

Pengintegrasian Program Preventif Penyakit Diabetes Melitus Tipe 2 PT Askes (Persero) ke Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan)

Fachmi Idris

Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat - Ilmu Kedokteran Pencegahan,
Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya/Direktur Utama BPJS Kesehatan

Abstrak

Pendahuluan: Berdasarkan data PT Askes (Persero), Diabetes Mellitus (DM) termasuk penyakit yang menghabiskan porsi biaya pelayanan kesehatan secara signifikan. Risiko komplikasi penderita DM membuat PT Askes (Persero) meluncurkan Program Pengelolaan Penyakit Kronis Diabetes Mellitus Tipe 2 (PPDM Tipe 2). PT Askes yang sudah bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan mengintegrasikan program PPDM Tipe 2 dalam program rutusnya, disebut Program Pengelolaan Penyakit Kronis (PROLANIS). Tantangan BPJS Kesehatan adalah memastikan PROLANIS menjadi program yang mampu meningkatkan efisiensi dan efektivitas Jaminan Kesehatan Nasional. Tujuan penelitian ini adalah mengevaluasi program PPDM Tipe 2 PT Askes (Persero) untuk menjadi rekomendasi perbaikan PROLANIS BPJS Kesehatan.

Metode: Penelitian survey potong lintang dengan data sekunder program PPDM Tipe 2 periode tahun 2010-2013. Data dianalisis secara deskriptif dengan analisis korelasi.

Hasil: Tahun 2010 tercatat 1.702 peserta PPDM tipe 2, tahun 2011 sebanyak 3.122, tahun 2012 sebanyak 96.897 dan tahun 2013 mencapai 100.302 peserta. Persentase peserta yang berkunjung di tahun 2010 sebanyak 60,13%, sedangkan tahun 2012 hanya 3,63%. Dari 10.873 peserta, 77% mengikuti program PPDM Tipe 2 antara 1-3 kali per tahun, 23% mengikuti antara 4-12 kali per tahun. Hanya 7 peserta yang mengikuti program lebih dari 12 kali per tahun. Analisis korelasi antara variabel jumlah kunjungan dengan variabel rata-rata biaya pelayanan kesehatan tahun 2011, 2012 dan 2013 berturut-turut adalah -0.46, -0.66, dan -0.70.

Kesimpulan: Program PPDM Tipe 2 berhasil menjangkau jumlah peserta yang cukup banyak tetapi tidak disertai dengan kontinuitas kunjungan. **J Indon Med Assoc: 2014;64:115-21.**

Kata kunci: PPDM Tipe 2, PROLANIS, BPJS Kesehatan

Korespondensi: Fachmi Idris
Email: fachmi_id@yahoo.com

The Integration of Prevention Program of Diabetes Mellitus type 2 PT Askes (Persero) into Health BPJS

Fachmi Idris

Department of Community Health - Prevention Medicine, Faculty of Medicine,
Universitas Sriwijaya/Director of The Health Care and Social Security Agency

Abstract

Introduction. Based on data from PT Askes (Persero), Diabetes Mellitus (DM) is a diagnosis which spend high cost of health care. The risk of complications in diabetic patient makes PT Askes (Persero) launched the Chronic Disease Management Program Type 2 Diabetes Mellitus (PPDM type 2). PT Askes, which has been transformed into Health BPJS program integrates PPDM Type 2 in the regular program, called the Chronic Disease Management Program (PROLANIS). Health BPJS challenge is ensuring PROLANIS into a program that is able to improve the efficiency and effectiveness of the National Health Insurance. The aim of this study is to evaluate PT Askes (Persero) PPDM Type 2 program to make recommendation for improvement of PROLANIS BPJS Health.

Method: A cross-sectional survey study with secondary data PPDM Type 2 program period of 2010-2013. Data were analyzed descriptively with correlation analysis.

Results: In the year 2010 there were 1,702 PPDM type 2 participants, in 2011 as many as 3,122, in 2012 as many as 96,897 and in 2013 reached 100,302 participants. Percentage of participants who visited in 2010 as much as 60.13%, while in 2012 only 3.63%. Of the 10,873 participants, 77% were participated the program between 1-3 times per year, 23% were between 4-12 times per year. Only 7 participants had more than 12 times per year. Analysis of the correlation between the variable number of visits to the average variable cost of health services in 2011, 2012 and 2013 were -0.46, -0.66, and -0.70, respectively.

Conclusion: PPDM Type 2 Program had reached considerable number of participants but not accompanied by continuity visits. *J Indon Med Assoc: 2014;64:115-21.*

Keywords: PPDM Type 2, PROLANIS, Health BPJS

Pendahuluan

Pasal 22 ayat (1) Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menyebutkan manfaat dari program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mencakup pelayanan kesehatan perseorangan yang bersifat promotif dan preventif.¹ Manfaatnya mencakup skrining kesehatan yang diberikan secara selektif untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu.² Penyakit yang dimaksud salah satunya adalah diabetes melitus (DM) tipe 2.³

Berdasarkan data PT Askes (Persero), DM termasuk diagnosa yang menghabiskan porsi biaya pelayanan kesehatan yang cukup signifikan. Pada tahun 2010, penyakit ini menghabiskan biaya sebesar Rp 58,7 milyar untuk pelayanan rawat jalan tingkat lanjutan (6.5% dari total biaya rawat jalan), dan Rp 79,5 milyar untuk pelayanan rawat inap tingkat lanjutan (4.2% dari total biaya rawat inap). Jumlah penderita DM sebanyak 292.715 jiwa, atau 1.8% dari total

peserta Askes Sosial. Selain itu DM juga memiliki risiko komplikasi ke penyakit lain seperti jantung, gagal ginjal, kecacatan luka gangren yang diamputasi, kebutaan, serta gangguan organ lainnya.⁴ Tingginya risiko-risiko tersebut membuat PT Askes (Persero) meluncurkan program pengelolaan penyakit kronis Diabetes Mellitus Tipe 2 (PPDM Tipe 2) yang bertujuan untuk menurunkan risiko komplikasi dan mencapai kualitas hidup yang baik dengan pemanfaatan biaya yang efektif dan rasional. Program PPDM Tipe 2 adalah suatu sistem tata laksana pelayanan kesehatan dan edukasi kesehatan bagi peserta Askes Sosial yang menderita penyakit DM tipe 2 agar mencapai kualitas hidup yang optimal secara mandiri.

Program PPDM Tipe 2 memiliki keselarasan dengan amanat regulasi.¹⁻³ Atas dasar tersebut, BPJS Kesehatan mengintegrasikan program PPDM Tipe 2 menjadi salah satu program rutinnya. Program tersebut berganti nama menjadi Program Pengelolaan Penyakit Kronis (PROLANIS). Salah satu tantangan BPJS Kesehatan adalah memastikan

PROLANIS menjadi program yang mampu meningkatkan efisiensi dan efektivitas JKN.⁵ Artinya, PROLANIS tidak saja harus mengedepankan peningkatan mutu pelayanan kesehatan, namun di saat yang sama PROLANIS juga harus mengedepankan pengendalian biaya pelayanan kesehatan. Di Indonesia sendiri, dampak dari kegiatan promotif preventif seperti PPDM Tipe 2 terhadap biaya pelayanan kesehatan belum banyak dilakukan.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengevaluasi pelaksanaan program PPDM Tipe 2 yang dikelola oleh PT Askes (Persero) untuk menjadi rekomendasi perbaikan pelaksanaan PROLANIS oleh BPJS Kesehatan. Tujuan khususnya adalah untuk mengetahui tingkat partisipasi peserta, kontinuitas kunjungan, tingkat kesehatan peserta, serta dampak program PPDM Tipe 2 terhadap biaya pelayanan kesehatan di rumah sakit. Studi ini menilai pencapaian target dari 4 (empat) indikator: (1) indeks massa tubuh (target 18.5-25), (2) glukosa darah puasa (target 80-100 mg/dl), (3) glukosa darah post prandial (target 70-140 mg/dl), dan (4) HbA1C (target 4.8-5.9%).⁶

Metode

Penelitian ini merupakan penelitian survey deskriptif dengan rancangan potong lintang menggunakan data sekunder program PPDM Tipe 2 periode tahun 2010-2013. Subyek penelitian adalah seluruh peserta Askes Sosial penderita DM tipe 2 yang mengikuti program PPDM Tipe 2. Variabel yang diamati adalah pertumbuhan peserta, kontinuitas kunjungan peserta, kontinuitas pemeriksaan pada peserta berkunjung, luaran kesehatan peserta, serta biaya

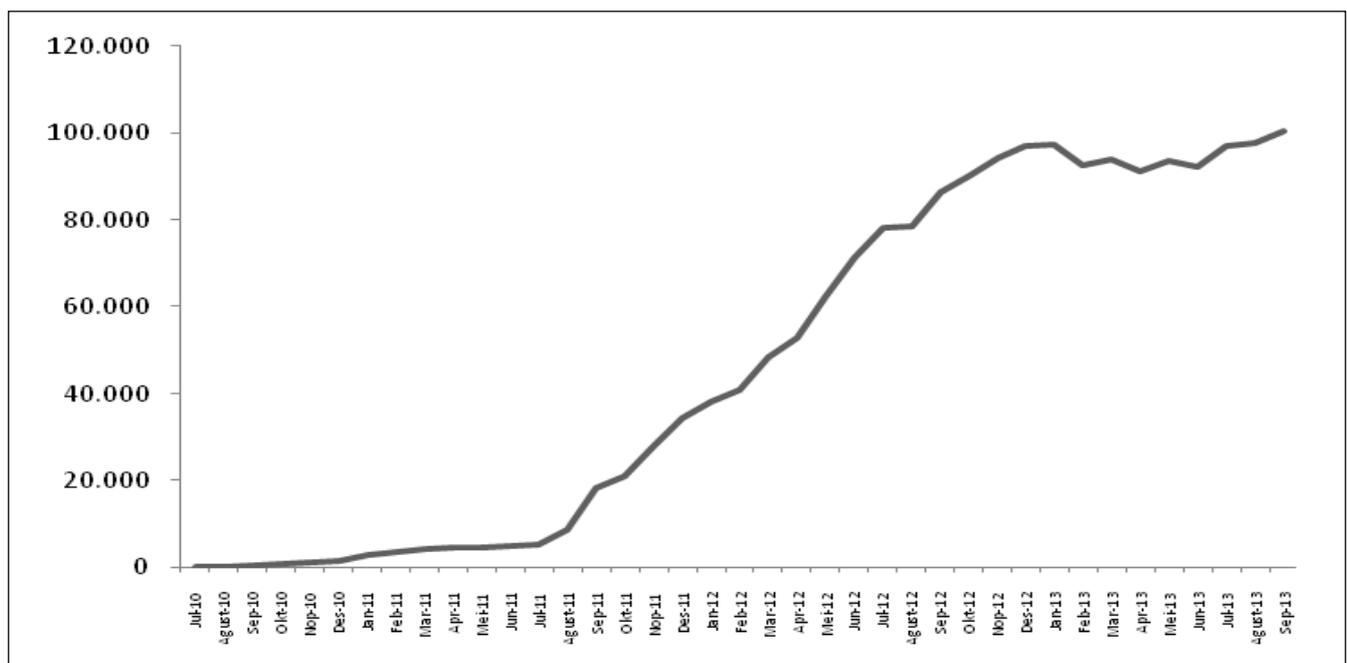
pelayanan kesehatan tingkat lanjutan untuk setiap peserta PPDM Tipe 2. Dilakukan analisis korelasi dan analisis risiko biaya menggunakan data jumlah kunjungan peserta pada program PPDM Tipe 2 pada tahun 2011 yang digabungkan dengan data biaya pelayanan kesehatan di rumah sakit pada tahun 2011-2013. Periode-periode data tersebut dipilih untuk memberi jeda waktu yang cukup untuk mengevaluasi program preventif semacam PPDM Tipe 2. Beberapa literatur menyarankan jeda waktu 2-8 tahun.^{8,10,12} Sebanyak 10.873 data peserta PPDM Tipe 2 dianalisis dalam penelitian ini.

Hasil

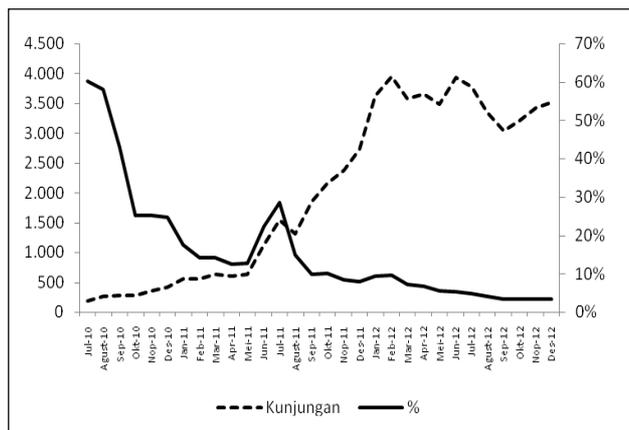
Pertumbuhan peserta PPDM Tipe 2 dapat dilihat di Gambar 1. Pada tahun 2010, jumlah peserta masih rendah yaitu berkisar antara 311 pada bulan Juli, hingga 1.702 pada bulan Desember. Perkembangan peserta yang cukup signifikan terjadi pada periode tahun 2011-2012. Jumlah peserta pada bulan Januari 2011 dimulai pada 3.122, sementara pada bulan Desember 2012 jumlah peserta mencapai 96.897. Jumlah peserta cenderung stabil pada tahun 2013. Jumlah peserta yang tercatat pada bulan September 2013 adalah sebanyak 100.302.

Meskipun jumlah peserta terdaftar mengalami peningkatan setiap bulannya, persentase peserta yang melakukan kunjungan justru mengalami tren penurunan sebagaimana diperlihatkan pada Gambar 2.

Pada bulan Juli 2010, dari 311 peserta terdaftar terdapat 187 peserta yang berkunjung ke PPDM Tipe 2 (60.13% dari total peserta terdaftar). Pada bulan Desember 2012, dari 96.897 peserta terdaftar terdapat 3.515 peserta yang berkunjung



Gambar 1. Perkembangan Peserta PPDM Tipe 2 Tahun 2010-2013



Gambar 2. Jumlah dan Persentase Peserta yang Berkunjung ke PPDM Tipe 2

(3.63% dari total peserta terdaftar). Persentase kunjungan turun cukup drastis pada periode 2010-2012.

Tingkat kesehatan peserta PPDM Tipe 2 dilihat dari 4 (empat) indikator, yaitu gula darah puasa, gula darah *post-prandial*, HbA1C, dan indeks massa tubuh. Persentase pencapaian dihitung dari rasio antara jumlah peserta PPDM Tipe 2 yang melakukan pemeriksaan dengan jumlah peserta PPDM Tipe 2 yang mencapai target. Semakin tinggi persentase indikator menunjukkan semakin baik kinerja PPDM Tipe 2. Rincian pencapaian indikator tingkat kesehatan adalah sebagaimana terlihat di Gambar 3.

Persentase keempat indikator ini mengalami fluktuasi selama periode Juli 2010 sampai dengan Desember 2012. Jika dilihat kecenderungannya, persentase pencapaian target glukosa darah puasa, glukosa darah *post-prandial*, dan indeks massa tubuh mengalami peningkatan. Pada bulan Juli 2010, ketiga indikator tersebut memiliki persentase pencapaian masing-masing sebesar 10.0%, 13.3%, dan 26.7%.

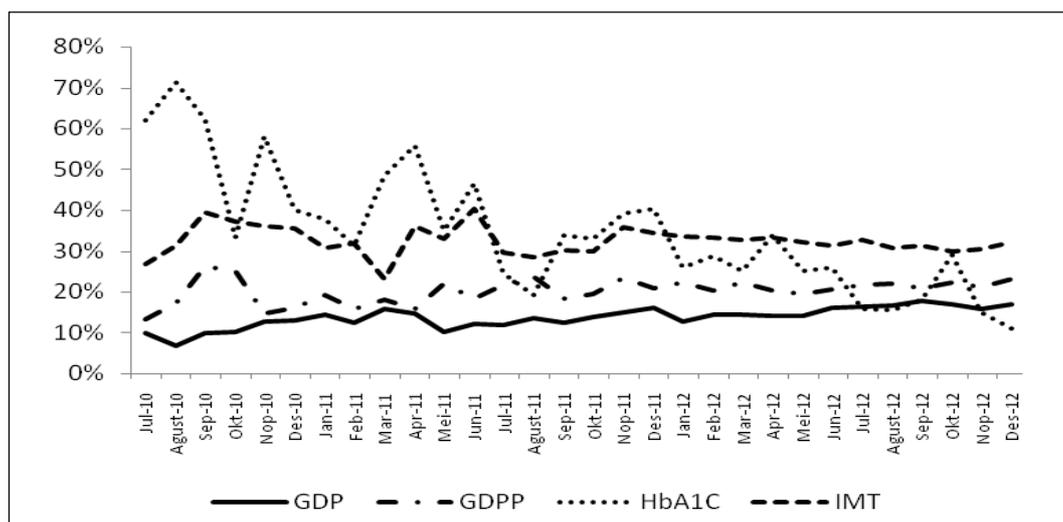
Sementara pada bulan Desember 2012, persentase masing-masing naik menjadi sebesar 16.9%, 23.2%, dan 32.0%. Persentase HbA1C mengalami penurunan, dari 62.1% di bulan Juli 2010 menjadi 1.2% di bulan Desember 2012.

Dampak PPDM Tipe 2 terhadap biaya pelayanan kesehatan di rumah sakit dirangkum dalam Tabel-1 di bawah ini. Tabel ini menunjukkan hubungan antara jumlah kunjungan peserta pada program PPDM Tipe 2 selama tahun 2011, jumlah peserta yang berkunjung, serta biaya pelayanan kesehatan di rumah sakit pada tahun 2011, 2012 dan 2013 yang ditampilkan dalam 3 (tiga) nilai yaitu nilai minimal, rata-rata, serta maksimal.

Dari 10.873 peserta, sebagian besar (77%) hanya mengikuti program PPDM Tipe 2 sebanyak 1-3 kali per tahun. Sisanya (23%) mengikuti program PPDM Tipe 2 antara 4-12 kali per tahun. Hanya 7 peserta yang mengikuti program PPDM Tipe 2 lebih dari 12 kali per tahun. Terlihat pola hubungan negatif antar jumlah kunjungan peserta ke program PPDM Tipe 2 dengan biaya pelayanan kesehatan di rumah sakit. Artinya semakin sering peserta mengikuti program PPDM Tipe 2, semakin rendah biaya pelayanan kesehatan di rumah sakit. Analisis korelasi antara variabel jumlah kunjungan dengan variabel rata-rata biaya pelayanan kesehatan tahun 2011, 2012 dan 2013 berturut-turut adalah -0.46, -0.66, dan -0.70. Nilai korelasi negatif mengonfirmasi hubungan negatif antara ke dua variabel tersebut. Angka korelasi yang membesar setiap tahunnya menunjukkan indikasi dampak program preventif semacam PPDM Tipe 2 terhadap penurunan biaya pelayanan kesehatan di rumah sakit semakin menguat pada tahun kedua dan ketiga setelah program dilaksanakan.

Diskusi

Program preventif DM tipe 2 di Indonesia sudah dilaksanakan sejak tahun 2009 oleh PT Askes (Persero),

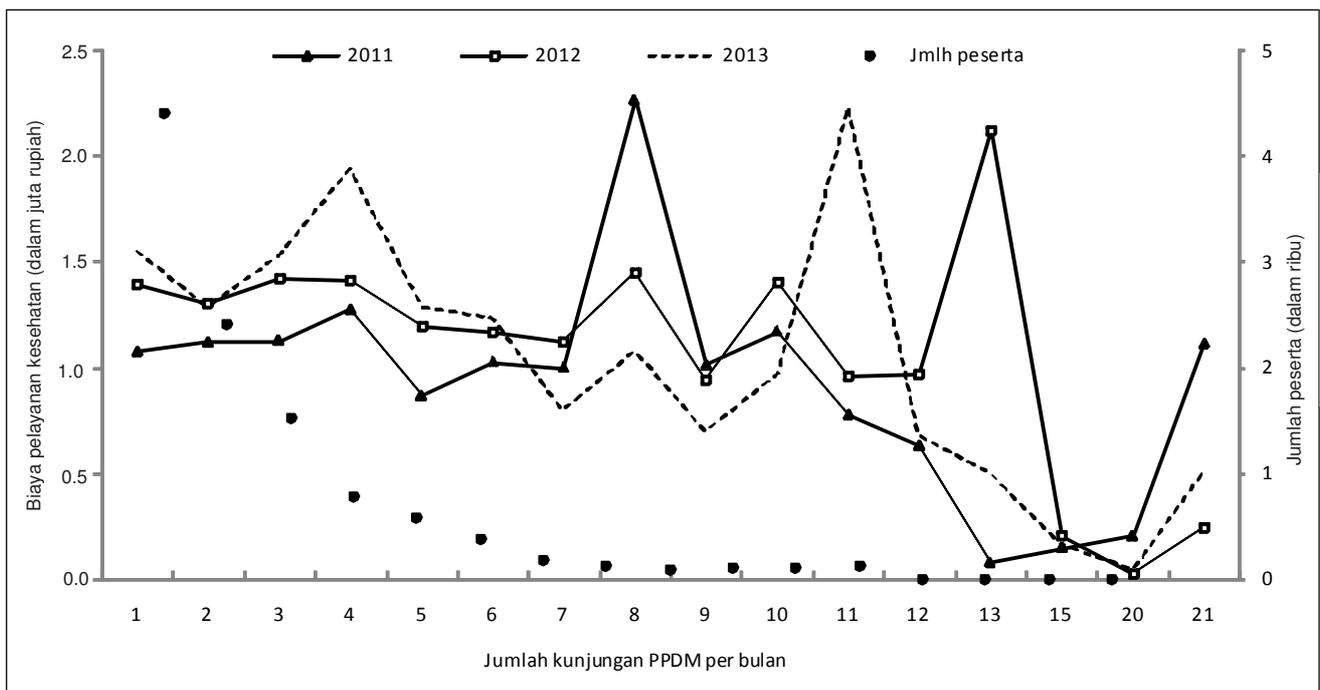


Gambar 3. Pencapaian Indikator Kesehatan Peserta PPDM Tipe 2

Tabel 1. Jumlah Kunjungan PPDM Tipe 2 dan Biaya Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit

Jumlah Kunj.	Jumlah Peserta	Biaya Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit								
		2011			2012			2013		
		Min	Rata-rata	Max	Min	Rata-rata	Max	Min	Rata-rata	Max
1	4,416	-	1,076,760	368,107,506	-	1,394,061	114,705,909	-	1,549,173	207,098,137
2	2,410	-	1,122,942	182,041,277	-	1,300,394	96,433,000	-	1,292,347	91,573,800
3	1,525	-	1,130,349	101,507,000	-	1,425,354	91,194,200	-	1,538,883	135,346,590
4	777	-	1,276,463	98,231,800	-	1,408,678	59,051,486	-	1,948,155	363,923,986
5	582	-	868,481	23,572,500	-	1,197,602	33,641,925	-	1,292,393	66,881,500
6	389	-	1,028,207	52,399,000	-	1,166,130	43,726,766	-	1,233,394	41,037,000
7	177	-	999,520	29,477,000	-	1,120,141	28,412,500	-	794,493	48,585,220
8	133	-	2,271,012	116,394,000	-	1,451,803	47,011,686	-	1,077,689	19,573,900
9	97	-	1,014,356	16,726,500	-	944,942	9,965,000	-	701,495	8,254,000
10	118	-	1,174,486	73,711,000	-	1,400,846	50,674,500	-	972,828	22,820,500
11	109	-	780,563	26,172,000	-	959,328	24,525,750	-	2,235,748	73,251,000
12	133	-	632,748	9,195,500	-	964,227	23,819,500	-	676,373	15,329,000
13	2	-	81,000	162,000	495,000	2,119,250	3,743,500	367,000	499,000	631,000
15	1	149,000	149,000	149,000	208,500	208,500	208,500	160,000	160,000	160,000
20	2	-	206,000	412,000	-	26,000	52,000	-	42,250	84,500
21	2	414,000	1,116,500	1,819,000	-	241,000	482,000	492,000	510,000	528,000

Jml Kunj: jumlah kunjungan, Jml Pst:Jumlah Peserta



Gambar 4. Jumlah Kunjungan PPDM Tipe 2 dan Biaya Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit

dengan kegiatan sebagai berikut: 1) *Medical check up*/skrining yang diselenggarakan bagi pegawai negeri sipil (PNS) aktif berusia di atas 40 tahun; 2) Olahraga sehat/senam sehat; 3) PPDM tipe 2 yang diselenggarakan fasilitas kesehatan tingkat pertama (umumnya dokter keluarga) agar penyakit tersebut dapat dikendalikan dengan baik sehingga risiko komplikasi penyakit dapat dihindari atau diperlambat dan kualitas hidup penderita dapat lebih baik.⁴

Pada awal implementasi tahun 2010, program PPDM Tipe 2 masih dilaksanakan di 13 wilayah kerja kantor cabang PT

Askes (Persero) sebagai percobaan. Tahun 2011 dan 2012 adalah tahun perluasan implementasi program PPDM Tipe 2 ke seluruh wilayah kerja kantor cabang PT Askes (Persero) (98 kantor cabang) dengan strategi yang spesifik diarahkan pada peningkatan jumlah peserta. Strategi tersebut menjelaskan adanya peningkatan jumlah peserta program PPDM Tipe 2 yang cukup tinggi pada periode tahun tersebut. Tahun 2013, strategi program diarahkan pada peningkatan kualitas program PPDM Tipe 2, sehingga jumlah peserta cenderung stabil.

Meskipun jumlah peserta program PPDM Tipe 2 yang terdaftar menunjukkan kecenderungan meningkat, jumlah kunjungan peserta justru sebaliknya. Beberapa kemungkinan penyebabnya adalah: (1) pemahaman peserta yang rendah tentang manfaat dan tujuan PPDM Tipe 2; (2) masih adapeserta PPDM Tipe 2 yang tidak berdiagnosa DM; (3) sistem pengingat (*reminder*) tidak berjalan dengan baik; (4) rendahnya kesadaran peserta untuk berkunjung, dan; (5) masih lemahnya pemantauan terhadap kunjungan peserta yang disebabkan terlalu banyaknya jumlah peserta.⁷

Selain rendahnya kunjungan peserta, pencapaian indikator kesehatan juga beragam. Beberapa kemungkinan penyebabnya adalah belum terbentuknya kemandirian peserta untuk hidup sehat, lemahnya sistem dukungan yang seharusnya diberikan melalui klub DM, serta peranan fasilitas kesehatan yang belum optimal.⁷

Hubungan antara program preventif DM tipe 2 dengan biaya pelayanan kesehatan di Indonesia cenderung konsisten dengan penelitian serupa di negara-negara lain. Biaya yang dikeluarkan untuk program preventif cenderung setimpal dengan biaya pelayanan kesehatan yang dihemat. Meskipun bentuk kegiatannya berbeda, namun program preventif DM tipe 2 tetap memiliki dampak penghematan biaya baik dalam jangka panjang maupun pendek.

Bentuk penyelenggaraan program preventif DM tipe 2 cukup beragam antar negara. Di Amerika Serikat khususnya Negara bagian California Utara, program preventif DM dilakukan oleh apoteker terlatih yang bertugas meresepkan dan menyesuaikan obat bagi pasien DM. Apoteker juga merujuk pasien untuk pemeriksaan laboratorium, memberikan imunisasi, memberikan pendidikan dan memastikan kadar glikemik dan pelayanan kardiovaskular berjalan optimal.⁸ Program preventif lainnya di Amerika Serikat berbentuk kombinasi diet, kegiatan fisik sedang (berjalan cepat), dan kurikulum pendidikan atau berbentuk pencegahan terhadap komplikasi kaki.^{9,10} Sementara di Swiss, program preventif DM tipe 2 berbentuk pemeriksaan gula darah oleh pasien secara mandiri.¹¹

Di beberapa negara, dampak program preventif DM tipe 2 terhadap kendali biaya pelayanan kesehatan juga telah dianalisis. Ackermann, *et al.*⁹ menunjukkan program preventif DM bagi peserta berusia 50 tahun mampu mencegah kemunculan kasus penyakit DM sebanyak 37% sebelum mereka berusia 65 tahun. Selain itu, hasil studinya menunjukkan biaya yang dikeluarkan untuk program preventif selama 15 tahun sebanding dengan biaya pelayanan kesehatan yang dihemat saat peserta berusia 65 tahun. Ollendorf, *et al.*¹² juga menunjukkan upaya pencegahan risiko amputasi kaki akibat DM mampu menghemat biaya pelayanan kesehatan sebesar \$ 2-3 juta dalam jangka waktu 3 tahun. Penelitian lain juga menunjukkan hasil serupa dalam jangka panjang maupun jangka pendek.^{8,10,11,13,15-17}

Hal yang memerlukan perhatian dalam penelitian ini adalah, pertama, penelitian ini belum menyesuaikan kenaikan

tarif pelayanan kesehatan di rumah sakit pada tahun 2011 melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 416/MENKES/II/2011 Tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit. Penyesuaian tersebut perlu dilakukan untuk menyamakan perbandingan risiko biaya pelayanan kesehatan di rumah sakit pada periode 2010-2012.

Kedua, dalam menghitung risiko biaya pelayanan kesehatan di rumah sakit yang berhubungan dengan PPDM Tipe 2, penelitian ini belum memilah diagnosa yang spesifik berhubungan dengan DM. Ada kemungkinan diagnosa yang tidak berhubungan dengan DM masuk ke dalam perhitungan risiko biaya. Penelitian selanjutnya sebaiknya melakukan pemilahan diagnosa dengan lebih cermat agar risiko biaya yang dihitung lebih akurat karena benar-benar berhubungan dengan DM.

Ketiga, biaya yang tercantum dalam Tabel 2 menunjukkan 3 (tiga) angka, salah satunya adalah biaya minimal dan beberapa di antaranya bernilai 0 (nol). Asumsi angka tersebut adalah peserta tidak berkunjung ke rumah sakit sehingga tidak menimbulkan risiko biaya (biaya = nol). Asumsi tersebut bisa saja salah jika ternyata nilai 0 (nol) tersebut berhubungan dengan tidak tersedianya data biaya pelayanan kesehatan untuk peserta yang bersangkutan. Salah satu penyebabnya adalah kesalahan pengetikan nomor kepesertaan Askes Sosial peserta, sehingga proses pelacakan biaya pelayanan kesehatan di rumah sakit menjadi tidak dapat dilakukan.

Keempat, jumlah peserta yang berkunjung lebih dari 12 kali per tahun sangat sedikit (hanya 7 dari total 10.873 peserta). Oleh karena itu, analisis risiko biaya pelayanan kesehatan untuk kategori peserta tersebut perlu diterjemahkan secara seksama mengingat kecilnya jumlah sampel untuk kategori tersebut.

Kelima, analisis hubungan antara PPDM Tipe 2 dengan biaya pelayanan kesehatan di rumah sakit dilakukan dengan metode tabulasi silang mengingat keterbatasan data yang tersedia. Jika tersedia data demografi peserta, profil fasilitas kesehatan pelaksana program PPDM Tipe 2, serta indikator kesehatan yang relatif lengkap, maka kualitas analisis dapat ditingkatkan dengan metode multivariat. Analisis tidak lagi hanya mengandalkan hubungan antara 2 (dua) variabel, namun dapat juga memasukkan faktor-faktor lain yang sekiranya memiliki dampak terhadap biaya pelayanan kesehatan. Dengan demikian, hasil analisis dapat menjadi lebih valid.

Kesimpulan dan saran

Program PPDM Tipe 2 berhasil menjangkau jumlah peserta yang relatif banyak. Sayangnya, kontinuitas kunjungan peserta ke program tersebut belum optimal yang disebabkan berbagai alasan. Pencapaian indikator kesehatan juga beragam dimana glukosa darah puasa, glukosa darah post prandial, dan indeks massa tubuh mengalami tren pencapaian yang meningkat, sementara HbA1C justru mengalami

penurunan. Terakhir, analisis risiko biaya menunjukkan indikasi hubungan negatif antara jumlah kunjungan PPDM Tipe 2 dengan biaya pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Dari penelitian ini disarankan perbaikan terhadap Program PPDM Tipe 2 jika ingin diintegrasikan menjadi program preventif BPJS Kesehatan. Dari aspek eligibilitas peserta, PPDM Tipe 2 perlu melakukan validasi ulang terhadap kesesuaian diagnosa peserta. Artinya peserta yang tidak memiliki diagnosa diabetes mellitus harus dikeluarkan sebagai peserta PPDM Tipe 2. Dari aspek kontinuitas kunjungan, PPDM Tipe 2 perlu meningkatkan fungsi pengingat (*reminder*) agar peserta lebih rutin berkunjung. Selanjutnya untuk meningkatkan pencapaian indikator kesehatan, program PPDM Tipe 2 perlu meningkatkan kemandirian peserta untuk berpola hidup sehat. Untuk itu, pembentukan klub-klub berisikan sekumpulan peserta diabetes yang sudah dilakukan agar semakin dioptimalkan, dengan harapan terjadi aksi saling mendukung sesama peserta.

Selanjutnya, perlu juga dilakukan analisis biaya dan manfaat (*cost and benefit analysis*) dari PPDM Tipe 2 yang dijalankan PT. Askes (Persero), dengan mempertimbangkan biaya yang dikeluarkan untuk menjalankan program tersebut. Analisis ini dapat memberikan informasi yang lebih utuh tentang dampak finansial dari program preventif sehingga memudahkan proses pengambilan keputusan untuk mengoptimalkan program sejenis. Setelah PPDM Tipe 2 dibenahi, BPJS Kesehatan dapat memperluas program-program preventif ke penyakit berbiaya tinggi lainnya seperti hipertensi, stroke, jantung, dan sebagainya.

Pernyataan Terima Kasih

Terima kasih kepada seluruh Direksi dan Komisaris BPJS Kesehatan, Bpk. Togar sebagai Kepala Litbang dan mas Citra dan Duta BPJS Kesehatan dari Group Litbang atas kesempatan dan bantuannya dalam menyelesaikan penelitian hingga terwujud dalam bentuk laporan penelitian ini.

Daftar Pustaka

1. Pemerintah RI. Undang-Undang Nomor 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Pasal 22 ayat (1); 2004.

2. Pemerintah RI. Peraturan Presiden Nomor 12/2003 tentang Jaminan Kesehatan. Pasal 21 ayat (1); 2003.
3. Pemerintah RI. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71/2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional. Pasal 28; 2003
4. PT Askes (Persero). Pedoman Program Pengelolaan Penyakit Kronis 2012. Jakarta; 2012.
5. Pemerintah RI. Undang-Undang Nomor 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Pasal 24 ayat (3); 2004.
6. PT Askes (Persero). Buku Pemantauan Diabetes Mellitus Tipe 2, 2012. Jakarta; 2012.
7. PT Askes (Persero). Evaluasi Nasional Program Pengelolaan Penyakit Kronis, 2013. Jakarta; 2013.
8. Yu J, Shah B, Chan J. A Markov Model of the Cost-Effectiveness of Pharmacist Care for Diabetes in Prevention of Cardiovascular Diseases: Evidence from Kaiser Permanente Northern California. *Journal of Managed Care Pharmacy*. 2013;19(2):102-14.
9. Ackermann RT, Marrero DG, Hicks KA, Hoerger TJ, Sorensen S, Zhang P, *et al* . An Evaluation of Cost Sharing to Finance a Diet and Physical Activity Intervention to Prevent Diabetes. *Diabetes Care*. 2006; 29:1237-41.
10. Reiber G. Diabetic Foot Care. *Diabetes Care*. 1992;15(1).
11. Weber C, Schneider B, Ludwig V, Holm M, Neeser K. Cost impact of blood glucose self-monitoring on complications of type 2 diabetes. *Swiss Medical Weekly*. 2007; 137:545-50.
12. Ollendorf DA, Kotsanos JG, Wishner WJ, Friedman M, Cooper T, Bittoni M, *et al*. Potential Economic Benefits of Lower-Extremity Amputation Prevention Strategies in Diabetes. *Diabetes Care*. 1998;21(8).
13. Tuomilehto J, Shwarz P, Lindstrom J. Long-Term Benefits From Lifestyle Interventions for Type 2 Diabetes Prevention. *Diabetes Care*. 2011;34(2).
14. Kapur A. Economic analysis of diabetes care. *Indian Journal of Medical Research*. 2007: 473-82.
15. Gozzoli V, Palmer A, Brandt A, Spinaz G. Economic and clinical impact of alternative disease management strategies for secondary prevention in type 2 diabetes in the Swiss setting. *Swiss Medical Weekly*. 2001;131:303-10.
16. Newton C, Young S. Financial Implications of Glycemic Control: Results of an Inpatient Diabetes Management Program. *Endocrine Practice*. 2006; 12(3).
17. Mahoney J. Reducing Patient Drug Acquisition Costs Can Lower Diabetes Health Claims. *The American Journal of Managed Care*. 2005; 11(5).

