

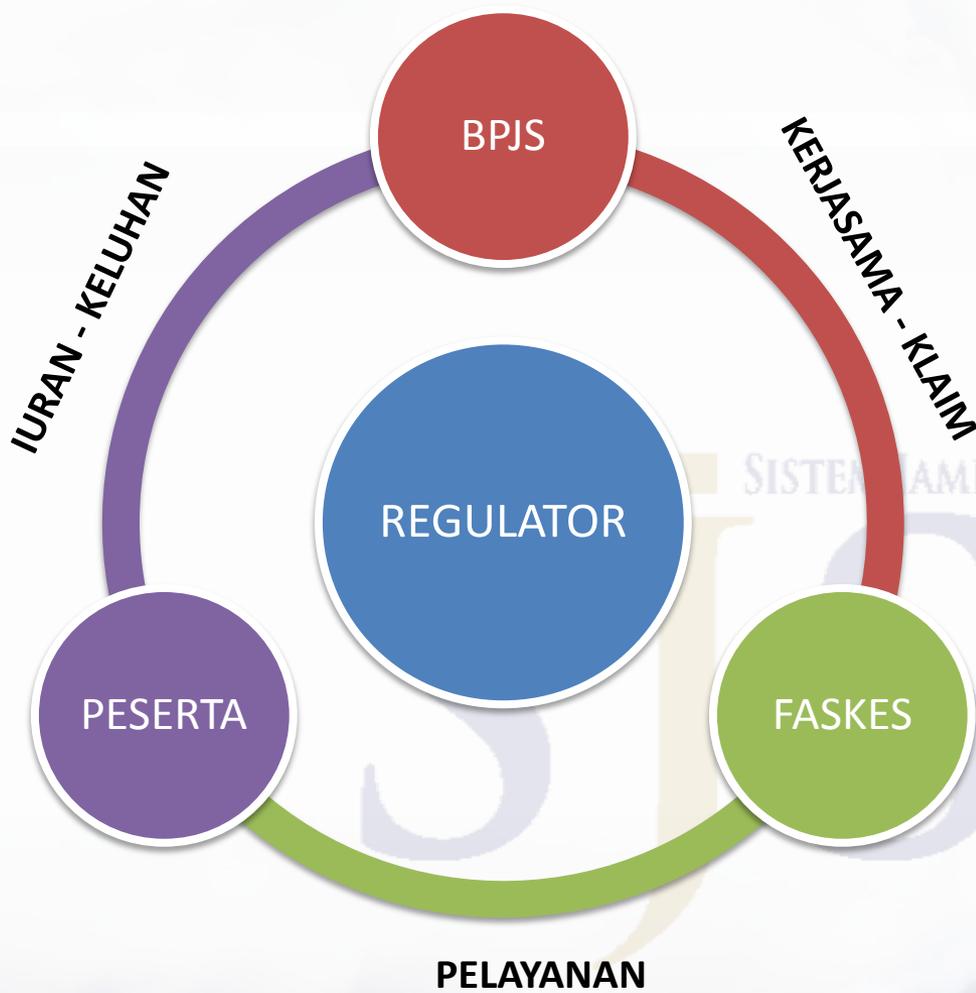


JAMINAN KESEHATAN NASIONAL: Pengawasan dan Potensi *Fraud*

Seminar Implementasi JKN dan Mekanisme Pengawasannya dalam Sistem Kesehatan Nasional
Jogjakarta, 15 Maret 2014

Dewan Jaminan Sosial Nasional

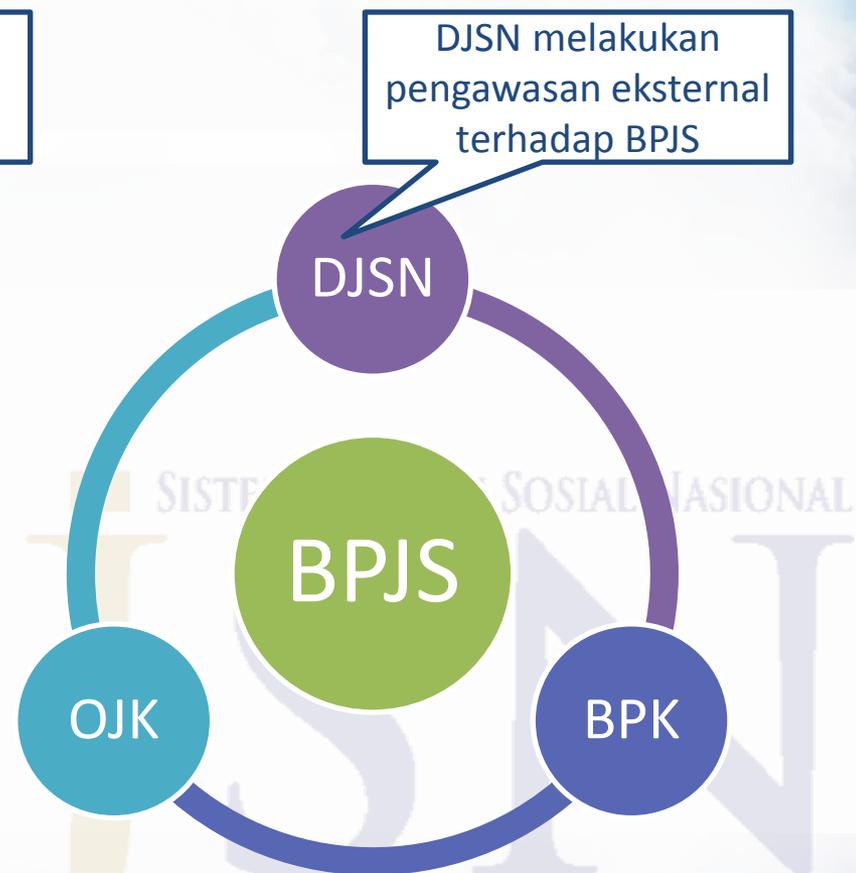
KERANGKA JKN



SISTEM JAMINAN SOSIAL NASIONAL

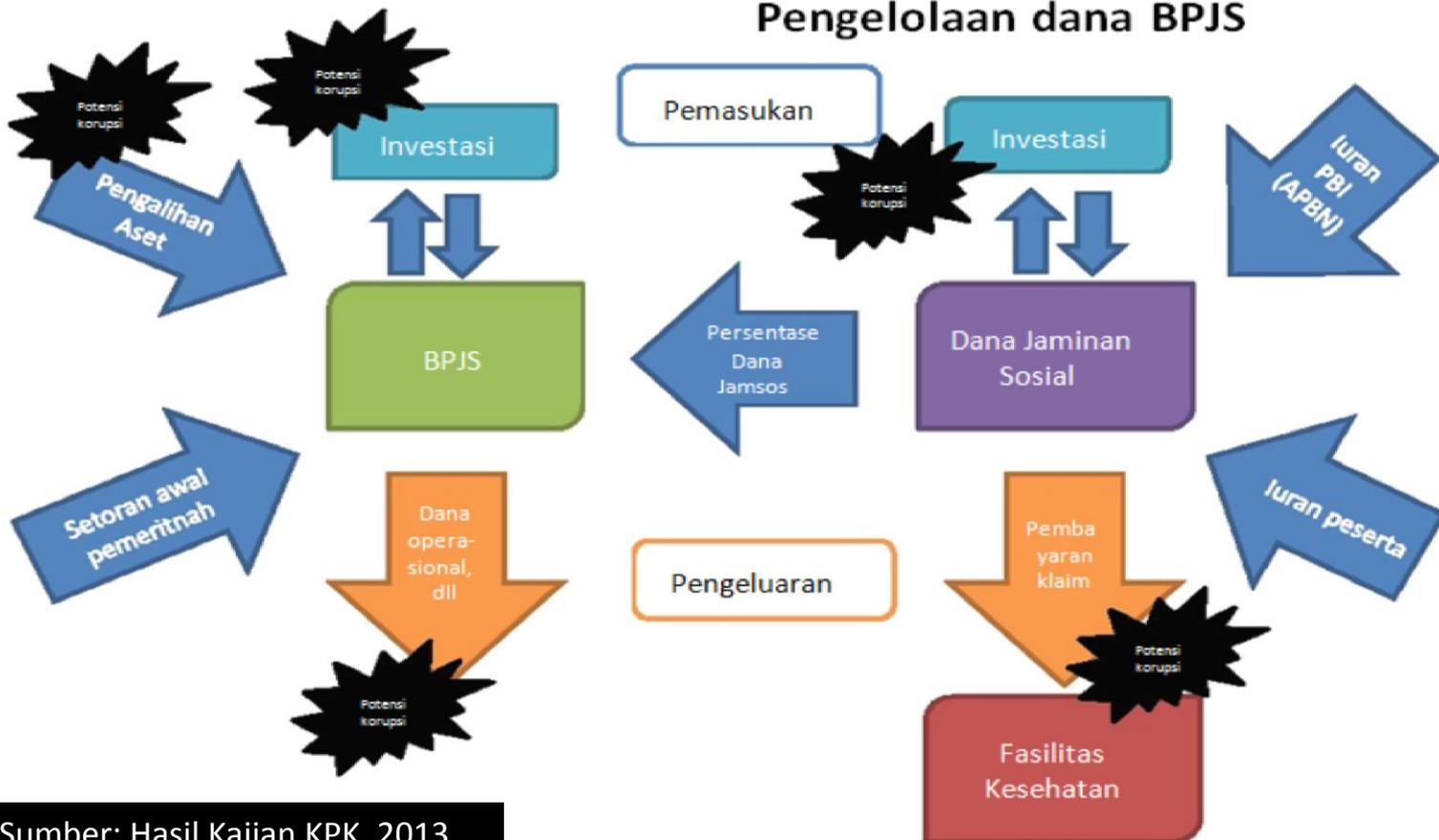
SJSN

MONEV JKN DAN PENGAWASAN BPJS



POTENSI *FRAUD*

Titik Potensi Korupsi dalam Pengelolaan dana BPJS



Sumber: Hasil Kajian KPK, 2013

HASIL MONEV DJSN (1)

REGULASI

- Regulasi belum dipahami secara baik oleh para *stakeholders*, dan belum secara lengkap dijabarkannya dalam pedoman pelaksanaan.

PELAYANAN

- Belum berjalan baiknya mekanisme rujukan, rujukan berjenjang dan rujukan balik; belum memadainya kapasitas faskes primer; belum optimalnya pelayanan kepada peserta; dan belum lengkapnya e-catalog 2014.

MANFAAT & IURAN

- Adanya penurunan manfaat yang dirasakan oleh peserta lama setelah implementasi JKN oleh BPJS Kesehatan; penerapan tarif INA-CBG belum berjalan efektif; dan belum adanya pengaturan mekanisme COB.

HASIL MONEV DJSN (2)

KEPESERTAAN

- Belum tuntasnya migrasi data kepesertaan; dan belum selesainya pembagian kuota kepesertaan di faskes primer

KELEMBAGAAN DAN ORGANISASI

- Belum cukupnya jumlah, persebaran yang tidak merata dan kapasitas SDM BPJS; belum optimalnya sistem informasi yang ada; belum optimal dan belum meratanya sosialisasi BPJS di faskes; dan belum adanya mekanisme penjaminan terhadap kepuasan peserta dan respon pengaduan masyarakat.

LAIN-LAIN

- Sosialisasi belum cukup memadai dan masih terjadinya ketidaksepahaman profesi

ASPEK REGULASI

- Beberapa aturan pelaksana belum diterbitkan
- Belum ada regulasi perpajakan terkait dengan pelayanan BPJS
- Belum diterbitkan pedoman pelaksanaan menyebabkan perbedaan persepsi antara RS dan petugas BPJS
- Belum diterbitkan peraturan mengenai rujukan pemeriksaan penunjang
- Regulasi, sistem dan ketentuan yang ada dinilai sangat rigid, tidak memberi keleluasaan bagi fasilitas kesehatan
- Penyusunan regulasi kurang mengakomodasi opini *stakeholders*
- Penyusunan regulasi terkesan tergesa-gesa, tidak ada waktu untuk mensosialisasikan

ASPEK PELAYANAN KESEHATAN

- Peserta tidak puas, karena standar pelayanan di Faskes dirasakan berbeda dengan pasien umum, atau semasa menjadi peserta Askes/Jamsostek, akibat upaya pengendalian biaya oleh Faskes dan larangan iur biaya
- Karyawan rumah sakit keberatan, karena untuk pemeriksaan awal harus dilakukan diluar dirumah sakit, padahal biasanya mereka dapat berobat dirumah sakitnya sendiri
- Tidak ada masa transisi khususnya untuk daerah kepulauan/pegunungan; sehingga antara prosedur administratif dengan kepentingan pelayanan sering berbenturan
- Biaya ambulans udara di Papua dan pulau terpencil tidak ditanggung
- Sistem rujukan berjenjang belum berjalan baik
- Pemahaman sistem rujukan berjenjang di pemangku kepentingan belum seragam
- Rujuk balik tidak selalu bisa diterapkan, karena tidak semua faskes primer dekat apotik
- Rujukan pada faskes primer masih dilakukan manual

ASPEK MANFAAT & IURAN

- Tarif INA-CBG belum mencerminkan keadilan berdasarkan variasi “Hospital Base Rate” untuk rumah sakit di kota besar, daerah yang jauh dan fasilitas yang lengkap melebihi kelas rumah sakitnya.
- Regionalisasi kelompok tarif INA-CBG dalam Permenkes 69/2014 belum mewakili kemahalan operasional Faskes di tiap daerah. Beda tarif berdasarkan regionalisasi tidak mendorong tenaga kesehatan (khususnya dokter spesialis) bekerja di “daerah kering”
- Banyak “Fraud” yang dilaksanakan Faskes karena tekanan “mencukupkan” tarif
- Gruping kasus penyakit menggunakan INA-CBG kurang tepat, sehingga trend tarifnya bertentangan dengan biaya perawatan kasus penyakit yang riil.
- Tarif INA CBG ditetapkan oleh Menteri kesehatan. Menurut UU 44/2009 pasal 49 : Menteri Kesehatan menetapkan pola tarif nasional dengan memperhatikan kondisi regional dan Gubernur menetapkan pagu tarif maksimal. Bagaimana implikasi/konsekuensi hukumnya
- Data yang diolah untuk menghitung tarif INA CBG adalah “biaya bawah” dan masih ada komponen biaya yang tercecer/tidak masuk dalam hitungan
- Skrining kesehatan (berkala) seperti pemeriksaan darah dibatasi, tidak seperti sebelumnya
- Kekhawatiran penolakan klaim oleh penyelenggara program. Klaim apotik diverifikasi dulu sehingga pembayaran sangat lama
- Manfaat dinilai mengalami penurunan. Harus adanya mekanisme COB
- Pengambilan obat kronis yang semula diambil 30 hari sekali menjadi seminggu sekali.
- Dana PBI seharusnya langsung ke BPJS kesehatan bukan melalui kementerian kesehatan agar pelayanan tidak terganggu
- Pemberian obat penyakit khronis masih berbelit karena sebagian harus mengambil di apotik panel BPJS.
- Peserta BPJS eks peserta Askes dan jamsostek banyak yang protes keras, karena hak nya atas obat-obat non generik yang dahulu ada di DPHO tidak diberikan oleh rumah sakit, dengan alasan mengikuti “Fornas” dan tarif INA-CBG tidak cukup bila diberikan obat seperti dahulu.

ASPEK KEPESERTAAN

- Peserta baru kebanyakan mengikuti BPJS saat sakit dan harus dirawat di rumah sakit, bahkan sebagian besar sudah dirawat di rumah sakit baru menyodorkan kartu peserta BPJS baru.
- Migrasi data peserta eks Jamsostek belum tuntas, sehingga mengganggu pelayanan di Faskes.
- Terjadi “perebutan” peserta antara Puskesmas dengan Klinik Pratama atau Dokter keluarga.
- Peserta merasa haknya dibatasi, meskipun bersedia iur biaya dengan memilih obat/alat yang dianggap cocok baginya
- Perbedaan prosedur yang membingungkan untuk peserta lama (pendaftaran dan rujukan)
- Bayi baru lahir dari peserta PBI bagaimana nasib kepesertaannya.

ASPEK KELEMBAGAAN & ORGANISASI

- Pemahaman verifikator BPJS masih bervariasi, sehingga membingungkan PPK.
- Jumlah verifikator di RS tidak sebanding dengan beban kerja RS
- Petugas BPJS di daerah menunggu petunjuk dari pusat untuk melaksanakan SE Menkes nomor 31 dan 32
- Ketidaksiapan petugas BPJS sebagai garda depan pelayanan kesehatan
- Jam kerja petugas BPJS tidak mengikuti jam pelayanan rumah sakit.
- Pada jam sibuk , aplikasi software BPJS masih lambat, sehingga mengganggu pelayanan.
- Pada PPK dasar , aplikasi pcare mewajibkan untuk mengisi pengukuran tanda vital pasien (tekanan darah, suhu, nadi, dll), sehingga kurang sesuai dengan kondisi di Puskesmas.
- Sistem informasi yang dibangun berbasis internet, biaya internet menjadi beban RS dan belum menjadi komponen biaya pada INA CBG. Masih ada beberapa komponen biaya yang juga belum masuk dalam penghitungan tarif INA CBG

ASPEK KELEMBAGAAN & ORGANISASI (2)

- Pemahaman verifikator BPJS masih bervariasi, sehingga membingungkan PPK.
- Jumlah verifikator di RS tidak sebanding dengan beban kerja RS
- Petugas BPJS di daerah menunggu petunjuk dari pusat untuk melaksanakan SE Menkes nomor 31 dan 32
- Ketidaksiapan petugas BPJS sebagai garda depan pelayanan kesehatan
- Jam kerja petugas BPJS tidak mengikuti jam pelayanan rumah sakit.
- Pada jam sibuk , aplikasi software BPJS masih lambat, sehingga mengganggu pelayanan.
- Pada PPK dasar , aplikasi pcare mewajibkan untuk mengisi pengukuran tanda vital pasien (tekanan darah, suhu, nadi, dll), sehingga kurang sesuai dengan kondisi di Puskesmas.
- Sistem informasi yang dibangun berbasis internet, biaya internet menjadi beban RS dan belum menjadi komponen biaya pada INA CBG. Masih ada beberapa komponen biaya yang juga belum masuk dalam penghitungan tarif INA CBG
- Penerbitan SEP seharusnya menjadi tugas BPJS, tetapi dibebankan pada RS. Disamping beban kerja, penerbitan SEP berdampak pada biaya
- Kurangnya koordinasi antara BPJS Kesehatan Pusat – Regional dan Cabang, sehingga ada kebijakan yang saling bertentangan diantara cabang BPJS Kesehatan, misalnya pemahaman tentang episode tindakan rehabilitasi medik, kebijakan iur biaya bila naik kelas perawatan, besaran kapitasi untuk PPK Dasar, kebijakan pembagian peserta PPK Dasar.
- Respons BPJS terhadap permasalahan yang disampaikan kadang masih lambat (Hot line BPJS 500400).
- Jejaring PPK I dengan apotik hanya formalitas karena BPJS tidak mengatur. Sehingga negosiasi antara PPK I dengan apotik diserahkan sesuai mekanisme pasar.
- Pengadaan obat rujuk balik harus divalidasi dulu di kantor BPJS Kesehatan, sedangkan jarak apotik dengan kantor BPJS jauh.

ASPEK LAIN-LAIN

• SOSIALISASI

- Sosialisasi BPJS di Faskes masih belum merata, sehingga banyak penafsiran diantara pemangku kepentingan di PPK Dasar dan PPK Lanjut, termasuk dokter yang menangani pasien peserta BPJS yang belum semuanya memahami hakikat “managed care” dan regulasi program JKN.
- Peserta belum memahami prosedur pelayanan sistem JKN, sehingga membebani petugas PPK Dasar dan PPK Lanjut untuk menjelaskan prosedur pada peserta.
- Ketika muncul komplain pasien, sebagian besar petugas BPJS tidak berani memberi jawaban

• ETIKA PROFESI

- Dokter merasa profesionalismenya dibatasi, karena harus mengobati pasien tidak maksimal sesuai dengan pengetahuan dan ketrampilan yang didapatnya untuk memberikan pelayanan terbaik pada pasien berbasis evidence base.
- Dokter spesialis KFR (Konsultan Fisik dan Rehabilitasi) , keberatan dianggap sebagai dokter penunjang / dokter tersier yang harus mendapat pasien hasil konsul dari spesialis lain, bukan dari PPK Dasar.
- Etika profesi dihadapkan dengan jasa profesi yang dinilai tidak wajar. Sementara muncul isu gaji besar bagi pegawai BPJS.



Terima Kasih

“Gotong Royong menuju kehidupan lebih baik”