social Justice Theory and Research*, ISBN 978-1-4939-3216-0 (eBook), Springer Science+Business Media New York 2016
- Creswell, J.W & Clark, V.L.P., 2007. *Designed and Conducting Mixed Methods Research*, Sage Publications, Inc, California
- Desy Widyaningrum, et al, 2021, “Analysis of National Health Insurance Patient Satisfaction on Quality of Outpatient Services at Tugurejo Hospital Semarang”, Soepra, Jurnal Hukum Kesehatan, Vol 7, No 1
- Dine Rinjani Ediani, 2015, “Implikasi Berlakunya Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS terhadap BPJS Kesehatan Cabang Utama Bandung Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan”, Repository Unika Soegijapranata
- Direktorat Jenderal Kependudukan dan Catatan Sipil, <https://dukcapil.kemendagri.go.id/berita/baca/809/distribusi-penduduk-indonesia-per-juni-2021> , Kementerian Dalam Negeri, 4 Oktober 2021
- Endang Wahyati Yustina, 2012, *Mengenal Hukum Rumah Sakit*, Bandung, CV.Keni
- Endang Wahyati Yustina, 2019, *The Right to Self-Determination in Health Services and the Mandated Health Insurance Program for Universal Health Coverage*, *International Journal of Innovation, Creativity and Change*. [www.ijicc.net](http://www.ijicc.net) Volume 8, Issue 5, 2019
- Endang Wahyati Yustina, Johannes Budi Sarwo and Leonardo Eddy Wiwoho, *The Implementation of The National Health Insurance Based on Gotong-Royong Principle as the Efforts of Enhancing the Welfare*, *International Journal of Social Science and Humanity*, Vol. 7, No. 5, May 2017
- Endang Wahyati Yustina, et al, 2017, *Petunjuk Penelitian Usulan Penelitian dan Tesis*, Unika Soegijapranata, Semarang
- Febri Murtiningtias, 2020, *Perjanjian Kerjasama Antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dengan RSUP Dr. Mohammad Hoesin Dalam Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan*, Palembang
- Humas BPJS Kesehatan, 2018, *BPJS Kesehatan dan DJSN Sinergi Keterbukaan Informasi sebagai Fungsi Pengawasan*, Berita Umum BPJS Kesehatan, 9 Februari 2018, <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/post/read/2018/675/BPJS-Kesehatan-dan-DJSN-Sinergi-Keterbukaan-Informasi-sebagai-Fungsi-Pengawasan>
- Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 1983, <http://itjen.kemenag.go.id/sirandang/peraturan/235-15-instruksi-presiden-nomor-15-tahun-1983-tentang-pedoman-pelaksanaan-pengawasan>

- J. Guwandi, 2002, *Hospital Law (Emerging doctrines & Jurisprudence)*, Balai Penerbit FKUI, Jakarta, Kompas.com, “BPJS Kesehatan, Defisit Sejak Awal, hingga Rencana Penghapusan Kelas”, <https://money.kompas.com/read/2020/06/12/111300426/bpjs-kesehatan-defisit-sejak-awal-hingga-rencana-penghapusan-kelas?page=all> , 12 Juni 2020
- Kebijakan Kesehatan Indonesia, “Surplus BPJS Kesehatan Tahun 2020 dan Dampaknya”, <http://kebijakankesehatanindonesia.net/4283-surplus-bpjs-kesehatan-tahun-2020-dan-dampaknya> , 4 Oktober 2021
- Muhtar Said, 2019, *Asas-Asas Hukum Administrasi Negara*, Thafa Media, Yogyakarta, 2019, hal 51
- P.A. Braveman, Sofia Gruskin, 2003, *Defining Equity in Health*, *Journal of Epidemiology and Community Health* 57(4): 254-8, DOI:10.1136/jech.57.4.254, Pubmed, Mei 2003, [https://www.researchgate.net/publication/10846933\\_Defining\\_Equity\\_in\\_Health](https://www.researchgate.net/publication/10846933_Defining_Equity_in_Health)
- Peraturan Badan Pengelola Jaminan Sosial Kesehatan No 8 Tahun 2016 tentang Penerapan Kendali Mutu dan Kendali Biaya pada Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan, <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/arsip/categories/MzU/peraturan-bpjs-kesehatan>
- Peraturan Badan Pengelola Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/arsip/categories/MzU/peraturan-bpjs-kesehatan>
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/arsip/categories/NA/peraturan-menteri>
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/arsip/categories/Mw/peraturan-presiden>
- Ridwan HR, 2018, *Hukum Administrasi Negara Edisi Revisi*, PT Raja Grafindo Persada
- Sahya Anggara, 2018, *Hukum Administrasi Negara*, CV Pustaka Setia
- Salas Auladi, et al, 2019, “Efektivitas Peran Case Manager Dalam Upaya Meningkatkan Kendali Mutu dan Kendali Biaya Pelayanan Rawat Inap Intensif Peserta Program JKN di RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung”, Program Magister Manajemen Pascasarjana Universitas Pasundan
- Stefani Daniels dan Jeff Frater, 2011, *Hospital Case Management and Progression of Care, Healthcare Financial Management Association*, Agustus 2011, [https://www.researchgate.net/publication/51595042\\_Hospital\\_case\\_management\\_and\\_progression\\_of\\_care](https://www.researchgate.net/publication/51595042_Hospital_case_management_and_progression_of_care)
- Tri Aktariani dan M Faozi Kurniawan, 2020, Benarkah JKN Telah Melaksanakan Keadilan Sosial Sesuai UUD 1945 dan UU SJSN?, Policy Brief No 1/ Januari/ 2020, Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada
- Undang Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, <https://www.google.com/search?q=uu+rs+44+tahun+2009&oq=uu+rs+44&aqs=chrome.1.69i57joi512joi22i30.7038j0j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

- Undang-Undang Dasar 1945,  
<https://www.google.com/search?q=uud+1945+pdf&oq=UUD+1945+pdf&aqs=chrome..69i57j35i39joi512l9.5280j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
- Undang-Undang Nomor Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/arsip/categories/Ng/undang-undang>
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, <https://www.google.com/search?q=uu+praktik+kedokteran+pdf&oq=uu+praktik+kedokteran+pdf&aqs=chrome..69i57j35i39joi512l3joi20i263i512joi512.16234j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, <https://jdih.bumn.go.id/lihat/UU%20Nomor%2036%20Tahun%202009>
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/arsip/categories/Ng/undang-undang>
- Victor M. Situmorang dan Jusuf Juhir, 1998, *Aspek Hukum Pengawasan Melekat Dalam Lingkungan Aparatur Pemerintah*, Rineka Cipta, Jakarta, Cetakan Kedua, April 1998
- Wei-Ching Chang, 2002, *The Meaning and Goals of Equity in Health*, *Journal of Epidemiology and Community Health* 56(7): 488-91, DOI:10.1136/jech.56.7.488, Pubmed, Agustus 2002,  
[https://www.researchgate.net/publication/11295319\\_The\\_meaning\\_and\\_goals\\_of\\_equity\\_in\\_health](https://www.researchgate.net/publication/11295319_The_meaning_and_goals_of_equity_in_health)