

PRINSIP *EVIDENCE BASED POLICY MAKING* DALAM KONTEKS AUDIT PENDAHULUAN OPERASIONAL BPJS KESEHATAN

Maria Gabby, (Scholl of IS-Binus University), gabby.winata@gmail.com

Abstract

The National Health Insurance Scheme (JKN) organized by the Social Security Agency (BPJS) Health has begun to be implemented from 1 January 2014. Implementasi National Health Insurance Program in Indonesia found the problem. Operational hierarchy starting from primary health care such as health centers to referral health services such as hospitals need to be addressed in a professional manner. Flow of funds before the transition Jamsostek to BPJS Employment and PT Askes to BPJS be audited Audit Agency (BPK). They hope BPJS to return to khittah, which provide protection and social welfare for the people, as the mandate of Law 24 of 2011 on BPJS. The paper needs to be done in order to ensure that operational processes BPJS accordance with regulatory standards and policies as well as the management of the resources that the state assets in the process runs effectively and efficiently. Step is carried out by the operational audit. Operational audit BPJS is expected to identify activities, programs, and activities that standards are still in need of repair. Operational audits BPJS produce recommendations on the improvement of the implementation of various programs and activities with the standard application of the BPJS. BPJS standard application is an attempt to realize a concept JKN that can meet real and optimal public health insurance since its launch stages of planning to operational implementation.

Keywords: Operational audit, BPJS

PENDAHULUAN

Berdasarkan UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS, dibentuk 2 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan menyelenggarakan program JK dan BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan JKK, JHT, JP, dan JKM. PT ASKES (Persero) berubah menjadi BPJS Kesehatan dan mulai beroperasi 1 Januari 2014, sedangkan BPJS Ketenagakerjaan mulai beroperasi menyelenggarakan program JKK, JHT, JP, dan JKM bagi peserta selain peserta program yang dikelola PT Taspen (Persero) dan PT Asabri (Persero) paling lambat 1 Juli 2015. PT (Persero) JAMSOSTEK yang akan berubah menjadi BPJS Ketenagakerjaan pada tanggal 1 Januari 2014. Dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Jakarta ternyata tidak berjalan mulus. Sejumlah pihak berharap ada tindakan audit yang dilakukan BPK agar mampu menguak aliran dana sebelum masa peralihan PT Jamsostek menjadi BPJS Ketenagakerjaan dan PT Askes menjadi BPJS Kesehatan. BPK harus mengaudit investigasi. Kalau audit rutin, BPK tidak akan menemukan kebenaran tentang *cash flow* dua badan itu, baik sebelum maupun sesudah menjadi BPJS. Sejak pertama diberlakukan 1 Januari 2014 lalu, tercatat hanya 81 rumah sakit swasta bergabung dengan asuransi kesehatan yang dikelola PT BPJS

itu. Sebab, dari total 152 RS yang berada di Jakarta, 71 di antaranya menolak kerja sama. Alasannya, rumah sakit tersebut tidak mau menampung pasien BPJS karena keberatan dengan premi yang ditawarkan pemerintah. Mereka beranggapan, biaya yang diatur dalam sistem Indonesia *Case-Base Groups* (INA CBGs) terlalu rendah. INA-CBGs adalah sistem pengelompokan penyakit pasien berdasarkan ciri klinis yang sama dan sumber daya yang digunakan dalam pengobatan. Pengelompokan ini ditujukan untuk pembiayaan kesehatan pada penyelenggaraan jaminan kesehatan sebagai pola pembayaran yang bersifat prospektif. Manfaatnya untuk menetapkan standar tarif dan lebih memberikan kepastian pada setiap penyakit yang diderita pasien. Sesuai INA CBGs, premi yang dipatok adalah Rp19.225 per orang per bulan untuk kelas III. Pengelola rumah sakit khawatir, pembayaran yang rendah itu akan menurunkan kualitas pengobatan. Menurut Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Dien Emmawati, rata-rata RS swasta tidak bersedia melayani pasien BPJS. Rumah sakit swasta punya beban berat untuk membayar pajak tinggi. Berbeda, dengan rumah sakit pemerintah yang mendapat subsidi dan pajak ringan. Selain itu, peraturan juga tidak mewajibkan RS swasta ikut BPJS. Peraturan Presiden nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan hanya

mengatur rumah sakit pemerintah. "Rumah sakit swasta itu di Perpres dapat ikut. Artinya, boleh ikut boleh tidak," ujarnya (VIVA news, 4/03/2014). Idealnya, Dien menginformasikan, semua rumah sakit di Jakarta ikut berpartisipasi dalam asuransi rakyat ini. Sebab, semakin banyak rumah sakit swasta yang bekerja sama, diharapkan kualitas pelayanan kesehatan di Ibu Kota kian baik. RS swasta diketahui hanya diminta menyediakan ruang perawatan kelas III maksimal 22 persen dari seluruh ruang yang tersedia. Ruang kelas III itu untuk mengantisipasi pasien gawat darurat. Contohnya, korban kecelakaan yang lokasinya dekat dengan rumah sakit bersangkutan. Selanjutnya, disampaikan Kepala Dinas Kesehatan DKI Jakarta ini ada 81 rumah sakit (RS) di Jakarta yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Sebanyak 17 RS milik pemerintah dan 64 RS swasta. Jumlah itu belum bisa memenuhi kebutuhan kamar inap kelas C untuk pasien BPJS Kesehatan. Jakarta membutuhkan sekitar 4.000 kamar kelas C, tetapi jumlah kamar yang tersedia baru sekitar 2.400 kamar. Pemprov DKI sedang membangun kamar baru di RS Koja, Jakarta Utara, dan RS Betawi, Jakarta Selatan, dengan kapasitas total 1.700 kamar. Kekurangannya ditambah dari puskesmas yang diubah menjadi RS tipe D. Jumlahnya sekitar 600 kamar. Direktur Bisnis dan Pengembangan RS Zahirah, Alfin masalah lain adalah klaim yang dibayarkan BPJS lebih rendah daripada biaya yang dikeluarkan RS. Menurut Alfin, biaya perawatan total di ICU, misalnya, rata-rata mencapai Rp 20 juta per orang. Sementara pembayaran klaim dari BPJS di bawah itu. Alfin berharap BPJS mengkaji ulang daftar rincian klaim INA CBG yang dibayarkan ke rumah sakit. INA CBG adalah aplikasi yang digunakan RS untuk mengajukan klaim pada pemerintah (Kompas.com .12/11/2014). Setelah BPJS dilaksanakan sejak 1 Januari perlu 2014 proses keputusan kebijakan di sektor kesehatan ini tidak berdasar kajian bukti yang tepat (*evidence based policy making*), dari berbagai macam masalah muncul dalam operasional BPJS. Memahami permasalahan secara kajian bukti yang tepat sejak dini akan membantu BPJS meningkatkan kinerjanya dengan melakukan evaluasi penilaian berbagai aspek operasional yang tepat terhadap penyelenggaraan yang telah berjalan sampai saat ini. Salah satu evaluasi dengan melakukan audit operasional.

KAJIAN PUSTAKA DAN PENGEMBANGAN HIPOTESIS

Evidence Based Policy Making

Kebijakan berbasis bukti adalah kebijakan publik yang diinformasikan berdasar bukti objektif. Sebuah aspek penting dari kebijakan berbasis bukti adalah penggunaan penelitian ilmiah yang valid seperti uji coba terkontrol secara acak

untuk mengidentifikasi program dan praktek yang mampu meningkatkan hasil kebijakan yang didukung data relevan. Data yang baik, kemampuan analisis dan dukungan politik, sebagai unsur penting dalam kebijakan berbasis bukti (Cookson,2005). Pembuatan kebijakan adalah tugas kompleks dan meskipun pembuat kebijakan perlu bukti ilmiah, faktor lain seperti nilai-nilai yang mengatur sistem kesehatan, pendapat para ahli dan masyarakat, dan berbagai faktor lainnya mempengaruhi keputusan para pembuat kebijakan akhir. *Policy making is a complex task and though policy makers need scientific evidence, other factors such as values governing the health system, opinions of experts and community, and many other factors influence the final policy makers' decisions.*(Sheldon, 2005).

Pengambilan keputusan dengan bukti informasi melibatkan pengintegrasian bukti penelitian terbaik yang tersedia dalam proses pengambilan keputusan. Faktor tambahan - masalah kesehatan masyarakat dan konteks lokal; preferensi dan tindakan masyarakat dan politik; dan sumber daya kesehatan masyarakat - menciptakan lingkungan di mana bahwa bukti penelitian ditafsirkan dan diterapkan. Model ini untuk pengambilan keputusan-informasi bukti dalam kesehatan masyarakat sangat relevan di langkah kelima bukti informasi kesehatan masyarakat: Beradaptasi informasi untuk konteks lokal. Gambar dalam model ini mengakui bahwa bukti penting dapat berasal dari berbagai sumber.

A Model for Evidence-Informed Decision Making in Public Health



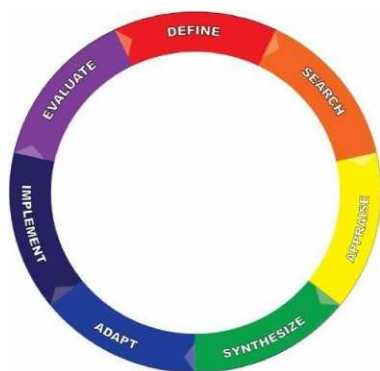
Sumber : Ciliska, D., Thomas, H., & Buffett, C. (2010)

Evidence-informed decision making involves integrating the best available research evidence into the decision-making process. Additional factors – community health issues and local context; community and political preferences and actions; and public health resources – create the environment in which that research evidence is interpreted and applied. This model for evidence-informed decision making in public health is particularly relevant at the fifth

step of evidence informed public health: Adapt the information to a local context. (see diagram on reverse) This model recognizes that important evidence can come from a variety of sources. Evidence considered in the decision making process could include the following possible. Evidence-informed decision making in public health offers several potential benefits adoption of the most effective and cost-efficient interventions; prudent use of scarce resources; better health outcomes for individuals and communities.

Pengambilan keputusan bukti-informasi dalam kesehatan masyarakat menawarkan beberapa manfaat potensial yaitu adopsi intervensi yang paling efektif dan hemat biaya; penggunaan yang bijaksana dari sumber daya yang langka; dan hasil kesehatan yang lebih baik bagi individu dan masyarakat.

Evidence Based Policy Making yaitu kebijakan berbasis bukti yang mendeskripsikan jenis penelitian, cara perolehan data dan analisis data. **STEPS in Evidence-Informed Health**



Sumber : Ciliska, D., Thomas, H., & Buffett, C. (2010)

1. Define: Clearly define the question or problem

Mencakup tentang target kelompok, objek penelitian, masalah yang dihadapi, penyesuaian apa yang bisa dilakukan untuk mengubah; 2. Search: Efficiently search for research evidence. Strategi efisiensi pencarian bukti bertujuan untuk menemukan kualitas bukti yang akurat, lengkap, relevan dan terbaru. Saat mencari bukti kuantitatif, efektivitas intervensi, efek kesehatan, dan efektivitas biaya; 3. Appraise: Critically and efficiently appraise the research sources. Proses penilaian kualitas dari metode penelitian untuk menentukan apakah temuan dapat dipercaya, bermakna dan relevan dengan situasi. Berbagai jenis pertanyaan kesehatan akan membutuhkan desain penelitian yang

berbeda. Alat pertanyaan untuk mendapatkan data dapat diterapkan untuk menilai kualitas dan relevansi dari setiap jenis pertanyaan penelitian; 4. Synthesize: Interpret/form recommendations for practice based on the literature found. Langkah keempat berfokus pada penafsiran/bentuk rekomendasi berdasarkan pertimbangan kualitas metodologi dan ditindaklanjuti dari bukti penelitian yang telah ditinjau. Rekomendasi harus diberikan berdasar pada bukti penelitian yang tersedia. Langkah ini membantu kita dalam menjawab pertanyaan: Dengan informasi bukti masalah apa yang bisa dikemukakan. Sehingga dapat memberikan rekomendasi yang jelas tindakan teknis apa untuk pengembangan kebijakan dan program; 5. Adapt: Adapt the information to a local context. Langkah kelima dalam proses adalah dapatkan konsep Evidence Informed Health bisa beradaptasi bukti penelitian dengan konteks lokal. Langkah ini membantu menjawab pertanyaan apakah EIH relevan dan bisa disesuaikan dengan kondisi setempat. Langkah ini sangat penting untuk menentukan apakah intervensi akan relevan dan sukses dalam objek sesuai dengan konteksnya; 6. Implement: Decide whether (and plan how) to implement the adapted evidence into practice or policy. Rencana pelaksanaan menggunakan bukti penelitian yang disesuaikan untuk membuat rencana nyata dari tindakan untuk menciptakan perubahan dalam praktek, kebijakan, atau untuk memberikan program baru. Langkah ini berfokus pada mencari tahu bagaimana untuk menggunakan bukti yang telah diadaptasi dalam rencana implementasi. Membuat rencana implementasi terdiri dari tiga langkah penting ini melakukan penilaian situasional, melakukan perencanaan program dan melakukan diseminasi hasil; 7. Evaluate: Evaluate the effectiveness of implementation efforts. Upaya evaluasi pelaksanaan melibatkan evaluasi program dan evaluasi strategi. Ada dua jenis evaluasi : proses dan hasil. Evaluasi proses menilai apakah program atau rencana pelaksanaan disampaikan sebagaimana dimaksud. Hasil evaluasi menentukan apakah program atau pelaksanaan mencapai hasil yang diantisipasi atau jika ada hasil yang tak terduga.

Audit Operasional

Audit Manajemen/ Audit Operasional/ Audit Fungsional/ Audit Sistem adalah pemeriksaan terhadap kegiatan operasi suatu perusahaan (termasuk kebijakan akuntansi dan kebijakan operasional yang telah ditentukan oleh manajemen) untuk mengetahui apakah kegiatan operasi tersebut sudah dilakukan secara efektif, efisien dan ekonomis (3E). Efektif, yaitu pencapaian goal, objective dan program dalam batas waktu yang ditargetkan, tanpa memperdulikan biaya yang dikeluarkan. Efisien, yaitu dengan biaya (input)

yang sama bisa dicapai hasil (output) yang lebih besar. Dan Ekonomis yaitu hasil (output) diperoleh dengan biaya (input) yang lebih kecil/murah dan mutu yang sama.

Tujuan Audit Operasional

Menilai kinerja (*performance*) manajemen dan fungsi perusahaan; menilai efisiensi dan keekonomisan sumber daya (manusia, mesin, dana, harta lainnya) perusahaan; menilai efektifitas perusahaan dalam mencapai tujuan (*objective*) yang telah ditetapkan *top management* dan memberikan rekomendasi kepada *top management* untuk memperbaiki kelemahan pengendalian internal, sistem pengendalian manajemen, dan prosedur operasional perusahaan dalam rangka meningkatkan efisiensi, keekonomisan dan efektifitas kegiatan operasi perusahaan.

Pendekatan audit dilakukan dengan menilai efisiensi, efektifitas dan keekonomisan fungsi perusahaan (penjualan dan pemasaran, produksi, pergudangan dan distribusi, sumber daya manusia, akuntansi dan keuangan)

Ruang Lingkup, Sasaran dan Tujuan Audit Operasional

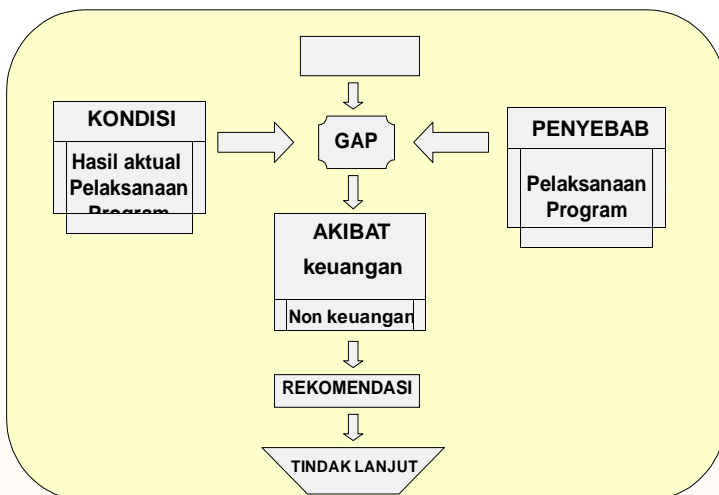
Ruang lingkup adalah seluruh aspek kegiatan manajemen (baik seluruh atau sebagian dari program/aktivitas yang dilakukan. Sasaran meliputi kegiatan, aktivitas, program dan bidang dalam perusahaan yang perlu perbaikan atau peningkatan, baik segi ekonomisasi, efisiensi, efektifitas. Elemen dari tujuan audit meliputi kriteria (standar aktivitas), penyebab (tindakan/aktivitas individu di perusahaan) dan akibat sebagai perbandingan antara penyebab dengan

Prinsip Dasar Audit

Audit dititikberatkan pada objek audit yang berpeluang untuk diperbaiki. Prasyarat penilaian dilakukan terhadap kegiatan objek audit. Pengungkapan adanya temuan-temuan yang diperoleh bersifat positif. Fokus pada identifikasi individu yang bertanggung jawab terhadap kekurangan yang terjadi. Penentuan tindakan dijalankan terhadap petugas yang seharusnya bertanggungjawab. Dan titik berat pada pelanggaran hukum. Selanjutnya dilakukan penyelidikan dan pencegahan kecurangan.

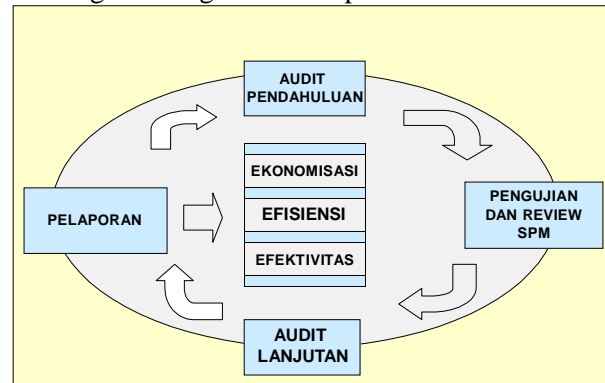
Adapun dalam audit operasional memiliki karakteristik yaitu menemukan penyebab kelemahan, menganalisis akibat, menentukan perbaikan program/aktivitas perusahaan. Keluasan audit yaitu keseluruhan aspek manajemen baik yang bersifat kuantitatif maupun kualitatif. Dasar yuridis, yaitu berdasar kepedulian manajemen untuk memperbaiki program. Pelaksana audit adalah auditor internal maupun eksternal, sesuai dengan objektivitasnya. Frekuensi audit tidak ada ketentuan namun dilakukan untuk kepedulian manajemen dalam mencapai efektifitas dan efisien program. Bentuk laporan, komperhensif meliputi kesimpulan audit, rekomendasi terkait dengan belum ada standar baku. Pembuatan laporan audit tergantung dari kemampuan auditor.

Kerangka Kerja Audit Operasional



Sumber : IBK.Bayangkara

Langkah- langkah audit operasional



Sumber : IBK.Bayangkara

1. Audit Pendahuluan, tujuannya mengetahui informasi latar belakang objek, penelaahan peraturan, ketentuan dan kebijakan, penemuan objek yang memiliki potensial kelemahan, dan menentukan audit sementara (*tetantive audit objektif*);
2. Review dan Pengujian Pengendalian Manajemen, menilai efektifitas pengendalian manajemen dengan memahami pengendalian yang berlaku, mengetahui potensi kelemahan aktivitas, mendukung audit sementara dan menjadikannya audit yang sesungguhnya (*definitive audit objektif*);
3. Audit terinci dengan pengumpulan bukti yang cukup, relevan dan kompeten, melakukan pengembangan

temuan keterkaitan temuan satu dengan temuan yang lain dan disajikan dalam kertas kerja audit (KKA) sebagai pendukung kesimpulan dan rekomendasi yang dibuat. 4. Pelaporan, mengkomunikasikan hasil audit termasuk rekomendasi kepada pihak yang berkepentingan, laporan komprehensif dengan menyajikan temuan penting hasil audit untuk mendukung kesimpulan audit dan rekomendasi. 5. Tindak lanjut, mendorong pihak yang berwenang untuk melaksanakan tindak lanjut (perbankan) sesuai dengan rekomendasi yang diberikan.

METODE PENELITIAN

BPJS merupakan kebijakan kesehatan yang dibuat berdasarkan bukti (*evidence –based*) merupakan suatu hal yang sangat penting untuk diterapkan sebagai salah satu upaya membuat kebijakan yang rasional dan operasional terkait dengan kesehatan. Dalam *Evidence based* ini membahas tentang tata cara mencari dan mengangkat suatu fakta ilmiah dengan melihat berbagai aspeknya termasuk metodologi penelitiannya dalam rangka untuk menganalisis atau memformulasi kebijakan kesehatan yang ada di Indonesia. Sebagai gambaran bahwa dengan melakukan review isu kebijakan kesehatan yang ada, permasalahan kebijakan kesehatan, operasionalisasi kebijakan kesehatan dikaitkan dengan upaya penggunaan metodologi penelitian akan menjadi lebih relevan. Pada dasarnya *Evidence based* akan memberikan pemahaman dalam penerapan metodologi penelitian kebijakan dengan tepat dengan berdasarkan pada bukti dan data ilmiah. Metodologi *evidence based* mampu mencari, menelaah, mengupas, dan memanfaatkannya hasil penelitian dan data yang dipakai dalam menganalisis dan atau membuat Kebijakan kesehatan. Disamping itu dengan metodologi *evidence based* mampu untuk mengidentifikasi, mengukur besaran masalah, menelusuri distribusi masalah serta menentukan faktor penentu masalah kebijakan kesehatan termasuk didalamnya pembangunan kesehatan, upaya kesehatan maupun pelayanan kesehatan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Langkah awal dilakukan dengan audit pendahuluan dalam rangka mempersiapkan audit yang lebih dalam. Audit pendahuluan ini lebih ditekankan pada usaha untuk memperoleh informasi latar belakang tentang objek audit.

Beberapa hal penting yang harus diperhatikan berkaitan dengan pelaksanaan audit ini, antara lain pemahaman auditor terhadap objek audit, penentuan tujuan audit, penentuan ruang lingkup, review terhadap peraturan dan perundang-undangan yang berkaitan dengan objek audit dan pengembangan kriteria awal dalam audit. Hasil temuan dalam audit pendahuluan adalah masalah transformasi penyelenggara BUMN.

Dua BUMN yang sudah melebur menjadi BPJS kesehatan, pada Januari 2014 yakni Askes dan Jamsostek harus diaudit secara transparan karena uang negara yang ada di dalam kedua PT Persero tersebut. Pasal 60 ayat (3) huruf a UU BPJS "pada saat BPJS kesehatan mulai beroperasi. Sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1), PT Askes dinyatakan bubar tanpa likuidasi dan semua aset dan liabilitas serta hak dan kewajiban hukum PT Askes BPJS kesehatan.

UU BPJS ini mengatur tersendiri secara khusus pembubaran kedua Persero tersebut. Berbeda dengan persero pada umumnya. UU BPJS merupakan *lex specialis* dari pembubaran persero UU BUMN dan UU PT. Pada 1 Januari 2014 PT Askes (persero) berubah menjadi BPJS Kesehatan dan PT Jamsostek (persero) berubah menjadi BPJS Ketenagakerjaan. Kini, kedua PT (Persero) tersebut dinyatakan bubar oleh UU BPJS.

Pasal 60 ayat (3) huruf a UU BPJS menentukan, saat BPJS Kesehatan mulai Beroperasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), PT ASKES (Persero) dinyatakan bubar tanpa likuidasi dan semua Aset dan liabilitas serta hak dan kewajiban hukum PT ASKES (Persero) menjadi Aset BPJS Kesehatan.

Pasal 62 ayat (2) huruf a UU BPJS menentukan "PT Jamsostek (Persero) dinyatakan bubar tanpa likuidasi dan semua aset dan liabilitas serta hak dan kewajiban hukum PT Jamsostek (Persero) menjadi aset dan liabilitas serta hak dan kewajiban hukum BPJS Ketenagakerjaan.

Hal yang menarik adalah, persoalan saat peralihan PT Askes menjadi BPJS Kesehatan dan PT Jamsostek menjadi BPJS Ketenagakerjaan, tidak pernah ada proses audit. Padahal, ada triliunan uang negara yang ada didalam kedua perusahaan tersebut. Investigasi BPK diharapkan, dilakukan dan hasilnya diumumkan kepada publik hasil investigasi tersebut. Pihaknya mendukung penuh langkah BPK dalam mengaudit Indikasi penyimpangan Uang Negara dibidang Kesehatan. Namun sampai setahun berjalan hasil investigasi BPK belum diketahui publik. Hasil audit terhadap Askes dan Jamsostek itu, sangatlah penting untuk dapat memetakan status aset Askes dan Jamsostek, sebelum menjadi BPJS. Dikhawatir ada banyak penggelapan ataupun transaksi ilegal, pada saat transformasi (Askes dan Jamsostek menjadi BPJS) berjalan. Hasil audit bisa dijadikan acuan hukum, jika ditemukan

keanehan pada saat transformasi. Pasalnya, BPJS tersebut sudah berubah menjadi badan hukum publik. Audit keuangan BPJS belum selesai, yang meliputi audit aset BPJS, jumlah iuran PBI (Penerima Bantuan Iuran), posisi penyertaan modal awal Rp500 miliar, dan audit kinerja dan benefit BPJS. Jika hasil audit keuangan BPJS sudah ada dan diumumkan ke publik, hal tersebut akan meningkatkan kepercayaan publik kepada BPJS kesehatan dan memahami duduk persoalan yang mengakibatkan buruknya pelayanan BPJS kesehatan.

BPK telah mengaudit program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Dalam temuan BPK, banyak program BPJS Kesehatan yang dinyatakan bermasalah. Salah satunya terkait data peserta, regulasi yang belum rampung dan obat yang tidak ditanggung dalam BPJS Kesehatan. Hasil temuan tersebut banyak regulasi yang sudah ada namun tidak dijalankan. Regulasi tersebut meliputi, amanat Peraturan Presiden (Perpres) nomor 49 tahun 2013 tentang Badan Pengawas Rumah Sakit. Dari pantauan BPJS Watch, hingga kini badan yang diwajibkan ada di setiap rumah sakit yang bergabung dengan BPJS Kesehatan itu belum ada. Selain itu, masalah obat yang hingga saat ini masih belum diselesaikan aturannya dalam formularium nasional (Fornas). Beberapa rumah sakit (RS) sempat mengeluh kesulitan untuk memperoleh obat generik berkualitas karena panduan belum ada. Masalah lain adalah tarif INA CBGs (sistem pembayaran rumah sakit oleh BPJS Kesehatan) yang belum diperbaiki hingga dan saat ini belum terlaksana. Akibatnya, banyak pasien peserta BPJS Kesehatan yang tidak dilayani secara optimal oleh RS. Sehingga masalah utama terjadi pada data peserta dan obat yang tidak ditanggung BPJS Kesehatan.

Selain itu masalah pelayanan kesehatan yang diterima oleh peserta, masalah lainnya yang juga menjadi perhatian adalah terkait klaim peserta oleh penyedia pelayanan kesehatan yang menyediakan pelayanan kesehatan untuk peserta. Pengajuan klaim oleh Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK) kepada BPJS Kesehatan ditemui berbagai permasalahan, seperti permasalahan berkas klaim, banyaknya klaim susulan, ketidaksesuaian tarif yang diajukan RS dengan tarif INA CBGs atau yang dibayarkan BPJS Kesehatan kejanggalan pengkodean diagnosis penyakit, ataupun keterlambatan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan. Oleh karena itu manajemen klaim yang baik harus dan penting dilakukan oleh BPJS Kesehatan.

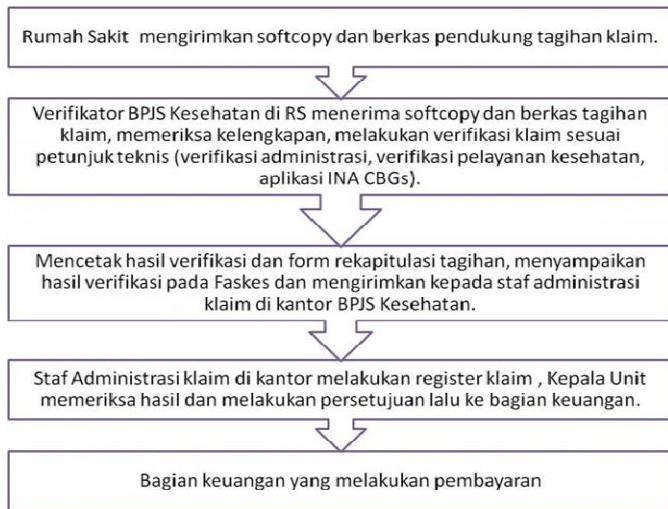
Program JKN menggunakan sistem managed care, sehingga yang mengajukan klaim adalah dari pihak PPK yaitu puskesmas, klinik ataupun rumah sakit. PPK Tingkat Primer (puskesmas, klinik) dibayarkan secara kapitasi oleh BPJS Kesehatan yaitu PPK dibayar dimuka per orang per

bulan (per member per month) tergantung jumlah peserta yang memilih PPK Primer tersebut. Sedangkan PPK Tingkat Lanjutan (Rumah Sakit) dibayarkan melalui tarif INA CBGs oleh BPJS Kesehatan. Sistem INA CBGs ini menganut sistem prospective payment yaitu metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Contoh pembayaran prospektif adalah global budget, perdiem, kapitasi dan *case based payment (casemix)*. Sistem INA CBGs di Indonesia merupakan sistem *casemix based group* dengan pengertian yang dapat disederhanakan adalah biaya satuan per diagnosis penyakit atau kelompok penyakit, bukan biaya satuan per jenis pelayanan medis atau non medis yang diberikan.

Sistem INA CBGs lebih lanjut diatur pada Permenkes No. 27 Tahun 2014 tentang Juknis Sistem INA CBGs. Sedangkan Tarif Pelayanan Kesehatan Program JKN diatur pada Permenkes No.69 Tahun 2013 yang kemudian diperbaiki dalam Peraturan Menteri Kesehatan No.59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif JKN. Tarif INA CBGs mempunyai 1.077 kelompok tarif terdiri dari 789 kode grup/kelompok rawat inap dan 288 kode grup/kelompok rawat jalan, menggunakan sistem koding dengan ICD-10 untuk diagnosis serta ICD-9-CM untuk prosedur/tindakan. Dalam mengimplementasikan pembayaran klaim rumah sakit oleh BPJS Kesehatan dengan sistem INA CBGs, BPJS Kesehatan dan Rumah Sakit menggunakan aplikasi INA CBGs. BPJS Kesehatan khususnya pada unit Manajemen Pelayanan Kesehatan Rujukan memiliki staf verifikator dengan tugas untuk memastikan atau melakukan pengecekan terhadap klaim yang diajukan oleh pihak Rumah Sakit, serta memverifikasi apakah klaim akan disetujui dan dibayar atau tidak.

Staf verifikator BPJS Kesehatan harus memiliki pemahaman dan kemampuan yang baik terkait ICD-10 untuk verifikasi diagnosis, ICD-9 CM untuk verifikasi prosedur penyakit serta bagaimana mengaplikasikan aplikasi INA CBGs agar keluar tarif INA CBGs yang harus dibayarkan oleh BPJS Kesehatan. Selanjutnya, terdapat ketentuan dalam administrasi manajemen klaim oleh BPJS Kesehatan yaitu BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada PPK paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap di Kantor BPJS Kesehatan. Padahal sebagian besar staf verifikator BPJS Kesehatan merupakan staf yang baru saja direkrut saat BPJS Kesehatan terbentuk, yaitu satu tahun lalu. Selanjutnya, salah satu masalah yang sering ditemui dan diberitakan di media dari klaim ke BPJS Kesehatan adalah

keterlambatan pembayaran klaim ke Rumah Sakit oleh BPJS Kesehatan. Keterlambatan pembayaran klaim ke Rumah Sakit oleh BPJS Kesehatan ini dapat berdampak lebih besar kepada peserta JKN yang mungkin akan ditelantarkan karena RS belum dibayar. Lagi-lagi peserta bisa jadi korban. Mari kita telusuri dari bagaimana alur verifikasi klaim di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan oleh BPJS Kesehatan yang diperoleh penulis dari pengalaman melakukan magang di salah satu kantor cabang BPJS Kesehatan.



Sumber: BPJS Kesehatan

Dari alur diatas maka kinerja verifikator BPJS Kesehatan harus diperhatikan dengan baik, cepat dan tepat. Jika kinerja verifikator kurang baik dan kurang cepat, maka kegiatan manajemen dan administrasi klaim berikutnya juga tertunda. Namun, seringkali beban kerja verifikator BPJS Kesehatan menjadi sangat berat dikarenakan kurangnya tenaga SDM padahal berkas yang diklaim sangat banyak. Terdapat BPJS Center di Rumah Sakit yang hanya ditempatkan satu orang saja verifikator BPJS Kesehatan, namun juga harus melakukan tugas administrasi atau operasional lain. Masalah lain misalnya yaitu aplikasi INA CBGs yang membutuhkan internet namun seringkali mengalami gangguan. Hal tersebut yang mungkin menjadi faktor keterlambatan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan. Bagaimana dengan BPJS Kesehatan dalam menyikapi hal tersebut?

Klaim yang diajukan oleh Rumah Sakit bukan tidak mungkin terjadi abuse dan fraud ataupun bukan berarti selalu bersih dari abuse dan fraud. Pihak Rumah Sakit tentu saja tidak akan mengakui atau menyatakan adanya abuse dan fraud yang terjadi. Apakah hal ini benar? Bagaimana dengan *Upcoding* oleh pihak RS? Mungkin saja ada beberapa dugaan fraud yang dilakukan oleh pihak Rumah Sakit.

Maksud Abuse dan fraud adalah adanya indikasi kecurangan yang dilakukan pada klaim asuransi kesehatan oleh peserta, PPK atau keduanya, baik dilakukan sengaja (fraud) ataupun tidak sengaja (abuse). Sedangkan *Upcoding* adalah memasukkan klaim penagihan atas dasar kode yang tidak akurat, yaitu diagnose atau prosedur lebih kompleks atau lebih banyak menggunakan sumber daya. Untuk mendeteksi adanya kemungkinan abuse dan fraud juga menjadi tanggung jawab Verifikator, sehingga verifikator harus mempunyai pemahaman dan skill yang baik.

PENUTUP / SIMPULAN

Rekomendasi Audit

Hasil audit yang dilakukan menemukan beberapa kelemahan yang harus menjadi perhatian oleh manajemen di masa yang akan datang. Kelemahan – kelemahan yang didapat dari hasil audit adalah sebagai berikut a.Kelemahan terjadi pada prosedur pendaftaran kepesertaan nasabah; b.Kelemahan terjadi pada prosedur dalam pendaftaran diri nasabah untuk melakukan pengobatan; c.Kelemahan terjadi pada kurangnya tenaga/ karyawan yang menangani banyaknya keperluan nasabah BPJS; d.Kelemahan terjadi pada Standar Pelayanan Minimum; e.Kelemahan terjadi pada kegiatan komunikasi dan hubungan antar lembaga.

Rekomendasi

- 1.BPJS harus memangkas beberapa prosedur pendaftaran kepesertaan nasabah yang dinilai tidak teramat penting, serta memperbaiki sistem dan infrastruktur pendaftaran nasabah BPJS secara online.
- 2.BPJS harus memperbaiki dan memangkas beberapa prosedur yang berhubungan dengan pendaftaran diri nasabah yang ingin melakukan pengobatan.
- 3.BPJS sebaiknya melakukan perekrutan karyawan baru berkompeten untuk menambah jumlah karyawan yang siap untuk menangani keperluan nasabah BPJS.
- 3.BPJS harus mengkaji ulang pada Standar Pelayanan Minimum yang telah dianggap kurang memadai.
- 4.BPJS harus memperbaiki dan mengembangkan komunikasi dan hubungan antar lembaga, ada baiknya jika perusahaan BPJS menambah hubungan dengan rumah sakit swasta, sehingga jika banyak rumah sakit swasta yang bekerjasama dengan BPJS, maka nasabah tidak perlu kesulitan untuk memilih– milih dahulu rumah sakit yang akan dikunjunginya untuk berobat.
- 5.BPJS Kesehatan perlu membenahi sistem klaim secara professional dan aplikasi INA CBGs untuk verifikator2.

6. BPJS Kesehatan diminta mengembangkan Tim Kendali Mutu dan Tim Anti Fraud dan Abuse.
7. Rumah Sakit dan BPJS Kesehatan perlu meningkatkan komunikasi serta pemahaman yang baik agar kerjasama terkait pengajuan dan pembayaran klaim berjalan sesuai ketentuan.

DAFTAR PUSTAKA

BPJS Kesehatan, (2014). *Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim*. Jakarta.

Cookson R.(2005). Evidence-based policy making in health care: What it is and what it isn't. *J Health Serv Res Policy*. p.10:118–21.

CHSRF (2000): Canadian Health Service Research Foundation. Health services research and evidence based decision making. Annual report of Canadian Health Service Research Foundation.

Ciliska, D., Thomas, H., & Buffett, C. (2010). An introduction to evidence-informed public health and a compendium of critical appraisal tools for public health practice (Revised). Retrieved from the National Collaborating Centre for Methods and Tools.

DiCenso, A., Ciliska, D., & Guyatt, G. (2005). Introduction to evidence-based nursing. In A. DiCenso, D. Ciliska, & G. Guyatt (Eds.), *Evidence-based nursing: A guide to clinical practice* (pp. 3-19). St. Louis, MO: Elsevier Mosby

Ilyas, Yaslis.(2006). *Mengenal Asuransi Kesehatan-Review Utilisasi, Manajemen Klaim dan Fraud (Kecurangan Asuransi Kesehatan)*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Cetakan Kedua

Ilyas, Yaslis. (2014). *BPJS Kumpulan Tulisan Yaslis Ilyas*. Jakarta : Tiariaji Press.Cetakan Pertama.

Rachmat, Fathema D.(2014). Materi Presentasi : *Prospective Payment System dan Risiko Fraud, Tantangan Era JKN : Pengalaman RS. Pelni*. Jakarta.

Sheldon TA.(2005). Making evidence synthesis more useful for management and policy-making. *J Health Serv Res Policy*.p.10(Suppl 1):1–5.

Rachmat, Fathema D.(2014). Materi Presentasi : *Prospective Payment System dan Risiko Fraud, Tantangan Era JKN : Pengalaman RS. Pelni*. Jakarta.

viva.co.id

<http://megapolitan.kompas.com/read/2014/11/13/14000081/RS.Swasta.Masih.Tolak.Pasien>.

<http://www.jpnn.com/read/2014/06/15/240405/Hasil-Audit-BPK,-BPJS-Kesehatan-Bermasalah/page2>

<http://www.cihirisc.gc.ca/>

http://www.nccmt.ca/pubs/IntroEIPH_compendiumENG_web.pdf