**NAMA MATA PELAJARAN**MANAJEMEN PUSKESMAS

(reformasi kesehatan)

**INSTRUKTUR: DR. Mubasysyir Hasanbasri**

rianadian.rd@gmail.com

garis horizontal

# **9 Oktober 2018**

**Modernisasi Implementasi Public Private Mix pada Populasi Berisiko di Daerah Kumuh Perkotaan Wilayah Kerja Puskesmas**

**Abstrak**

**Latar Belakang**

Infrastruktur kesehatan yang tidak berkembang didaerah kumuh dan buruknya akses kelayanan kesehatan primer mendorong pemanfaatan penyedia layanan sektor swasta oleh masyarakat miskin. Keberadaaan praktisi swasta melebihi jumlah penyedia layanan publik dan mampu menawarkan kemudahan akses serta lebih menjadi pilihan dibandingkan fasilitas layanan publik.

Strategi DOTS mendeteksi kurang dari 30% dari perkiraan kasus TB baru yang ada di masyarakat. Missing case yang mencapai 70% tidak mungkin dapat ditemukan kecuali dengan pendekatan strategi inovasi. Keterlibatan praktisi swasta dilibatkan dalam penerapan DOTS diharapkan dapat meningkatkan jangkauan layanan program pada masyarakat miskin.

**Tujuan**

Puskesmas membuat program pengendalian TB yang tidak sesuai dengan kondisi masyarakat sasaran spesifik penggunanya. Terdapat kesenjangan dalam penemuan kasus dan keberhasilan pengobatan dengan target yang ditetapkan sehingga penelitian ini bertujuan untuk mencari strategi baru dalam meningkatkan kapasitas puskesmas dan optimalisasi keberhasilan PPM TB dengan sektor swasta.

**Metode**

Metode yang digunakan adalah metode pustaka. Bahan pustaka yang terkumpul selanjutnya dilakukan analisis dan sistesis untuk membangun suatu alternatif solusi dalam meningkatkan kapasitas puskesmas dalam pengelola Program TB.

**Hasil**

Pelibatan praktisi swasta merupakan strategi dalam pengendalian yang sangat bermanfaat karena dapat meningkatkan manajemen kasus TB di sektor layanan swasta dan akses layanan TB yang bermutu bagi masyarakat yang tinggal didaerah kumuh. Keberhasilan strategi ini ditandai dengan makin meningkatnya partisipasi praktisi swasta dalam penemuan, pengobatan dan pelaporan kasus TB.

Reformasi kesehatan dalam implementasi PPM ini dibutuhkan untuk mengatasi masalah keterlibatan semua praktisi swasta yang terletak pada garis depan. Terdapat perubahan bentuk dari generik PPM menjadi modernisasi PPM. Berikut ini adalah tabel perbedaan yang ditunjukan:

Tabel 1. Perbedaan antara Model Generik PPM dengan Modernisasi PPM

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Keterangan** | **Generik PPM** | **Modernisasi PPM** |
|  | Implementasi PPM | Hanya parsial/terbatas didaerah tertentu (perkotaan) | Dilakukan secara menyeluruh disemua daerah (Nasional) |
|  | Kemitraan sektor publik | Kemitraan dengan RS atau institusi besar | Kemitraan diperluas dengan praktisi swasta garis depan (DPS, Apoteker, pekerja informal) |
|  | Kebijakan Regulasi dan pedoman operasional serta penerapanya | Tersedia tetapi penerapan hanya diatas kertas | Tersedia dan penerapan ditegakan dengan sangsi yang jelas. |
|  | Hubungan kontraktual | Hanya informal (tidak ada MOU) | Terdapat kontak kerja (MOU) |
|  | Pendekatan Operasional Program | Sosial tanpa ada keuntungan bisnis. | Ramah Bisnis (waralaba sosial) |
|  | Peningkatan dan pemanfaatan kapasitas | fokus untuk penyedia layanan publik | Pendekatan ganda untuk penyedia publik dan swasta |
|  | Fungsi manajerial baru | Dilakukan oleh sektor publik | Kontrak dengan Organisasi perantara (Organisasi Profesi, LSM, Konsultan) |

**Kesimpulan**

Public Privat Mix dalam Pengendalian TB dengan melibatkan private sector merupakan perubahan struktur yang terjadi dalam bidang kesehatan. Program pengendalian TB di level puskesmas selama ini belum disesuaikan dengan kondisi masyarakat sasaran spesifiknya dan kateristik penyedian layanan sektor swasta. Modernisasi dalam implementasi PPM dengan pengemasan program yang ramah terhadap bisnis dan mengontrak organisasi perantara yang tepat dalam melakukan fungsi manajerial baru yang proaktif sehingga keberhasilan program ini dapat tercapai.

**Referensi**

[[1–9]](https://paperpile.com/c/wq0kx2/eAZ4+cwR5+4lIE+sPGk+m3tQ+7M3F+3e0k+3vvu+rLSy)

1. [Williams A. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity by Marc J. Roberts, William Hsaio, Peter Berman and Michael R. Reich. Oxford University Press, Oxford, New York, 2004. No. of pages: 332. ISBN 0-19-516232-3. Health Econ. 2005;14: 433–434.](http://paperpile.com/b/wq0kx2/eAZ4)
2. [Sekhri N, Feachem R, Ni A. Public-private integrated partnerships demonstrate the potential to improve health care access, quality, and efficiency. Health Aff . 2011;30: 1498–1507.](http://paperpile.com/b/wq0kx2/cwR5)
3. [Raman, A. V., & Björkman, J. W. Public-private partnerships in health care in India: lessons for developing countries. 2008.](http://paperpile.com/b/wq0kx2/4lIE)
4. [Basu S, Andrews J, Kishore S, Panjabi R, Stuckler D. Comparative performance of private and public healthcare systems in low- and middle-income countries: a systematic review. PLoS Med. 2012;9: e1001244.](http://paperpile.com/b/wq0kx2/sPGk)
5. [Torchia M, Calabrò A, Morner M. Public–Private Partnerships in the Health Care Sector: A systematic review of the literature. Public Management Review. 2015;17: 236–261.](http://paperpile.com/b/wq0kx2/m3tQ)
6. [Whyle EB, Olivier J. Models of public-private engagement for health services delivery and financing in Southern Africa: a systematic review. Health Policy Plan. 2016;31: 1515–1529.](http://paperpile.com/b/wq0kx2/7M3F)
7. [Uplekar M. Public-private mix for tuberculosis care and prevention. What progress? What prospects? Int J Tuberc Lung Dis. 2016;20: 1424–1429.](http://paperpile.com/b/wq0kx2/3e0k)
8. [Kula N, Fryatt RJ. Public-private interactions on health in South Africa: opportunities for scaling up. Health Policy Plan. 2014;29: 560–569.](http://paperpile.com/b/wq0kx2/3vvu)
9. [Arora, V. K., Sarin, R., & Lönnroth, K. Feasibility and effectiveness of a public-private mix project for improved TB control in Delhi, India. Int J Tuberc Lung Dis. 2003; 7(12), 1131-1138.](http://paperpile.com/b/wq0kx2/rLSy)