PERHIMPUNAN RUMAH SAKIT SELURUH INDONESIA

BUKU PUTIH PERSI
REFLEKSI PERJALANAN 5 TAHUN ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

DITERBITKAN OLEH
PERHIMPUNAN RUMAH SAKIT SELURUH INDONESIA
JAKARTA, 2019

BUKU PUTIH PERSI
REFLEKSI PERJALANAN 5 TAHUN
ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

ISBN: XXX-XXX-XXXXX-X-X

Kontributor : dr. Santoso Soeroso, SpA (K) MARS
dr. Djoko Widyarto JS, DHM, MH.Kes
Dr. Luthfie Hakim, SH. MH
Drs. Odang Muchtar, MBA, AAAJI, QIP
Fajaruddin Sihombing, SE, MM
Dr. dr. Sintak Gunawan, MA
dr. Koesmedi Priharto, SpOT, MKes
dr. Daniel Budi Wibowo, MKes

Tim Editor : dr. Santoso Soeroso, SpA (K) MARS
Fajaruddin Sihombing, SE, MM
Drs. Odang Muchtar, MBA, AAAJI, QIP
dr. Rachmat Mulyana M, SpRad
Ni Made Anita Susan, SE

Desain : .....

Cetakan Pertama, Oktober 2019

PENERBIT :
PERHIMPUNAN RUMAH SAKIT SELURUH INDONESIA
Crown Palace Blok E/6. Jl. Prof. Soepomo, SH No. 231 Tebet - Jakarta Selatan
Telp. 021-83788722/23 | Fax 021-83788724/25 | E-mail : persi@pacific.net.id
www.persi.or.id

Hak Cipta Dilindungi Undang-undang
All Right Reserved

UNDANG-UNDANG NO. 19 TAHUN 2002 TENTANG HAK CIPTA

(1) Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/ atau denda paling sedikit Rp. 1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/ atau denda paling banyak Rp. 5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).

(2) Barangsiapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu Ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/ atau denda paling banyak Rp. 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

KATA PENGANTAR
Ketua Umum PERSI

Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) pada tahun 2019 ini akan memasuki usia 41 tahun dan telah berhimpun 18 Asosiasi Perumahsakitan mencakup Rumah Sakit Publik dan Rumah Sakit Privat. Pada tahun 2018 sudah 2.835 Rumah Sakit menjadi anggota PERSI yang tersebar di seluruh Indonesia ditopang dengan 32 Pengurus PERSI Daerah/Provinsi. PERSI merupakan organisasi berbadan hukum sebagaimana pengesahan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia Nomor: AHU-290.AH.01.07 tahun 2013. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No: HK.02.02/MENKES/252/2016, PERSI merupakan perwakilan Asosiasi Rumah Sakit se-Indonesia dalam program JKN. Sebagai organisasi yang menghimpun Rumah Sakit Seluruh Indonesia, maka PERSI sangat peduli dengan anggotanya dalam mengemban amanah Undang-Undang Nomor: 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit pada pasal 2 dan 3, bahwa Rumah Sakit diselenggarakan berasaskan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial, yang bertujuan:

a. Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan;
b. Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan Rumah Sakit dan sumber daya manusia di Rumah Sakit;
c. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan Rumah Sakit; dan
d. Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia Rumah Sakit, dan Rumah Sakit.

Peran Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan semakin dirasakan sejak tahun 2014, dimana pemerintah mulai menyelenggarakan asuransi kesehatan sosial dalam bentuk program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai amanah Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial (BPJS).

Kepesertaan program JKN bersifat wajib dan menurut roadmap yang disepakati, pada tahun 2019 ini akan mencakup penjaminan pembiayaan kesehatan semua penduduk Indonesia (Universal Health Coverage/UHC).

Rumah Sakit sebagai provider dalam program JKN adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Bahwa RS dalam 5 tahun JKN patuh mengikuti regulasi.

Dengan terbitnya buku putih PERSI ini menjadi bukti kongkrit peran serta aktif dan positif PERSI dalam upaya perbaikan JKN. PERSI berharap buku putih ini bisa menjadi sumber informasi dan referensi bagi pengambil kebijakan di bidang Kesehatan umumnya dan JKN khususnya.

Jakarta, 1 Oktober 2019

dr. Kuntjoro Adi Purjanto, M.Kes
Ketua Umum PERSI

RINGKASAN EKSEKUTIF
BUKU PUTIH PERSI

Mencermati 5 tahun program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), secara umum PERSI berpendapat terdapat 6 permasalahan krusial yang harus mendapatkan perhatian dan perbaikan yaitu : Regulasi bidang kesehatan di era JKN, Pembiayaan JKN, INA CBGs, Penyakit Katastroik, Obat dan Alkes serta Rujukan berjenjang

Berikut uraian ke 6 permasalahan krusial dimaksud :

I. REGULASI BIDANG KESEHATAN DI ERA JKN

Selama 5 (lima) tahun perjalanan JKN di Indonesia banyak dinamika yang terjadi di lapangan, tidak hanya masalah terbatasnya dana yang tersedia tetapi juga masalah regulasi yang dirasa terlalu banyak dan sering berganti-ganti, bahkan sering terjadi disharmoni diantara regulasi yang ada dalam pelayanan kesehatan saat ini. Disharmoni yang terjadi di buktikan dengan : ketidakjelasan tujuan; kelembagaan atau pejabat pembentuk yang tepat; kesesuaian antara jenis, hierarki, dan materi muatan; tidak dapat dilaksanakan; kedayagunaan dan kehasilgunaan; kejelasan rumusan; dan keterbukaan.

Beberapa permasalahan sebagai berikut:

1. Manfaat pemeliharaan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan dan urun biaya.
2. Ambiguitas tentang siapa pembuat regulasi di bidang kesehatan dalam melaksanakan JKN.
3. Adanya beberapa disharmoni regulasi dibidang kesehatan yang berpotensi menimbulkan kerancuan dan ketidakpastian hukum ditengah masyarakat
4. Belum adanya regulasi tentang Perlindungan hukum bagi Tenaga Kesehatan, termasuk tenaga medis.

5. Belum adanya regulasi yang khusus untuk electronic medical record dan telemedicine
6. Revisi UU 40 tahun 2004 tentang SJSN, UU no 36 tahun 2009 tentang Kesehatan dan UU 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit dan UU 24 tahun 2011 tentang BPJS

II. PEMBIAYAAN JKN

Untuk memenuhi hak manfaat kebutuhan dasar kesehatan yang memenuhi keselamatan pasien dengan pelayanan terbaik, mencakup komponen berikut:

1. Melaksanakan kelas standard yang mencakup kelas rawat inap, fornas, kebijakan penentuan harga obat dan alkes, sistem rujukan, dengan pembiayaan kepada provider berbasis kapitasi dan Ina CBG.
2. Menetapkan jenis dan tingkat iuran JKN dengan mempertimbangkan faktor kemampuan membayar iuran seluruh pemangku kepentingan terdiri: APBN (PBI) , perusahaan dan pekerja mandiri atau Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU)
3. Dana Jaminan Sosial Kesehatan merupakan dana wali amanah yang dapat memiliki sumber lain yang diatur pemerintah, seperti melalui peningkatan pajak rokok, peningkatan pajak perpanjangan STNK kendaraan bermotor dengan cc tertentu.
4. Perlakuan tersendiri bagi daerah yang menghadapi permasalahan jumlah, sebaran fasilitas kesehatan dan tenaga medis.
5. Memberlakukan pengendalian penggunaan pelayanan melalui biaya administrasi saat menggunakan fasilitas kesehatan dan urun biaya
6. Mempertimbangkan perbaikan melalui amandemen UU SJSN dengan tujuan untuk menjaga rahasia negara, distorsi anomali pembiayaan, keadilan sosial dan peningkatan derajat kesehatan, dalam rangka mencapai keseimbangan pembiayaan.

7. Penguatan peran fungsi utama Puskesmas melaksanakan UKM dan penguatan Posyandu serta pengadaan dan sebaran tenaga medis dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
8. Perbaikan peran dan koordinasi listas sektor di daerah dalam pengelolaan fasilitas dan tenaga kesehatan bersama Kementerian Kesehatan.

III. INA CBG DAN DRG

Proses penyusunan tarif INA-CBG memerlukan 2 (dua) macam data RS yaitu data costing dan data coding. Data costing bersumber dari data akuntansi manajemen RS, sedangkan data coding bersumber dari data klaim RS. Tantangan terbesar yang dihadapi dalam penyusunan tarif INA CBG adalah mengumpulkan data costing dari RS. Pengolahan data costing dan data coding RS akan dihasilkan beberapa parameter sistem casemix yaitu unit cost, CBG cost, Cost Weight (CW), Case Mix Index (CMI) dan Hospital Base Rate (HBR).

Rumus perhitungan Tarif INA-CBG = cost weight x hospital base rate x adjustment factor

Dinamika penerapan sistem INA CBG berbeda dan variatif di beberapa wilayah, walaupun sudah ada regulasinya. Hal ini terjadi karena sistem klaim yang di terapkan sangat bergantung pada hasil verifikasi dari verifikator BPJS Kesehatan atas klaim yang diajukan oleh RS terhadap pelayanan yang sudah di lakukan. Perbedaan persepsi dan pemahanan antara RS dan dokter sebagai pemberi pelayanan dengan BPJS Kesehatan sebagai pembayar masih sangat tinggi dan sering terjadi, sehingga masih banyak terjadi dispute pada klaim yang diajukan oleh RS bahkan berujung pada pending klaim. Semakin banyak dan semakin lama dispute dan pending klaim terjadi, maka akan semakin merugikan RS dan mengganggu mutu dan keberlangsungan pelayanan.

Peran dan dukungan aktif dan positif dari semua stakeholder JKN sangat di perlukan untuk perbaikan INA CBG. Perbaikan harus di

mulai dari internal masing-masing stakeholder. Stakeholder harus bisa menempatkan diri sesuai tugas pokok dan fungsinya, hilangkan ego sektoral karena program JKN adalah program bersama, berhasil dan gagalnya program JKN adalah keberhasilan dan kegagalan bersama.

IV. PENYAKIT KATASTROFIK

Berdasarkan data BPJS Kesehatan, selama penyelenggaraan JKN, setiap tahun jumlah kasus penyakit katastrofik selalu meningkat. Pada tahun 2014 jumlah kasus 7.339.017, sedangkan tahun 2017 sudah mencapai 16.356.969 kasus. Dari data yang ada, kasus penyakit jantung merupakan penyakit Katastrofik yang paling tinggi, menempati urutan pertama, dan terus menerus naik. Jika pada tahun 2014 jumlah kasus penyakit jantung 4.105.829 (55,9% dari total kasus penyakit katastropik) pada tahun 2017 mencapai 10.536.985 kasus (64,4%).

Pembiayaan penyakit Katastrofik, menurut data BPJS Kesehatan menghabiskan biaya 18,44 Triliun Rupiah (2017), dan 16,94 Triliun Rupiah (2016). Sedangkan tahun 2015, menghabiskan biaya hampir 14,89 Triliun Rupiah. Setiap tahun jumlah kasus bertambah dan pembiayaan juga bertambah besar. Disatu pihak BPJS mengalami defisit akibat beban pembiayaan Penyakit Katastrofik dan dipihak lain terjadi peningkatan yang luar biasa jumlah penyakit katastrofik yang harus ditangani oleh RS.

Dilema Pembiayaan penyakit katastrofik harus dikendalikan agar tidak berlarut-larut menimbulkan defisit BPJS Kesehatan melalui upaya efisiensi yang melibatkan kerjasama multisektor yaitu Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/jasa Pemerintah/ LKPP. Formularium Nasional, National Casemix Center, Komite Penilaian Teknologi Kesehatan/KPTK, Organisasi Profesi /IDI/IAI/PPNI, Komite medik RS, Asosiasi RS, Organisasi Pendidikan dan KKI dengan tetap mengedepankan mutu layanan dan pengendalian biaya berbasis bukti.

V. OBAT DAN ALKES

Ketersediaan obat masih menjadi masalah bagi peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di sejumlah wilayah di Indonesia, sehingga menghambat Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan kepada pasien karena stok obat Fornas habis. Kondisi ini sangat merugikan pasien peserta JKN. Penyebab kekosongan obat ini beragam, mulai dari proses pemesanan, pengadaan, pengiriman dari distributor atau penyedia yang terlambat hal ini terjadi karena klaim Rumah Sakit yang terlambat di bayar oleh BPJS Kesehatan.

Dampak dari terlambatnya pembayaran BPJS Kesehatan ke di Rumah Sakit menyebabkan terlambatnya pembayaran Rumah Sakit ke distributor obat dan alkes berakibat pada terkuncinya akses pembelian obat kepada distributor.

Fenomena kekosongan obat ini dipengaruhi oleh berbagai sudut pandang masalah. Masalah lain dalam pengadaan obat program nasional yang tidak singkron dengan INA CBG.

Untuk mengatasi permasalahan obat dan alkes, di usulkan : RKO harus valid dan tepat waktu, Pembayaran klaim Rumah Sakit lancar dan tepat waktu

VI. RUJUKAN BERJENJANG

Pelayanan kesehatan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional menggunakan sistem rujukan berjenjang, dimulai dengan pelayanan di FKTP sesuai pilihan peserta, kecuali pada keadaan gawat darurat atau berada di luar wilayah domisilinya .dari FKTP bila diperlukan akan dirujukan ke FKRTL sesuai kompetensi yang diperlukan,

Dalam mimplementasinya, kementrian Kesehatan menetapkan penggunaan aplikasi SISRUTE – Sistem Rujukan Terpadu yang didasarkan atas data ASPAK (Aplikasi sarana Prasarana dan Alat Kesehatan) yang dikirim rumah sakit dan data real time ketersediaan tempat tidur pasien . BPJS Kesehatan untuk mendukung rujukan berjenjang menggunakan aplikasi APLICARES – HFIS – Sistem

Manajemen Data Fasilitas Kesehatan, yang berisi jadwal praktik dokter, ketersediaan alokasi pemeriksaan pasien dan tempat, ada prioritas faskes rujukan sesuai jarak, dan ketersediaan. Selain itu penegakan kembali program Rujuk Balik – PRB ,yaitu 9 kasus penyakit kronis tanpa co morbid hanya boleh bertemu dokter spesialis sekali dalam 4 bulan, dan pasien selanjunya dikelola oleh FKTP.

Dalam situasi seperti ini PERSI berpendapat, bahwa sistem rujukan berjenjang belum memungkinkan untuk dilaksanakan secara serentak dan seragam di seluruh Indonesia, mengingat geografi, demografi, distribusi serta kelengkapan fasilitas kesehatan, dan SDM kesehatan belum merata dan menjamin akses mutu pelayanan yang sama di seluruh pelosok Indonesia. Sistem rujukan dalam program JKN haruslah menjamin bahwa peserta mendapatkan mutu layanan terstandar, di rumah sakit yang memiliki sarana, prasarana, dan kompetensi yang sesuai dengan penyakitnya, pasien memiliki hak untuk menentukan pihannya, sepanjang sesuai dengan kebutuhan penanganan kasusnya, serta menjamin pelayanan yang efektif dan efisien.

Untuk itu, maka PERSI merekomendasikan agar penerapan rujukan berjenjang dilakukan secara bertahap berdasarkan kesiapan wilayahnya. Untuk mewujudkan sistem rujukan berjenjang yang baik, peran Pemda sangat diperlukan. Perlu dilakukan analisis data ASPAK maupun HFIS oleh Pemerintah daerah dan BPJS Kesehatan setempat dengan melibatkan asosiasi profesi/faskes yang ada, guna membuat suatu sistem rujukan berjenjang yang efektif dan efisien, mudah dan dapat diterima peserta, termasuk peserta di dekat batas wilayah yang perlu penerapan prinsip portabilitas.

PERHIMPUNAN RUMAH SAKIT SELURUH INDONESIA
(INDONESIAN HOSPITAL ASSOCIATION)

Crown Palace Blok E/6. Jl. Prof. Soepomo, SH No. 231 Tebet Jakarta Selatan. Telp 021-83788722 / 23. Fax 021-83788724 / 25. E-mail : persi@pacific.net.id. Website : www.persi.or.id

SURAT KEPUTUSAN
NOMOR : 002/SK/PP.PERSI/XI/2018
TENTANG
TIM PERSI UNTUK PENYEMPURNAAN SISTEM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Pengurus Pusat,
Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia

MENIMBANG :
1. Bahwa SJSN (Sistem Jaminan Sosial Nasional) yang telah berjalan lebih 4 tahun dirasakan banyak permasalahan fundamental dalam pelaksanaannya.
2. Bahwa PERSI sebagai Organisasi Perumahsakitan di Indonesia yang menerima keluhan langsung dari rumah-rumah sakit sebagai salah satu stakeholder utama dalam pelayanan kesehatan berkepentingan untuk berkontribusi dalam perbaikan SJSN secara konprehesip.
3. Bahwa untuk maksud tersebut butir 1 dan 2, maka perlu dibentuk TIM PERSI untuk menyusun usulan-usulan yang terkait dengan SJSN.

MENGINGAT :
1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
3. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan
4. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 455/MENKES/SK/XI/2013, Jo KMK No. 02.02/MENKES/252/2016 tentang PERSI merupakan perwakilan Asosiasi Rumah Sakit.
5. Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga PERSI.

MEMUTUSKAN

MENETAPKAN : TIM PERSI UNTUK PENYEMPURNAAN SISTEM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Pertama : Membentuk dan Mengesahkan Tim PERSI untuk Penyempurnaan Sistem Jaminan Kesehatan Nasional dengan susunan sebagai berikut :

Dewan Pakar :
1. Prof. dr. Laksono Trisnantoro, MSc, PhD
2. Prof. dr. Hasbullah Thabrany, MPH, Dr.PH
3. Prof. dr. Budi Sampurna, SpF, SH
4. Dr. dr. Supriyantoro, Sp.P, MARS

Ketua : dr. Santoso Soeroso, SpA(K), MARS

Wakil Ketua : dr. Daniel Budi Wibowo, MKes

Sekretaris : Fajaruddin Sihombing, SE, MM

Wakil Sekretaris : dr. Tonang Dwi Ardyanto, Sp.PK, PhD

Crown Palace Blok E/6. Jl. Prof. Soepomo, SH No. 231 Tebet Jakarta Selatan. Telp 021-83788722 / 23. Fax 021-83788724 / 25. E-mail : persi@pacific.net.id. Website : www.persi.or.id

Anggota :

1. dr. Koesmedi Priharto, Sp.OT, MKes
2. dr. Ediansyah, MARS, MM
3. Drs. Odang Muchtar, MBA, AAAJI-QIP
4. Dr. dr. Hananto Andriantoro, SpJP(K), MARS, FIHA, FICA, FasCC
5. drg. Ichsan Hanafi, MARS
6. Dr. dr. Sintak Gunawan, MA
7. Dr. M. Luthfie Hakim, SH, MH
8. Uud Cahyono, SH, MARS
9. dr. R. Heru Ariyadi, MPH
10. dr. Djoko Widyarto JS, DHM, MH.Kes
11. dr. Josephat Suwanta Sinarya, MKes
12. Dr. drg. Yulita Kristanti, M.Kes, Sp.KG(K)

Kedua : Tugas Tim:

1. Melakukan kajian komprehensif perbaikan SJSN, khususnya program JKN yang terdiri dari :
   a. Telaah regulasi SJSN serta peraturan turunannya, meliputi :
      - Gambaran kondisi terkini SJSN khususnya JKN
      - Relevansi kondisi terkini dengan regulasi SJSN dan peraturan turunannya
   b. Kendala pelaksanaan SJSN khusunya program JKN berkaitan dengan disharmoni regulasi.
   c. Usulan perbaikan SJSN khususnya program JKN jangka menengah dan jangka panjang.
   d. Merumuskan strategi dan tahapan perjuangan mewujudkan usulan PERSI terhadap perbaikan SJSN khususnya JKN.
2. Dalam menyusun kajian perbaikan SJSN khususnya JKN, Tim dapat meminta masukan kepada stakeholder terkait sesuai bidangnya.

Ketiga : Biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan kegiatan Tim dibebankan kepada PERSI Pusat.

Keempat : Surat Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan, dengan ketentuan apabila dikemudian terdapat kekeliruan dalam penetapannya akan diperbaiki dan dirubah sebagaimana mestinya.

Ditetapkan : di Jakarta
Pada tanggal : 15 November 2018

Pengurus Pusat,
PERHIMPUNAN RUMAH SAKIT SELURUH INDONESIA

dr. Kuntjoro Adi Purjanto, MKes
Ketua Umum

Kontributor :

1. dr. Santoso Soeroso, SpA (K) MARS
2. dr. Djoko Widyarto JS, DHM, MH.Kes
3. Dr. Luthfie Hakim, SH. MH
4. Drs. Odang Muchtar, MBA, AAAJI, QIP
5. Fajaruddin Sihombing, SE, MM
6. Dr. dr. Sintak Gunawan, MA
7. dr. Koesmedi Priharto, SpOT, MKes
8. dr. Daniel Budi Wibowo, MKes

Tim Editor :

1. dr. Santoso Soeroso, SpA (K) MARS
2. Fajaruddin Sihombing, SE, MM
3. Drs. Odang Muchtar, MBA, AAAJI, QIP
4. dr. Rachmat Mulyana M, SpRad
5. Ni Made Anita Susan, SE

DAFTAR ISI

Kata Pengantar Ketua Umum PERSI i
Ringkasan Eksekutif iii
Surat Keputusan Tim PERSI untuk penyempurnaan sistem JKN ix
Kontributor dan Tim Editor xi
Daftar isi xiii
Lampiran xvi
Daftar Singkatan xvii
Daftar Pustaka xx
Daftar Tabel xxi
Daftar Gambar xxii

PENDAHULUAN 1

BAB I : REGULASI BIDANG KESEHATAN DI ERA JKN
A. BEBERAPA KENDALA REGULASI DI BIDANG KESEHATAN SAAT INI 12
1. Adanya ambiguitas dalam pembentukan peraturan perundangan di bidang kesehatan 12
2. Pengertian Kebutuhan Dasar Kesehatan 13
3. Undang-Undang yang memerintahkan Peraturan Menteri/Peraturan BPJS sebagai aturan pelaksana .. 15
4. Disharmoni Peraturan Perundangan 16
a. Peraturan terkait kewajiban akreditasi sebagai syarat bekerja sama dengan BPJS Kesehatan 16
b. Peraturan terkait permintaan melihat rekam medik 17
c. Peraturan Standar Kompetensi Dokter Indonesia 17
d. Peraturan terkait Sistim Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan 19
5. Standar Pelayanan Kedokteran 21
6. Perlindungan hukum bagi tenaga kesehatan dan pengelola Rumah Sakit 21
7. Penyelesaian Sengketa Medik 22
8. Urun Biaya dalam Program JKN 23
9. Elektronik Medical Record dan Telemedicine 25

10. Pajak (PPN) obat rawat jalan 26
11. Pengaturan secara utuh tentang pencegahan Kecurangan atau Fraud 26

B. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI..... 28
1. Kesimpulan 28
2. Rekomendasi 28

BAB II : PEMBIAYAAN BERORIENTASI MUTU PELAYANAN DAN KESELAMATAN PASIEN

A. Tiga benang merah pendapat Prof. Dr. Laksono Trisnantoro, PhD dalam menilai pelaksanaan 5 tahun JKN 34
B. Badan Kebijakan Fiskal Kementerian Keuangan Tiga strategi kebijakan dalam mengatasi defisit JKN, berbasis peraturan perundangan 34
C. Tulisan di media maupun dialog webinar Buku Putih PERSI pendapat Prof. dr. Hasbullah Thabrany, PhD, tentang 5 tahun pelaksanaan JKN 35
D. Pendapat drg. Usman Sumantri MPPM, dalam Seminar Refleksi Lima Tahun JKN yang diselenggarakan PERSI 35
E. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI..... 40
1. Kesimpulan 40
2. Rekomendasi 41

BAB III : MANAGED CARE dan INA CBG

A. Managed Care 50
B. INA CBG 52
C. Implementasi INA CBG 55
D. Permasalahan Implementasi INA CBG 56
E. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI 60
1. Kesimpulan 60
2. Rekomendasi 60
a. Untuk Pemerintah 60
b. Untuk Rumah Sakit 61
c. Untuk Profesi 62

BAB IV : DILEMA PENYAKIT KATASTROFIK

A. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) 65

B. Kasus Dan Biaya Penyakit Katastrofik 68
C. Program Pengelolaan Penyakit Kronis (PROLANIS) 70
1. Permasalahan PROLANIS 71
2. Program Rujuk Balik 72
3. Penyakit Jantung 72
4. Penyakit Ginjal 74
5. Kanker 78
6. Diabetes Melitus 80
D. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI 83
1. Kesimpulan 83
2. Rekomendasi 83

BAB V : KETERSEDIAAN OBAT DAN ALKES
A. Problematika Obat dan Alkes 85
B. IDENTIFIKASI PERMASALAHAN KEKOSONGAN OBAT 90
1. Perencanaan 90
2. Produksi Obat 90
3. Distribusi obat 90
4. Penyimpanan obat..... 90
5. Kuantitas Obat 91
6. Imbas dari hutang obat dan alkes JKN 91
C. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI 92
1. Kesimpulan 92
2. Rekomendasi 92

BAB VI : RUJUKAN BERJENJANG
A. Azas Portabilitas dan Sistem Rujukan pasien JKN 93
B. Pelaksanaan portabilitas dan sistem rujukan serta kendalanya 98
C. Dampak Pelaksanaan Azas Portablilitas dan Sistem Rujukan Berjenjang..... 100
D. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI 101
1. Kesimpulan 101
2. Rekomendasi 102

PENUTUP 105

LAMPIRAN (Link PERSI):

1. Undang-Undang No. 29/2004 tentang Praktik Kedokteran
2. Undang-undang No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)
3. Undang-Undang No. 36/2009 tentang Kesehatan
4. Undang-Undang No. 44/2009 tentang Rumah Sakit
5. Undang-Undang No. 12/2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang- undangan
6. Undang-Undang No. 24/2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)
7. Peraturan Presiden No. 82/2018 tentang Jaminan Kesehatan Nasional
8. Peraturan Menteri Kesehatan No. 001/2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan
9. Peraturan Menteri Kesehatan No. 71/2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional
10. Peraturan Menteri Kesehatan No. 28/2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional
11. Peraturan Menteri Kesehatan No. 56/2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit
12. Peraturan Menteri Kesehatan No. 99/2015 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan No. 71/2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional
13. Peraturan Menteri Kesehatan No. 36/2015 tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional
14. Peraturan Menteri Kesehatan No. 76/2016 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs) Dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional
15. Peraturan Menteri Kesehatan No. 64/2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan No. 52/2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan
16. Peraturan Direktur Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan No. 4/2018 tentang Rujukan Berjenjang berdasarkan Kebutuhan Medis (Rujuk Online)

DAFTAR SINGKATAN

ALKES	:	Alat Kesehatan
APBD	:	Anggaram Pendapatan Belanja Derah
APBN	:	Anggaran Pendapatan Belanja Negara
ASKES	:	Asuransi Kesehatan
ASN	:	Aparatur Sipil Negara
ASPAK	:	Aplikasi Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan
BIA	:	Budget Impact Analysis
BKF	:	Badan Kebijakan Fiscal
BPJS	:	Badan Pelaksana Jaminan Sosial
CBG	:	Case Base Group
CMI	:	Case Mix Index
CW	:	Cost Weight
DBD	:	Demam Berdarah Dengue
DJSN	:	Dewan Jaminan Sosial Nasional
DM	:	Diabetes Mellitus
DRG	:	Diagnostic Related Group
EM	:	Electronic Myography
FASYANKES	:	Fasilitas Pelayanan Kesehatan
FKRTL	:	Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut
FKTL	:	Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan
FKTP	:	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
FORNAS	:	Formularium Nasional
GDP	:	Gross domestic product
HAM	:	Hak Asasi Manusia
HBR	:	Hospital Base Rate
HD	:	Hemodialysis
HFIS	:	Health Facilities Information System
HIV	:	Human Immunodeficiency Virus
IAI	:	Ikatan Apoteker Indonesia
ICD	:	International Classification of Diseases

IDF	:	International Diabetes Federation
IDI	:	Ikatan Dokter Indonesia
INA CBG	:	Indonesian Case Base Group
INA CBG'S	:	Indonesian Case Base Groups
ISPA	:	Infeksi Saluran Pernapasan Akut
JKN	:	Jaminan Kesehatan Nasional
KIS	:	Kartu Indonesia Sehat
KKI	:	Konsil Kedokteran Indonesia
KMK	:	Keputusan Menteri Kesehatan
KPTK	:	Komite Penilaian Teknologi Kesehatan
LKPP	:	Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah
MK	:	Mahkamah Konstitusi
MRI	:	Magnetic Resonance Imaging
PBF	:	Perusahaan Besar Farmasi
PBI	:	Penerima Bantuan Iuran
PBPU	:	Pekerja Bukan Penerima Upah
PERDA	:	Peraturan Daerah
PERMENKES	:	Peraturan Menteri Kesehatan
PERNEFRI	:	Perhimpunan Nefrologi Indonesia
PERPRES	:	Peraturan Presiden
PFS	:	Progression Free Survival
PKB	:	Perjanjian Kerja Bersama
PNPK	:	Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran
POSBINDU PTM	:	Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular
PP	:	Peraturan Pemerintah
PPK	:	Panduan Praktik Kinik
PPN	:	Pajak Pertambahan Nilai
PPNI	:	Persatuan Perawat Nasional Indonesia
PPOK	:	Penyakit Paru Obstruktif Kronis
PPOPB	:	Premi Per Orang Per Bulan
PPSDM	:	Pengembangan dan Pemberdayaan SDM

PPU	:	Pekerja Penerima Upah
PRB	:	Program Rujuk Balik
PROLANIS	:	Program Pengelolaan Penyakit Kronis
PTM	:	Penyakit Tidak Menular
RISKESDAS	:	Riset Kesehatan Dasar
RJTL	:	Rawat Jalan Tindak Lanjut
RJTP	:	Rawat Jalan Tingkat Pertama
RKAT	:	Rencana Kerja Anggaran Tahunan
RKO	:	Rencana Kebutuhan Obat
SCF	:	Supply Change Financing
SDM	:	Sumber Daya Manusia
SISRUTE	:	Sistem Rujukan Terpadu
SKDI	:	Standar Kompetensi Dokter Indonesia
SKMI	:	Survei Konsumsi Masyarakat Indonesia
SLE	:	Sindroma Lupus Eritematosus
SPO	:	Standar Operasional Prosedur
TB	:	Tuberculocis
TKMKB	:	Tim Kendali Mutu Kendali Biaya
UHC	:	Universal Health Coverage
UHH	:	Usia Harapan Hidup
UKM	:	Usaha Kecil Menengah
UNU	:	United Nation University
UU	:	Undang-undang
WHO	:	World Health Organization
WMA	:	World Medical Association

DAFTAR PUSTAKA

1. Adapted from Brown let al. Quality Methodology Refinement Series, 2000
2. Amar Putusan MK No. 82/Undang-Undang-XIII/2015
3. Australian refined Diagnosis Releted Group, Defenition manual Commonwealth Departement of Health and Aged Carfe, 2003
4. Direktorat Tata Kelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan Kemenkes, 2018
5. drg. Usman Sumantri, MPPM, 2019
6. Financial Sustsinability of Indonesia's Jaminan Kesehatan. Performance, Prospects, and Policy Options. USAID, TNP2K, Australia Government, Health Policy Plus, May, 2019
7. Gottret and Schieber (2006)
8. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)
9. International Diabetes Federation (IDF) Atlas 2017
10. Kebijakan JKN Apakah akan mencapai Pelayanan Semesta, Prof Laksono Bali, 2018
11. Kementerian Kesehatan, 2016
12. Konsil Kedokteran Indonesia, 2019
13. Menkes, 2017
14. Menkes, 2019
15. Presentasi Badan Kebijakan Fiskal Kemenkeu, 2018
16. Prof. Budi Hidayat SKM, MPPM, PhD, 2018
17. Prof. dr. Hasbullah Thabrany. PhD,(Pandangan pribadi) 2017
18. Prof. dr. Laksono Trisnantoro, MSc, PhD
19. Report of Indonesian Renal Registry, 2018
20. Riskesdas 2013
21. Riskesdas 2018
22. Sirkesnas 2016
23. Sumber : BPJS Kesehatan 2018
24. WHO Fact Sheet, 2017
25. World Health Organization (WHO) tahun 2012

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Trilema Jaminan Sosial 1
Gambar 2. Determinan mutu dan keselamatan 5
Gambar 3. Sasaran peta jalan JKN 2012 - 2019 6
Gambar 4. WHO fact sheet 7
Gambar 5. Equality dan Equity 11
Gambar 6. Determinant of successful UHC 15
Gambar 7. Evidence Based Medicine 19
Gambar 8. Mengapa defisit 33
Gambar 9. Model pembayaran INA CBG dan non INA CBG… 50
Gambar 10. Proses penetapan tarif INA CBG 52
Gambar 11. Regionalisasi INA CBG 52
Gambar 12. Pengelompokan tarif INA CBG tahun 2016 54
Gambar 13. Keseimbangan efektif dan efisien pertimbangan manajemen dan dokter 54
Gambar 14. Contoh tarif INA CBG regional I menurut tipe RS 59
Gambar 15. WHO fact sheet 68
Gambar 16. Dampak dan biaya penyakit jantung 74
Gambar 17. Peta jumlah unit HD tahun 2017 78
Gambar 18. Anomali insulin 80
Gambar 19. Data study insulin KPTK tahun 2017 80
Gambar 20. Anomali pasar insulin dalam JKN 81
Gambar 21. Penghematan jika JKN memberlakukan sesuai Indikasi dan restriksi insulin dalam FORMULARIUM NASIONAL 81
Gambar 22. Penyediaan obat nasional 81
Gambar 23. Perencanaan kebutuhan 88
Gambar 24. Penyediaan obat oleh Kemenkes 89
Gambar 25. Rencana kebutuhan obat 89
Gambar 26. Sebaran chatlab 94
Gambar 27. The referal system of radio therapy services 94

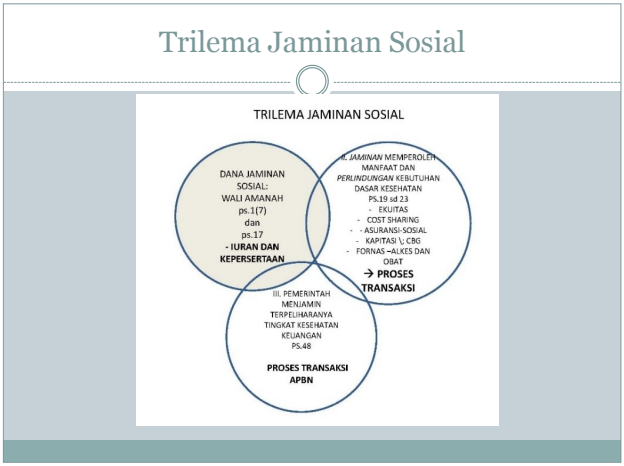
DAFTAR TABEL

Tabel 1. Sumber defisit 31
Tabel 2. Defisit DJS Kesehatan 32
Tabel 3. Sistem di BPJS Kesehatan tidak mempunyai paket dasar 38
Tabel 4. Siapa mendapat apa ? 38
Tabel 5. Alternatif sumber pendanaan untuk BPJS Kesehatan..... 39
Tabel 6. Total contribution revenue..... 40
Tabel 7. Fee for Service dan tarif paket..... 49
Tabel 8. Tantangan pembiayaan katastropik..... 63
Tabel 9. Kasus dan biaya penyakit katastropik 2016 - 2018 ... 69
Tabel 10. Kecenderungan peningkatan pembiayaan katastropik 69
Tabel 11. Pasien baru dan pasien aktif di Indonesia 2007 - 2017 76
Tabel 12. Pendanaan pasien HD 2017..... 77
Tabel 13. Utilisasi obat kanker 79
Tabel 14. Sebaran dokter, dokter gigi dan spesialis 93

BUKU PUTIH PERSI
REFLEKSI PERJALANAN 5 TAHUN
ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

PENDAHULUAN

Undang-Undang Republik Indonesia nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional ditandatangani oleh Presiden Megawati Soekarnoputri adalah awal reformasi jaminan sosial termasuk Jaminan Kesehatan Nasional. Pelaksanaan Undang-Undang SJSN dimulai 1 Januari 2014, sehingga pada akhir tahun 2018 era JKN telah berlangsung selama lima tahun dengan menghadapi berbagai ancaman, tantangan, hambatan pencapaian cakupan kepesertaan, pembiayaan dan pelayanan kesehatan bagi peserta. Berdasarkan Pasal 1 ayat 7 UU-SJSN, Dana Jaminan Sosial adalah dana amanat milik seluruh peserta yang merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial untuk pembayaran manfaat kepada peserta dan pembiayaan



Gambar 1. Trilema Jaminan Sosial

operasional penyelenggaraan jaminan sosial. Dengan demikian maka pasal 17; 19; 20; 21; 22 dan 23 serta pasal 48, bertautan dan saling tergantungan satu dengan lainnya, yang dapat digambarkan sebagai **TRILEMA JKN yaitu: (1). Kemampuan pembiayaan seperti dimaksud dalam pasal 17, (2.) Jenis dan tingkat manfaat ada dalam pasal 19 sd 23, sedangkan pasal 48, (3.) Pastikan keberlanjutan program. Gambaran tersebut menjelaskan bahwa SJSN merupakan pelaksanaan memenuhi hak jaminan sosial dimaksud oleh UUD, yang didefinisikan sebagai "salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak".**

Oleh karena manfaat JKN berupa pelayanan kesehatan, maka regulasi JKN juga harus tunduk dan memenuhi ketentuan Undang-Undang No. 29 tentang Praktek Kedokteran tahun 2004, Undang-Undang No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Undang-Undang

- DISHARMONI REGULASI
- KETIDAKSEIMBANGAN PEMBIAYAAN
- DISHARMONI COSTING DAN CODING
- DILEMA PENYAKIT KATASTROPIK
- PROBLEMATIKA OBAT DAN ALKES
- KETIMPANGAN JUMLAH DAN SEBARAN FASKES DAN NAKES

No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, disamping Undang-Undang No.13 tentang Ketenagakerjaan tahun 2003.

Buku Putih PERSI: Refleksi Perjalanan PERSI dalam 5 tahun era Jaminan Kesehatan Nasional merupakan upaya PERSI untuk mencatat dan menggambarkan dinamika perumahsakitan di Indonesia dalam 5 tahun JKN.

Sebanyak 2.286 Rumah Sakit sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan, menjadi pelaksana manfaat JKN dalam bentuk pelayanan terdepan yang bersentuhan langsung dengan peserta, tidak dapat tergantikan. Selama lima tahun pertama pelaksanaan JKN melayani 174 juta rawat jalan dan 86 juta rawat inap dan tindakan operasi medis lainnya. PERSI mewadahi 2.000 lebih Rumah Sakit yang bernaung diberbagai Asosiasi Rumah Sakit di Indonesia dengan memiliki cabang di 34 Provinsi Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Jumlah Rumah Sakit di Indonesia per April 2018 adalah 2.820 dan sebanyak 2.286 sudah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dalam suatu Perjanjian Kerja Sama yang menghormati azas kesetaraan.

Selama 5 (lima) tahun perjalanan JKN di Indonesia banyak dinamika yang terjadi di lapangan, tidak hanya masalah issue "kecukupan iuran dalam membiayai manfaat JKN" yang berdampak pada pelayanan rumah sakit, tetapi juga menghadapi masalah regulasi yang dirasa terlalu banyak dan sering berganti-ganti dan bahkan sering terjadi disharmoni di antara regulasi, serta ketimpangan jumlah dan sebaran fasilitas beserta tenaga kesehatan.

Diawali dengan kepesertaan yang berasal dan pemindahan peserta Jamkesmas yang berjumlah 92 juta jiwa sebagai Penerima Bantuan Iuran, dan peserta PNS, TNI, Polri dan Pensiunannya, peserta eks ASKES dan eks Jamsostek, jumlah peserta JKN per akhir Desember 2018 mencapai 207,8 juta peserta atau 80% dari total penduduk Indonesia. Dari jumlah tersebut dilaporkan per Oktober 2018, sebanyak 16 juta peserta yang menunggak bahkan terhenti membayar iuran sendiri. Meski jumlah ini belum bisa memenuhi target kepesertaan untuk mencapai Universal Health Coverage pada tahun 2019 namun kehadiran program JKN semakin dirasakan manfaatnya bagi masyarakat.

Pelaksanaan JKN lima tahun pertama mulai menggeser pola pikir dan perilaku peserta, penyedia layanan kesehatan dan regulator serta masyarakat pada umumnya. Pergeseran meliputi pertama,

manfaat pelayanan kesehatan menggunakan pelayanan terstruktur dan berjenjang. Pelayanan kesehatan dasar terdiri dari 144 diagnosis dilaksanakan oleh 22.000 FKTP baik puskesmas, klinik swasta dan dokter praktek mandiri sebagai penerima pertama pasien peserta JKN. Sedangkan pelayanan kesehatan tingkat lanjut dilaksanakan oleh Rumah Sakit pemerintah pusat dan daerah, serta swasta sebagai fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL). Kedua, dilakukan perubahan pola penerimaan fasilitas kesehatan dari fee for service menjadi prospective payment dengan sistem kapitasi untuk FKTP dan tarif Indonesia Case Base Group (INA CBGs) untuk FKRTL. Perubahan tersebut tertuang dalam Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 yang mengalami beberapa kali perubahan, dan terakhir disempurnakan dalam Perpres No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

Kita juga mencatat, bahwa di kuartal ke-empat tahun 2017, program JKN menimbulkan berbagai permasalahan akibat semakin besarnya jumlah defisit keuangan yang dialami BPJS Kesehatan dari tahun ke tahun. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor antara lain besaran jumlah iuran yang ditetapkan pemerintah di awal peluncuran program belum sesuai dengan nilai aktuaria yang dilandasi oleh kepesertaan empiris program ASKES, pertumbuhan jumlah kepesertaan kelompok PBPU jauh lebih besar dari asumsi, maupun peserta PPU yang belum optimal, serta semakin besarnya biaya manfaat pelayanan kesehatan terutama dalam kasus penyakit katastrofik. Beban biaya manfaat khususnya pada FKRTL terus meningkat dari tahun ke tahun, bahkan pada akhir tahun 2017 mencapai lebih dari 80% dari total biaya manfaat. Keadaan tersebut lebih mendorong upaya dan kesungguhan untuk melakukan kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan serta pencegahan kecurangan (fraud) sebagaimana tertuang dalam Perpres 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

Rumah Sakit adalah institusi padat modal, padat profesi, dan padat teknologi. Rumah sakit adalah tempat dimana berbagai macam teknologi digunakan untuk menegakkan diagnosis, mengobati dan memulihkan kesehatan pasien. Dalam Undang-Undang No. 44 tahun

2009 tentang Rumah Sakit, pasal 5 menyatakan bahwa tugas pokok dan fungsi rumah sakit adalah a) Pelayanan pengobatan dan pemulihan b) Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan c) Pendidikan dan pelatihan SDM e) Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi kesehatan dan peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan. Diperlukan kendali mutu dan kendali biaya di setiap rumah sakit. Proses bisnis menuju rumah sakit yang baik adalah: membangun manajemen pasien dengan mengedepankan etika yang baik, melakukan kesalahan medis seminimal mungkin, selalu melakukan peningkatan mutu pelayanan terus menerus, mengedepankan keselamatan pasien, meningkatkan komunikasi dan kerjasama di antara semua profesi secara lebih baik, serta melaksanakan administrasi yang efektif dan efisien dan mampu memberikan hasil dan kinerja yang baik.

Gambar 2. Determinan Mutu dan Keselamatan

Pada aspek biaya manfaat pelayanan kesehatan, terdapat peran penting fasilitas kesehatan baik FKTP dan FKRTL sebagai gugus kendali mutu dan biaya pelayanan. Belum adanya standar nasional

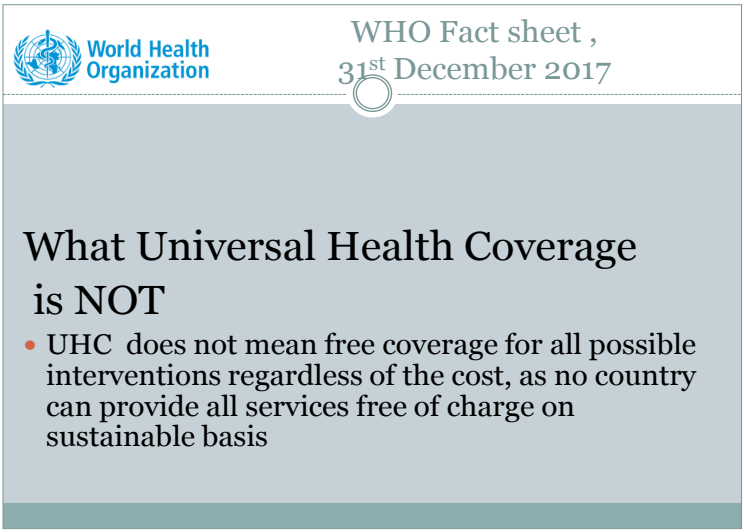
tata kelola fasilitas kesehatan dan tata kelola klinis (Good Corporate and Clinical Governance) diyakini turut menyumbang besarnya biaya manfaat dan potensi terjadinya penyimpangan dalam pelayanan kesehatan. Pasal 29 Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit menjabarkan kewajiban Rumah Sakit diantaranya memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit. Lebih lanjut, pada pasal 46 Undang-Undang No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dinyatakan bahwa Rumah Sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di Rumah Sakit. Hal-hal ini menjadi dasar hukum perlunya penerapan good clinical governance yang baik di Rumah Sakit. Sejalan dengan itu, berdasarkan ketetapan Konsil Kedokteran Indonesia tahun 2016. Clinical Governance adalah sebuah kerangka dimana organisasi pelayanan kesehatan bertanggung jawab untuk senantiasa meningkatkan kualitas layanan dan menjaga standar tinggi asuhan klinis, dengan menciptakan suatu lingkungan dimana asuhan klinis akan berkembang.

Tabel 1. Delapan Sasaran Pokok Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional Tahun 2012-2019

SASARAN 1 JANUARI 2014	SASARAN 2019
1. BPJS Kesehatan mulai beroperasi	1. BPJS Kesehatan beroperasi dengan baik
2. BPJS Kesehatan mengelola jaminan kesehatan setidaknya bagi 121,6 juta peserta (sekitar 50 juta masih dikelola Badan lain)	2. Seluruh penduduk Indonesia (yang pada 2019 diperkirakan sekitar 257,5 juta jiwa) mendapat jaminan kesehatan melalui BPJS Kesehatan
3. Paket manfaat medis yang dijamin adalah seluruh pengobatan untuk seluruh penyakit. Namun, masih ada perbedaan kelas perawatan di rumah sakit bagi yang mengiur sendiri dan bagi Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah	3. Paket manfaat medis dan non medis (kelas perawatan) sudah sama, tidak ada perbedaan, untuk mewujudkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat
4. Rencana Aksi Pengembangan fasilitas kesehatan tersusun dan mulai dilaksanakan	4. Jumlah dan sebaran fasilitas pelayanan kesehatan (termasuk tenaga dan alat-alat) sudah memadai untuk menjamin seluruh penduduk memenuhi kebutuhan medis mereka

Gambar 3. Sasaran peta jalan JKN 2012 - 2019

Salah satu bentuk implementasi sasaran Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional tahun 2012-2019 menyatakan Paket manfaat medis yang dijamin adalah seluruh Pengobatan untuk seluruh jenis penyakit. Hal ini bertentangan dengan pernyataan WHO dalam WHO Fact Sheet, 31th December 2017 yang menyatakan sbb.:



Gambar 4. WHO fact sheet

Good Clinical governance di Rumah Sakit adalah adanya penyelenggaraan Komite Medis yang optimal di Rumah Sakit. Hal ini sejalan dengan amanat Peraturan Menteri Kesehatan No. 755 Tahun 2011. Namun sayang saat ini, masih belum banyak Rumah Sakit di Indonesia yang memiliki Komite Medis yang berperan aktif dalam mengawal dan mendorong penerapan good clinical governance.

Seperti diuraikan di atas pelaksanaan manfaat JKN merupakan pelayanan kesehatan yang dalam literatur jaminan sosial disebut benefits in kind, dilaksanakan oleh fasilitas kesehatan di tingkat pertama dan fasilitas kesehatan ditingkat lanjutan. Oleh karena itu

pelaksanaan bersinggungan dengan berbagai peraturan perundangan dan secara spesifik membutuhkan koordinasi oleh Pemerintah Daerah, maupun perundangan lainnya seperti keuangan dan ketenagakerjaan. Permasalahan regulasi akan di bahas di bab I.

Sumber pendanaan utama program JKN diperoleh dari iuran peserta yang akhir 2018 diperoleh dari enam kelompok peserta, yaitu: (1). PBI bersumber dari APBN, (2). PBI Pemda, bersumber dari APBD (3). ASN, TNI, POLRI, dibayar peserta dan pemberi kerja (APBN) (4). PPU dibayar oleh pekerja dan pemberi kerja/perusahaan, (5). PBPU dibayar oleh yang bersangkutan dan (6). Bukan Pekerja/Pensiunan membayar iuran sendiri. Secara luas diketahui bahwa BPJS Kesehatan mencatatkan defisit arus kas rencana kerja anggaran tahunan (RKAT) 2018 sebesar Rp 16,5 triliun. Komposisinya, defisit RKAT 2018 sebesar Rp 12,1 triliun dan carry over 2017 sebesar Rp 4,4 triliun. Alternatif dalam penyelesaian defisit tersebut dibahas dalam bab II.

Penerapan INA CBG dalam pembayaran kepada FKRTL membutuhkan perubahan yang fundamental dalam pengelolaan Rumah Sakit. Pembiayaan berbasis INA CBG memberikan insentif yang kuat untuk meningkatkan jumlah kasus yang ditangani dan untuk mengurangi jumlah pelayanan yang diberikan per kasus. Ini berlawanan dengan sistem Fee For Service. INA CBG memberikan insentif kepada Rumah Sakit untuk mengendalikan aktivitasnya terhadap pelayanan yang dibutuhkan dan berlawanan dengan anggaran global – memberikan insentif untuk menangani lebih banyak pasien. Dalam hal kontrol pengeluaran, efek pembiayaan berbasis INA CBG tergantung dari efek mana yang lebih kuat, meningkatkan jumlah kasus atau mengurangi jumlah manfaat pelayanan yang diberikan per kasus.

Dalam perkembangannya, pembiayaan berbasis INA CBG sudah mengalami beberapa kali perbaikan, diantaranya dengan melakukan re-klasifikasi grouper INA CBG yang melibatkan semua spesialisasi kedokteran. Akan tetapi sampai saat ini belum ditemukan kondisi ideal yang dapat mengakomodir semua kepentingan stakeholder dan mengikuti perkembangan iptek di bidang perumahsakitan serta

kemajuan teknologi medis dan non medis. Permasalahan INA CBG dibahas lebih lanjut di bab III.

Penyakit katastrofik adalah penyakit yang berbiaya tinggi, dan apabila disertai komplikasi akan mengakibatkan ancaman hingga membahayakan jiwa. "Penyakit yang high cost, high volume, dan high risk yang menyebabkan banyak para penentu kebijakan mengkhawatirkan terjadinya pembengkakan biaya penyakit sehingga mendapat perhatian khusus dari penyelenggaraan asuransi kesehatan jika mencantumkan penyakit tersebut ke dalam paket manfaatnya. Meskipun demikian karena adanya kesepakatan antara berbagai pihak, penyakit katastrofik akhirnya masuk ke dalam paket manfaat JKN dan dibayar secara top up menggunakan anggaran APBN. Hal itu kemudian terbukti sebagai penyebab utama defisit BPJS Kesehatan. Permasalahan penyakit katastrofik di bahas di bab IV.

Menurut program JKN, seluruh rakyat Indonesia mendapatkan kepastian layanan dan kepastian memperoleh pengobatan sesuai dengan penyakitnya. Kepastian memperoleh layanan kesehatan ini tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan No. 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menyatakan bahwa setiap peserta berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis.

Jika Keputusan Menteri Kesehatan itu dilaksanakan tentu akan membantu mendorong tercapainya program imunisasi untuk anak Balita, ibu hamil dan terbentunya paket manfaat esensial sesuai apa yang di amanatkan oleh UU SJSN No. 40 tahun 2004 pasal 19 ayat 2 misalnya Paket Manfaat esensial untuk ibu hamil dan menyusui, Paket neonates esensial, Paket manfaat esensial untuk balita dll.

Melemahnya nilai tukar Rupiah terhadap dollar US sangat berdampak besar dalam ketersediaan obat di fasilitas kesehatan dalam negeri, terutama untuk mendukung program Jaminan Kesehatan Nasional. Kendala pembiayaan ini menyebabkan stok obat di fasilitas

kesehatan menjadi kosong sehingga banyak perusahaan obat meminta pemerintah untuk menaikkan harga semua jenis obat sebesar 5% hingga 7% dikarenakan utang obat dan alkes JKN yang belum dibayar. Per Juli 2018, utang yang belum dibayar kepada distributor obat yang tergabung dalam GAPFI adalah sebesar 3,5 Trilliun. Permasalahan obat dan alkes di bahas pada bab V.

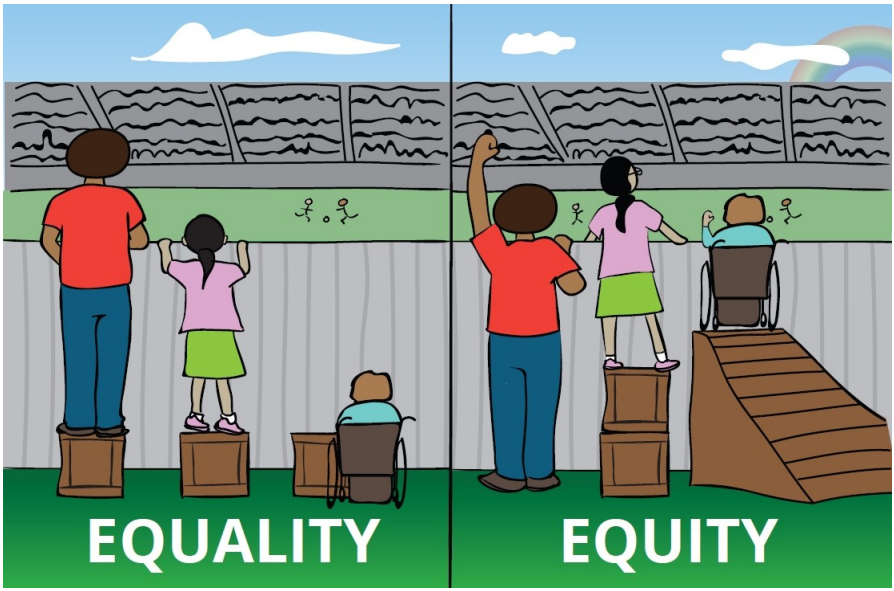
Sistem rujukan seringkali dianggap sebagai faktor penghambat bagi pasien dalam memperoleh pelayanan kesehatan sesuai kebutuhannya, karena dinilai membutuhkan waktu lebih lama, terjadi peningkatan biaya kesehatan, pelayanan kesehatan yang tidak sesuai kompetensi, pasien mengumpul pada beberapa fasilitas pelayanan kesehatan, sehingga akhirnya menurunkan kepuasan pasien.

Pelaksanaan sistem rujukan berjenjang ini juga terkendala faktor geografis, jarak, transportasi, dan keterbatasan fasilitasi pelayanan kesehatan di daerah. Penataan sistem rujukan pelayanan kesehatan ke depan diarahkan melalui regionalisasi rujukan, secara berjenjang dan berbasis kompetensi fasilitas pelayanan kesehatan. Permasalahan sistem rujukan berjenjang di bahas pada bab VI.

Dalam penulisan Buku Putih PERSI ini, masing-masing BAB I-VI diakhiri dengan kesimpulan dan rekomendasi yang menjadi pemikiran PERSI setelah menelaah 6 pokok pembahasan dalam rangka perbaikan sistem yang terkait pelaksanaan Jaminan Kesehatan di Rumah Sakit.

BAB I

REGULASI BIDANG KESEHATAN DI ERA JKN



Sumber: Hasbullah Thabrany, 2014

Gambar 5. Equality dan Equity

Undang-Undang Dasar (UUD) 1945 pasal 28 H ayat (3) menyebutkan bahwa setiap warga Negara Indonesia berhak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan juga berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat. Selanjutnya di dalam pasal 34 ayat (2) dan ayat (3) disebutkan bahwa Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan bertanggung jawab atas fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Sebagai tindak lanjut dari amanah tersebut telah diundangkan Undang-Undang No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang di dalamnya termaktub Program Jaminan Sosial Nasional. Undang-Undang ini juga mengamanahkan bahwa pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial harus dibentuk dengan Undang-Undang. Maka lahirlah Undang-Undang No. 24 tahun 2011 tentang Badan

Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang mengatur lebih lanjut tentang fungsi, tugas, wewenang, hak dan kewajiban BPJS .

Sesuai dengan pasal 18 Undang-Undang SJSN, Program Jaminan Sosial Nasional meliputi 5 (lima) Program Jaminan Sosial yaitu jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun dan jaminan kematian. Sebagaimana disebutkan di dalam pasal 19 ayat (2) Undang-Undang SJSN, tujuan dari Jaminan Kesehatan adalah menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah dimulai sejak 1 Januari 2014 dan diharapkan nanti pada 2019 seluruh rakyat Indonesia telah menjadi peserta program JKN. Selama 5 (lima) tahun perjalanan JKN di Indonesia banyak dinamika yang terjadi di lapangan, tidak hanya masalah terbatasnya dana yang tersedia tetapi juga masalah regulasi yang dirasa terlalu banyak dan sering berganti serta bahkan sering terjadi disharmoni di antara regulasi yang ada dalam pelayanan kesehatan saat ini.

A. BEBERAPA KENDALA REGULASI DI BIDANG KESEHATAN SAAT INI

Kompleksitas peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan saat ini dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain:

1. Adanya ambiguitas dalam pembentukan peraturan perundangan di bidang kesehatan

   Undang-Undang SJSN pasal 24 ayat (3) menyebutkan bahwa BPJS

mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu pelayanan, dan sistem pembayaran pelayanan kesehatan untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas jaminan kesehatan.

Pasal ini memberikan penafsiran bahwa BPJS juga berhak untuk membuat pengaturan tentang pelayanan kesehatan sehingga mengaburkan siapa sebenarnya regulator dalam pelayanan kesehatan, Kementerian Kesehatan ataukah juga BPJS Kesehatan berhak membuat regulasi.

Walaupun sebenarnya di dalam Perpres No. 19 tahun 2016 pasal 43A ayat (3) sudah disebutkan bahwa dalam mengembangkan teknis operasionalisasi sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu pelayanan, dan sistem pembayaran pelayanan kesehatan, BPJS Kesehatan berkoordinasi dengan kementerian/lembaga terkait. Namun, dalam pelaksanaannya koordinasi tersebut sulit untuk direalisasikan dan cenderung berjalan sendiri tanpa adanya koordinasi.

Dengan telah diundangkannya Pepres No. 82 tahun 2018 pada 18 September 2018 diharapkan akan lebih memberikan kejelasan, sebagaimana disebutkan di dalam pasal 57 bahwa pengembangan sistem pelayanan kesehatan oleh BPJS Kesehatan disampaikan kepada Menteri Kesehatan, kemudian Menteri Kesehatan yang menetapkan sistem pelayanan kesehatan Rumah Sakit tersebut.

2. Pengertian Kebutuhan Dasar Kesehatan

Namun, sampai saat ini pengertian tentang kebutuhan dasar kesehatan, belum pernah dijelaskan dan didefinisikan dalam ketentuan peraturan perundangan sehingga menimbulkan penafsiran yang bermacam-macam.

Berikut ini adalah LINK WHO FACT SHEET yang memperlihatkan hal hal penting dalam UHC:

https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)

Together with the World Bank, WHO has developed a framework

to track the progress of UHC by monitoring both categories, taking into account both the overall level and the extent to which UHC is equitable, offering service coverage and financial protection to all people within a population, such as the poor or those living in remote rural areas.

WHO uses 16 essential health services in 4 categories as indicators of the level and equity of coverage in countries:

- **Reproductive, maternal, newborn and child health**
    - family planning
    - antenatal and delivery care
    - full child immunization
    - health-seeking behaviour for pneumonia.
- **Infectious diseases:**
    - tuberculosis treatment
    - HIV antiretroviral treatment
    - Hepatitis treatment
    - use of insecticide-treated bed nets for malaria prevention
    - adequate sanitation.
- **Noncommunicable diseases:**
    - prevention and treatment of raised blood pressure
    - prevention and treatment of raised blood glucose
    - cervical cancer screening
    - tobacco (non-)smoking.
    - Service capacity and access:
    - basic hospital access
    - health worker density
    - access to essential medicines
    - health security: compliance with the International Health Regulations

Gambar 6. Determinant of successful UHC

Sesungguhnya disebutkan di dalam Undang-Undang SJSN pasal 19 ayat (2) bahwa tujuan dari diselenggarakannya Jaminan Kesehatan adalah untuk menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

3. Undang-Undang yang memerintahkan Peraturan Menteri/ Peraturan BPJS sebagai aturan pelaksana.

   Beberapa Undang-Undang memerintahkan langsung pembuatan Peraturan Menteri dan/atau Peraturan BPJS Kesehatan sebagai aturan pelaksana dari Undang-Undang tersebut. Padahal Undang-Undang No. 12 tahun 2011 dengan jelas telah mengatur hierarki hukum yang berlaku di mana kedudukan hukum Peraturan Menteri dan/atau Peraturan BPJS Kesehatan itu jauh di bawah Undang-Undang. Walaupun sesuai dengan pasal 8 dari Undang-Undang No. 12 tahun 2011 peraturan perUndang-Undangan tersebut diakui keberadaannya dan mempunyai kekuatan hukum yang mengikat

sepanjang diperintahkan oleh Peraturan Perundangan yang lebih tinggi atau dibentuk berdasarkan kewenangannya. Namun, hal ini menimbulkan pertanyaan bagaimana kedudukan hukum Peraturan Menteri dan/atau Peraturan BPJS Kesehatan sebagai amanah Undang-Undang Rumah Sakit tersebut?. Akankah Peraturan tersebut kedudukan hukumnya setara dengan PP? ataukah tetap sesuai ketentuan yang disebutkan di dalam pasal 7 ayat (2) berada dibawah Perda ?

Hal seperti ini menimbulkan kerancuan dan ketidakpastian hukum di tengah masyarakat.

4. Disharmoni Peraturan Perundangan

   Banyaknya peraturan perundangan di bidang kesehatan dan juga karena seringnya berubah kadang menciptakan disharmoni antar peraturan perundangan yang ada, karena peraturan dengan hirarki yang lebih rendah tidak segera menyesuaikan dengan peraturan perundangan yang hirarkinya lebih tinggi.

   Beberapa contoh disharmoni peraturan perundangan dapat kita lihat sebagai berikut :

   a. Peraturan terkait kewajiban akreditasi sebagai syarat bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

      Sehubungan Peraturan Menteri Kesehatan No. 99 Tahun 2015 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional, menurut kami terdapat beberapa hal yang perlu diluruskan, yaitu:

      Pasal 41 ayat (1) huruf b Peraturan Menteri Kesehatan No. 99 Tahun 2015 berbunyi: seluruh rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dikecualikan dari persyaratan sertifikat akreditasi sebagaimana dimaksud dalam pasal 7 huruf b angka 6.

      Pasal 41 ayat (3) Peraturan Menteri Kesehatan No. 99 Tahun 2015 berbunyi: Rumah sakit sebagaimana dimaksud pada

ayat (1) huruf b harus menyesuaikan dengan ketentuan dalam Peraturan Menteri ini dalam jangka waktu 5 (lima) tahun sejak Peraturan Menteri ini mulai berlaku, sehingga menjadi jelas bahwa sertifikat akreditasi sebagai syarat wajib untuk melakukan kerja sama dengan BPJS Kesehatan baru dapat diberlakukan pada tahun 2021 dan bukan pada tahun 2019. Hal ini mengingat Peraturan Menteri Kesehatan No. 99 Tahun 2015 mulai berlaku pada tanggal diundangkan yaitu tanggal 8 Januari 2016.

b. Peraturan terkait permintaan melihat rekam medis.

   Di dalam Permenkes No. 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN yang mulai berlaku 1 Januari 2014, pada pasal 38 ayat (4) disebutkan bahwa pada kasus tertentu Tim Kendali Mutu Kendali Biaya (TKMKB) BPJS Kesehatan dapat meminta informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan peserta dalam bentuk salinan/fotokopi rekam medis kepada fasilitas kesehatan sesuai kebutuhan. Hal ini sama dengan yang disebutkan di dalam Per BPJS Kesehatan No.1 tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan pasal 86 ayat (2) huruf a.

   Kalau kita cermati di dalam Undang-Undang No. 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran pasal 47 menyebutkan bahwa rekam medis wajib dijaga kerahasiaannya oleh dokter, dokter gigi dan pimpinan fasilitas kesehatan. Juga disebutkan bahwa isi rekam medis adalah milik pasien. Sebagai aturan pelaksana dari Undang-Undang No. 29 tahun 2004, Permenkes No. 269 tahun 2008 tentang Rekam Medis jelas menyebutkan bahwa isi rekam medis yang menjadi hak pasien adalah dalam bentuk Ringkasan Rekam Medis. Ringkasan Rekam Medis tersebut ditegaskan juga dalam Perpres No. 82 tahun 2018 pasal 78.

c. Peraturan Standar Kompetensi Dokter Indonesia

   Seperti diketahui bahwa berdasarkan Per KKI No. 11 tahun 2012 tentang SKDI, ada 144 jenis penyakit yang dapat

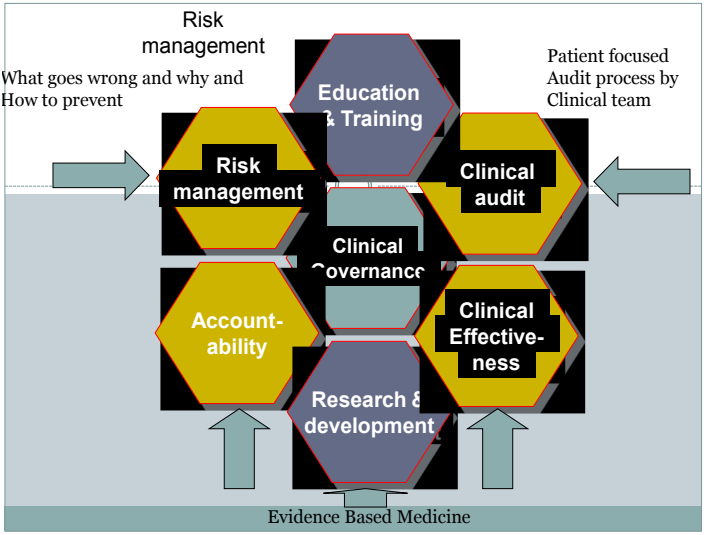
ditangani secara mandiri dan tuntas oleh seorang dokter dengan tingkat kemampuan 4.

Adanya ketidaksesuaian antara perintah pelayanan yang harus diberikan oleh dokter dengan tingkat kemampuan yang dimiliki berdasarkan Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI).

Di dalam Program Rujuk Balik sebagaimana yang diatur di dalam Permenkes No. 28 tahun 2014 di mana ada 9 (sembilan) jenis penyakit yang wajib dirujuk balik apabila kondisinya sudah stabil, namun ternyata dari 9 (sembilan) jenis penyakit tersebut hanya 3 (tiga) penyakit saja yaitu hipertensi, DM dan asma saja yang pada tingkat kemampuan 4 bagi dokter, sementara 6 (enam) penyakit lainnya yaitu penyakit jantung, PPOK, Epilepsi, Skizofren, stroke dan SLE tidak pada tingkat kemampuan 4.

Selain itu juga adanya ketidaksesuaian antara beberapa tingkat kemampuan dalam menangani penyakit yang ada di Keputusan Menteri Kesehatan No. 514 tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinik Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama, dengan tingkat kemampuan yang ada di SKDI. Antara lain misalnya di dalam KMK 514 sifilis stad. 1-2: Tingkat 3A sementara di SKDI Tingkat 4A. Untuk itu diperlukan penyesuaian Permenkes terkait Rujuk Balik.

Clinical Governance adalah sebuah kerangka di mana organisasi pelayanan kesehatan bertanggung jawab untuk senantiasa meningkatkan kualitas layanan dan menjaga standar tinggi asuhan klinis, dengan menciptakan suatu lingkungan di mana asuhan klinis akan berkembang.



Gambar 7. Evidence Based Medicine

d. Peraturan terkait Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan

Permenkes No. 001 tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan mengatur tata cara rujukan pelayanan kesehatan hingga saat ini. Di dalam Permenkes ini disebutkan bahwa pelayanan kesehatan tingkat pertama merupakan pelayanan kesehatan dasar yang diberikan oleh dokter dan dokter gigi di puskesmas, puskesmas perawatan, tempat praktik perorangan, klinik pratama, klinik umum di balai/lembaga pelayanan kesehatan dan Rumah Sakit Pratama. Seperti diketahui bahwa pada saat Permenkes ini dikeluarkan dan hingga sampai saat ini istilah Rumah Sakit Pratama tidak dikenal di dalam tata hukum di Indonesia. Permenkes yang mengatur Klasifikasi Rumah Sakit pada saat itu adalah Permenkes No. 340 tahun 2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit hanya ada istilah Rumah Sakit Kelas D. Istilah Rumah Sakit D Pratama baru muncul pertama kali dalam Permenkes No. 24 tahun 2014 tentang Rumah Sakit D Pratama yang

ditetapkan 28 Mei 2014 dan mulai berlaku 6 Juni 2014. Namun di dalam Permenkes ini juga tetap tidak dikenal istilah Rumah Sakit Pratama. Demikian juga halnya dengan Permenkes No. 56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, tidak menyebut istilah Rumah Sakit Pratama yang ada adalah Rumah Sakit Umum D Pratama.

Hal lain yang perlu juga dicermati adalah bahwa berdasarkan Undang-Undang No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 5 huruf b disebutkan bahwa Rumah Sakit mempunyai fungsi pemeliharan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis. Selanjutnya di dalam penjelasannya disebutkan bahwa yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan paripurna tingkat kedua adalah upaya kesehatan perorangan tingkat lanjut dengan mendayagunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialistik. Sementara itu yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan paripurna tingkat ketiga adalah upaya kesehatan perorangan tingkat lanjut dengan mendayagunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan subspesialistik.

Dengan demikian maka sesuai dengan Undang-Undang No. 44 tahun 2009 pasal 5 beserta penjelasannya maka pelayanan yang diberikan di Rumah Sakit seyogyanya adalah pelayanan tingkat kedua dan ketiga.

Pada saat ini sistem rujukan berjenjang on line yang diterapkan oleh BPJS Kesehatan berdasarkan Peraturan Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan No. 4 tahun 2018 tentang Penyelenggaraan Sistem Rujukan Berjenjang Berbasis Kompetensi Melalui Intergrasi Sistem Informasi, walaupun hingga sampai saat ini belum bisa diundangkan oleh Kementerian Hukum dan HAM namun tetap juga berjalan. Sementara itu Fasilitas Pelayanan Kesehatan cenderung tidak berdaya.

Kita semua berharap agar Sistem Rujukan Terpadu (SISRUTE) yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan yang konon lebih unggul dibanding dengan sistem rujukan on line yang ada, segera bisa ditetapkan dan diundangkan.

5. Standar Pelayanan Kedokteran

   Berdasarkan pasal 44 Undang-Undang No. 29 tahun 2004, menyebutkan bahwa Standar Pelayanan Kedokteran diatur oleh Menteri Kesehatan. Pada tahun 2010 Menteri Kesehatan mengeluarkan Permenkes No. 1438 tahun 2010 tentang Standar Pelayanan yang pada intinya menyebutkan bahwa Standar Pelayanan Kedokteran meliputi Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) dan Standar prosedur Operasional (SPO). PNPK merupakan standar pelayanan kedokteran yang bersifat nasional dan dibuat oleh organisasi profesi yang disahkan oleh Menteri Kesehatan. Sementara itu SPO dibuat dan ditetapkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan serta mengacu pada PNPK.

   Hingga saat ini belum semua jenis pelayanan telah mempunyai PNPK, sementara rancangan PNPK yang dibuat oleh organisasi profesi yang sudah ada di Kementerian Kesehatan pun belum semua disahkan oleh Menteri Kesehatan sehingga pembuatan PPK oleh pimpinan pelayanan kesehatan menjadi terkendala.

   Kiranya perlu dilakukan percepatan pengesahan rancangan PNPK yang sudah ada di Kementerian Kesehatan.

6. Perlindungan hukum bagi tenaga kesehatan dan pengelola Rumah Sakit

   Perlindungan hukum bagi tenaga kesehatan (tenaga medis) disebut dalam beberapa Undang-Undang antara lain seperti Undang-Undang No. 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran pasal 50, Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 27, Undang-Undang No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 29 ayat (1) huruf s, Undang-Undang No. 36 tahun 2014 tentang

Tenaga Kesehatan pasal 57 huruf a, dan juga Undang-Undang No. 38 tahun 2014 tentang Keperawatan pasal 36 huruf a.

Seperti kita ketahui bahwa sesuai Amar Putusan MK No. 82/ Undang-Undang-XIII/2015 atas permohonan judicial review Undang-Undang No. 36 tahun tenaga kesehatan, tenaga medis tidak tunduk pada pengaturan yang ada di dalam Undang-Undang tentang Tenaga Kesehatan.

Secara khusus Undang-Undang No. 36 tahun 2009 pasal 27 ayat (3) menyebutkan bahwa ketentuan mengenai hak dan kewajiban tenaga kesehatan diatur dalam Peraturan Pemerintah. Namun, hingga saat ini sudah lebih dari 9 tahun, Peraturan Pemerintah yang mengatur Hak dan kewajiban tenaga kesehatan itu belum juga diterbitkan.

Di samping perlindungan terhadap tenaga kesehatan, perlindungan hukum terhadap pengelola Rumah Sakit juga sangat penting dan perlu diatur tersendiri.

7. Penyelesaian Sengketa Medis

Di dalam Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 29 disebutkan bahwa dalam hal tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya, kelalaian terebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi. Namun sayang hingga saat ini tata cara mediasi sengketa medis ini belum diatur lebih lanjut dalam peraturan perundang-undangan.

Seperti kita ketahui bahwa Undang-Undang No. 30 tahun 1999 tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa di dalam pasal 5 Undang-Undang No. 30 tahun 1999 disebutkan bahwa:

(1) Sengketa yang dapat diselesaikan melalui arbitrase hanya sengketa di bidang perdagangan dan mengenai hak yang menurut hukum dan peraturan perundang-undangan dikuasai sepenuhnya oleh pihak yang bersengketa.

(2) Sengketa yang tidak dapat diselesaikan melalui arbitrase adalah sengketa yang menurut peraturan perUndang-Undangan tidak

dapat diadakan perdamaian.

Sementara itu di dalam pasal 6 ayat (1) Undang-Undang No. 30 tahun 1999 menyebutkan bahwa: Sengketa atau beda pendapat perdata dapat diselesaikan oleh para pihak melalui alternatif penyelesaian sengketa yang didasarkan pada itikad baik dengan mengesampingkan penyelesaian secara litigasi di Pengadilan Negeri.

Dari uraian di atas dapat diambil kesimpulan bahwa hanya sengketa perdata saja yang bisa diselesaikan melalui arbritase maupun melalui alternatif penyelesaian sengketa yang diatur di dalam Undang-Undang ini. Sementara itu seperti yang kita pahami bersama bahwa sengketa medis tidak hanya mempunyai aspek perdata saja tetapi bisa berdimensi etik, disiplin maupun hukum yang dapat berbentuk sengketa perdata maupun pidana.

Untuk memberikan kejelasan dalam penanganan sengketa medis dan juga untuk menjamin kepastian hukum sebaiknya perlu ditetapkan peraturan perundangan tentang tata cara mediasi sengketa medis. Beberapa saat yang lalu wacana pembentukan mediasi penal untuk sengketa medis telah mulai disuarakan, namun sepertinya wacana itu saat ini nyaris tidak terdengar lagi.

8. Urun Biaya dalam Program JKN

   Urun biaya dalam program JKN disebutkan di dalam Undang-Undang No. 40 tahun 2004 tentang SJSN pasal 22 ayat (2) dan ayat (3) yang berbunyi:

   (2) untuk jenis pelayanan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan peserta dikenakan urun biaya.

   Penjelasan ayat ini menyebutkan bahwa jenis pelayanan yang dimaksud adalah pelayanan yang membuka peluang moral hazard (sangat dipengaruhi selera dan perilaku peserta) misalnya pemakaian obat-obatan suplemen, pemeriksaan diagnostik dan tindakan yang tidak sesuai dengan kebutuhan medis.

Urun biaya harus menjadi bagian upaya pengendalian, terutama upaya pengendalian dalam menerima pelayanan kesehatan. Penetapan urun biaya dapat berupa nilai nominal atau prosentase tertentu dari biaya pelayanan, dan dibayarkan kepada fasilitas kesehatan pada saat peserta memperoleh pelayanan kesehatan.

(3) ketentuan mengenai pelayanan kesehatan dan urun biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) diatur lebih lanjut dalam Peraturan Presiden.

Seperti diketahui bersama bahwa sebelum diundangkannya Perpres No. 82 tahun 2018 urun biaya ini diharamkan oleh beberapa peraturan perundang-undangan dibawah UU. Dengan diundangkannya Perpres No. 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, maka secara resmi urun biaya dalam program JKN telah disetujui untuk diterapkan kecuali bagi peserta PBI, dengan catatan bahwa pengaturan lebih lanjut tentang pelayanan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan, besaran dan tata cara pengenaan Urun Biaya diatur dengan Peraturan Menteri.

Yang menarik untuk dicermati di dalam Perpres No. 82 tahun 2018 khususnya pasal 81 adalah bahwa besaran urun biaya yang dikenakan bagi peserta itu ternyata untuk mengurangkan besaran tagihan klaim yang diajukan oleh Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan sebagaimana disebutkan di dalam pasal 81 ayat (2) sebagai berikut:

"BPJS Kesehatan membayarkan biaya pelayanan kesehatan kepada fasilitas Kesehatan setelah dikurangi besaran Urun Biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1)"

Kalau diperhatikan dengan cermat sepertinya memang ada keanehan dari bunyi ayat (2) ini karena secara logika pada saat peserta meminta pelayanan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan, tentunya fasilitas kesehatan akan mengeluarkan biaya tambahan untuk memenuhi pelayanan yang

diberikan. Tetapi kenapa justru besaran Urun Biaya itu tidak dinikmati dan/atau diterima oleh fasilitas pelayanan sebagai imbalan dari pelayanan yang diberikan kepada peserta, tetapi justru dikurangkan atas klaim yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas pelayanan kesehatan? Bukankah ini merupakan "penderitaan tambahan" bagi fasilitas kesehatan?

Pelaksanaan urun biaya lebih lanjut di atur dalam Permenkes No. 51/2018. Dalam Permenkes tersebut mengatur tentang urun biaya dan selisih biaya.

9. Elektronik Medical Record dan Telemedicine.

   Di era revolusi industri 4.0 perkembangan teknologi informasi telah mencapai perubahan yang sangat pesat dan merupakan kebutuhan mendasar bagi kehidupan umat manusia dibelahan dunia manapun dan tidak terkecuali di Indonesia.

   Permenkes No. 269 tahun 2008 tentang Rekam Medis pasal 2 ayat (1) menyebutkan bahwa Rekam Medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas. Lebih lanjut Permenkes ini juga memberikan amanah untuk mengatur lebih lanjut tentang electronic medical record sebagaimana yang disebutkan di dalam pasal 2 ayat (2) bahwa penyelenggaraan rekam medis dengan menggunakan teknologi informasi elektronik diatur lebih lanjut dengan peraturan tersendiri. Sayangnya, hingga saat ini, sudah lebih dari 10 tahun, peraturan dimaksud dalam pasal 2 ayat (2) tersebut belum juga terealisir.

   Walaupun Undang-Undang No. 11 tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik yang telah diperbarui dengan Undang-Undang No. 19 tahun 2016, pada pasal 5 disebutkan bahwa informasi elektronik dan/atau dokumen elektronik dan/atau hasil cetakannya merupakan alat bukti hukum yang sah. Namun, dengan adanya beberapa kekhususan dalam hubungan dokter-pasien di dalam pelayanan kesehatan maka diperlukan pengaturan yang lebih khusus untuk hal yang berkaitan dengan hubungan dokter-

pasien sesuai Permenkes No. 269 tahun 2008.

World Medical Association juga sangat menaruh perhatian terhadap perkembangan teknologi informasi terutama yang berkaitan dengan telemedicine sebagaimana yang bisa kita lihat dalam beberapa statement dan guideline yang dikeluarkan WMA seperti misalnya WMA Declarationt of Taipei on Ethical Consideration Regarding Health Database and Biobank yang disetujui dalam the 53rd WMA General Assembly, Washington DC USA, October 2002 yang kemudian direvisi dalam the 6th WMA General Assembly, Taipei, Taiwan October 2016, WMA Statement on Guiding Principles for the Use of Telehealth for the Provision of Health Care yang disetujui dalam the 60th WMA General Assembly, New Delhi, India, October 2009, dan juga WMA Statement on the Ethic of Telemedicine yang disetujui dalam the 58th WMA General Assembly, Copenhagen, Denmark, October 2007 yang kemudian di amendemen pada 6th WMA General Assembly, Reykjavik, Iceland, October 2018.

Seiring dengan perkembangan teknologi informasi yang melanda di seluruh belahan dunia termasuk Indonesia dan juga "sudah dimulainya" iklan praktik telemedicine di tayangan media elektronik, maka pengaturan tentang telemedicine dan elektronic medical record sebaiknya segera direalisir.

10. Pajak (PPN) obat rawat jalan

    Hampir 5 tahun program JKN, terjadi permasalahan pada PPN Obat rawat jalan, karena dengan sistem tarif INA CBG di rawat jalan merupakan pake pelayanan mulai dari administrasi, konsultasi dokter, pemeriksaan penunjang serta obat dan alkes. Rumah Sakit kesulitan untuk menghitung harga obat yang dikenakan PPN obat.

    Dirjen pajak masih berpandangan bahwa obat di rawat jalan merupakan transaksi tersendiri yang menjadi subjek PPN obat.

11. Pengaturan secara utuh tentang pencegahan Kecurangan atau Fraud

Pelaksanaan program JKN tidak bisa dipungkiri membuka peluang terjadinya kecurangan atau fraud dalam pelaksanaannya, yang dalam Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan kecurangan itu diidentifikasi dapat dilakukan oleh:

a. Peserta
b. BPJS Kesehatan;
c. Fasilitas Kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan;
d. penyedia obat dan alat kesehatan; dan
e. pemangku kepentingan lainnya.

Dalam Bab II Permenkes No. 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional, telah diatur dengan cukup rinci bentuk-bentuk Tindakan Kecurangan JKN yang dilakukan oleh Peserta, Petugas BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan dan/atau penyedia obat dan alat kesehatan. Namun bentuk-bentuk tindakan kecurangan tersebut masih menimbulkan friksi dikarenakan adanya bentuk-bentuk tindakan kecurangan yang interpretasinya dapat multitafsir.

Disamping itu ketiadaan pengaturan tindakan kecurangan dari aspek hukum pidana menjadikan penegakan hukum atas tindakan kecurangan ini berpontensi merujuk pada tindak pidana umum yang terdapat dalam KUHP maupun tindak pidana khusus korupsi, yang keduanya dinilai tidak dapat mewakili kekhususan tindak pidana kecurangan yang hendak diatur.

Oleh karena itu diharapkan segera dapat disusun UU tentang pencegahan tindakan kecurangan pada Program Jaminan Kesehatan Nasional. Pengaturan delik pidana kecurangan atau fraud hendaknya ditempatkan sebagai ultimum remidium yaitu sanksi pidananya hanya akan ditegakan apabila upaya penegakan sanksi admintratif tidak berjalan efektif atau menemui kegagalan.

Sambil menunggu tersusunnya UU tentang pencegahan tindakan kecurangan, diusulkan perbaikan defenisi dan pengertian kecurangan atau fraud yang tertuang dalam Peraturan Presiden no 82/2018 dan Permenkes no 36/2015 untuk meminimalisir multi tafsir.

B. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

1. Kesimpulan

a. Pembentukan Peraturan Perundang-undangan secara baku diatur dalam Undang-Undang No. 12 tahun 2011

b. Ada beberapa kendala dengan regulasi di bidang kesehatan di Era JKN saat ini antara lain:

   a) Adanya ambiguitas tentang siapa sebenarnya pembuat regulasi di bidang kesehatan di Era JKN,
   b) Pengertian kebutuhan dasar kesehatan yang belum pernah dijelaskan
   c) Adanya disharmoni beberapa regulasi di bidang kesehatan,
   d) Banyak jenis pelayanan kesehatan belum mempunyai PNPK
   e) Belum adanya regulasi tentang Perlindungan hukum bagi Tenaga Kesehatan, termasuk tenaga medis dan juga tentang Mediasi Sengketa Medis
   f) Belum adanya tata cara mediasi sengketa medis
   g) Pengaturan Urun Biaya yang "dirasa aneh"
   h) Belum adanya regulasi untuk electronic medical record dan telemedicine
   i) Perbedaan persepsi antara Dirjen Pajak dengan Rumah Sakit tentang PPN obat rawat jalan menjadi permasalahan yang harus segera di carikan jalan keluarnya

2. Rekomendasi

a. Perlu dibangun komunikasi yang efektif diantara para stakeholder untuk membangun sinergi dalam pembentukan peraturan perundang-undangan demi keberhasilan dan sustainabilitas Program JKN.

b. Diharapkan agar pembuatan peraturan perundang-undangan mengacu pada Undang-Undang No. 12 tahun 2011 yang antara

lain dengan melibatkan peran serta masyarakat sebagaimana diatur di dalam pasal 96 Undang-Undang No. 12 tahun 2011.

c. Agar segera dilakukan revisi beberapa regulasi yang saling tumpang tindih dan Disharmoni, seperti:
   a) UU No. 40/2004 tentang SJSN
   b) UU No. 44/2009 tentang Rumah Sakit
   c) UU No. 36/2009 tentang Kesehatan
   d) UU No. 24/2011 tentang BPJS, khususnya BPJS Kesehatan
   e) Berikut regulasi turunannya.

   Untuk menghindari kerancuan dan demi menjamin kepastian hukum

d. Agar segera ditetapkan peraturan perudangan sebagai pelaksana dari Undang-Undang dan/atau peraturan perundangan yang lebih tinggi hirarkinya

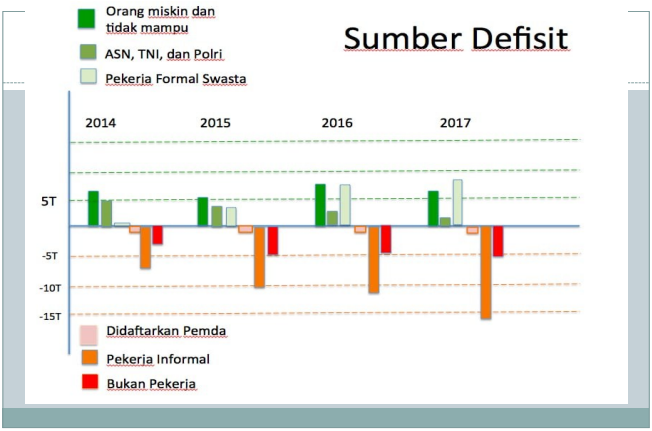
e. Dirjen Pajak segera membuat edaran ke seluruh Kantor Pelayanan Pajak bahwa obat dan alkes di rawat jalan khusus pasien JKN bebas PPN

f. Sambil menunggu tersusunnya UU tentang pencegahan tindakan kecurangan, diusulkan perbaikan defenisi dan pengertian kecurangan atau fraud yang tertuang dalam Peraturan Presiden 82/2018 dan Permenkes no 36/2015 untuk meminimalisir multi tafsir.

BAB II PEMBIAYAAN BERORIENTASI MUTU PELAYANAN DAN KESELAMATAN PASIEN

Pembiayaan Berkelanjutan merupakan rangkuman pandangan dan pendapat nara sumber dalam menyikapi defisit dalam periode lima tahun pertama, diikuti dengan menyampaikan solusi agar supaya program JKN dapat dilaksanakan secara berkesinambungan sesuai amanat Undang-Undang SJSN. Rumah Sakit sebagai salah satu elemen terdepan melaksanakan pelayanan kesehatan, berhak memperoleh pembiayaan yang bersumber dari Dana Jaminan Sosial Kesehatan, dan sumber lain agar supaya berkemampuan efektif memenuhi keselamatan pasien dengan pelayanan bermutu.

Sejak defisit JKN di kuartal ke empat tahun 2017 mulai terasa, mengakibatkan akumulasi tunggakan klaim Rumah Sakit yang sangat mempengaruhi pelayanan kepada peserta. Seolah terbelenggu oleh Pilpres tahun 2019, dari tiga opsi normatif sebagaimana diatur dalam Peraturan



Sumber : Laksono Trisnantoro, 2018

Tabel 1. Sumber defisit

Pemerintah No. 87 tahun 2013 (pasal 38), Pemerintah melanjutkan kebijakan "tidak menaikkan iuran dengan konsekuensi memenuhi pasal 48 Undang-Undang SJSN". Defisit JKN yang mencapai puluhan triliun rupiah dengan segala dampaknya, mengundang pandangan, pendapat pakar, pengamat dan publik di berbagai media, yang cenderung untuk menaikkan iuran dengan alasan iuran PBI yang ditetapkan tidak memenuhi tingkat iuran perhitungan aktuaria yang berbasis data empiris tahun 2013.

Pendapat naik iuran, umumnya mengabaikan atau tepatnya tidak mendalami penyebab defisit, yang menafikan keseimbangan pembiayaan pada enam kelompok peserta, yang pada bulan April 2019 berjumlah 220 juta jiwa, dengan catatan peserta aktif yang membayar iuran per Oktober 2018 adalah sebesar 186 juta jiwa.

Padahal, keseimbangan pembiayaan berakibat langsung pada pelaksanaan prinsip keadilan sosial dalam penggunaan APBN, mengingat sumber iuran JKN 60% masih bersumber pada PBI yang menjadi beban APBN. Penyebab lain defisit yang diabaikan pembahasannya adalah aspek keberlanjutan kepesertaan yang di Oktober 2018 dilaporkan mengalami penurunan peserta yang membayar iuran sebanyak 16 juta jiwa. Patut dicatat bahwa peserta yang terhenti membayar iuran, dapat beralih kepesertaan sebagai PBI setelah melalui prosedur tertentu.

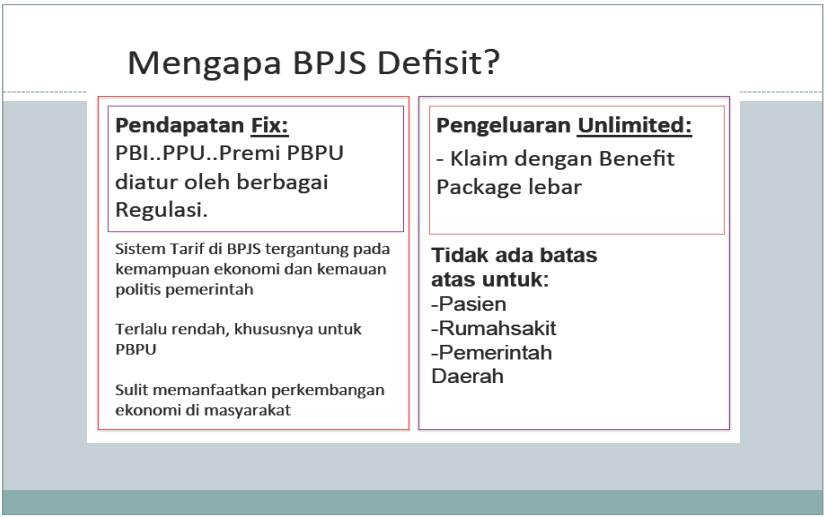
NO.	SEGMEN	2014			2015			2016			2017		
		IURAN	BEBAN	SELISIH	IURAN	BEBAN	SELISIH	IURAN	BEBAN	SELISIH	IURAN	BEBAN	SELISIH
1	Orang miskin dan tidak mampu	19,932.5	13,734.5	6,198.0	19,884.0	14,627.2	5,256.8	24,814.3	17,462.9	7,351.4	25,362.8	20,673.2	4,689.6
2	Didaftarkan Pemda	1,352.0	2,806.7	(1,454.6)	2,363.4	4,046.6	(1,683.2)	3,664.3	4,892.2	(1,227.9)	5,205.2	6,889.4	(1,684.2)
3	ASN, TNI, Polri	12,680.4	7,811.3	4,869.1	13,309.8	9,778.7	3,531.1	13,750.3	10,941.1	2,809.2	13,820.8	12,792.0	1,028.8
4	Pekerja formal swasta	3,545.2	3,370.1	175.2	10,804.3	7,646.8	3,157.5	17,826.8	10,631.5	7,195.3	21,490.5	13,748.3	7,742.2
5	Pekerja informal	1,885.4	10,401.0	(8,515.6)	4,674.9	15,349.4	(10,674.5)	5,726.0	17,278.2	(11,552.2)	6,716.6	23,337.3	(16,620.7)
6	Bukan Pekerja	1,324.4	4,535.1	(3,210.7)	1,654.7	5,634.6	(3,979.8)	1,622.3	6,081.5	(4,459.2)	1,650.7	7,004.6	(5,353.9)
	TOTAL	40,720.0	42,658.7	(1,938.7)	52,691.1	57,083.3	(4,392.2)	67,404.0	67,287.4	116.7	74,246.6	84,444.9	(10,198.2)

Tabel 2. Defisit DJS Kesehatan

Defisit DJS Kesehatan (Rp. Miliar belum termasuk Dana Operasional)

- Peserta didaftarkan Pemda
  - Penduduk yang didaftarkan Pemda cenderung yang memiliki risiko tinggi (adverse selection)
- Pekerja Informal
  - Pekerja informal yang mendaftar cenderung berisiko tinggi (adverse selection)
  - Jumlah Peserta yang rutin membayar iuran hanya 54%
- Bukan Pekerja
  - Sebagian besar (+-93%) adalah pensiunan ASN, TNI dan Polri yang usia lanjut dan berisiko tinggi terhadap penyakit

Sumber : Presentasi Badan Kebijakan Fiskal Kemenkeu, 2018



Sumber : Laksono Trisnantoro, 2018

Gambar 8. Mengapa defisit

Ulasan berikut merupakan ringkasan kumpulan komentar dan pendapat serta tulisan di media dan atau presentasi oleh Prof. dr. Hasbullah Thabrany. PhD, Prof. dr Laksono Trisnantoro. PhD, Badan Kebijakan Fiskal (BKF) Kementerian Keuangan, Prof. Dr. Budi

Hidayat SKM, drg. Usman Sumantri, MPPM serta dialog dalam webinar PERSI sehubungan pelaksanaan lima tahun JKN.

A. Tiga benang merah pendapat Prof. dr Laksono Trisnantoro. PhD dalam menilai pelaksanaan 5 tahun JKN, adalah :
   1. Single pool mengakibatkan penggunaan iuran 96 juta PBI oleh PBPU mampu yang dalam 4 tahun pertama mencapai selisih minus Rp. 47.480.700.000.000,- (Total Beban Rp.66.365.700.000.000,- – Total Iuran Rp.18.885.000.000.000,-).
   2. Agar sumber pembiayaan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit, di samping bersumber dari BPJS Kesehatan, juga diperoleh lebih banyak lagi dari GDP kita yang dalam tahun 2019 dapat mencapai Rp 14 ribu triliun. Kita harus menemukan cara agar Rumah Sakit, nakes, farmasi serta alat kesehatan mendapat peluang mengembangkan kualitas pelayanan bagi seluruh lapisan penduduk dengan berbagai tingkat kemampuan dan kebutuhannya.
   3. Dibutuhkan langkah yang efektif, untuk melakukan pemerataan fasilitas kesehatan dan nakes ke wilayah timur dan wilayah terpencil lainnya, untuk memenuhi prinsip keadilan sosial sebagaimana tercantum dalam Undang-Undang SJSN.

B. Badan Kebijakan Fiskal Kementerian Keuangan menyampaikan tiga strategi kebijakan dalam mengatasi defisit JKN, yang berbasis normatif peraturan perundangan yaitu:
   1. Menyesesuaikan iuran yang terjangkau dengan memperhatikan tax rasio, daya beli kemampuan dan kemauan bayar serta daya saing dunia usaha;
   2. Optimalisasi pendapatan semisal penyesuaian tarif untuk ASN, TNI dan Polri dan dari gaji pokok menjadi take home pay dan kenaikan wajar batas atas upah;
   3. Efisiensi biaya yaitu meliputi penyesuaian kelas layanan

dengan hak manfaat sampai dengan kelas-2 karena layanan pada kelas-1 tidak layak memperoleh subsisdi dari APBN serta pengembangan global budget.

Pendapat BKF berbasiskan analisis rasio total penerimaan iuran dibandingkan dengan total pembiayaan manfaat pada 6 (enam) kelompok peserta JKN, dengan mengolah data dan informasi berbagai sumber.

C. Dalam tulisan di media maupun dialog webinar Buku Putih PERSI dengan moderator Dr. dr. Supriyantoro, SpP MARS, Prof. dr. Hasbullah Thabrany, PhD mengemukan bahwa sumber Dana Jaminan Sosial adalah "dana publik" yang bersumber pada iuran peserta dan sumber lain dimaksud Undang-Undang SJSN. Sumber selain iuran disampaikan:

1. Earmark tax melalui kenaikan pajak rokok dan penambahan "dana JKN" pada setiap perpanjangan STNK motor dan mobil dengan besaran Rp.60.000,- s.d Rp.100.000,-, dan sebesar Rp.500.000,- untuk mobil mewah 3000 cc keatas.
2. Co-payment pada FKTP Rp.20.000,- setiap kunjungan, dan Rp.30.000,- setiap kunjungan FKTL. Sedangkan tindakan operasi dan atau rawat inap FKTL diatur tersendiri dengan prinsip urun biaya bila dilakukan diluar "kelas standar".
3. Pengembangan diskusi dikemukakan, bahwa untuk pelaksanaan pasal 19 s.d 23 Undang-Undang SJSN diwacanakan manfaat kelas-3 bagi PBI dan peserta lain kelas-2 dengan iuran Rp.69.893,-/orang/bulan (berdasarkan perhitungan Prof. Dr. Budi Hidayat, SKM) serta berhak naik kelas saat menggunakan layanan FKTL dengan membayar selisih biaya langsung ke Rumah Sakit dan atau menggunakan polis asuransi.

D. Dalam Seminar Refleksi Lima Tahun JKN yang diselenggarakan PERSI pada 21 Januari 2019, di Aula Badan PPSDM Kemenkes drg.

Usman Sumantri MPPM, sebagai pembicara menyimpulkan pendapat:

1. Agar iuran ASN 5% dikaji ulang, dengan mengubah penghitungan iuran dari gaji pokok dengan tanggungan sampai 5 anggota keluarga, dinaikkan menjadi 6% gaji take home pay. Sebagai referensi pembanding disampaikan bahwa dalam pengalamanan program ASKES, tingkat iuran 5% gaji pokok yang ditanggung adalah empat jiwa disamping pemberlakuan cost sharing bagi peserta.
2. Ceiling iuran Peserta Penerima Upah sebesar tujuh juta rupiah (5% dari 7 juta rupiah upah) dinilai sangat kecil karena rata-rata upah 3,5 juta Rupiah/bulan. Akibatnya tidak terjadi cross subsidi, dan diusulkan ceiling menjadi Rp 20 juta atau 25 juta, untuk memenuhi keadilan sosial.
3. Disamping menaikkan iuran PBPU, juga dilakukan perbaikan data PBI mengingat iuran tersebut dibiayai APBN melalui anggaran sektor kesehatan melalui Kementerian Kesehatan. Disampaikan pula bahwa retensi (kolektibilitas) PBPU sangat rendah hanya 54%.
4. Disampaikan juga peserta JKN tidak ada kenaikan kelas, dan bagi mereka yang meminta dirawat tidak sesuai dengan iurannya dan minta naik kelas perawatan maka diharuskan membayar penuh langsung kepada Rumah Sakit. Tujuan kebijakan tersebut adalah untuk menghindari orang mampu justru memanfaatkan subsidi melalui sistem JKN.
5. Pemda yang fiskalnya rendah sebaiknya tidak ada Jamkesda tapi utamakan perbaikan infrastruktur pelayanan kesehatan. Kemampuan Dana Pusat agar adil lebih banyak membantu daerah fiskal rendah sedangkan daerah yang mampu subsidi dihentikan secara bertahap secara adil.
6. Sistem rujukan tidak boleh kaku yang menyebabkan akses pelayanan kepada peserta justru terganggu. Tujuan sistem rujukan adalah untuk meningkatkan keadilan dalam akses

pelayanan yang belum merata. Bagi mereka yang dari Puskesmas langsung dirujuk ke Rumah Sakit AB dibenarkan dengan cost-sharing sebesar 60 atau 70%, yang tidak diberlakukan bagi PBI.

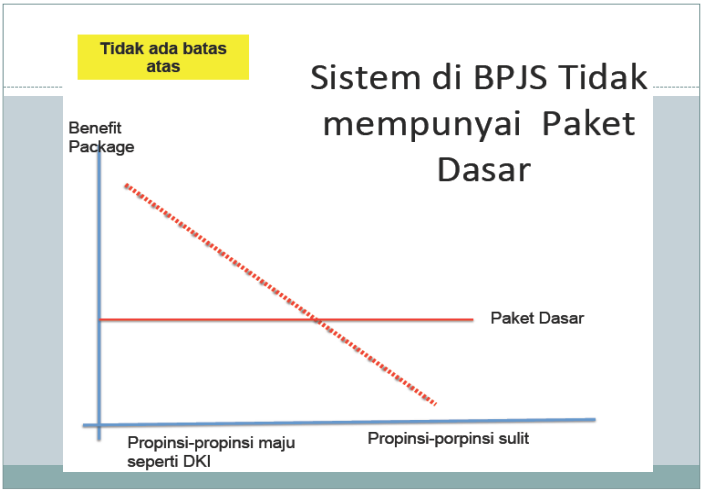
7. Berikan kepercayaan kepada BPJS Kesehatan untuk mengatur dan mengelola JKN secara luas sesuai amanat Undang-Undang SJSN, sehingga menghilangkan kesan adanya kementerian JKN.
8. Fungsikan DJSN sesuai dengan Undang-Undang SJSN

Melengkapi benang merah pendapat dari keempat sumber diatas dapat dicatat beberapa hal dan aspek berikut:

Tiga elemen yang saling bertautan (trilema) penyelenggaraan JKN terdiri dari:

1. Kemampuan pembiayaan bersumber dari APBN dan daya saing
2. Jenis dan tingkat manfaat hak peserta,
3. Jaminan keberlanjutan program oleh negara

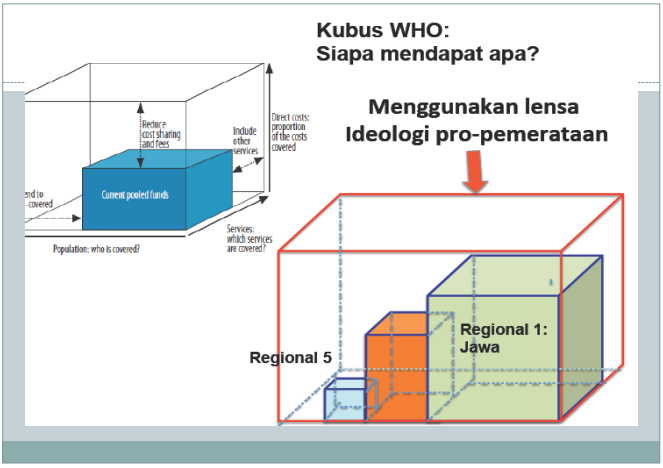
Pertama : manfaat berupa jaminan kesehatan diselenggarakan berdasarkan prinsip asuransi sosial dan ekuitas yaitu kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis yang tidak terikat dengan besaran iuran yang telah dibayarkan. Dalam membuat turunan pasal ini, terjadi wacana tarik menarik antara manfaat seluas dan sebesar mungkin yang melupakan kedua prinsip diatas dan kelas-standart dimaksud pasal 23 yang memberikan kesempatan bagi peserta memilih kelas lain dengan membayar sendiri selisih biaya dan atau memiliki polis asuransi tambahan, bagi penduduk mampu secara finansial. Mengingat manfaat JKN dilaksanakan dalam bentuk "pelayanan kesehatan" maka regulasi turunan (Perpres kebawah) juga harus memenuhi kaidah yang diatur oleh Undang Undang Kesehatan, Undang Undang Rumah Sakit dan bahkan Undang Undang Otonomi Daerah serta regulasi Keuangan Negara.



Sumber : Laksono Trisnantoro, 2018

Tabel 3. Sistem di BPJS Kesehatan tidak mempunyai paket dasar

Kebutuhan Dasar Kesehatan merupakan hak masyarakat yang menjadi Peserta JKN/KIS (mengacu pada anjuran WHO, lihat Halaman 12.

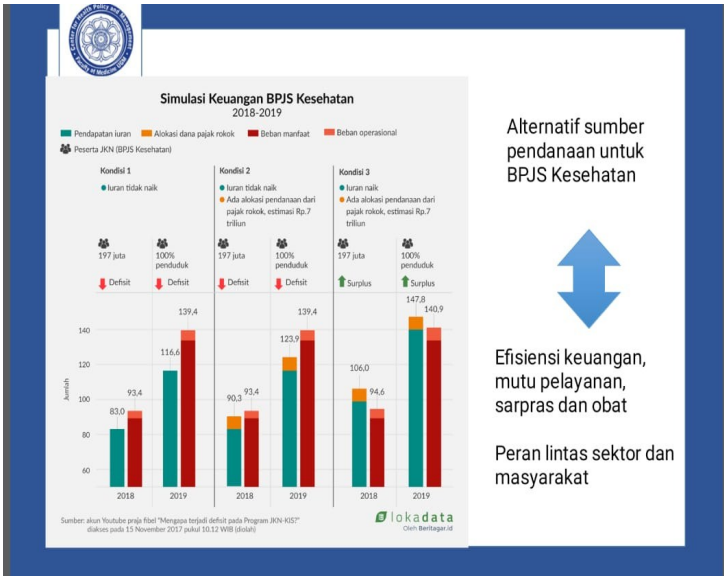


Sumber : Laksono Trisnantoro, 2018

Tabel 4. Siapa mendapat apa ?

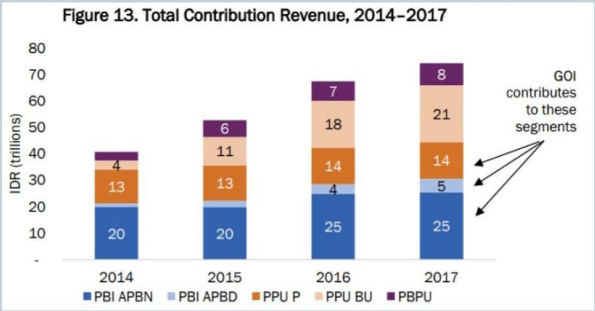
Ketiga pasal Undang-Undang SJSN tersebut diatas memberikan ruang bagi penduduk berkemampuan secara keuangan patuh pada kewajiban membayar iuran JKN dan sekaligus membuka ruang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan dan kemampuan individu masing masing. Pasal ini juga membuka peluang industri Rumah Sakit dengan seluruh tenaga kesehatan dan lainnya di Rumah Sakit untuk mengembangkan kemampuan dan kapasitasnya secara berkesimbungan.

Kedua : jenis dan tingkat iuran, menimbulkan pilihan dilematis antara terjangkau dan murah serta keadilan. Mengacu pada pasal 17 Undang Undang SJSN, tingkat dan jenis iuran tidak berdiri sendirian, melainkan berkaitan erat dengan jenis dan manfaat sebagaimana diatur pasal 19 sd 23 yang justru sangat tergantung pada regulasi turunannya. Disamping itu, sangat penting dijadikan pertimbangan dalam menetapkan jenis dan tingkat iuran adalah "pertumbuhan kemampuan keuangan dan daya beli" APBN maupun dunia usaha serta pekerja (sektor) informal dari waktu kewaktu.



Tabel 5. Alternatif sumber pendanaan untuk BPJS Kesehatan

Ketiga : Kemampuan dan kebijakan APBN dari waktu ke waktu akan mempengaruhi tingkat iuran PBI dan kemampuan negara dalam menjamin keberlanjutan program yang dalam UNDANG-UNDANG SJSN dituangkan dalam pasal 48.



Tabel 6. Total contribution revenue

E. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

1. Kesimpulan

a. Jumlah peserta terdaftar per April 2019 sebanyak 220 juta jiwa, maka jumlah penduduk yang masih harus didaftar diperkirakan 40 juta jiwa terdiri PBPU yang memiliki kemampuan keuangan, PPU beserta keluarganya. Ditinjau dari sumber penerimaan iuran di masa datang, jumlah peserta aktif per Oktober 2018 berjumlah 186.107.003 jiwa akibat dari terdapat 16 juta PBPU dan sebagian PPU yang menunggak iuran dan berpotensi menjadi peserta non aktif akan beralih sebagai PBI.

b. Dari segi keseimbangan pembiayaan dilaporkan bahwa Premi Per Orang Per Bulan/PPOPB (dengan menggunakan pembagi peserta aktif) sebesar Rp.34.119,- sedangkan Biaya

Per Orang Per Bulan/BPOPB (menggunakan pembagi total peserta terdaftar) adalah Rp.39.744,- di tahun 2017. Dengan demikian maka selisih (kurang) antara Premi/iuran dengan Biaya Per Orang Bulan adalah Rp.5.625,- Rincian selisih tersebut menurut kelompok peserta, adalah sebagai berikut.

Rasio kecukupan dana (premi/biaya per orang per bulan/ PPOPB), pada kelompok PBI-APBN adalah 120 %, artinya iuran mencukupi untuk membiayai manfaat pelayanan kesehatan yaitu Rp.23.000,- terhadap Rp.19.193,-; sementara itu di tahun yang sama, rasio pada pekerja mandiri/Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) yang mampu membayar iuran sendiri, mengalami selisih minus, yaitu peserta kelas-1 adalah 55% yaitu iuran Rp.80.000,- terhadap beban Rp.145.048-. Sedangkan kelas-2 adalah 53 %, yaitu Rp.51.000,- terhadap Rp. 96.424,-

Rasio biaya kesehatan pesiunan PNS direntang tertinggi 46% dikelas-2; dikelas-3 adalah 39 %, dan di kelas-1, adalah 41 %, yaitu antara Rp. 64.123,- terhadap Rp.154,603,-

2. Rekomendasi

Dari uraian diatas, dalam upaya mencapai keseimbangan pembiayaan JKN, mencakup 10 strategi yaitu:

a) Meninjau kenaikan iuran yang dihubungkan dengan manfaat sesuai Undang-Undang SJSN, dan atau berbasiskan regulasi sampai Perpres No. 82 tahun 2018.

b) Dampak opsi a. terhadap daya tahan dan eksistensi Rumah Sakit dalam memenuhi keselamatan dan mutu layanan pasien serta pengembangannya berbasis dinamika teknologi kesehatan.

c) Bagi peserta JKN tidak ada kenaikan kelas. Bagi mereka yang

meminta dirawat tidak sesuai dengan iurannya dan minta naik kelas perawatan maka harus membayar penuh. Tujuan untuk menghindari orang mampu justru memanfaatkan subsidi JKN. Dari tahun 2016, Tarif INA CBG belum disesuaikan sementara beban operasional rumah sakit (UMR), inflasi, dan biaya lainnya tiap tahun terus naik) sehingga memberatkan beban operasional rumah sakit.

d) Mendalami ketimpangan pelaksanaan prinsip keadilan sosial akibat single pool dalam pelaksanaan JKN. Di samping kenaikan iuran JKN, untuk menutupi deficit BPJS Kesehatan tidak kalah penting adalah penyesuaian Tarif INA CBG agar sesuai nilai keekonomian.

e) Mengidentifikasi sumber pendapatan Rumah Sakit selain dari pelayanan pada peserta BPJS Kesehatan.

f) Penguatan efektifitas kebijakan untuk memeratakan fasilitas kesehatan dan nakes kewilayah timur Indonesia.

g) Optimalisasi pendapatan iuran (kolektabilitas) maupun sumber lain.

h) Efisiensi pembiayaan dalam penyelenggaraan dengan berbasis pada pemenuhan hak kebutuhan dasar kesehatan peserta.

i) Mendalami Dana Jaminan Sosial sebagai "dana publik" yang bersumber pada iuran peserta dan sumber lain seperti "earmark tax" melalui kenaikan pajak rokok dan "dana JKN" pada setiap perpanjangan STNK motor dan mobil serta co-payment pada FKTP dan FKTL setiap kunjungan. Selisih biaya untuk tindakan operasi dan atau rawat inap FKTL diatur tersendiri dengan prinsip urun biaya bila dilakukan diluar "kelas standar".

j) Penguatan peran FKTP dalam melaksanakan fungsi UKM dan dampaknya pada pelayanan Rumah Sakit .

Dampak dari kesepuluh rangkuman solusi di atas adalah sebagaimana diuraikan berikut:

a) Menaikkan iuran yang dihubungkan dengan manfaat sebagaimana diatur Perpres No. 82 tahun 2018, diperkirakan berdampak sebagai berikut:
   i. Dengan kenaikan iuran PBI menjadi Rp.30.000,-/bulan per orang maka APBN 2019 membutuhkan dana bagi 110.000.000 penduduk miskin tak mampu sebesar: Rp.360,000,- x 110.000.000,- = RP. 39.6 triliun,- dan iuran tersebut kemungkinan akan dibebankan pada anggaran APBN untuk kesehatan tahun 2019 : Rp 122 triliun
   ii. Akibat pembebanan iuran JKN melalui Anggaran Kesehatan, sangat mungkin mengganggu efektivitas pembiayaan infrastruktur kesehatan (termasuk nakes), dan program UKM serta pembiayaan penyakit tertentu seperti paru, HIV/AIDS dan sebagainya.
   iii. Kenaikan iuran PBI menjadi beban PBI yang didaftar Pemda, yang beresiko peningkatan penunggakan iuran PBI oleh Pemda.
   iv. Dengan pendapatan iuran 39,6 triliun dari APBN apakah tahun 2019 dan seterusnya tidak terjadi defisit Dana Jaminan Sosial JKN?
   v. Kenaikan iuran pada "PBPU mampu" khususnya kelas 2 dan kelas 1, akan efektif menambah pendapatan BPJS Kesehatan dan menurunkan rasio klaim penyakit katastrofik? Berikut kemungkinan skenario akibat menaikkan iuran PBPU mampu:
      - Fakta menunjukkan bahwa umumnya PBPU mampu mendaftar dalam kondisi sakit, dan juga diketahui di tahun 2018 menunggak iuran 15 juta peserta. Dengan kenyataan itu menaikkan iuran PBPU mampu berisiko menurunkan "willingness to pay".
      - Menaikkan iuran berhubungan langsung dengan daya beli (membayar iuran), sehingga dibutuhkan masukan kongkrit korelasi antara keduanya.
      - Dengan kenaikan iuran JKN, akan mempersempit

kemampuan PBPU mampu dan PPU membayar premi asuransi tambahan maupun membayar selisih biaya. terhadap daya tahan dan eksistensi Rumah Sakit dalam memenuhi keselamatan dan mutu layanan pasien serta pengembangannya berbasis dinamika teknologi kesehatan. Keadaan tersebut mempersempit Rumah Sakit memperoleh sumber pendapatan selain dari BPJS Kesehatan.

b) Peninjauan iuran dengan kebijakan relaksasi yaitu memberikan pilihan bagi perusahaan sesuai dengan kondisi cash flow dan peraturan perusahaan masing- masing, sebagai berikut:
   i. Pilihan mengurangkan beban iuran JKN, yaitu perusahaan dapat memilih dengan tingkat iuran karyawan 0,5% dan perusahaan 2,5% upah dengan manfaat kelas-3; dan untuk memenuhi Perjanjian Kerja Bersama (PKB) atau peraturan pada saat karyawan/keluarganya membutuhkan operasi dan atau rawat inap di Rumah Sakit, perusahaan dapat menggunakan kelas lain dengan membayar langsung ke Rumah Sakit dan atau menggunakan manfaat polis asuransi.
   ii. Bagi perusahaan dengan karyawan lebih dari 50% bujangan, diberi kesempatan membayar iuran bujangan 3% upah.

   Dengan kebijakan relaksasi, diharapkan kepatuhan kepesertaan PPU dapat meningkat dari saat ini 12 juta karyawan, dari 31.640.352 peserta per Oktober 2018 menjadi 20 juta karyawan.

c) Melaksanakan saran seminar PERSI Refleksi 5 Tahun JKN, adalah dengan mengacu pada sistem asuransi sosial di Jepang dan Thailand, yaitu peserta asuransi-sosial JKN tidak ada kenaikan kelas, dengan hak memilih kelas perawatan lain. Untuk itu yang bersangkutan membayar sendiri ke Rumah Sakit.
   i. Bagi Rumah Sakit, pilihan kebijakan tersebut akan membuka kesempatan memperoleh pendapatan di samping dari BPJS Kesehatan.
   ii. Bagi perusahaan yang memiliki kemampuan keuangan

berupa peraturan perusahaan, dapat naik kelas sesuai dengan peraturan perundangan ketenagakerjaan (UU No.13 tahun 2003).

iii. Pemerintah memberlakukan ASN, TNI, Polri sesuai peraturan ASN yang bertindak sebagai pemberi kerja.

iv. Membutuhkan persiapan sosialisasi dan diseminasi publik

d) Tahapan menggeser single-pool dalam pelaksanaan JKN membutuhkan landasan hukum sampai tingkat melakukan amandemen Undang Undang SJSN tahun 2004 dan Undang Undang BPJS tahun 2011.

- Industri Rumah Sakit cenderung bersikap mewaspadai dan mengikuti perkembangan yang terjadi.

e) Meningkatkan belanja kesehatan dengan menggeser pola pembelanjaan masyarakat, melalui inovasi mutu dan jenis pelayanan Rumah Sakit .

- Dibutuhkan dukungan regulasi dan peran pemerintah secara komprehensif.
- Penguatan komitmen pemangku kepentingan merumuskan jasa unggulan pada masing masing Rumah Sakit.
- Pemerintah berperan memberikan insentif dan dukungan kebijakan untuk pengembangan keahlian spesialistik dan sub spesialistik dan sebaran tenaga kesehatan, farmasi serta alat kesehatan serta regulasi perpajakan.

f) Penguatan efektifitas kebijakan untuk meratakan fasilitas kesehatan dan nakes ke wilayah timur dan terpencil lainnya untuk keadilan fasilitas kesehatan.

- Industri Rumah Sakit melakukan antisipasi dampak prinsip pemerataan yang akan mempengaruhi kesempatan Rumah Sakit memperoleh tenaga kesehatan.

g) Optimalisasi pendapatan iuran maupun sumber lain sebagai dana publik dalam bentuk earmark tax antara lain pajak dosa tembakau dan pajak kendaraan bermotor pada tingkat tertentu.

i. Pasal 48 Undang-Undang SJSN memperkuat argumen

bahwa DJS Kesehatan, merupakan "dana amanat" dengan pengertian iuran dan penggunaannya sebagai manfaat hak peserta, wajib dirumuskan/diatur sesuai dengan prinsip keadilan sosial (bukan keadilan berbasis kemampuan individual), untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Dalam rangka ini, perlu didalami apakah dimaksud dalam pasal 1 (7) dan pasal 48 UU SJSN termasuk memungkinkan diatur earmark tax dimaksud.

ii. Dalam konteks keadilan sosial, maka regulasi Kemenkes penghapusan obat kanker dapat memperoleh pembenaran. Obat yang dihentikan tersebut mencapai dua miliar rupiah untuk mempertahankan kehidupan 3 bulan seorang penderita, yang jauh lebih bermanfaat jika digunakan untuk membiayai penderita yang memiliki harapan sembuh. Sesuai dengan regulasi, penderita dimaksud tetap mendapat haknya dengan pengobatan yang sesuai.

h) Efisiensi pembiayaan dalam penyelenggaraan dengan berbasis pada hak kebutuhan dasar kesehatan peserta.

i. Efisiensi pembiayaan dalam bentuk strategic purchasing, membutuhkan kajian dan uji coba dan uji publik sebelum diberlakukan secara nasional dengan kemungkinan pengecualian pada wilayah tertentu.

ii. Efisiensi penyelenggaran, harus berbasis pelaksanaan pasal 17, 19;21; 21;22; 23; dan 48 secara komprehensif.

i) Penguatan peran FKTP dalam melaksanakan fungsi UKM, serta perbaikan data PBI.

- Agar dipertimbangkan untuk mengubah politik anggaran kesehatan nasional yang berhubungan erat dengan kewenangan Pemerintah Daerah, Kemendagri, Kemenkes, Kemendiknas, Kemenristek dan kementerian terkait.

BAB III MANAGED CARE dan INA CBG

Pelaksanaan program JKN memerlukan beberapa mekanisme salah satunya adalah dengan penerapan pola pembayaran yang bersifat prospektif. Mengacu pada Peraturan Presiden No. 12 tahun 2013, pola pembayaran prospektif yang digunakan pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL) telah ditetapkan, yaitu dengan Indonesian Case Base Group (INA-CBG). Pembayaran berbasis INA-CBG adalah pembayaran sistem casemix atau dikenal sebagai Diagnostic Related Group (DRG), berupa pembayaran paket yang mencakup semua aspek pelayanan, yaitu pemeriksaan medis, obat, alat kesehatan, pemeriksaan penunjang, tindakan/prosedur, rawat inap dan lainnya, melalui pengelompokan diagnosis dan prosedur berdasarkan ciri klinis dan penggunaan sumberdaya yang mirip atau sama.

Pembayaran dengan sistem casemix sudah diterapkan di Indonesia sejak tahun 2008 sampai dengan tahun 2013 melalui program Jamkesmas. Pada akhir tahun 2013 lebih dari 1.200 Rumah Sakit yang bekerja sama dalam program Jamkesmas menggunakan pola pembayaran INA-CBG dalam pengajuan klaimnya. Sejak Januari 2014 INA-CBG menjadi pola pembayaran yang diterapkan dalam JKN dengan jumlah Rumah Sakit yang jauh lebih banyak daripada dalam program Jamkesmas. Per tanggal 1 Februari 2018 sebanyak 217.549.455 peserta JKN dilayani oleh 2.243 FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dan memperoleh pembayaran dengan pola INA-CBG.

Tarif INA-CBG yang berlaku saat ini dalam program JKN ditetapkan melalui Peraturan Menteri Kesehatan No. 52 tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan yang disusun oleh Tim Teknis INA-CBG Kementerian Kesehatan. Tarif INA-CBG meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat

inap dan terdiri dari 4 kelas Rumah Sakit (A,B,C,D), Rumah Sakit Umum Rujukan Nasional dan Rumah Sakit Khusus Rujukan Nasional serta dibagi dalam 5 regional. Selain itu dalam tarif INA-CBG diberikan penambahan pembayaran pada pelayanan tertentu melalui Special CMG yang meliputi :1)special drugs, 2)special procedures, 3) special protesis, 4)special investigations, 5)subacute dan 6)chronic. Untuk pengelompokan diagnosis dan prosedur digunakan grouper generik yang dimiliki oleh United Nation University (UNU Grouper).

Sistem INA CBGs (Indonesian Case Base Groups) adalah software yang mengelompokkan pembiayaan berdasarkan kelompok kasus penyakit, di mana FKTRL dapat mengajukan klaim atas jasa pelayanan kesehatan yang sudah diberikan berdasarkan diagnosa penyakit. Dalam sistem INA CBG sudah ditentukan besaran tarif untuk jenis diagnosa tertentu.

Proses penyusunan tarif INA-CBG diperlukan 2 (dua) macam data Rumah Sakit yaitu data costing dan data coding. Data costing bersumber dari data akuntansi Rumah Sakit, sedangkan data coding bersumber dari data klaim Rumah Sakit. Tantangan terbesar yang dihadapi dalam penyusunan besaran tarif adalah dalam memperoleh data costing Rumah Sakit. Data costing yang diperlukan adalah data pengeluaran total pada Rumah Sakit. Seringkali data costing tidak tersedia di Rumah Sakit atau sistem akuntansi Rumah Sakit yang digunakan tidak bisa menampung kebutuhan data costing sesuai template yang disiapkan. Sementara itu data klaim Rumah Sakit dapat diperoleh dari BPJS Kesehatan yang memiliki seluruh data klaim dalam program JKN dan saat ini digunakan sebagai dasar pembayaran kepada Rumah Sakit.

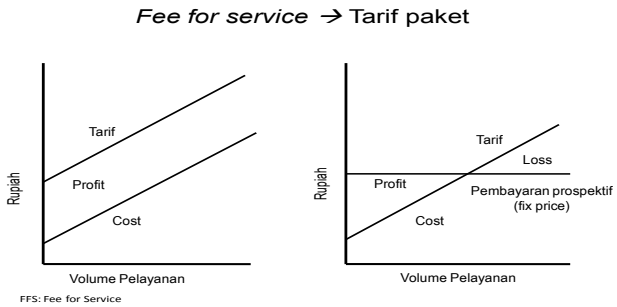
Dari pengumpulan dan pengolahan data costing dan data coding Rumah Sakit akan dihasilkan beberapa parameter sistem casemix yaitu unit cost, CBG cost, Cost Weight (CW), Case Mix Index (CMI) dan Hospital Base Rate (HBR). HBR dimiliki spesifik oleh masing-masing Rumah Sakit, sementara cost weight adalah bobot biaya masing-masing group INA-CBG. Penghitungan besaran tarif masing-masing group INA-CBG akan mengikuti formula berikut:

Tarif INA-CBG = cost weight x hospital base rate x adjustment factor

Adjustment factor digunakan untuk beberapa hal agar besaran tarif menjadi representative seperti kondisi geografis, dll. Mengingat pentingnya data costing dalam pembentukan tarif INA-CBG, diperlukan pemahaman yang baik dari Rumah Sakit tentang costing dan HBR. Sehubungan informasi tentang costing dan HBR masih terbatas, maka diharapkan melalui buku ini Rumah Sakit dapat memperoleh informasi yang tepat dan dapat memiliki data costing dan HBR untuk mendukung pelaksanaan dalam tarif INA-CBG.

Data perhitungan biaya berperan penting dalam memperhitungkan beban DRG. Jika data yang diberikan tidak akurat, Rumah Sakit dapat dibayar lebih atau dibayar kurang untuk DRG tertentu. Dalam praktiknya, DRG yang menguntungkan dapat mengkompensasi DRG yang tidak begitu menguntungkan (subsidi silang). Tetapi jika data perhitungan biaya menyebabkan perkiraan pembayaran yang berlebihan untuk DRG tertentu, Rumah Sakit tidak memiliki insentif guna mengatur kembali proses terapi untuk meningkatkan efisiensi kelompok pasien tertentu. Di sisi lain, jika data perhitungan biaya menyebabkan pembayaran yang kurang untuk DRG tertentu, Rumah Sakit tidak memiliki insentif untuk memberikan pelayanan berkualitas tinggi, karena dapat menimbulkan biaya yang lebih besar daripada yang dibayarkan. Rumah Sakit mungkin akan mulai menurunkan kualitas untuk mengurangi kerugian.

Perbedaan pembiayaan antara fee for service dengan prospective (paket) dapat di lihat pada grafik di bawah ini



Tabel 7. Fee for Service dan tarif paket

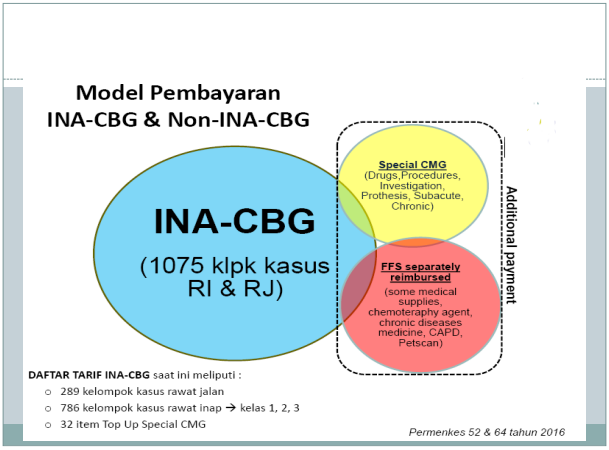
Dari grafik di atas, terlihat perbedaan antara sistem tarif fee for service dengan sistem tarif paket INA CBG

Pada sistem fee for service, semakin besar volume pelayanan, maka akan semakin tinggi profit yang akan didapatkan, Sementara dalam sistem paket INA CBG, Profit akan dihasilkan dari selisih tarif dengan cost yang dipakai.

Pada sistem fee for service, Rumah Sakit akan berupaya sedemikan rupa untuk meningkatkan volume pelayanan dengan mengupayakan utilisasi sumber daya yang dimilikinya.

Pada sistem paket INA CBG, Rumah Sakit harus memberikan pelayanan sesuai dengan paket yang sudah ditetapkan. Apabila Rumah Sakit dapat memberikan pelayanan di bawah paket yang sudah ditetapkan akan mendapatkan profit, namun sebaliknya apabila dalam memberikan pelayanan di atas paket yang sudah ditetapkan, maka Rumah Sakit akan mengalami kerugian.

Untuk mendalami sistem prospective payment yang diterapkan di era JKN, harus terlebih dahulu membahas managed Care dan INA CBG.



Sumber : Kemenkes, 2017

Gambar 9. Model pembayaran INA CBG dan non INA CBG

A. Managed Care

Managed care is a system tahunat integrates tahune financing and delivery of appropriate health care using a comprehensive set of services. Managed care is any metahunod of organizing health care provider to achieve the dual goals of controlling health care costs and managing quality of care.

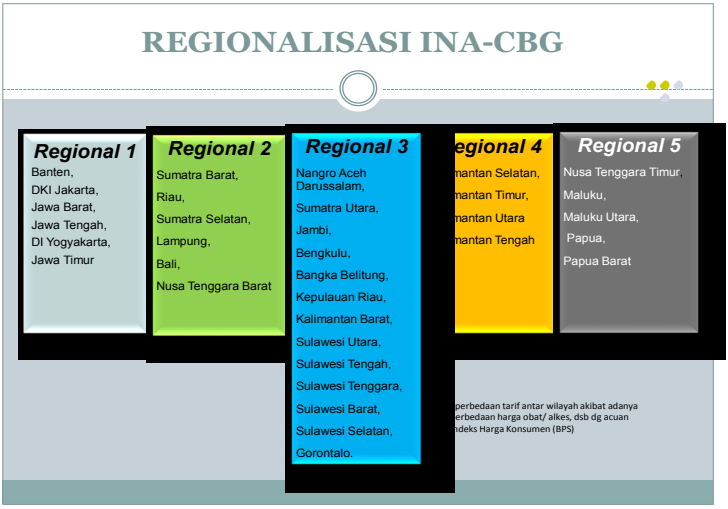
Dalam pelaksanaan di Indonesia, Managed care dilaksanakan dengan penerapan sistem pelayanan kesehatan berjenjang, seseorang yang membutuhkan pelayanan kesehatan tidak emergency harus dimulai dari pelayanan kesehatan primer, apabila di pelayanan kesehatan primer permasalahan kesehatannya tidak dapat ditangani, maka dirujuk ke pelayanan kesehatan sekunder untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut, bila di pelayanan kesehatan sekunder tidak dapat ditangani juga, maka dirujuk ke pelayanan kesehatan tersier.

Sistem pelayanan kesehatan managed care telah diatur oleh Kementerian Kesehatan dalam Sistem Pelayanan Rujukan Kesehatan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 001/ tahun 2012, yaitu:

1. Pelayanan Kesehatan tingkat pertama, terdiri dari :
   Puskesmas, Rumah Sakit pratama, klinik, Praktek perorangan
2. Pelayanan Kesehatan tingkat kedua, terdiri dari:
   Praktek Spesialistik dengan pengetahuan dan teknologi kesehatan Spesialistik
3. Pelayanan Kesehatan tingkat ketiga, terdiri dari:
   Praktek Sub Spesialistik dengan pengetahuan dan teknologi kesehatan Sub Spesialistik

Sumber : Kemenkes 2017

Gambar 10. Proses penetapan tarif INA CBG



Gambar 11. Regionalisasi INA CBG

B. INA CBG

INA CBGs (Indonesian Case Base Groups) adalah suatu sistem klaim jasa pelayanan kesehatan yang berbasis pada kasus penyakit,

berdasarkan kode diagnosa penyakit yang terdapat dalam ICD 9 dan ICD 10.

Menurut teori, pembiayaan berbasis DRG memberikan insentif yang kuat untuk meningkatkan jumlah kasus yang ditangani dan untuk mengurangi jumlah pelayanan yang diberikan per kasus. Ini berlawanan dengan sistem Fee For Service, DRG memberikan insentif kepada Rumah Sakit untuk membatasi aktivitasnya terhadap pelayanan yang dibutuhkan dan berlawanan dengan anggaran global memberikan insentif untuk menangani lebih banyak pasien. Dalam hal kontrol pengeluaran, efek pembiayaan berbasis DRG tergantung dari efek mana yang lebih kuat, meningkatkan jumlah kasus atau mengurangi jumlah pelayanan yang diberikan per kasus. Sebagai prinsip, ini juga tergantun dari sistem yang sebelumnya dipakai, jika awalnya memakai sistem Fee For Service maka akan menyebabkan penekanan pengeluaran.

Manfaat bisa di dapatkan Rumah Sakit dalam implementasi Casemix dengan INA CBG dalam sistem pembiayaan di Rumah Sakit adalah :

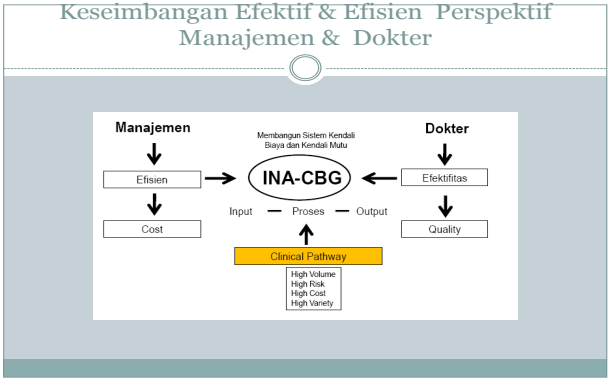
1. Secara Umum
   a. Tarif terstandarisasi dan lebih transparan
      Penghitungan tarif pelayanan lebih objektif dan berdasarkan kepada biaya yang sebenarnya.
   b. Rumah Sakit mendapat pembiayaan berdasarkan beban kerja sebenarnya.
   c. Dapat meningkatkan mutu dan efisiensi pelayanan Rumah Sakit.
2. Bagi Rumah Sakit
   a. Salah satu cara untuk meningkatkan standar pelayanan kesehatan.
   b. Secara objektif memantau pelaksanaan “Program Quality Assurance”.
   c. Bisa mendapatkan informasi mengenai variasi pelayanan.
   d. Dapat mengevaluasi kualitas pelayanan

e. Dapat mempelajari proses perawatan pasien
f. Adanya rencana perawatan yang tepat
g. Dapat mengevaluasi dan melakukan pemantauan biaya pelayanan

Sumber : Kemenkes, 2017

Gambar 12. Pengelompokan tarif INA CBG tahun 2016

3. Bagi Masyarakat
   a. Memberi prioritas perawatan pada pasien berdasar tingkat keparahan penyakit
   b. Pasien menerima kualitas pelayanan kesehatan yang lebih baik
   c. Mengurangi resiko yang dihadapi pasien
   d. Mempercepat pemulihan dan meminimalisasi kecacatan
   e. Adanya kepastian mutu dan kepastian biaya.
4. Bagi Kementerian Kesehatan
   a. Dapat mengevaluasi dan membandingkan kinerja Rumah Sakit
   b. Benchmarking
   c. Area untuk audit klinis
   d. Mengembangkan clinical pathway dan PPK
   e. Menstandarisasi proses pelayanan kesehatan di Rumah Sakit .
   f. Adanya standar untuk pengalokasian biaya JKN.



Sumber : Kemenkes, 2017

Gambar 13. Keseimbangan efektif dan efisien pertimbangan manajemen dan dokter

C. Implementasi INA CBG

Implementasi INA CBG disinyalir lebih menguntungkan Rumah Sakit tipe A dan B, dan merugikan bagi Rumah Sakit tipe C dan D. Faktor yang menyebabkan hal tersebut antara lain :

1. Sumber Daya Manusia (SDM) dan peralatan kesehatan Rumah Sakit
2. Posisi strategis Rumah Sakit dengan kunjungan pasien yang optimal
3. Kemampuan memberikan pelayanan spesialis dan sub spesialis karena INA CBG yang bernilai tinggi pada pelayanan spesialis dan sub spesialis

Selama 4 tahun Jaminan Kesehatan Nasional dan penerapan INA CBG telah mengalami beberapa kali perubahan, ditandai dengan telah telah terbitnya beberapa peraturan Menteri Kesehatan terkait JKN dan INA CBG, diantaranya:

1. PMK No. 71 tahun 2013 tentang pelayanan Kesehatan pada JKN
2. PMK No. 27 tahun 2014 tentang petunjuk teknis INA CBG
3. PMK No. 28 tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan JKN
4. SE No. 32 tahun 2014 tentang pelaksanaan pelayanan kesehatan pada program JKN
5. PMK No. 36 tahun 2015 tentang pencegahan kecurangan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional

6. PMK No. 99 tahun 2015 tentang pelayanan kesehatan pada JKN (revisi Permenkes No. 71/2013)
7. PMK No. 76 tahun 2016 tentang pedoman INA CBG dalam pelaksanaan JKN
8. Berita acara No. 401/BA/0717 tahun 2017 tentang penyelesaian dispute klaim
9. Berita acara No. JP : 02.03/3 /1906 dan 78//BA/1217 tahun 2017 tentang penyelesaian dispute klaim
10. Berita acara No. JP : 02.03/3 /2411 dan 620/BA/ 1118 tahun 2017 tentang penyelesaian dispute klaim

Dinamika penerapan sistem INA CBG berbeda dan variatif di beberapa wilayah, walaupun sudah dibuatkan aturan dan regulasi yang sedemikian rupa. Hal ini terjadi karena sistem klaim yang diterapkan sangat bergantung pada hasil verifikasi dari verifikator BPJS Kesehatan atas klaim yang diajukan oleh Rumah Sakit terhadap pelayanan yang sudah dilakukan. Perbedaan persepsi dan pemahanan antara Rumah Sakit dan dokter sebagai pemberi pelayanan dengan BPJS Kesehatan sebagai pembayar masih sangat tinggi dan sering terjadi.

Masih sering dan banyak terjadi dispute pada klaim yang diajukan oleh Rumah Sakit bahkan berujung pada pending klaim, karena tidak ditemukannya kata sepakat atas klaim tersebut. Berbagai proses penyelesaian atas dispute klaim sudah ditempuh namun di lapangan banyak Rumah Sakit yang harus mengalah dan bahkan harus mengganti kode diagnose atas pelayanan yang sudah di berikan demi menghidari dispute klaim yang berlarut dan menumpuk.

D. Permasalahan Implementasi INA CBG

Harus diakui, bahwa sistem INA CBG yang menganut azas casemix masih belum di terima secara utuh oleh Rumah Sakit dan dokter sebagai pelaku utama dalam pemberian pelayanan kepada

peserta JKN. Sosialisasi dan edukasi atas pemahaman akan konsep casemix harus terus dan berkelanjutan dilakukan secara masif.

Disamping pemahaman akan konsep casemix yang belum sempurna ada beberapa permasalahan utama terkait penerapan INA CBG :

1. Nilai INA CBG yang belum mengambarkan harga kekinian dan keekonomian

   Sesuai anamah regulasi, perbaikan nilai INA CBG semestinya dilakukan minimal sekali 2 tahun, namun sejak akhir 2016, belum ada perbaikan besaran tarif INA CBG di pertengahan 2018 sudah di lakukan pengumpulan data costing namun hasilnya mengecewakan.

2. Grouping INA CBG yang belum bisa mengakomodir berbagai sumberdaya yang dikeluarkan oleh RS dan dokter dalam memberikan pelayanan.

   Ada beberapa grouping kode diagnose yang ekstrim tinggi/ mahal dan ekstrim murah/rendah, sehingga menjadi barier bagi Rumah Sakit dan dokter untuk memilih dan memilah kasus penyakit yang harus dilayani.

   RS berlomba-lomba berinvestasi pada kasus yang yang ekstrim tinggi/mahal dan tidak tertarik untuk berinvestasi pada kasus yang ekstrim murah/rendah walau kasus tersebut utilisasinya tinggi karena dianggap akan merugikan. Bahkan RS enggan/ tidak mau memperbaiki atau pemeliharaan alat medis yang rusak hanya karena alat medis tersebut tidak menguntungkan dalam sistem INA CBG.

3. Kompetensi koder Rumah Sakit dan verifikator BPJS Kesehatan yang belum baik.

   Disinyalir, banyaknya terjadi dispute klaim sampai berujung pada pending klaim karena kompetensi dari koder Rumah Sakit dan verifikator BPJS Kesehatan yang belum baik. Secara defenisi dispute klaim diartikan sebagai berikut :

   a. Dispute Coding yaitu ketidaksepakatan antara Rumah

Sakit dengan BPJS Kesehatan terkait koding INA-CBG.

b. Dispute Medis yaitu ketidaksepakatan antara Rumah Sakit dengan BPJS Kesehatan terkait masalah medis (medical advice) yang tidak sesuai dengan Panduan Praktik Klinik (PPK) atau belum adanya PPK.

c. Dispute Administrasi yaitu ketidaksepakatan antara Rumah Sakit dengan BPJS Kesehatan terkait administrasi klaim.

   Sampai saat ini kejadian dispute dan pending klaim masih tinggi, walupun BPJS Kesehatan sudah menerbitkan Surat Edaran (SE) Direktur Pelayanan BPJS Kesehatan No. 51 Tahun 2016 tentang Penatalaksanaan Penyelesaian Dispute Klaim Dalam Penyelenggaraan JKN. Namun di lapangan pelaksaaan dispute klaim ini tidak seindah SE tersebut.

4. Supply data costing Rumah Sakit untuk penyusunan tarif INA CBG yang belum optimal.

   Permasalahan data keuangan Rumah Sakit merupakan permasalahan klasik dan krusial sejak program JKN dilaksanakan. Rumah Sakit enggan untuk memberikan data keuangan karena takut dan curiga terjadi penyalahgunaan data keuangan tersebut.

   Padahal dukungan data costing merupakan satu-satunya cara untuk merevisi tarif INA CBG.

5. Pendukung lain terhadap kelancaran pelayanan JKN berpengaruh pada INA CBG, seperti ketersediaan dan kecukupan obat dan alkes

   Seringnya terjadi kekosongan obat dan alkes serta supply yang tidak lancar dari distribusi resmi berpengaruh pada INA CBG. Kekosongan obat dan alkes tersebut menjadi beban biaya tersendiri bagi Rumah Sakit, karena Rumah Sakit harus mencari obat dan alkes dari pasaran bebas untuk memberikan kepada peserta JKN.

Akses pada e-katalog dan e-purchasing tidak sama antara Rumah Sakit pemerintah dan Rumah Sakit swasta provider JKN, sehingga menjadi beban biaya tambahan bagi Rumah Sakit swasta untuk memberikan pelayanan kepada peserta JKN.

CONTOH TARIF CBG REGIONAL 1 MENURUT TIPE RS

Deskripsi	RS D	RS C	RS B NP	RS B P	RS A	RSCM
Septikemia Ringan	1,092,282	1,630,782	1,849,284	1,849,284	2,408,346	4,230,985
Septikemia Sedang	1,866,808	1,866,808	3,160,592	3,160,592	4,116,079	7,231,133
Septikemia Berat	2,446,316	2,926,802	3,743,117	4,524,760	7,154,169	11,026,145
Infeksi Sesudah Operasi & Trauma Ringan	2,930,897	2,930,897	4,962,144	4,962,144	6,462,263	11,352,912
Infeksi Sesudah Operasi & Trauma Sedang	4,527,897	4,527,897	7,665,939	7,665,939	9,983,450	17,538,937
Infeksi Sesudah Operasi & Trauma Berat	7,406,650	7,406,650	12,539,801	15,402,078	16,330,743	28,689,869
Demam Ringan	960,990	1,149,740	1,447,148	1,777,468	2,810,382	4,331,416
Demam Sedang	1,649,053	1,649,053	2,791,923	2,791,923	3,635,957	6,387,653
Demam Berat	1,887,220	1,887,220	3,195,151	3,195,151	4,288,246	7,310,200

Kesenjangan tarif RS Tipe A, B, C, D terlalu jauh, padahal standar pelayanan sama

Gambar 14. Contoh tarif INA CBG regional I menurut tipe RS

Sebagai contoh kesalahan system pada Ina CBG adalah di bawah ini dan silahkan dibuktikan, diagnosa Carpal Tunnel Syndrome (Kode ICD X: G56.0) oleh dokter neurologis di Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) akan mendapatkan hasil grouping Kode CBGs G-5-17-0 (Penyakit Syaraf Kranial dan Saraf Perifer Lain-Lain) dengan Tarif sebesar Rp 257.500,-. Namun ajaibnya jika ditambahkan dengan pemeriksaan Elektro Myography (EMG) dengan Kode ICD 9 – ICPM : 93.08 yang memang menjadi prosedur klinis untuk penegakan diagnosanya malah kode CBGs nya berubah menjadi M-3-16-0 (Prosedur Terapi Fisik dan Prosedur Kecil Muskuloskeletal) dengan tarif malah turun menjadi Rp 113.100,-. Tarif ini bahkan lebih kecil dari tarif kontrol kunjungan ke rawat jalan Kode Z.XX yang tarifnya sebesar Rp 183.300 untuk

rumah sakit Kelas B Pemerintah Regional I. Ini asli bukan rekayasa, silahkan dibuktikan di aplikasi E-Claim.

E. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

1. Kesimpulan

a. Tarif INA CBG sudah 3 tahun tidak pernah naik, tidak sesuai ketentuan harus ditinjau setiap 2 tahun.
b. Sistem INA CBG yang diterapkan saat ini masih belum stabil dan masih dalam tahap pengembangan
c. Grouping INA CBG belum bisa mengakomodir semua sumber daya yang dipergunakan oleh dokter dan RS dalam memberikan pelayanan
d. Partisipasi RS dalam memberikan data costing untuk perhitungan tarif INA CBG masih sangat kurang.

2. Rekomendasi

Sebagai provider utama JKN, maka PERSI dan civitas perumahsakitan mengusulkan:

a. Untuk Pemerintah
   a) Menaikkan tarif INA CBG setiap tahun, mengikuti kenaikan inflasi,
   kenaikan UMR/UMP, mengikuti indeks kemahalan daerah (regionalisasi ditambah).
   b) Mendorong Pemda agar lebih aktif dan produktif dalam menjalankan fungsi monitoring dan evaluasi pelaksanaan JKN di tingkat daerah.
   c) Program Supply Change Financing (SCF) dengan ketentuan:
      i. Persyaratan ringan.
      ii. Bunga SCF dan biaya lainnya dibayarkan langsung oleh BPJS Kesehatan ke bank.
      iii. Tagihan Rumah Sakit yang sudah terverifikasi BPJS Kesehatan cair dari bank ketika jatuh tempo.

iv. RS tidak perlu berharap pada denda keterlambatan pembayaran dan BPJS Kesehatan tidak perlu terbebani denda keterlambatan pembayaran ke Rumah Sakit.
v. Pemerintah menugaskan bank pemerintah (BUMN) untuk SCF.
vi. Program JKN adalah program Negara, sudah semestinya Negara hadir untuk menutupi defisit JKN, biarlah urusan defisit menjadi usuran BPJS Kesehatan dengan bank pemerintah (government to government) tidak perlu menjadi hiruk pikuk dan diskusi yang tiada ujung.

d) Menunjuk verifikator independen untuk memverifikasi tagihan dari RS.
e) Menjadikan:
   i. Kementerian Kesehatan sebagai juru atur.
   ii. BPJS Kesehatan hanya sebagai juru bayar.
   iii. Fakses sebagai juru layan.
d) Membuka akses e-katalog dan e-purchasing yang sama antara Rumah Sakit Pemerintah dan Rumah Sakit Swasta.
e) Mendirikan bulog obat dan alkes guna mengatasi kelangkaan obat dan alkes.
f) Segera mensahkan PNPK yang telah diusulkan oleh profesi.

b. Untuk Rumah Sakit
   a) Agar selalu up date regulasi, karena regulasi tentang JKN dan perumahsakitan sangat banyak dan cepat berubah.
   b) Segera merubah mind set semua stakeholder Rumah Sakit dari fee for service menjadi prospective payment.
   c) Proaktif dalam memberikan data costing untuk keperluan perhitungan tarif INA CBG.
   d) Segera menyesuaikan bisnis proses dan strategi operasional Rumah Sakit karena:
      i. Persaingan saat ini bukan hanya sekedar alat canggih

dan dokter yang top, namun pelayanan, ketersediaan & kontinuitas menjadi kata kunci.

ii. Sebelum era JKN, Rumah Sakit mencari pasien, sekarang pasien datang sendiri.

iii. Sebelum era JKN pangsa pasar Rumah Sakit heterogen, sekarang pasarnya semakin homogen.

e) Terus melakukan perbaikan berkelanjutan sistem operasional dan sistem pelayanan baik pelayanan medis, non medis dan penunjang medis, sehingga terwujud sistem operasional dan sistem pelayanan yang simpel dan ringkas dalam koridor patient safety dan safety for all.

f) Penguatan tim casemix atau tim pengelola JKN di Rumah Sakit agar bisa menghasilkan coding dan klaim yang optimal, valid dan sesuai peraturan.

c. Untuk profesi

a) Segera menyusun standar layanan JKN per spesialis dan per diagnose untuk diusulkan ke Kemenkes sehingga ditetapkan dalam bentuk Peraturan Menteri Kesehatan.

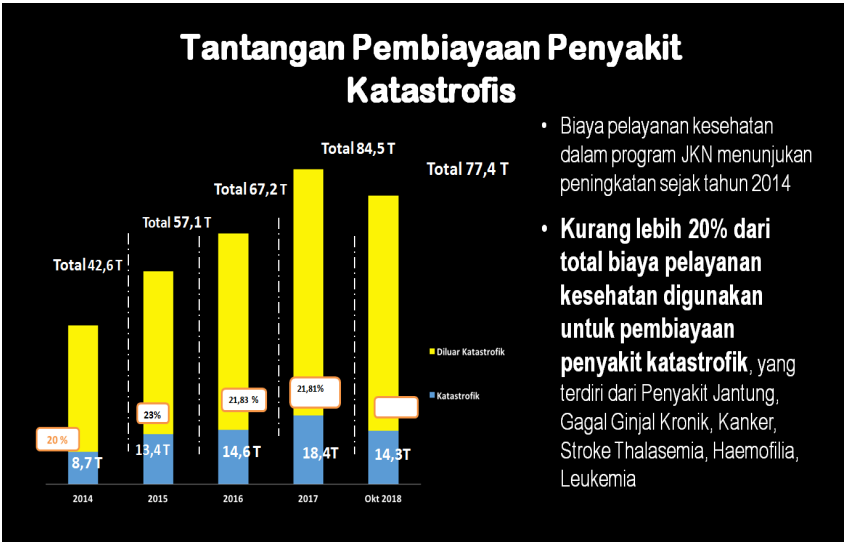
b) Menguatkan fungsi Komite Medis dan Komite Etik yang sesuai dengan koridor dan ketentuan JKN.

c) Berperan aktif dan positif dalam penyusunan re-klasifikasi grouper INA CBG agar sesuai dengan kondisi dan keadaan di Indonesia.

d) Mengaktifkan komite medis untuk melaksanakan clinical governance dalam rangka kendali mutu dan kendali biaya dan melaksanakan arahan Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) serta Undang-Undang No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

BAB IV DILEMA PENYAKIT KATASTROFIK

Katastrofik yang berasal dari 'catastropic' yang berarti bencana atau malapetaka. Penyakit katastrofik adalah penyakit yang berbiaya tinggi, dan apabila disertai komplikasi akan mengakibatkan ancaman hingga membahayakan jiwa. "Penyakit yang high cost, high volume, dan high risk yang menyebabkan banyak para penentu kebijakan mengkhawatirkan terjadinya pembengkakan biaya penyakit sehingga mendapat perhatian khusus dari penyelenggaraan asuransi kesehatan jika mencantumkan penyakit tersebut ke dalam paket manfaatnya."



Sumber : Kementerian Kesehatan 2018

Tabel 8. Tantangan pembiayaan katastropik

Ada 9 (sembilan) penyakit yang menjadi fokus Penyakit Katastrofik dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yaitu:

1. Jantung
2. Gagal Ginjal
3. Kanker
4. Stroke
5. Sirosis Hepatis
6. Talasemia
7. Leukemia
8. Hemofilia
9. Diabetes Melitus

Dalam dua dasawarsa terakhir terjadi kecenderungan pergeseran jenis penyakit dan beban penyakit yang sangat signifikan yaitu dari penyakit menular ke penyakit yang tidak menular. Pada era 1990an, kasus kejadian Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA), diarhea dan Tuberculosis (TB) menempati 3 urutan besar penyakit terbanyak di Indonesia. Namun, pada rentang antara 2010-2015, dari 3 kasus tersebut diatas bergeser menjadi penyakit pembuluh darah (stroke dan jantung), kanker, diabetes mellitus dan kecelakaan lalu lintas.

Pola hidup yang tidak baik seperti pola makan yang buruk, perilaku merokok dapat menyebabkan pencemaran udara dalam rumah tangga, kurangnya aktifitas fisik, pekerjaan yang berisiko tinggi dan berat, indeks masa tubuh, penyalahgunaan obat, berdasarkan data World Health Organization (WHO) yang menyebabkan penyakit katastrofik meningkat. Pada tahun 2030 akan terjadi transisi epidemiologi secara menyeluruh, dari tingkat global, regional hingga nasional, transisi tersebut adalah semakin jelasnya pergeseran dari penyakit menular menjadi penyakit tidak menular. Diproyeksikan pada tahun 2030 jumlah kesakitan akibat penyakit tidak menular (PTM) seperti penyakit jantung, kanker, paru obstruktif kronis, diabetes melitus (DM), serta penyakit tidak menular atau kronis lainnya akan mengalami peningkatan, sementara itu penyakit menular akan diprediksi menurun, tetapi tetap masih ditemukan kasusnya. Pertumbuhan populasi dan peningkatan usia harapan hidup (UHH) juga merupakan salah satu faktor risiko peningkatan kejadian penyakit tidak menular di dunia.

Riskesdas 2018 menunjukkan prevalensi Penyakit Tidak Menular mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan Riskesdas 2013, antara lain kanker, stroke, penyakit ginjal kronis, diabetes melitus dan hipertensi. Prevalensi kanker naik dari 1,4% (Riskesdas 2013) menjadi 1,8%; prevalensi stroke naik dari 7% menjadi 10,9%; dan penyakit ginjal kronis naik dari 2% menjadi 3,8%. Berdasarkan pemeriksaan gula darah, diabetes melitus naik dari 6,9% menjadi 8,5%; dan hasil pengukuran tekanan darah, hipertensi naik dari 25,8% menjadi 34,1%. Kenaikan prevalensi penyakit tidak menular ini berhubungan dengan pola hidup, antara lain merokok, konsumsi minuman beralkohol, aktivitas fisik, serta konsumsi buah dan sayur. Sejak tahun 2013 prevalensi merokok pada remaja (10-18 tahun) terus meningkat, yaitu 7,2% (Riskesdas 2013), 8,8% (Sirkesnas 2016) dan 9,1% (Riskesdas 2018). Data proporsi konsumsi minuman beralkohol pun meningkat dari 3% menjadi 3,3%. Demikian juga proporsi aktivitas fisik kurang juga naik dari 26,1% menjadi 33,5% dan 0,8% mengkonsumsi minuman beralkohol berlebihan. Hal lainnya adalah proporsi konsumsi buah dan sayur kurang pada penduduk ≥ 5 tahun, masih sangat bermasalah yaitu sebesar 95,5%.

A. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dimulai dengan diberlakukannya Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Undang-Undang SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Undang-Undang BPJS). Program Jaminan Kesehatan Nasional adalah program pemerintah untuk memberikan bantuan dana berobat kepada masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan, yang dibayar ke fasilitas layanan kesehatan setelah melalui proses verifikasi oleh tim verifikator yang ditunjuk oleh pemerintah.

Pembiayaan JKN akan semakin meningkat karena peningkatan kesadaran penduduk akan kesehatan, peningkatan jumlah penyakit tertentu terutama penyakit katastrofik yang memakan biaya sangat

besar, perekonomian semakin berkembang dan mobilitas penduduk serta pertambahan penduduk itu sendiri.

Elemen pembiayaan kesehatan tidak dapat dipisahkan dengan implikasinya pada penyediaan pelayanan kesehatan. Kelebihan dan kekurangan pilihan sistem pengelolaan asuransi kesehatan sosial secara nasional perlu dianalisis berdasarkan kriteria keadilan, efisiensi, dan daya tanggap (*responsiveness*), baik dalam aspek pembiayaan maupun penyediaan pelayanan kesehatan. Ada perbedaan antara Negara maju dan Negara berkembang dalam menyelesaikan masalah pembiayaan kesehatan. Menurut Gottret and Schieber (2006) perbedaan tersebut adalah di negara maju terdapat alokasi pembiayaan besar meskipun beban penyakit sedikit, sedangkan di negara berkembang, beban penyakitnya besar tetapi alokasi yang disiapkan sangat kecil.

Sistem pembiayaan prospektif, seperti yang dilakukan pada INA-CBGs, mengharuskan pemerintah untuk menetapkan paket-paket pelayanan yang spesifik diterapkan bagi peserta JKN. Ada pihak-pihak yang menilai penyakit-penyakit katastrofik seperti kanker, jantung, stroke dan gagal ginjal tidak perlu dijamin oleh jaminan kesehatan karena mahal, atau dan menetapkan intervensi terapi yang paling masuk akal ditinjau dari aspek manfaat, ekonomi, dan kemanusiaan. Layanan pengobatan selain harus berbasis riset ilmiah tetapi juga dilihat sisi ekonomi dan nilainya, sehingga alokasi biaya harus efisien dan seimbang dengan manfaat yang akan diperoleh.

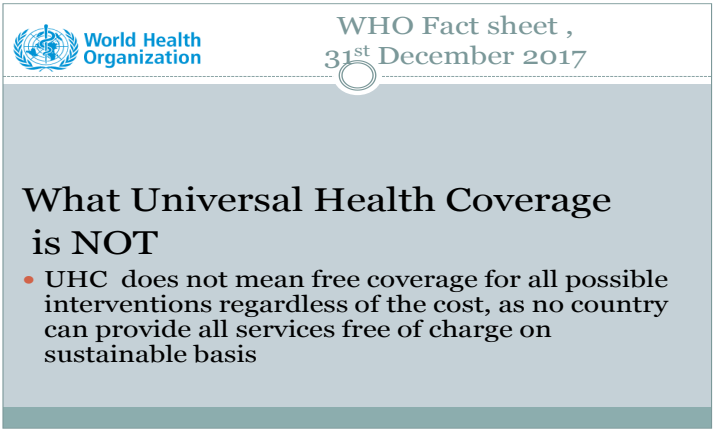
Pada era JKN inplementasi dalam pembiayaan kesehatan merupakan bagian yang penting. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, serta pelayanan yang lebih berorientasi pada pasien, mendorong efisiensi, tidak memberikan reward terhadap provider yang melakukan over treatment, under treatment maupun melakukan adverse event dan mendorong pelayanan tim, adalah tujuan dari pembiayaan kesehatan. Adanya sistem pembiayaan kesehatan yang baik diharapkan akan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

Meningkatnya status sosial ekonomi penduduk, meningkatnya kesadaran masyarakat akan kualitas pelayanan yang baik, serta

semakin bertambahnya jumlah penduduk yang dilayani, maka tak terhindarkan fenomena di mana semakin banyaknya Rumah Sakit terutama di kota padat penduduk dan besar, hal ini meningkatkan persaingan yang tinggi antar Rumah Sakit. Untuk mempertahankan keberadaannya di era kompetisi yang tinggi tersebut, maka Rumah Sakit harus melakukan segala upaya terutama bagaimana dapat menyediakan layanan yang bermutu dengan pembiayaan yang telah ditetapkan dalam INA CBG.

Rumah Sakit sebagai provider pelayanan kesehatan peserta JKN berkepentingan dengan besaran tarif INA CBG. Jika tarif INA CBG lebih tinggi daripada tarif Rumah Sakit, maka Rumah Sakit mendapatkan keuntungan. Sebaliknya, bila tarif INA CBG lebih rendah dari tarif Rumah Sakit, maka Rumah Sakit akan mengalami kerugian. Idealnya perbedaan tarif ini tidak besar dan bisa saling melengkapi. Pengendalian tarif sangat esensial bagi penyedia pelayanan kesehatan untuk mempertahankan keberlangsungan finansial dalam persaingan secara ekonomis. Selain tarif, peningkatan kualitas pelayanan kesehatan juga menjadi hal yang harus diperhatikan oleh penyedia pelayanan kesehatan dan pembuat kebijakan. Apabila klaim terlalu rendah, maka tidak dapat membiayai treatment cost yang telah dikeluarkan, maka penyedia pelayanan kesehatan akan berupaya mengurangi pengeluaran dengan menurunkan kualitas. Bila klaim terlalu tinggi, penyedia pelayanan kesehatan tidak memiliki upaya untuk melakukan efisiensi dan tentu saja hal ini akan menyia-nyiakan sumber daya yang ada, antara lain dapat meningkatkan defisit JKN. Rumah Sakit yang unggul dan profesional mampu bersaing dalam kompetisi ketat tersebut dengan tetap memberikan layanan kesehatan yang bermutu dan manusiawi.

B. Kasus dan Biaya Penyakit Katastrofik



Gambar 15. WHO fact sheet

Keputusan untuk membuka Paket Manfaat JKN untuk penyakit Katastrofik yang dibayarkan melalui skim pembayan Top Up menggunakan sumber pembiayaan APBN ternyata menimbulkan sumber defisit utama BPJS Kesehatan. Berdasarkan data Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) bidang Kesehatan, selama penyelenggaraan JKN, setiap tahun jumlah kasus penyakit katastrofik selalu meningkat. Pada tahun 2014 jumlah kasus 7.339.017, sedangkan tahun 2017 sudah mencapai 16.356.969 (kasus lihat tabel). Hal ini bisa disebabkan oleh beberapa hal antara lain: jumlah peserta JKN meningkat, fasilitas layanan kesehatan semakin baik, akses masyarakat terhadap fasilitas layanan kesehatan semakin terjangkau, dan kesadaran masyarakat untuk berobat meningkat. Dari data yang ada, kasus penyakit jantung merupakan penyakit katastrofik yang paling tinggi, menempati urutan pertama, dan terus menerus naik. Jika pada tahun 2014 jumlah kasus penyakit jantung 4.105.829 (55,9% dari total kasus penyakit katastrofik) maka pada tahun 2017 mencapai 10.536.985 kasus (64,4%).

Pembiayaan penyakit katastrofik, menurut data Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) bidang Kesehatan. Setiap tahun jumlah kasus bertambah dan pembiayaan juga dengan sendirinya bertambah besar seperti tampak pada tabel di bawah ini.

Kasus dan Biaya Katastrofik serta Pelayanan Cathlab

a. Penyakit Katastrofik

KATASTROPIK	2016		2017		2018	
	Kasus	Biaya	Kasus	Biaya	Kasus	Biaya
CIRRHOSIS HEPATIS	144,644	271,691,024,684	170,007	319,755,809,334	185,952	334,220,059,770
GAGAL GINJAL	2,644,308	3,486,753,746,537	1,705,624	2,339,685,661,564	1,784,962	2,395,347,020,362
HAEMOPHILIA	38,200	128,462,395,913	47,219	258,346,002,706	62,176	358,121,722,285
JANTUNG	7,429,296	7,576,484,909,707	10,346,112	9,276,267,344,082	12,596,094	10,545,485,639,809
KANKER	1,604,010	2,615,200,031,741	1,986,616	3,180,153,003,444	2,229,770	3,406,308,675,470
LEUKAEMIA	81,340	211,917,917,566	103,234	326,468,733,400	113,413	333,326,835,880
STROKE	1,162,637	1,430,393,885,598	1,698,286	2,187,832,772,884	2,075,448	2,565,601,469,065
THALASSAEMIA	132,050	496,391,892,426	172,814	532,866,127,320	195,326	490,997,712,556
Total	13,236,485	16,217,295,804,172	16,229,912	18,421,375,454,734	19,243,141	20,429,409,135,197

Keterangan : Data bulan pembebanan sampai Desember 2018

Sumber : BPJS Kesehatan 2018

Tabel 9. Kasus dan biaya penyakit katastropik 2016 - 2018

Kecenderungan Peningkatan Pembiayaan Penyakit Katastrofik

KATASTROPIK	2018		s.d. Maret 2019	
	Biaya	%	Biaya	%
JANTUNG	10,545,485,639,809	51.62%	2,818,697,372,221	49.81%
GAGAL GINJAL	2,395,347,020,362	11.72%	672,404,727,884	11.88%
KANKER	3,406,308,675,470	16.67%	1,009,293,360,950	17.83%
STROKE	2,565,601,469,065	12.56%	699,229,200,542	12.36%
THALASSAEMIA	490,997,712,556	2.40%	148,640,271,800	2.63%
CIRRHOSIS HEPATIS	334,220,059,770	1.64%	93,006,377,130	1.64%
LEUKAEMIA	333,326,835,880	1.63%	109,018,079,270	1.93%
HAEMOPHILIA	358,121,722,285	1.75%	109,106,198,470	1.93%
TOTAL KATASTROPIK	**20,429,409,135,197**		**5,659,395,588,267**	
Total Biaya Pelkes	**94,297,340,885,513**		**25,511,752,549,354**	
% Katast terhadap biaya pelkes	21.66%		22.18%	

Tabel 10. Kecenderungan peningkatan pembiayaan katastropik

Sepanjang 2017, BPJS Kesehatan telah menghabiskan Rp 18,442 triliun atau 21,8 % dari total biaya pelayanan kesehatan untuk penyakit katastrofik. Oleh karena itu, BPJS Kesehatan, sebaiknya juga fokus untuk menjaga masyarakat yang sehat tetap sehat melalui berbagai program promotif preventif yang dilaksanakan.

Penyakit katastrofik, hipertensi (berpotensi kronis dan berkomplikasi stroke atau serangan jantung yang membutuhkan penanganan komprehensif), gagal ginjal kronis yang memerlukan cuci darah permanen, hiperkolesterolemia yang membutuhkan obat-obatan jangka panjang, diabetes mellitus yang membutuhkan obat secara terus menerus serta berpotensi komplikasi kronis, dan keganasan seperti kanker dan tumor. Penyakit-penyakit tersebut bersifat laten yang memerlukan waktu lama untuk bermanifestasi, sering tidak disadari, dan membutuhkan waktu yang lama pula untuk penyembuhan atau mengendalikannya. Penyakit katastrofik ini sebenarnya dapat dicegah. Upaya pencegahan dilakukan sebagai upaya menurunkan angka penderita penyakit katastrofik dan membantu efisiensi biaya penanganan penyakit katastrofik.

Pencegahan bisa dimulai dari perbaikan gaya hidup seperti peningkatan aktivitas fisik, menghindari minuman beralkohol dan rokok, melakukan diet yang seimbang, mengecek secara berkala kadar gula darah dan kolesterol, mengontrol berat badan, serta meminimalisir menghirup polusi udara. Pemerintah pun turut mencanangkan program pengendalian penyakit tidak menular melalui Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM). Posbindu PTM mengajak masyarakat untuk meningkatkan kesadaran dan keterampilan dalam pencegahan dan pengendalian faktor risiko penyakit tidak menular secara terpadu. Pelaksanaan program tersebut dapat dilakukan di rumah, sekolah, kantor, hingga ruang publik.

C. Program Pengelolaan Penyakit Kronis (PROLANIS)

Selain program promotif preventif, pemerintah membuat 'Program Pengelolaan Penyakit Kronis (PROLANIS)', dimana hipertensi, jantung, diabetes melitus sejak dini sebelum ada komplikasi ditangani baik di Fasilitas Kesehatan Primer (FKTP).

PROLANIS merupakan suatu sistem pelayanan kesehatan dan pendekatan proaktif yang dilaksanakan secara terintegratif yang melibatkan peserta, Fasilitas Kesehatan, dan BPJS Kesehatan dalam rangka pemeliharaan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan yang menderita penyakit kronis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien.

Tujuan Prolanis Mendorong peserta penyandang penyakit kronis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan indikator 75% peserta terdaftar yang berkunjung ke Fasilitas kesehatan Tingkat Pertama memiliki hasil "baik" pada pemeriksaan spesifik terhadap penyakit DM tipe II dan Hipertensi sesuai Panduan Klinis terkait sehingga mencegah timbulnya komplikasi penyakit.

1. **Permasalahan PROLANIS:**
   a. Dokter FKTP enggan merujuk ke Rumah Sakit tipe D atau C pasien-pasien katastrofik yang belum berkomplikasi, karena tidak yakin pasien tersebut akan "dikembalikan" oleh dokter Rumah Sakit Spesialis yang jadi rujukan. Sementara itu, kalau banyak merujuk, dana kapitasi mereka akan dikurangi.
   b. Dokter spesialis yang terkait tidak semua mengerti 'PROLANIS' dan mau mengembalikan pasien yang ke tempat semula (rujuk balik). Mungkin kuatir nanti pasiennya berkurang yang berakibat penghasilan berkurang.

   Jadi, pasien sering malas berobat untuk 3 hari sekali ke FKTP karena ongkosnya lebih mahal dari pada harga obatnya, malas juga dirujuk ke Rumah Sakit untuk ambil obat 1 bulan, karena mengantri di Rumah Sakit bisa lebih 6 jam. Padahal bila memakai buku prolanis, si pasien bisa saja mengambil obatnya diwakilkan keluarga yang lain dan dokter di FKTP pun mendapatkan 'nilai tambah' bila banyak membina pasien 'PROLANIS'.
2. **Program Rujuk Balik:**
   a. Diberikan untuk penyakit kronis: DM, Hipertensi, Asma, PPOK, Epilepli, Gangguan Jiwa kronis, Stroke dan SLE
   b. Bertujuan untuk mengelola penyakit kronis pada peserta JKN

sejak sedini mungkin untuk mencegah komplikasi yang dapat terjadi

c. Pelayanan diberikan di FKTP
d. Saat ini pelayanan PRB di FKTP belum optimal jumlah cakupan peserta PRB masih dibawah prevalensi penderita, perlu optimalisasi dan kerjasama semua pihak.

3. Penyakit Jantung

Penyakit jantung sering diakibatkan oleh gaya hidup tidak sehat. Berdasarkan data Kementerian Kesehatan tahun 2013, sebanyak 39 % penderita jantung di Indonesia berusia 44 tahun ke bawah. Menariknya, 22 % di antaranya berumur 15-35 tahun, yang merupakan masa fisik produktif dalam kehidupan manusia. Jumlah penderita jantung tertinggi ada pada kelompok usia 45-65 tahun, dengan persentase 41 %. Selisih yang tak berbeda jauh antara umur 45 ke bawah dan 45 ke atas jadi penegas bahwa tren risiko penyakit jantung datang pada usia muda semakin meningkat. Mayoritas penderita penyakit jantung adalah penyakit jantung koroner, yang disebabkan oleh terjadinya penimbunan lemak di dalam arteri jantung, dikenal dengan istilah aterosklerosis. Selain dapat mengurangi suplai darah ke jantung, aterosklerosis juga dapat menyebabkan terbentuknya trombosis atau penggumpalan darah. Jika ini terjadi, aliran darah ke jantung terblokir sepenuhnya dan serangan jantung pun terjadi. Jika terlambat ditolong dapat segera mengakibatkan kematian.

Data World Health Organization (WHO) tahun 2012 menunjukkan 17,5 juta orang di dunia meninggal akibat penyakit kardiovaskuler atau 31% dari 56,5 juta kematian di seluruh dunia. Lebih dari 3/4 kematian akibat penyakit kardiovaskuler terjadi di negara berkembang yang berpenghasilan rendah sampai sedang. Survei Sample Regristration System (Rumah Sakit) pada 2014 di Indonesia menunjukkan, Penyakit Jantung Koroner (PJK) menjadi penyebab kematian tertinggi pada semua umur setelah stroke, yakni sebesar 12,9%.

Pembiayaan penyakit katastrofik, menurut data Badan Penyelenggara

Jaminan Sosial (BPJS) bidang Kesehatan menghabiskan biaya 18,44 Triliun Rupiah (2017). Paling besar biaya adalah untuk penyakit jantung, sebesar 9,43 Triliun Rupiah (51.13%). Terjadi peningkatan pembiayaan dibanding tahun 2015, yakni sebesar 6,77 Triliun Rupiah (45,56%), dan menjadi 7,99 Triliun Rupiah (48,72%) pada 2016.

Penyakit Kardiovaskuler sebetulnya dapat dicegah dengan healthy lifestyle, seperti tidak merokok, pola makan dan diet yang sehat, aktivitas fisik dan tidak menggunakan alkohol.

Berdasarkan data Survei Konsumsi Makanan Indonesia (SKMI) tahun 2014 menunjukkan bahwa proporsi penduduk Indonesia yang mengkonsumsi lemak lebih dari 67 gram perhari sebesar 26,5%, konsumsi natrium lebih dari 2000 mg sebesar 52,7% dan 4,8% penduduk mengkonsumsi gula lebih dari 50 gram. Untuk mengendalikan faktor risiko PJK, masyarakat dianjurkan melakukan CERDIK : Cek kesehatan secara berkala, Enyahkan asap rokok, Rajin beraktifitas fisik, Diet yang sehat dan seimbang, Istirahat yang cukup dan Kelola stres. Selain itu, masyarakat diimbau melakukan pengukuran tekanan darah dan pemeriksaan kolesterol rutin atau minimal sekali dalam setahun.

Dampak dan Biaya Penyakit Jantung

Dampak:

- Konsumsi Obat Seumur Hidup
- Penurunan Kualitas Hidup
- Penurunan Produktivitas Kerja

Biaya:

- Berdasarkan data BPJS Kesehatan tahun 2014, klaim ke BPJS untuk 4,8 juta kasus penyakit jantung mencapai Rp 8,189 triliun.
- Data tahun 2015 hingga Triwulan III terdapat 3,9 juta kasus dengan total Rp klaim 5,462 triliun.
- Data BPJS klaim untuk pemasangan stent koroner mencapai Rp. 1.2 Triliun di tahun 2017

Gambar 16. Dampak dan biaya penyakit jantung

4. Penyakit Ginjal

Penyakit ginjal dijuluki sebagai silent disease karena seringkali tidak menunjukkan tanda-tanda peringatan dan jika tidak terdeteksi, akan memperburuk kondisi penderita dari waktu ke waktu. Tidak hanya orang dewasa, anak-anak juga mempunyai risiko terkena penyakit tidak menular (PTM), khususnya penyakit ginjal. Anak-anak memiliki risiko penyakit ginjal bahkan pada usia dini (bayi). Oleh karena itu, penting mendorong deteksi dini dan penerapan pola hidup yang sehat sejak ibunya mengandung, lahir, tumbuh dan terus berlanjut hingga masa tuanya.

Mengutip data 7 tahun Report of Indonesian Renal Registry, urutan penyebab gagal ginjal pasien yang mendapatkan hemodialisis berdasarkan data tahun 2014, karena hipertensi (37%), penyakit diabetes mellitus atau Nefropati Diabetika (27%), kelainan bawaan atau Glomerulopati Primer (10%), gangguan penyumbatan saluran kemih atau Nefropati Obstruksi (7%), karena Asam Urat (1%), Penyakit Lupus (1%) dan penyebab lain lain-lain (18%). Sebagian besar penyebab gagal ginjal disebabkan faktor risiko perilaku yang kurang sehat. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kementerian Kesehatan RI tahun 2013 menunjukkan data bahwa penduduk Indonesia kurang aktifitas fisik (26,1%); penduduk usia > 15 tahun merupakan perokok aktif (36,3%); penduduk > 10 tahun kurang mengonsumsi buah dan sayur (93%); serta penduduk >10 tahun memiliki kebiasaan minum minuman beralkohol (4,6%). Belum lagi para pekerja yang tidak memiliki waktu tidur cukup dan kurang minum air putih.

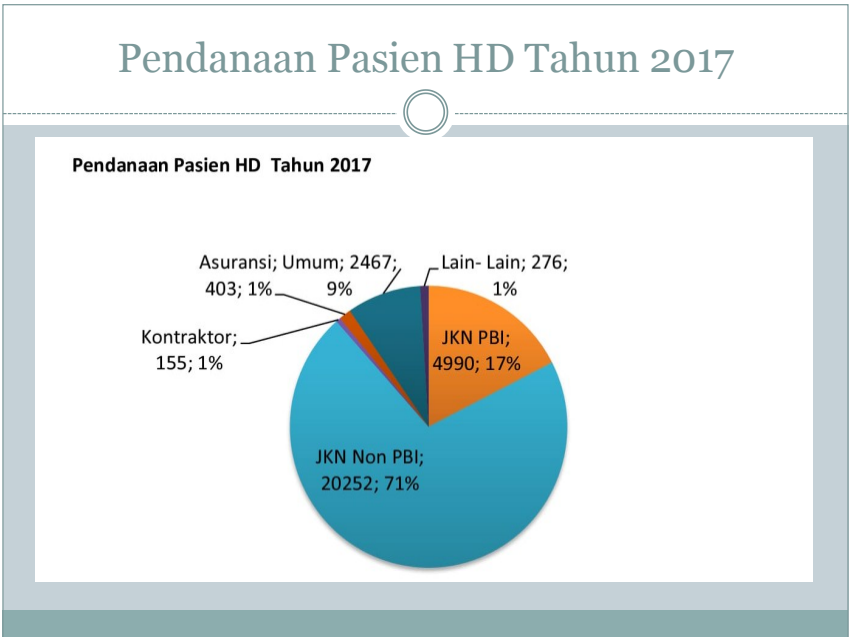
Asumsi PERNEFRI yang disampaikan Ketua PERNEFRI dalam Seminar PERSI 2019 angka kejadian gagal ginjal kronis adalah 440/1 juta penduduk atau untuk Indonesia dengan 264 juta penduduk artinya bertambah sebanyak 440 x 264 juta = 116.160 kasus gagal ginjal kronis pertahun. Tidak semuanya dapat dilayani dengan Renal Replacement therapy terutama dengan cara hemodialysis (HD) karena kurangnya jumlah Unit layanan Hemodialysis di Indonesia khususnya di Indonesia Bagian Timur.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Pasien Baru	4977	5392	8193	9649	15353	19621	15128	17193	21050	25446	30831
Pasien Aktif	1885	6543	8603	11484	17259	22140	21759	21165	30554	52835	77892

Sumber : Indonesian Renal Registry, 2017

Tabel 11. Pasien baru dan pasien aktif di Indonesia 2007 - 2017

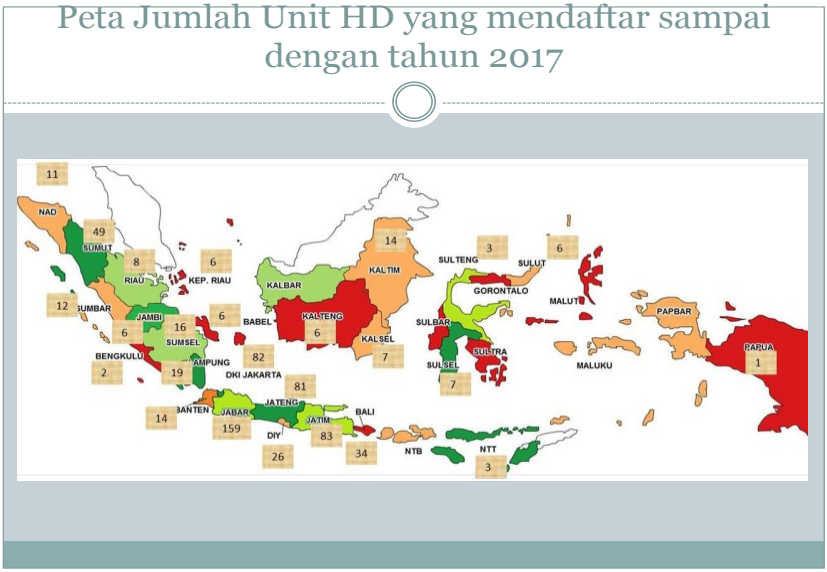
Ada 3 pilihan Renal Replacement Therapy yaitu Peritoneal Dialysis, Hemodialysis dan Transplantasi Ginjal. Yang paling ideal adalah Transplantasi Ginjal sayang disamping mahal biayanya juga perundangan belum memungkinkan donor ginjal dari orang yang meninggal, Hemodialysis masih merupakan pilihan meskipun menurut penilaian Komite Penilaian Teknologi Kesehatan/KPTK, Peritoneal dialysis lebih cost effective dan hanya digunakan oleh kurang dari % pasien gagal ginjal serta masih diperlukan persiapan dalam bentuk Program Pelayanan Peritoneal Dialysis yang memerlukan waktu, biaya kesungguhan Pemerintah. Dalam Diagram Balok diatas tampak bahwa peserta aktif HD meningkat hampir 4 kali lipat dari 20.000 pasien aktif di tahun 2014 awal JKN menjadi hampir 80.000 ditahun 2017. Sebagian besar pendanaan HD dibayar secara top up oleh BPJS Kesehatan dan dimanfaatkan 71% oleh peserta Non PBI dan hanya 17% oleh PBI. Hal ini menunjukkan kurangnya akses PBI untuk mampu mengakses pelayanan HD.



Sumber : Indonesian Renal Registry, 2017

Tabel 12. Pendanaan pasien HD 2017

Sebaran unit HD tampak sangat kurang di Indonesia bagian Timur, hanya ada 1 unit HD untuk provinsi Maluku Utara dan 1 unit HD untuk Papua



Sumber : Indonesian Renal Registry, 2017

Gambar 17. Peta jumlah unit HD tahun 2017

5. Kanker

Paradigma masyarakat dalam menangani penyakit kanker harus berubah yakni dari kuratif atau pengobatan menjadi preventif atau pencegahan. Pasalnya, penyakit kanker yang terlambat ditangani akan sulit untuk disembuhkan. Mayoritas pasien yang datang ke Rumah Sakit Dharmais merupakan pasien yang menderita kanker stadium lanjut, tiga dan empat, disertai komplikasi tinggi. Padahal, pengobatan preventif dan intervensi sedini mungkin, sangat menekan biaya pengobatan serta meningkatkan kemungkinan kesembuhan pasien. Pengobatan preventif dilakukan dengan deteksi dini dan skrining terhadap pasien. Jika masyarakat sadar melakukan deteksi dini, maka diharapkan kanker ditemukan pada stadium awal. Kalau stadium awal, dengan operasi bisa sembuh 100% karena semakin rendah stadium, dan survival rate-nya semakin tinggi. Dengan deteksi dini juga bisa mengurangi biaya

pengobatan sekitar 61% dibanding dengan pasien kanker yang sudah menderita kanker stadium lanjut, kata Direktur Utama Rumah Sakit Kanker Dharmais Prof dr Abdul Kadir.

Berikut ini adalah Utilisasi obat obat kanker Targeted Therapy yang mahal dan dibayar secara Top Up melalui APBN dan merupakan salah satu penyebab utama Defisit BPJS Kesehatan

Utilisasi Obat-Obat Kanker *Targeted Therapy*

2014

Nama Generik	Jumlah Kasus	Jumlah Obat	Jumlah Biaya
Bevacizumab	1,262	4,538	20,819,360,930
Trastuzumab	1,244	1,239	20,284,551,087
Imatinib Mesylate	912	93,599	13,622,065,863
Cetuximab	768	3,598	11,876,008,579
Rituximab	822	2,072	8,649,435,581
Gefitinib	1,002	20,812	7,068,115,660
Nilotinib	170	15,118	2,366,189,806
Lapatinib Ditosylate	190	22,025	1,509,790,440
Grand Total	**6,370**	**163,001**	**86,195,517,946**

2015

Nama Generik	Jumlah Kasus	Jumlah Obat	Jumlah Biaya
Trastuzumab	7,736	7,776	92,021,642,741
Cetuximab	4,100	21,812	57,663,381,581
Bevacizumab	4,206	14,938	53,622,872,073
Rituximab	4,043	17,652	37,053,591,420
Imatinib Mesylate	7,271	788,312	34,400,737,130
Gefitinib	4,299	96,764	28,545,392,000
Nilotinib	2,222	188,283	20,406,474,933
Lapatinib Ditosylate	1,439	169,364	11,602,993,020
Grand Total	**35,316**	**1,304,901**	**335,317,084,898**

2016

Nama Generik	Jumlah Kasus	Jumlah Obat	Jumlah Biaya
Trastuzumab	5,404	5,539	54,299,565,553
Bevacizumab	4,781	16,588	53,121,222,834
Rituximab	6,555	14,936	44,361,121,462
Cetuximab	3,046	15,739	38,327,435,895
Imatinib Mesylate	8,830	922,217	32,452,716,603
Gefitinib	4,481	107,505	31,713,985,800
Nilotinib	2,832	243,069	20,503,349,869
Lapatinib Ditosylate	2,199	265,040	19,240,581,900
Erlotinib	620	16,485	4,871,925,900
Grand Total	**38,748**	**1,607,117**	**298,891,905,816**

1. Trastuzumab masih menduduki posisi 2 besar obat kanker Targeted Therapy berbiaya mahal.
2. Di Tahun 2016, Jumlah kasus yang mendapatkan obat Trastuzumab di tahun 2016 menurun kemungkinan karena:
   a. Belum semua klaim obat N-1; atau
   b. Pasien sudah mencapai peresepan maksimal 8 kali pemberian; atau
   c. Banyak pasien yang resisten terhadap pemberian Trastuzumab dan beralih menggunakan Lapatinib. Hal ini terlihat meningkatnya jumlah kasus yang mendapatkan Lapatinib

Tabel 13. Utilisasi obat kanker

Bevacizumab obat kanker Metastatic Colorectal Cancer meningkat jumlah kasusnya hampir 4 kali lipat dalam satu tahun dari 2014-2015 dengan biaya Rp. 20 Miliar lebih menjadi Rp. 53 Miliar lebih.

Hasil berbagai kajian yang dilakukan KPTK menunjukkan bahwa pemberian Bevacizumab pada pasien kolorektal stadium metastasik hanya menambah progression free survival (PFS) atau menahan perkembangan sel kanker hanya selama dua bulan dengan kebutuhan biaya sebesar Rp 530 juta. Obat ini juga hanya menambah masa hidup berkualitas pasien hanya sampai satu bulan dengan biaya obat yang diperlukan sebesar Rp 1 miliar.

Dari perspektif fasilitas kesehatan yang memberikan layanan, obat ini hanya menambah satu tahun hidup berkualitas pasien dengan anggaran Rp 837 juta, sedangkan dari perspektif pasien sebesar Rp 890 juta. Dengan kata lain, dibutuhkan anggaran Rp 890 juta bagi pasien untuk bertahan hidup selama setahun dengan terapi target. Bahkan, dari segi budget impact analysis (BIA), diperlukan biaya Rp 15 triliun untuk menambah lima tahun masa hidup berkualitas, dengan asumsi bahwa semua penyakit kanker kolorektal yang didiagnosa diberikan obat Bevasizumab seperti sekarang ini.

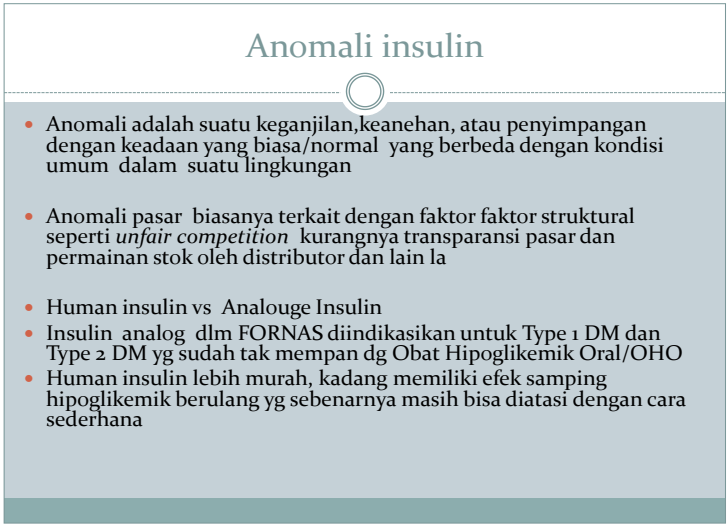
6. Diabetes Melitus

International Diabetes Federation (IDF) Atlas 2017 melaporkan bahwa epidemi Diabetes di Indonesia masih menunjukkan kecenderungan meningkat. Indonesia adalah Negara peringkat keenam di dunia setelah Tiongkok, India, Amerika Serikat, Brazil dan Meksiko dengan jumlah penyandang Diabetes usia 20-79 tahun sekitar 10,3 juta orang 90-95% dari kasus Diabetes adalah Diabetes Tipe 2 yang sebagian besar dapat dicegah karena disebabkan oleh gaya hidup yang tidak sehat.

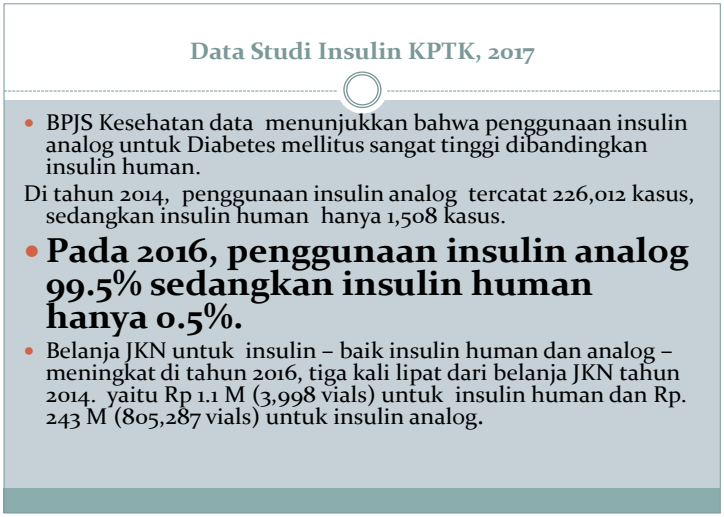
Sejalan dengan hal tersebut, Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) memperlihatkan peningkatan angka prevalensi Diabetes yang cukup signifikan, yaitu dari 6,9% di tahun 2013 menjadi 8,5% di tahun 2018; sehingga estimasi jumlah penderita di Indonesia mencapai lebih dari 16 juta orang yang kemudian berisiko terkena penyakit lain, seperti: serangan jantung, stroke, kebutaan dan gagal ginjal bahkan dapat menyebabkan kelumpuhan dan kematian.

Diabetes merupakan masalah epidemi global yang bila tidak segera ditangani secara serius akan mengakibatkan peningkatan dampak kerugian ekonomi yang signifikan khususnya bagi Negara berkembang di kawasan Asia dan Afrika. Data IDF juga menunjukkan bahwa biaya langsung penanganan Diabetes mencapai lebih dari 727 Miliar USD per tahun atau sekitar 12% dari pembiayaan kesehatan

global. Data Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) juga menunjukkan peningkatan jumlah kasus dan pembiayaan pelayanan Diabetes di Indonesia dari 135.322 kasus dengan pembiayaan Rp 700,29 Miliar di tahun 2014 menjadi 322.820 kasus dengan pembiayaan Rp 1,877 Triliun di tahun 2017.



Gambar 18. Anomali insulin



Gambar 19. Data study insulin KPTK tahun 2017

Anomali pasar Insulin dlm JKN

- Berdasarkan data harga insulin pada e-katalog Indonesia menunjukkan bahwa harga analog insulin hampir sama dengan*human insulin*. Bila dibandingkan dengan harga insulin di Thailand, harga procurement human insulin di Indonesia lebih mahal. Harga human insulin dalam bentuk vial di Indonesia ***sekitar Rp 145.900 berbanding Rp 34.900*** di Thailand dan untuk bentuk *cartridge* sekitar Rp 78.000berbanding Rp31.300.
- **Sementara harga *procurement* analog insulin di Indonesia lebih murah dibandingkan di Thailand, yaitu Rp 92.900 berbanding Rp 115.200**

Gambar 20. Anomali pasar insulin dalam JKN

Penghematan jika JKN memberlakukan sesuai indikasi dan restriksi insulin dalam FORMULARIUM NASIONAL

- Analisis penghematan biaya menunjukkan bahwa BPJS Kesehatan dapat menghemat sekitar 14% anggaran dari belanja insulin saat ini jika proporsi penggunaan *human insulin* di Indonesia sebesar 94%. Sedangkan jika proporsi penggunaan human insulin di Indonesia ditingkatkan menjadi 94% dan menggunakan harga yang sama dengan Thailand, maka BPJS Kesehatan dapat menghemat lebih dari 60% belanja insulin atau ***setara dengan 119 milyar rupiah per tahun.***

Gambar 21. Penghematan jika JKN memberlakukan sesuai Indikasi dan restriksi insulin dalam FORMULARIUM NASIONAL

Pencegahan dan pengendalian diabetes jelas membutuhkan perhatian semua orang dan juga kebijakan nasional dengan pendekatan revolusioner. Penyelesaian masalah diabetes terkait dengan perubahan perilaku dan membangun sinergi positif antar K/L untuk menumbuhkan iklim yang kondusif pada aspek

pencegahan dan perubahan perilaku pada tingkat individu, keluarga dan masyarakat serta institusi seperti tempat kerja. 3 (tiga) hal utama perlu dilakukan yakni (1) perubahan perilaku yang terkait makanan sehat dan berimbang, aktivitas fisik, menghindarkan diri dari rokok dan alkohol; (2) melakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala; dan (3) perbaikan tatalaksana penanganan penderita dengan memperkuat pelayanan kesehatan primer, akan menjadi prioritas dalam beberapa tahun ke depan.

D. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

1. Kesimpulan

a. Semenejak program JKN dilaksanakan, telah terjadi peningkatann kasus penyakit katastrofik yang sangat signifikan, seiring dengan peningkatan pembiayaan untuk penyakit tersebut.
b. Penyakit katastrofik menjadi momok yang harus segera ditangani, jangan sampai penyakit katastrofik mengganggu keberlangsungan program JKN
c. Penggunaan tindakan dan Pengobatan Penyakit Katastrofik harus sesuai indikasi dan restriksi yang ditentukan Formularium Nasional
d. Kompetensi dan kemampuan FKTP untuk menangani kasus penyakit katastrofik masih kurang dan belum merata

2. Rekomendasi

a. Pemerintah harus berani dan konsisten membuat kebijakan kongkrit dan realistis berbasis evidence based untuk menyikapi trend peningkatan jumlah kasus dan peningkatan pembiyaan penyakit katastrofik
b. Program JKN secara umum harus diutamakan tanpa mengabaikan sebahagian kebutuhan penderita peyakit katastrofik
c. Peningkatan kompetensi dan kemampuan FKTP untuk

menangani kasus penyakit katastrofik sebagai bagian dari program rujuk balik harus menjadi prioritas

d. Peran Komite Medis dan Pimpinan Rumah sakit dalam mengembangkan Clinical Governance perlu ditingkatkan sehingga peresepan obat obatan untuk penyakit Katastrofik dapat dikendalikan sesuai dengan indkasi dan restriksi Formularium Nasional.

e. Perlu dikaji kebijakan urun biaya untuk penyakit katastrofik, khususnya peserta non PBI

BAB V KETERSEDIAAN OBAT DAN ALKES

A. Problematika Obat dan Alkes

Ketersediaan obat masih menjadi masalah bagi peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di sejumlah wilayah di Indonesia. Penyebab kekosongan obat ini beragam, mulai dari proses pengiriman dari distributor atau penyedia yang terlambat dan klaim BPJS yang belum terbayarkan di fasilitas kesehatan. Fenomena kekosongan obat ini dipengaruhi oleh berbagai sudut pandang masalah.

Kemampuan suplai dan distribusi obat sangat bergantung pada bahan baku obat dan nilai tukar mata uang. Naiknya harga bahan baku obat impor menyebabkan naiknya harga penjualan dan biaya distribusi. Indonesia masih bergantung dengan pihak luar negeri untuk bahan baku produksi obat, terutama dari negara China dan India. Hampir 95% industri farmasi di Indonesia memakai bahan baku impor, dikarenakan pengembangan bahan baku obat dinilai sangat mahal dan sulit untuk dilakukan.

Ada senyawa-senyawa kimia dengan spesifikasi khusus yang harus dijaga zat aktifnya dan melalui uji klinis. Sejauh ini proses uji klinis tersebut hanya bisa dilakukan di pabrik di Jerman, Prancis, Jepang, dan negara maju lainnya. Indonesia belum memiliki laboratorium yang mendukung untuk melakukan proses penggabungan senyawa-senyawa tersebut. Sumber Daya Manusia (SDM) kita dinilai cukup bersaing dengan lulusan luar negeri, akan tetapi uji klinis obat membutuhkan biaya yang sangat mahal berkisar miliaran untuk setiap uji klinis. Kementerian Kesehatan sejauh ini memiliki tiga konsorsium untuk pengembangan vaksin DBD, obat Malaria (DHP), dan ekstrak gambir bekerjasama dengan Kemristekdikti. Hal itu masih merupakan

tahap awal untuk dijadikan solusi ketergantungan bahan impor.

Bahan baku obat yang mengalami kenaikan contohnya adalah ibuprofen (pereda nyeri dan demam), cimetidine (obat pencernaan), parasetamol, captopril (untuk hipertensi dan jantung), dan dextromethorpan HBR (untuk batuk kering, flu, sinusitis), allupurinol (asam urat), irbesartan (hipertensi, stroke, serangan jantung). Obat-obat tersebut merupakan yang paling banyak dikonsumsi oleh masyarakat Indonesia. Harga yang ditetapkan oleh e-katalog melalui LKPP sangat rendah dan paling murah di ASEAN, sehingga beban yang harus ditanggung industri farmasi nasional semakin berat dengan adanya tunggakan pembayaran Klaim BPJS dan juga bahan baku yang sangat mahal. Sekitar 90 hingga 92% obat JKN berasal dari industri farmasi nasional.

Melemahnya nilai tukar Rupiah terhadap dolar US sangat berdampak besar dalam ketersediaan obat di fasilitas kesehatan dalam negeri, terutama untuk mendukung program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Kendala pembiayaan ini menyebabkan stok obat di fasilitas kesehatan menjadi kosong sehingga banyak perusahaan obat meminta pemerintah untuk menaikkan harga semua jenis obat sebesar 5% hingga 7% dikarenakan hutang obat dan alkes JKN yang belum dibayar. Per Juli 2018, hutang yang belum dibayar adalah sebesar 3,5 Triliun.

Program JKN menjamin seluruh rakyat Indonesia mendapatkan kepastian layanan dan kepastian memperoleh pengobatan sesuai dengan penyakitnya. Kepastian memperoleh layanan kesehatan ini tertuang dalam Kemenkes No. 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menyatakan bahwa setiap peserta berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis.

Kebutuhan obat JKN tertera regulasinya pada UNDANG-UNDANG SJSN pasal 25 yang berisi tentang perlunya dibuat daftar

harga tertinggi obat-obatan JKN sebagai acuan bagi fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS dalam rangka memenuhi ketersediaan obat tersebut.

Sedangkan untuk pembelian obat nasional ini dilakukan melalui e-katalog Obat. E-katalog diselenggarakan oleh LKPP sebagai platform pengadaan obat di Rumah Sakit

Ada 2 pasal dalam Undang-Undang SJSN yang mengatur tentang hubungan kerja antara BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan, dan ketersediaan obat untuk program jaminan kesehatan, yaitu pasal 24 dan pasal 25.

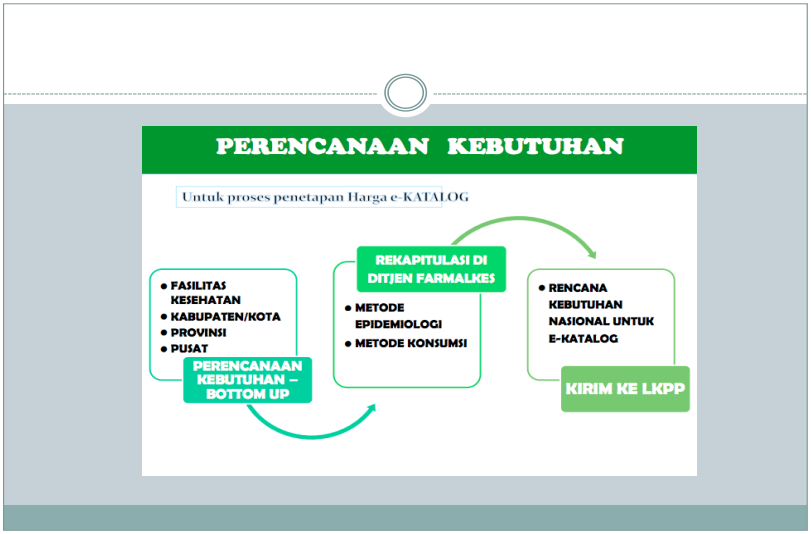
Pasal 24 (1) Besarnya pembayaran kepada fasilitas kesehatan untuk setiap wilayah ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah tersebut. (2) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial wajib membayar fasilitas kesehatan alas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak permintaan pembayaran diterima. (3) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu pelayanan; dan sistem pembayaran pelayanan kesehatan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas jaminan kesehatan.

Pasal 25 Daftar dan harga tertinggi obat-obatan, serta bahan medis habis pakai yang dijamin oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial ditetapkan sesuai dengan peraturan perUndang-Undangan

Dalam pengadaan obat fasilitas kesehatan pemerintah dan sebahagian swasta sudah membuat RKO untuk jangka waktu 1 tahun.

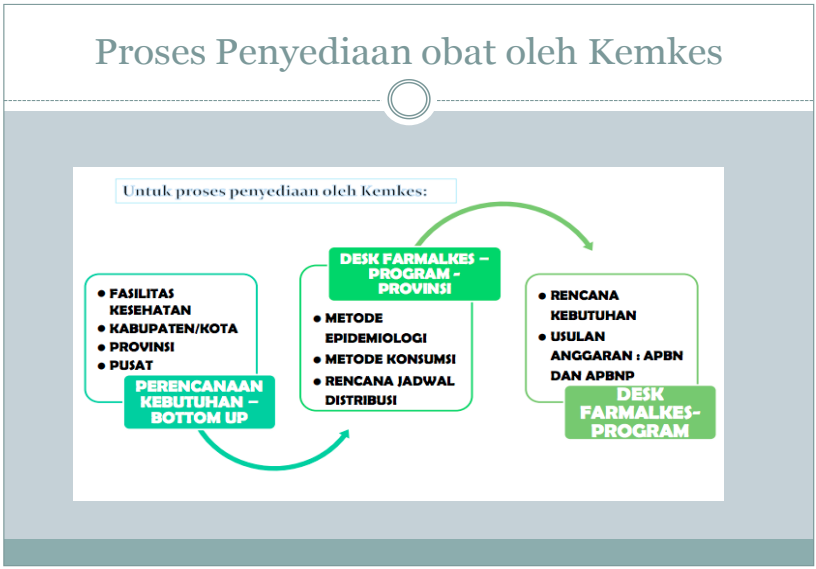
Bagi penyedia, tugasnya memproduksi obat sesuai dengan jenis dan jumlah obat yang dibutuhkan, didistribusi melalui jaringan distribusi Pedagang Besar Farmasi ke instalasi farmasi Rumah Sakit pemesan, dan pembayaran langsung bisa dilakukan. Semua proses dimonitor oleh LKPP, dan pihak penyedia menyampaikan laporan atas realisasi distribusi obat yang dilakukan.

Gambar 22. Penyediaan obat nasional



Sumber : Direktorat Tata Kelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan Kemenkes

Gambar 23. Perencanaan kebutuhan



Gambar 24. Penyediaan obat oleh Kemenkes

Sumber : Direktorat Tata Kelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan Kemenkes

Gambar 25. Rencana kebutuhan obat

B. IDENTIFIKASI PERMASALAHAN KEKOSONGAN OBAT

1. Perencanaan

Perencanaan pengadaan obat di fasilitas kesehatan baik Rumah Sakit dan puskesmas sangat berpengaruh dengan kebutuhan obat. Apabila perencanaan obat di fasilitas kesehatan tidak terlaksana dengan tepat/kurang baik, maka kebutuhan obat tidak dapat diprediksi. BPJS menerapkan FORNAS atau Formularium Nasional sebagai acuan untuk pengadaan obat mulai dari jenis, jumlah, merk, dan pabrik penyedia obat. Produksi obat tidak semuanya memenuhi kebutuhan fasilitas kesehatan, sehingga Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota dan Kemenkes perlu mengumpulkan data seakurat mungkin, sehingga dapat merencanakan kebutuhan berikutnya untuk RKO.

2. Produksi Obat

Data RKO yang kurang akurat dapat menyebabkan Industri Obat tidak memproduksi obat sesuai dengan kebutuhan nasional. Akan sangat sulit apabila obat (contoh : cairan infus NaCl atau RL) hanya diproduksi oleh satu atau dua industri saja, padahal kebutuhan itu selalu dan setiap hari selalu ada di seluruh Rumah Sakit di Indonesia. Selain itu, bahan baku dan bahan tambahan yang terbatas, sesuai dengan yang dijelaskan di awal bahwa 95% masih ketergantungan bahan impor dikarenakan minimnya fasilitas laboratorium di Indonesia untuk mengolah bahan baku obat.

3. Distribusi obat

Distribusi obat sangat berpengaruh, karena kendala transportasi ke seluruh pelosok Indonesia. Hal ini dapat disebabkan masalah teknis, seperti waktu stock opname atau waktu dimana PBF (Perusahaan Besar Farmasi) menghitung ulang kesesuaian stok obat mereka dengan sistem, dan juga hari libur besar, dimana ekspedisi libur, sehingga transportasi menjadi kendala.

4. Penyimpanan obat.

Dalam hal penyimpanan produk obat dan vaksin memiliki

persyaratan penyimpanan tertentu. Sebagian besar obat harus disimpan pada suhu ruang (<25°C) dan cold chain product (produk vaksin, obat injeksi insulin, epinephrine, oksitosin, dll) harus disimpan pada suhu kulkas (2-8°C). Jika penyimpanan tidak sesuai, kemungkinan kualitas obat berkurang, atau bahkan rusak. Ketika kualitas berkurang, efek obat tidak akan sesuai dengan yang diharapkan.

5. **Kuantitas Obat**

   Perencanaan pengadaan yang kurang baik berakibat pada jumlah obat yang kurang atau malah berlebihan (over stock). Misalnya pada obat yang jarang digunakan di sarana kesehatan (slow moving), jumlah obat yang terlalu banyak menyebabkan penumpukan yang kemudian kemungkinan obat kadaluarsa (expired). Obat kadaluarsa harus dimusnahkan supaya tidak disalahgunakan menjadi obat palsu. Pemusnahan obat menyebabkan kerugian secara material bagi sarana kesehatan, terutama Rumah Sakit Swasta, dan berdampak buruk bagi keuangan negara.

6. **Imbas dari hutang obat dan alkes JKN**

   Kendala pembiayaan ini menyebabkan stok obat di fasilitas kesehatan menjadi kosong sehingga banyak perusahaan obat meminta pemerintah untuk menaikkan harga semua jenis obat sebesar 5% hingga 7% dikarenakan hutang obat dan alkes JKN yang belum dibayar.

   Ketersediaan obat menjadi tanggung jawab bersama dari hulu ke hilir antara pihak regulator (Pemerintah), produsen (Industri Farmasi), supplier (PBF) maupun Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes) dan Tenaga Kesehatan terkait. Ada berbagai kegiatan yang dilakukan untuk menjamin obat selalu tersedia ketika dibutuhkan. Termasuk proses pinjam-meminjam obat antar sarana kesehatan. Oleh karena itu, perlu kerjasama semua pihak supaya proses ini terjaga baik kualitas maupun kuantitasnya. Harapannya tersedia data yang akurat terkait perencanaan obat (RKO) dari sarana kesehatan dan data distribusi obat (e-report) dari PBF secara

nasional, sehingga dapat dimanfaatkan sesuai kebutuhan.

PERSI mengharapkan agar segera tatakelola obat dan alkes diperbaiki untuk mencegah terjadinya kekosongan obat dan alkes.

C. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

1. Kesimpulan

a. Obat dan alkes merupakan faktor fundamental dalam program JKN sudah semestinya ketersediaan dan distribusinya lancar dengan harga yang terjangkau.

b. Bahan baku obat sangat tergantung pada import, sehingga rentan apabila terjadi gejolak dollar.

c. Sustainibilitas Dana Jaminan Sosial sangat berpengaruh pada ketersediaan obat dan alkes.

d. Perencanaan kebutuhan obat dan alkes masih menjadi kendala utama dalam produksi dan ketersedian obat pada program JKN.

2. Rekomendasi

a. Pemerintah harus menjamin ketersediaan obat dalam jumlah yang cukup dan harga yang terjangkau

b. Perlu dikaji adanya badan khusus yang menangani produksi dan distribusi obat seperti Bulog obat

c. Perlu ditingkatkan riset dan pengembangan ketersediaan bahan baku obat dalam negeri sehingga tidak tergantung pada impor

d. Pemerintah harus menjamin ketersediaan Dana Jaminan Sosial, agar ketersediaan obat sesuai kebutuhan tidak terganggu

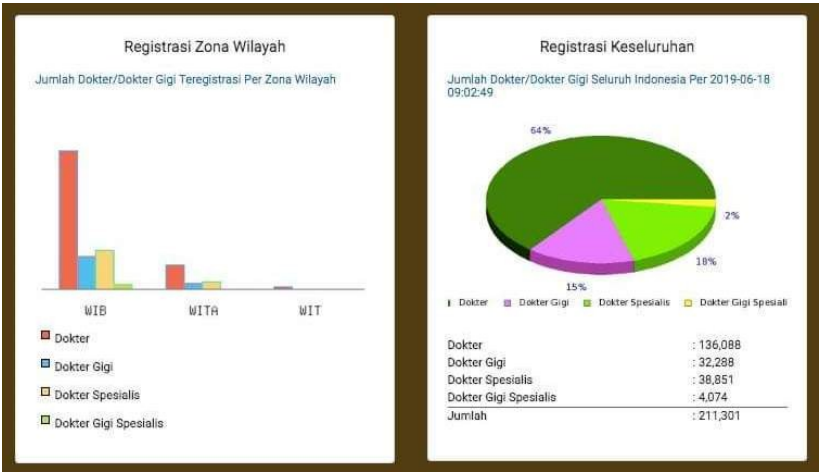
e. Segera dikembangkan sistem yang terintegrasi agar bisa dipakai sebagai data dalam perencanaan kebutuhan obat secara nasional.

BAB VI RUJUKAN BERJENJANG

A. Azas Portabilitas dan Sistem Rujukan pasien JKN.

Tugas Pemerintah untuk memeratakan pelayanan kesehatan adalah syarat utama dalam memenuhi Azas Portabilitas.

Data Konsil Kedokteran Indonesia 2019 masih menunjukkan sebaran dokter, dokter gigi dan spesialis masih belum ideal seperti tampak dalam diagram di bawah ini:

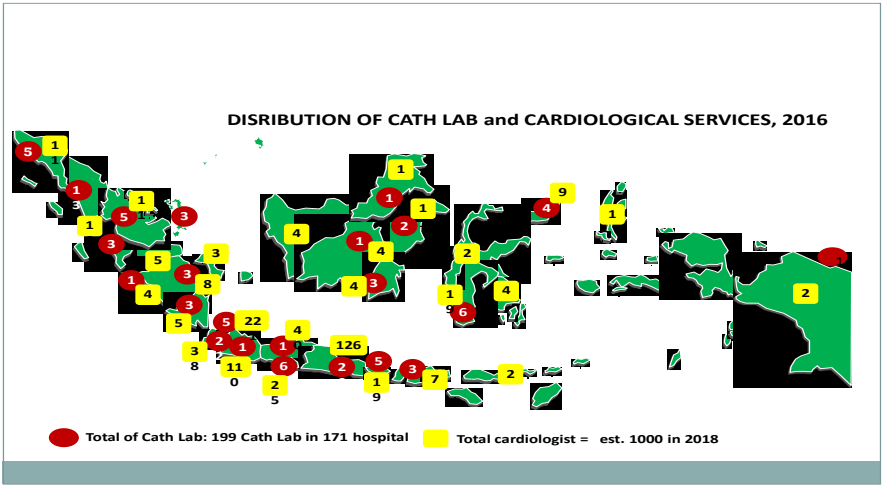


Sumber : Konsil Kedokteran Indonesia, 2019

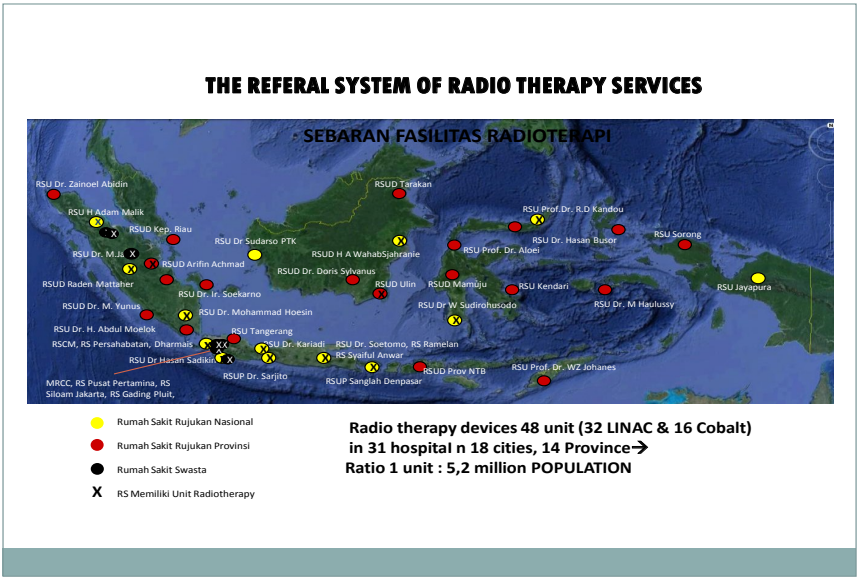
Tabel 14. Sebaran dokter, dokter gigi dan spesialis

Sebagai contoh Sebaran Cathlab dan Pelayanan Kardiologi di Indonesia menurut Kementerian Kesehatan, 2016 adalah sbb.: 299 cathlab terdapat di 171 Rumah Sakit. Sementara Jumlah Spesialis Jantung dan Pembuluh darah (SpJP) diperkirakan baru kurang lebih 1000 di tahun 2018 banyak

diantaranya berada di Pulau Jawa. Bukan hanya cathlab tetapi juga unit hemodialysis, CT Scan, MRI dan unit radiotherapy.



Gambar 26. Sebaran chatlab



Sumber : Kementerian Kesehatan, 2017

Gambar 27. The referal system of radio therapy services

Salah satu azas yang dipakai dalam penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional bidang Kesehatan adalah prinsip portabilitas yang dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia. Hal ini tercantum pada Undang-Undang no. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional pasal (4) huruf f. Dengan kata lain, manfaat JKN harus dapat dipindahkan sesuai dengan keberadaan peserta.

Dalam Perpres No. 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, pada pasal 55 ayat (2) dan (3) berbunyi :

Ayat (2) : Pelayanan kesehatan tingkat pertama bagi peserta dilaksanakan di FKTP tempat peserta terdaftar, kecuali bagi peserta yang:

a. Berada di luar wilayah FKTP tempatnya terdaftar; atau
b. Dalam keadaan kegawatdaruratan medis.

Ayat (3) : Peserta yang berada di luar wilayah FKTP tempat peserta terdaftar sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) huruf a, dapat mengakses pelayanan rawat jalan tingkat pertama di FKTP lain untuk paling banyak 3 (tiga) kali kunjungan dalam waktu paling lama 1 (satu) bulan pada FKTP yang sama.

Pelayanan kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional bidang kesehatan, juga menggunakan asas rujukan. Dalam Perpres No. 82 tahun 2018 pasal 55 ayat (1) dinyatakan : “Pelayanan kesehatan kepada peserta dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis dan kompetensi fasilitas kesehatan dimulai dari FKTP peserta terdaftar, kecuali pada keadaan kegawatdaruratan medis”.

Pada ayat (4) dinyatakan: “dalam hal Peserta memerlukan pelayanan tingkat lanjutan, FKTP wajib merujuk ke FKRTL sesuai dengan kasus dan kompetensi fasilitas kesehatan serta sistem rujukan”.

Dalam Permenkes No. 4 tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah sakit dan kewajiban pasien, tercantum di pasal (2) huruf J bahwa Rumah sakit berkewajiban melaksanakan rujukan, yang dijabarkan dalam pasal (14)

yang menyatakan bahwa Rumah Sakit harus menjadi bagian jaringan rujukan yang dibentuk oleh Pemerintah Daerah; pelaksanaan rujukan dilaksanakan secara aktif dengan berkoordinasi dengan pasien atau keluarga; melakukan pertolongan pertama dan/atau tindakan stabilisasi kondisi Pasien sesuai indikasi medis serta sesuai dengan kemampuan untuk tujuan keselamatan pasien selama pelaksanaan rujukan; melakukan komunikasi dengan penerima rujukan dan memastikan bahwa penerima dapat menerima pasien dalam hal keadaan pasien gawat darurat; dan membuat surat rujukan untuk disampaikan kepada penerima rujukan.

BPJS Kesehatan telah mengeluarkan panduan praktis tentang pelaksanaan sistem rujukan berjenjang yang menyatakan : "Sistem Rujukan pelayanan kesehatan secara definisi adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal yang wajib dilaksanakan oleh peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial, dan seluruh fasilitas kesehatan" (lihat lampiran Panduan Praktis Sistem Rujukan Berjenjang).

BPJS Kesehatan juga menerbitkan regulasi Perdirjampelkes No. 4 tahun 2018 tentang Penyelenggaraan Sistem Rujukan Berjenjang berbasis Kompetensi melalui Integrasi Sistem Informasi, yang isinya menyatakan:

Rujukan berjenjang berbasis kompetensi terintegrasi adalah pemberian rujukan berdasarkan kebutuhan medis pasien sesuai kompetensi fasilitas kesehatan penerima rujukan; jenis fasilitas kesehatan dan/atau kelas Rumah Sakit; dan kondisi geografis (jarak/letak) tujuan rujukan dari fasilitas kesehatan perujuk dengan menggunakan aplikasi eligibilitas yang dikeluarkan BPJS Kesehatan dan dapat terintegrasi dengan sistem informasi manajemen Fasilitas Kesehatan. Dalam penerapannya, BPJS K menetapkan penggunaan aplikasi "APLICARES – HFIS" (Health Facilities Information Sistem). Aplikasi ini memuat informasi tentang profil, kompetensi dan dashboard ketersediaan tempat tidur. Perbaharuan dapat dilakukan secara mandiri oleh fasilitas kesehatan. Selain itu ada aplikasi "ELIGIBILITAS".

Aplikasi eligibilitas telah mengakomodir adanya fitur-fitur yang dapat membantu pelaksanaannya di lapangan, antara lain:

a. Fitur eligibilitas
   Fitur ini memastikan keabsahan dari peserta yang menerima pelayanan kesehatan yang akan membaca database kepesertaan secara terpusat.
b. Fitur seleksi kompetensi pelayanan kesehatan Fitur ini memfasilitasi proses penapisan fasilitas kesehatan berdasarkan kebutuhan medis pasien sesuai kompetensi spesialisasi/subspesialisasi dan pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan baik berupa pemeriksaan radiologi maupun laboratorium yang dibutuhkan oleh peserta yang akan dirujuk. Fitur ini memungkinkan fasilitas kesehatan perujuk memilih lebih dari satu kompetensi yang dibutuhkan oleh peserta agar pencarian fasilitas kesehatan penerima rujukan menjadi lebih akurat.
c. Fitur seleksi jarak dalam radius tertentu Fitur ini memfasilitasi proses penapisan fasilitas kesehatan sesuai dengan jarak tempuh menuju fasilitas kesehatan penerima rujukan. Fitur ini akan menampilkan fasilitas kesehatan penerima rujukan dengan jarak terdekat dari fasilitas kesehatan perujuk. Fitur ini juga memungkinkan adanya penyesuaian pemilihan fasilitas kesehatan sesuai dengan adanya kendala geografis.
d. Fitur seleksi kelas fasilitas kesehatan fitur ini akan melakukan seleksi terhadap kelas fasilitas kesehatan Tingkat Primer seperti RJTP maupun RITP atau kelas fasilitas kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut berdasarkan penetapan kelas Rumah Sakit oleh Kementerian Kesehatan/Dinas Kesehatan yang diwujudkan mulai dari kelas paling rendah dimana seluruh kebutuhan kompetensi dan radius maksimal telah terpenuhi.

Selain itu ada ketentuan tentang Program Rujuk Balik ke FKTP untuk penyakit-penyakit kronis tertentu yang tanpa comorbid dan tanpa komplikasi, yaitu diabetes mellitus, hipertensi, jantung, asma,

Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK), epilepsy, skizofren, stroke, dan Sindroma Lupus Eritematosus (SLE).

Kementerian Kesehatan mengeluarkan kebijakan untuk menggunakan aplikasi Sistem Rujukan terpadu (Sisrute) untuk memfasilitasi rujukan pasien antar FKRTL, dan mengeluarkan Permenkes No. 47 tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan, dimana kriteria kegawatan yang disebutkan adalah:

1. Mengancam nyawa, membahayakan diri dan orang lain/ lingkungan;
2. Adanya gangguan pada jalan nafas, pernafasan, dan sirkulasi;
3. Adanya penurunan kesadaran;
4. Adanya gangguan hemodinamik; dan/atau (e.) memerlukan tindakan segera.

Namun ada tambahan bahwa Menteri Kesehatan memiliki kewenangan untuk menambahkan kriteria kegawatdaruratan lain.

B. Pelaksanaan portabilitas dan sistem rujukan serta kendalanya.

Sumber : Kementerian Kesehatan, 2017

Kondisi FKTP dan FKRTL di Indonesia harus diakui belum semuanya memiliki standar fasilitas dan kompetensi sesuai standar, karena faktor distribusi tenaga kesehatan dan kualitas tenaga kesehatan yang belum semuanya memenuhi standar. Fasilitas sarana kesehatan juga terjadi kesenjangan dengan standar klasifikasi FKTP maupun FKRTL di beberapa wilayah, khususnya di kota kecil di luar Jawa. Distribusi FKTP dan FKRTL juga tidak sejak awal dirancang sebagai suatu jejaring rujukan berjenjang, sehingga bisa terjadi di suatu wilayah tidak terdapat Rumah Sakit kelas C, namun ada Rumah Sakit kelas B. Sebaliknya banyak wilayah dengan Rumah Sakit kelas C tanpa Rumah Sakit kelas B, sehingga kesulitan saat harus melakukan rujukan pasien secara berjenjang. Hal ini bisa dibuktikan menggunakan data HFIS milik BPJS Kesehatan atau data ASPAK milik Kemenkes.

Azas portabilitas untuk pasien JKN bisa terakomodir melalui aplikasi android "Mobile –JKN", dimana peserta boleh memilih nama FKTP melalui gadget masing-masing. Dengan demikian peserta dapat melakukan pindah FKTP melalui aplikasi mobile JKN, yang dapat dilaksanakan mandiri paling cepat setiap 3 bulan. Aktivasi pemindahan FKTP, berlaku efektif pada tanggal 1 bulan berikutnya. Bila dalam proses pemindahan, peserta sakit non gawat darurat, dapat periksa ke klinik BPJS K yang sama, maksimal 3 kali dalam sebulan ke FKTP yang sama.

Rujukan berjenjang peserta JKN untuk kasus non gawat darurat dimulai dari rujukan oleh FKTP ke FKRTL sesuai pilihan yang muncul pada aplikasi Aplicare – HFIS untuk rujukan rawat jalan tingkat lanjut. Sebelumnya sudah terdata jadwal praktik dokter untuk setiap FKRTL, yang sudah diharmoniskan dengan jadwal praktik dokter tersebut di fasilitas kesehatan lainnya, dengan jeda transportasi selama minimal 30 (tiga puluh) menit. Lama pemeriksaan diperhitungkan rata-rata 6 (enam) menit untuk setiap pasien, jadi bila dokter spesialis berpraktik selama 6 (enam) jam, maka jumlah pasien yang boleh dilayani maksimal 60 (enam puluh) pasien. Untuk dokter yang melakukan tindakan medis di luar ruang praktik juga harus mencantumkan jadwal rutinnya, tanpa mengganggu waktu praktik rawat jalan. Dari FKTP maka ditentukan radius rujukan, umumnya rujukan ke FKRTL dengan jarak maksimal 15 km dari FKTP. Namun belum semua Kantor BPJS Kesehatan cabang menerapkan kriteria tentang jarak rumah sakit rujukan, ada juga yang menggunakan sistem rayonisasi rujukan, bisa berbeda-beda kebijaksanaan kantor cabang BPJS K. Melalui aplikasi Aplicare-HFIS dan aplikasi Eligibilitas, ditentukan prioritas FKRTL tertentu, biasanya mulai dengan kelas rumah sakit terendah, Rumah Sakit kelas D dan Kelas C. Bila kapasitas rumah sakit kelas D dan C dalam rayon atau radius jarak FKRTL rujukan sudah terisi sekitar 30 %, maka otomatis peluang Rumah Sakit Kelas B atau Rumah Sakit kelas A untuk mendapatkan rujukan akan terbuka.

Selain itu, dalam rujukan rawat jalan, ada mekanisme program

rujuk balik (PRB), dimana pasien dengan 9 diagnosis tunggal yang masuk ke kriteria, wajib kontrol dan ambil obat di FKTP. Target yang diharapkan adalah 70 % dari pasien yang berpotensi PRB wajib dikembalikan ke FKTP.

Hasil yang diharapkan dengan mekanisme ini adalah, pasien tidak perlu mengakses FKRTL yang jauh dari domisilinya, dan ada kepastian pelayanan, besaran klaim yang ditagihkan ke BPJS Kesehatan juga makin efisien, karena tarif Rumah Sakit kelas D dan C relatif lebih rendah dari Rumah Sakit kelas B dan A.

Kendala yang terjadi adalah, untuk memenuhi layanan portabilitas, ada beberapa FKTP yang tidak "welcome" dengan pasien JKN "tamu", sehingga azas portabilitas tidak dapat diberlakukan secara konsisten. Kendala lainnya, adalah dokter spesialis tidak melaksanakan program rujuk balik (PRB) secara konsisten, padahal berdasar laporan catatan rekam medis, ada potensi PRB yang terlambat.

Faktor kedisiplinan dokter spesialis untuk mematuhi jam praktik, juga menjadi kendala karena akan mempengaruhi terhadap kepuasan peserta JKN dalam hal waktu tunggu dan kepastian jadwal periksa.

C. Dampak pelaksanaan azas portabilitas dan sistem rujukan berjenjang.

Akibat diberlakukannya sistem rujukan berjenjang, maka terjadi penurunan kunjungan secara signifikan, khususnya pada Rumah Sakit kelas B, walau beberapa Rumah Sakit kelas D dan C melonjak jumlah pasiennya. Beberapa Rumah Sakit kelas B menyatakan keberatan dengan implementasi sistem rujukan berjenjang seperti ini. Peserta JKN juga merasa dirampas haknya untuk memilih FKRTL sasaran rujukan, karena pilihan tergantung pada sistem yang dipakai BPJS Kesehatan. Kompetisi rumah sakit berdasarkan status kelulusan akreditasi dan standar mutu layanan menjadi tidak berarti lagi, karena logic-sistem-nya hanya berdasarkan ketersediaan dokter dan jarak dari FKTP.

Dampak jangka panjangnya adalah, risiko rumah sakit rugi

operasional makin bertambah, karena jumlah kunjungan pasiennya tidak signifikan. Mutu rumah sakit, baik mutu klinis maupun manajemen bisa jadi hanya untuk kepentingan formalitas, karena tidak ada "priviledge" untuk FKRTL yang bermutu relatif baik mendapat prioritas rujukan pasien sesuai kompetensinya.

Penerapan prinsip portabilitas yang belum dapat diimplementasikan sepenuhnya untuk layanan kesehatan di luar wilayah, khususnya bagi peserta yang tinggal di perbatasan hanya dibatasi untuk rujukan di luar wilayah secara terbatas, sehingga terjadi peserta harus menempuh jarak yang lebih jauh ke FKRTL yang ditentukan oleh sistem HFIS.

Dengan kesenjangan standar fasilitas di beberapa FKRTL, khususnya di wilayah Timur Indonesia, maka rujukan bagi peserta menjadi sangat terbatas dan mahal, misalnya rujukan tindakan hemodialisa untuk kasus gagal ginjal kronis di provinsi Maluku, hanya bisa dilakukan di Ambon, dengan jumlah fasilitas yang terbatas.

Dampak positif dari penerapan sistem rujukan berjenjang ini adalah, pasien mendapat kepastian kesempatan untuk mendapat pelayanan sesuai dengan kebutuhannya, baik layanan rawat jalan maupun rawat inap. Selain itu dengan rujukan yang berawal dari Rumah Sakit kelas D dan C, kemudian ke Rumah Sakit kelas B dan A, demikian juga dengan program rujuk balik, maka BPJS Kesehatan mendapat efisiensi dari klaim.

D. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

1. Kesimpulan

Suatu sistem rujukan klinis yang efektif memerlukan hubungan yang erat antara setiap tingkat fasilitas kesehatan untuk memastikan pasien mendapat pelayanan yang baik di fasilitas yang terdekat atau yang menjadi pilihannya. Sistem rujukan yang baik akan memastikan:

a. Pasien mendapat pelayanan yang optimal di fasilitas kesehatan yang tepat.
b. Utilitas fasilitas kesehatan menjadi optimal dan efisien dalam pembiayaan.

c. Pasien yang memerlukan layanan spesialistik dapat mendapatkan pelayanan itu dalam waktu relatif singkat.
d. FKTP dapat melakukan fungsi sesuai standar kompetensinya.
e. Kasus yang banyak ditemui dalam suatu wilayah, harus dapat dikelola oleh fasilitas kesehatan di daerah itu, misalnya daerah endemis malaria, maka FKTP pun mampu mengelola kasus malaria dengan severity satu.
f. Sistem rujukan berjenjang dapat berjalan tanpa kendala (seamless) , dalam arti tidak boleh terjadi peserta datang ke FKRTL hanya untuk meminta rujukan ke FKRTL yang lebih tinggi.

2. Rekomendasi

Berdasarkan beberapa prinsip di atas, maka PERSI merekomendasikan penataan ulang sistem portabilitas dan sistem rujukan berjenjang sebagai berikut:

a. Kemenkes melakukan mapping fasilitas bukan hanya sekedar kelengkapan sarana dan sumber daya manusianya, tetapi lebih berfokus pada kompetensi fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan dalam pengelolaan diagnosis tertentu. Hasil mapping ini dijadikan salah satu dasar penentuan faskes tujuan rujukan, selain data utilitas, kapasitas dan jarak.
b. Harmonisasi dan sinkronisasi aplikasi Aplicares – HFIS dengan SISRUTE, sehingga FKTP dan FKRTL cukup menggunakan 1 aplikasi dalam mengelola pasien yang akan dirujuk.
c. Kesenjangan kompetensi dan fasilitas antara standar dengan kondisi sekarang, khususnya daerah Indonesia Timur dan Barat memerlukan program terobosan untuk mendekatkan dengan standar.
d. Belum adanya standar nasional tata kelola fasilitas kesehatan dan tata kelola klinis (Good Corporate and Clinical Governance), dan masih banyak Komite Medis Rumah Sakit belum berperan aktif dalam mengawal dan

mendorong penerapan good clinical governance. Dalam rangka memperkuat sistem rujukan benjenjang diusulkan agar peran Komite Medis lebih dioptimalkan

e. Menghargai hak pasien untuk menentukan faskes pilihannya, sepanjang sesuai dengan kebutuhan medisnya. Ada penerapan urun biaya bagi yang memilih langsung Rumah Sakit dengan kelas yang lebih tinggi dari yang ditetapkan sistem, atau yang berada di luar wilayahnya (prinsip portabilitas).
f. FKRTL dengan tingkat pencapaian akreditasi rumah sakit yang lebih tinggi, secara sistem mendapat prioritas tujuan rujukan. Ini diperlukan untuk memacu peningkatan mutu rumah sakit.
g. Optimalisasi aplikasi mobile JKN, terintegrasi dengan aplikasi Aplicares-HFIS, sehingga peserta dapat melihat dan menentukan pilihan faskes rujukan sesuai dengan kriteria yang masuk dalam sistem.
h. Program rujukan berjenjang belum bisa diterapkan di seluruh Indonesia secara serentak, karena distribusi Faskes dan Nakes berdasar kompetensinya sesuai jejaring rujukan berjenjang belum ideal.
i. Perlu dikembangkan rujukan parsial berupa pemeriksaan spesimen dan jejaring konsultasi kasus ke FKRTL yang memiliki kompetensi.

Bila rekomendasi PERSI di atas mengenai pembenahan prinsip sistem rujukan dapat terlaksana, diharapkan efisiensi biaya pelayanan tercapai, utilitas rumah sakit yang bermutu akan optimal, tidak banyak waktu yang terbuang hanya untuk memenuhi syarat administratif rujukan dan hak pasien untuk menentukan pilihannya dapat terakomodasi.

PENUTUP

Pengalaman perumahsakitan selama 5 tahun menjalankan amanah UU SJSN no. 40/2014 yang penuh dinamika telah disampaikan sebagai BUKU PUTIH PERSI ini.

Buku ini memberikan kritik yang membangun terhadap kesulitan yang dialami perumahsakitan berdasarkan berbagai pertimbangan terutama keberlanjutan program JKN di masa yang akan datang.

Kalimat Pengingat

- "...where shortages (and inequitable distributions) of health workforces are still prevalence in many areas and sufficient budget funding are not yet acquired, the public health care system (and UC) as a whole is vulnerable and might not be sustainable in the long-run
- UHC does not mean free coverage for all possible interventions regardless of the cost, as no country can provide all services free of charge on sustainable basis

Oleh karena itu beberapa usulan BUKU PUTIH PERSI untuk menjamin keberlanjutan JKN adalah sebagai berikut:

- Perbaikan dan penguatan Usaha Kesehatan masyarakat di FKTP maupun FKRTL

- Mewujudkan paket kesehatan dasar esensial sebagaimana diamanatkan UU SJSN No. 40/ 2004.
- Membuat agenda yang kongkrit untuk memperbaiki kekurangan tenaga kesehatan yang profesional dan fasilitas kesehatan yang memadai dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan di seluruh Indonesia.
- Efisiensi dalam pelaksanaan JKN terutama terkait penggunaan dana dan manajemen keuangan.
- Meningkatkan Partisipasi Masyarakat dan tanggung jawab peserta dalam Pelaksanaan Program JKN.
- Menyusun UU tentang pencegahan tindakan kecurangan, dan segera perbaikan defenisi dan pengertian kecurangan atau fraud yang tertuang dalam Peraturan Presiden no 82/2018 dan Permenkes no 36/2015 untuk meminimalisir multi tafsir

Pada kesempatan ini perkenankan kami mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya atas partisipasi para narasumber dan seluruh staf dan semua pihak yang telah mendukung sehingga BUKU PUTIH PERSI terwujud.

Demikian kami sampaikan BUKU PUTIH PERSI semoga dapat menjadi referensi dalam perbaikan pelaksanaan amanah UU SJSN beserta UU Kesehatan, UU terkait lainnya dan peraturan pelaksanaannya demi keberlanjutan JKN di masa depan.