



# OPTIMALISASI *STRATEGIC PURCHASING* BPJS KESEHATAN

Budi Hidayat<sup>1</sup>, Atik Nurwahyuni<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pusat Kajian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Indonesia

## Pendahuluan

Fungsi pembelian dalam sistem pendanaan kesehatan memegang peranan krusial. Fungsi ini mengkaitkan sumber daya yang telah dimobilisasi dengan pemenuhan tujuan untuk mencapai cakupan *universal* pada aspek pemberian layanan kesehatan yang berkualitas dan secara empiris terbukti efektif. Fungsi pembelian juga berpotensi memainkan peran kunci kinerja sistem kesehatan jika penerapannya disesuaikan dengan kebutuhan serta keinginan penduduk. Mengingat tidak ada satu model organisasional pembelian standar, regulasi yang mengatur fungsi pembelian harus ditentukan terutama oleh bentuk pendanaan dan penyediaan layanan kesehatan di masing-masing negara.

Praktik pembelian dalam sistem pendanaan kesehatan telah melahirkan dua label fungsi: pasif dan aktif. Fungsi pembelian pasif berarti pihak pembeli hanya mengikuti alokasi anggaran yang sudah ditentukan. Sementara fungsi pembelian aktif (atau belanja strategis) melibatkan upaya pencarian terus-menerus untuk menggali cara terbaik dalam memaksimalkan kinerja sistem kesehatan.

Fungsi belanja strategis bertujuan meningkatkan kinerja sistem kesehatan melalui alokasi sumber dana efektif ke penyedia jasa layanan. Pemenuhan tujuan tersebut melibatkan tiga jenis keputusan: (i) intervensi atau layanan apa yang harus dibeli dan disediakan untuk merespon kebutuhan dan keinginan penduduk dengan mempertimbangkan prioritas kesehatan nasional dan bukti efektifitas biaya; (ii) bagaimana layanan itu harus dibeli, termasuk mekanisme kontrak dan sistem pembayaran, serta; (iii) dari siapa layanan itu dibeli dengan memperhatikan kualitas dan efisiensi sisi penyedia jasa layanan. Dengan demikian, pemenuhan fungsi belanja strategis harus mengarah pada serangkaian upaya untuk memaksimalkan keuntungan agregat dari sumber daya (efisiensi alokatif). Hal ini menggiring pada masalah klasik yang dihadapi perencana kesehatan untuk menjembatani kesenjangan rencana dan alokasi sumber daya.

Hasil sintesis “Kajian Optimalisasi Belanja Strategis BPJS Kesehatan (BPJSK)” ini mengajak pembaca untuk memahami potret penerapan belanja strategis dalam program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS). Isu yang dikupas terdiri atas (i) rancang bangun fungsi pembelian strategis dan (ii) status penerapannya oleh BPJS Kesehatan, serta (iii) dampak dari labeling status penerapan fungsi pembelian.

## Arsitektur Belanja Strategis JKN

Regulasi yang mengatur keberadaan program JKN-KIS telah menentukan rambu-rambu yang terkait dengan fungsi pembelian strategis. Analisis isi (*content analysis*) terhadap regulasi program JKN-KIS yang terangkum dalam tata urutan perundang-undangan RI mulai dari tingkat Undang-Undang (UU SJSN dan UU BPJS), Peraturan Pemerintah, Peraturan Presiden, Keputusan Menteri, Peraturan Direktur BPJS Kesehatan sampai dengan Petunjuk Teknis Pelaksanaan menemukan rancang bangun (arsitektur) fungsi pembelian dalam program JKN-KIS yang terdiri atas sejumlah elemen.

Gambar 1 Arsitektur Fungsi Belanja Strategis Dalam Program JKN-KIS



## Penerapan Fungsi Belanja Strategis JKN

Semua fungsi pembelian yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan masih memiliki ruang perbaikan pada berbagai aspek, seperti: regulasi, kapasitas sumber daya manusia (SDM), serta optimalisasi luaran dari implementasi fungsi pembelian tersebut. Identifikasi status implementasi belanja strategis disajikan dalam Kotak 1, Kolom 4.

Kotak 1 Arsitektur, Status Implementasi dan Potensi Masalah Belanja Strategis

[1]	[2]	[3]		[4]
No	Arsitektur Belanja Strategis	Faskes		Masalah &/Perkembangan
		FKTP	FKRTL	
1	Penilaian dan pemilihan Faskes	Yes	Yes	Tidak terpenuhinya syarat <i>credentialing</i> tidak bisa ditangani secara responsif.
2	Menyusun kontrak kerjasama dengan Faskes	Yes	Yes	Pelanggaran kontrak kerjasama tidak dapat ditangani dengan cepat.
3	Menetapkan daftar obat, tarif dan standar pelayanan kesehatan	No	No	BPJS Kesehatan berperan sebagai <i>price</i> dan <i>quality taker</i> , tidak punya posisi tawar dalam penentuan obat, standar pelayanan dan tarif yang mendorong peningkatan efisiensi dan mutu layanan kesehatan
4	Mengembangkan, menerapkan dan memodifikasi sistem pembayaran	Yes	No	Pengembangan sistem pembayaran kapitasi berbasis kinerja/pemenuhan komitmen baru bisa diterapkan di FKTP. Sistem serupa belum diadopsi pada FKRTL.
5	Mengevaluasi kinerja dan menindak Faskes yang berkinerja buruk	Yes	Yes	Bentuk tindakan FKTP berkinerja buruk adalah pengurangan kapitasi dan pertimbangan <i>recredentialing</i> ; sedangkan bagi FKRTL berkinerja buruk berupa (1) penangguhan pembayaran klaim; 2) teguran tertulis; 3) pemutusan kontrak kerjasama (bagi Rumah Sakit)

### Kotak 1 Arsitektur, Status Implementasi dan Potensi Masalah Belanja Strategis

[1]	[2]	[3]		[4]
No	Arsitektur Belanja Strategis	Faskes		Masalah &/Perkembangan
		FKTP	FKRTL	
6	Audit medis	No	Yes	Hasil <i>utilization review</i> yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan menjadi dasar audit medis oleh organisasi profesi
7	Mencegah kecurangan dan korupsi ( <i>fraud</i> )	Yes	Yes	BPJS Kesehatan mengembangkan kemampuan sumber daya manusia dan teknologi informasi untuk memeriksa berkas klaim secara otomatis dan menandai ( <i>flagging</i> ) kasus-kasus yang berpeluang curang.
8	Membayar PPK secara rutin	Yes	Yes	BPJS Kesehatan membayar Faskes berdasarkan tenggat waktu sesuai peraturan. Pada kasus tertentu, BPJS Kesehatan dapat menanggihkan pembayaran ke fasilitas kesehatan.
9	Mengembangkan SIM untuk mendukung fungsi pembelian	Yes	Yes	Berbagai aplikasi sudah dikembangkan untuk mendukung operasionalisasi program JKN-KIS

## Penerapan Arsitektur Belanja Strategis

Pelaksanaan fungsi pembelian memiliki ruang perbaikan pada sejumlah aspek, seperti: regulasi, kapasitas sumber daya manusia (SDM), serta optimalisasi luaran dari implementasi fungsi pembelian tersebut. Identifikasi status penerapan fungsi belanja strategis disajikan dalam Kotak 1, Kolom 4.

Pelaksanaan fungsi pembelian masih berkuat pada pemenuhan syarat administratif. Luarannya belum optimal dijadikan sebagai masukan dalam penegakan proses bisnis JKN. Berikut contoh konkrit atas fakta ini:

- 1) *Credentialing* yang dilakukan masih sebatas memenuhi syarat administratif. Luaran dari proses ini belum dimanfaatkan optimal sebagai inputs dalam memperkirakan volume layanan dan jenis INA-CBG's apa yang mungkin diberikan oleh sebuah Faskes.
- 2) *Credentialing* menemukan "Faskes tidak memenuhi syarat sebagai jejaring BPJS Kesehatan", namun BPJS Kesehatan tidak bisa melakukan tindakan lebih lanjut lagi karena ketersediaan penyedia jasa layanan, terutama di daerah yang terbatas jumlah Faskesnya.
- 3) *Utilization review* yang dilakukan belum memanfaatkan ukuran-ukuran kinerja yang lazim digunakan dalam pembayaran DRG (*Casemix dan Casemix Index*)

## Fungsi Kritis yang Dimandulkan

Ada sejumlah fungsi belanja yang idealnya dijalankan oleh BPJS Kesehatan sebagai *agen purchaser*, namun fungsi tersebut dimandulkan.

1. Peran BPJS Kesehatan dalam penentuan tarif layanan serta penetapan manfaat obat-obatan program JKN-KIS sangat kecil, bahkan terbilang hampir tidak ada;
2. Ada ruang lebar perbaikan fungsi pembelian strategis, khususnya penetapan tarif layanan untuk menghindari beda kepentingan (*conflict of interest*) dari para pelaku JKN.
3. BPJS Kesehatan tidak memiliki peran strategis untuk berimprovisasi dalam pengembangan skema pembayaran yang mendorong efisiensi dan menjamin kualitas layanan. Misal, inovasi pembayaran (kombinasi Kapitasi dengan kinerja) telah diusulkan oleh BPJS Kesehatan sejak dini, namun inovasi tersebut pernah mengalami jalan buntu;
4. Audit medis yang dilakukan untuk mencegah dan menihilkan bentuk-bentuk kecurangan INA-CBG's (seperti; *readmission, upcoding, dumping, dll*), dan seharusnya menjadi tulang punggung bagi BPJS Kesehatan sebagai bagian dari program telaah utilisasi belum bisa berjalan optimal karena masih butuh regulasi yang mampu memuluskan dalam pelaksanaannya, serta kapasitas SDM yang memadai.

## Dampak Status Penerapan Belanja Pasif

Status penerapan fungsi pembelian pasif oleh BPJS Kesehatan diduga turut menjadi determinan terhadap kondisi pendanaan JKN. Sejak implementasi program JKN-KIS pada Januari 2014, angka rasio klaim biaya medis (*medical loss ratio*) selalu di atas angka 100%. Angka ini merefleksikan akumulasi penerimaan dana iuran yang diraih oleh BPJS Kesehatan masih kurang, meski hanya untuk mendanai manfaat JKN. Jika kondisi ini tidak dilakukan upaya terapi sistemik, termasuk merombak status pembelian pasif menjadi aktif, maka akan mempengaruhi kesinambungan pendanaan program JKN-KIS.

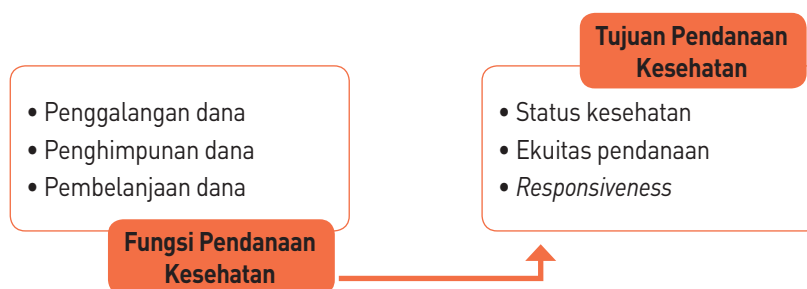
Konsekuensi lain yang muncul akibat status penerapan fungsi pembelian pasif oleh BPJS Kesehatan adalah sebagai berikut:

- 1) Akuntabilitas pembentukan tarif CBG's oleh Tim Tarif Kementerian Kesehatan menjadi pertanyaan dan memiliki ruang lebar untuk perbaikan;
- 2) Variasi tarif INA-CBG's antar kelas rumah sakit yang sangat lebar, serta variasi tarif antar kelas kamar pelayanan yang membedakan komponen biaya medis;
- 3) Akibat variasi tarif di atas menimbulkan efek domino bagi peserta JKN ketika mengakses layanan berupa lempar-melempar pasien dan hal ini berujung pada ketidakpuasan peserta;
- 4) Tarif INA-CBG's yang tidak rasional dibandingkan dengan tingkat pendapatan premi sehingga menimbulkan efek domino terhadap (i) kondisi pendanaan program JKN-KIS sebagaimana poin [a] di atas dan (ii) relatif tingginya tarif INA-CBG's dibandingkan dengan tarif rumah sakit pemerintah;
- 5) Munculnya *list* manfaat, khususnya manfaat obat-obatan yang relatif mahal dibandingkan kapasitas program serta komparasi manfaat obat dengan *best-practices* di negara lain;
- 6) Lahirnya skema pembayaran *unbundling* INA-CBG's pada jenis layanan yang menyedot dana signifikan, termasuk obat sebagaimana poin di atas;
- 7) Tidak optimalnya kendali mutu dan kendali biaya dalam format pencegahan *fraud*.

Tujuan sistem pembiayaan kesehatan adalah untuk memastikan ketersediaan sumber-sumber daya yang dibutuhkan penduduk, mengoptimalkan sumber daya demi menjaga kebutuhan penduduk, dan meningkatkan akses penduduk terhadap layanan kesehatan. Sistem pembiayaan kesehatan harus responsif terhadap kebutuhan penduduk agar mereka bisa hidup produktif, menjamin keadilan (ekuitas) dalam pendanaan, serta meningkatkan derajat kesehatan.

Tujuan sistem pembiayaan kesehatan bisa dicapai apabila fungsi-fungsi sistem pembiayaan kesehatan dapat berjalan optimal. Fungsi sistem pembiayaan kesehatan itu sendiri terdiri atas: (i) pengumpulan dana (*revenue collection*), (ii) penyatuan (*pooling*) dana, dan (iii) pembelian (*purchasing*). Secara konseptual tujuan dan fungsi sistem pembiayaan kesehatan disajikan dalam Gambar 2.

Gambar 2 Fungsi dan Tujuan Sistem Pendanaan Kesehatan



## Akuntabilitas Penetapan Tarif

Akuntabilitas penetapan tarif layanan yang diatur dalam Permenkes 69/2013 jo 59/2014 jo 56/2016 menjadi pertanyaan. Perbedaan nilai tarif antar kelas rumah sakit sangat *jomplang* (untuk jenis INA-CBG's sama, misal, rumah sakit kelas A dibayar 85% lebih mahal dari rumah sakit kelas D) mengindikasikan *conflict of interests price makers*. Indikasi ini secara objektif bisa ditelusuri dari fakta empiris nilai *Hospital Base Rate (HBR)* di setiap kelas rumah sakit.

## Rasionalitas Tarif Dipertanyakan

Tarif INA-CBG's terbukti secara empiris lebih mahal dibandingkan dengan tarif yang dilaporkan oleh rumah sakit. Hal ini terdeteksi dari luaran analisis perbandingan tarif INA-CBG's dengan tarif rumah sakit yang dilakukan secara *agregate* dan dirinci menurut karakteristik rumah sakit. Pada kasus rawat jalan, rata-rata tarif INA-CBG's (Rp. 246.536) mencapai 27% lebih mahal dibandingkan rata-rata tarif yang dilaporkan oleh rumah sakit yang hanya Rp.180.174. Pada kasus rawat inap, rerata tarif INA-CBG's adalah Rp. 5,15 juta, sedangkan rumah sakit hanya melaporkan Rp. 4,02 juta. Artinya tarif INA-CBG's rawat inap lebih mahal Rp. 1.125.601, atau 22% lebih unggul dibandingkan tarif rumah sakit. Analisis tren perbandingan tarif per bulan juga menemukan tarif INA-CBG's selalu lebih tinggi dibandingkan tarif rumah sakit, konsisten baik untuk rawat jalan maupun rawat inap.

Perbedaan tarif INA-CBG's menurut kelas kamar dengan nilai selisih 20% antar kelas menunjukkan fakta perbedaan tarif belum didasarkan pada biaya akomodasi saja, tetapi juga biaya medis. Merujuk Peraturan Presiden No. 12/2013, penetapan tarif INA-CBG's seharusnya hanya membedakan biaya akomodasi antar kelas kamar saja karena manfaat medis dalam JKN tidak terikat dengan nilai iuran yang dibayarkan oleh peserta.

## Menyulitkan Peserta JKN

JKN telah membuka aksesibilitas peserta terhadap layanan, namun variasi tarif antar kelas rumah sakit yang sangat lebar telah menimbulkan dampak buruk bagi peserta. Perilaku lempar-melempar pasien dari satu Faskes ke Faskes lain kerap terjadi.

## Lahirnya Skema Pembayaran *Unbundling* CBG's

Kurangnya peran BPJS Kesehatan sebagai *strategic purchaser* dalam memberikan masukan pada manfaat JKN, khususnya obat-obatan, telah melahirkan manfaat yang berkontribusi signifikan pada pengeluaran program JKN-KIS. Ironisnya, manfaat obat tersebut dibayar dengan skema FFS dalam bentuk *top-up* atau *unbundling* INA-CBG's.

## Pencegahan *Fraud* Mandul

Deteksi *fraud* penerapan INA-CBG's masih belum optimal karena sejumlah faktor. Pertama, adanya hambatan yang dialami BPJS Kesehatan untuk bisa melacak rekam medis pasien di setiap Faskes sebagai bagian dari proses investigasi. Di sini dibutuhkan regulasi yang memayungi tim investigator untuk bisa melacak catatan medis pasien terkait dengan layanan yang diberikan oleh Faskes. Atau regulasi yang mewajibkan Faskes untuk melaporkan jenis layanan apa yang sudah diberikan kepada pasien dalam aplikasi *grouper* INA-CBG. Kedua, *grouper* INA-CBG yang kini digunakan masih sangat lemah dan tidak mampu mendeteksi potensi *fraud*. Hal ini membutuhkan upaya lanjut dalam hal penguatan verifikasi. Kotak 2 menyajikan potensi *fraud* yang disebabkan oleh lemahnya *Grouper* INA-CBG akibat cacat bawaan atau cacat lahir.

### Kotak 2 Potensi *Fraud* Akibat Lemahnya *Grouper* INA-CBG's

Potensi *fraud* dalam sistem pembayaran INA-CBG versi 4.1 terlacak ketika kasus CMG yang dikelompokkan dengan *grouper* INA-CBG hasilnya disandingkan dengan *grouper* Thai-DRG versi 5.1. Semua kasus yang masuk kedalam kasus INA-CBG CMG I (*Cardiovascular System Group*) dipetakan dengan klasifikasi Thai-DRG versi 5.1. Hasil menemukan tidak semua kasus masuk DRG MDC 5 (*Cardiovascular System*) dalam sistem Thai DRGs, namun ada kasus yang masuk ke dalam MDC lainnya.

Dari total 329.977 ada 314.395 kasus yang masuk ke dalam MDC 5 dan 15.582 kasus dikelompokkan ke dalam MDC lainnya. Sebagai contoh, kasus CMG yang menurut INA-CBG masuk *adjacent* Prosedur Sistem Peredaran Darah Lain-lain namun dikelompokkan ke dalam *adjacent caesarean delivery without complicating diagnosis*; oleh Thai DRG. Hal ini terjadi dalam sistem INA-CBG's karena rumah sakit dapat memasukkan 1 prosedur terkait dengan cardiovascular kedalam prosedur utama.

Contoh: Pasien berusia 38 tahun dengan diagnosis utama O14.1 (*Severe Pre Eclampsia*) dan diagnosis sekunder O82.1 (*Delivery by emergency caesarean section*) dan *Procedures* sbb:

- 39.98 (*Control of hemorrhage, not otherwise specified*) *Angiotripsy, Control of postoperative hemorrhage NOS, Venotripsy*)
- 57.94 (*Insertion of indwelling urinary catheter*)
- 74.1 (*Low cervical cesarean section*)
- 96.59 (*Other immobilization, pressure, and attention to wound*)
- 99.18 (*Injection or infusion of electrolytes*)
- 99.21 (*Injection of antibiotic*)
- 99.22 (*Injection of other anti-infective*)
- 99.29 (*Injection or infusion of other therapeutic or prophylactic substance*)
- INA-CBG versi 4.1: *adjacent* Prosedur Sistem Peredaran Darah Lain-lain (Tarif Reg 1, RS A, kelas 3 Rp. 26.405.800 – Rp. 34.677.300)
- Thai DRG versi 5.1: *adjacent Caesarean delivery without complicating diagnosis* (Tarif Reg 1, RS A, kelas 3 Rp. 5.237.900 – Rp. 7.915.300)

## Mengoptimalkan Fungsi Belanja Strategis

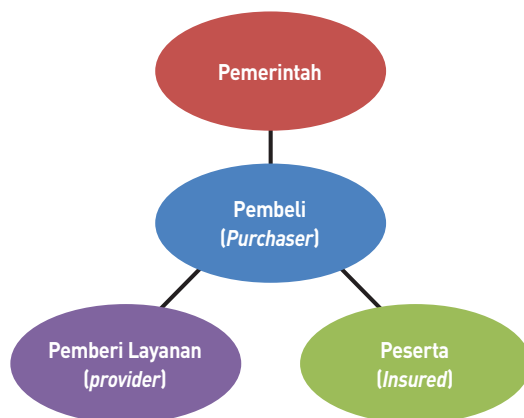
Belanja strategis dapat dioptimalkan melalui beberapa paket kegiatan sebagai berikut:

1. Memperkuat sistem pengelolaan pemerintahan;
2. Memastikan sistem kontrak yang hemat biaya;
3. Memasukkan kebutuhan kesehatan penduduk;
4. Memberdayakan warga negara.

Keempat agenda di atas muncul karena dua alasan sbb.

- Pertama, pemenuhan fungsi belanja strategis membutuhkan tiga jenis keputusan (WHO, 2000) penting yang terdiri atas: (i) mengidentifikasi jenis layanan kesehatan yang dibeli dengan memperhatikan kebutuhan populasi, prioritas kesehatan nasional dan efektivitas biaya (luaran HTA); (ii) memilih pemberi layanan (*providers*) dengan mempertimbangkan aspek kualitas, efisiensi dan keadilan; serta (iii) menentukan bagaimana jenis layanan dibeli, termasuk pengaturan kontrak dan mekanisme pembayaran.
- Kedua, pemenuhan fungsi belanja strategis mengharuskan pihak pembeli (*payer* atau BPJS Kesehatan) terlibat aktif dalam tiga hubungan dengan pihak pemerintah, *provider* sebagai pemberi layanan kesehatan, dan populasi sebagai peserta JKN (Gambar 1). Tiga jenis hubungan *payer* dengan tiga aktor kunci tersebut akan melahirkan sejumlah kegiatan yang harus dirumuskan dan disepakati untuk mewujudkan pemenuhan fungsi belanja strategis dalam program JKN-KIS.

**Gambar 3 Interaksi *Purchaser* dengan 3 Aktor dalam Mewujudkan Fungsi Belanja Strategis**



## Arah Kebijakan

Studi “Optimalisasi Belanja Strategis BPJS Kesehatan (BPJS Kesehatan) tahun 2016” berhasil mengidentifikasi serangkaian agenda yang harus ditindaklanjuti. Serangkaian agenda yang dimaksud, diringkas dalam poin-poin sebagai berikut:

- 1) Memperbaiki tata kelola dan hubungan BPJS Kesehatan dengan aktor kunci program JKN-KIS (yakni hubungan BPJS Kesehatan dengan pemerintah, penyedia jasa layanan kesehatan atau *providers*, dan warga negara) untuk mengoptimalkan fungsi belanja strategis (tata hubungan *payer* dengan aktor lain disajikan dalam kotak 3).
- 2) Menyepakati dan menterjemahkan hubungan *payer* dengan tiga aktor kunci (pemerintah, *providers* dan populasi) dalam tataran regulasi tingkat Peraturan Presiden. Substansi yang dibahas dalam regulasi harus mengatur tata hubungan BPJS Kesehatan dengan tiga aktor kunci sebagaimana disajikan dalam Kotak 1.
- 3) Substansi yang dibahas dalam Peraturan Presiden juga harus membahas hal-hal sbb:
  - [a] memberikan mandat BPJS Kesehatan untuk menjalankan fungsi belanja strategis, khususnya dalam pengembangan inovasi pembayaran yang menjamin adanya kualitas dan kesinambungan pendanaan;
  - [b] memberikan peran konkrit bagi BPJS Kesehatan untuk melakukan sejumlah fungsi belanja strategis; seperti: (i) mekanisme penetapan harga layanan program JKN-KIS untuk Kapitasi, INA-CBG’s, non Kapitasi dan non INA-CBG’s; (ii) berkolaborasi dengan komite teknologi kesehatan dalam menilai formularium yang masuk manfaat JKN dengan mengadopsi luaran dari kajian teknologi kesehatan; dan (iii) menerapkan audit medis sebagai bagian program telaah utilisasi untuk mencegah kecurangan dalam implementasi skema pembayaran Kapitasi dan INA-CBG’s;

- 4) Menyusun rencana aksi dan menjalankannya untuk merealisasikan agenda reformasi dalam rangka mengoptimalkan fungsi belanja strategis .
- 5) Tetap melanjutkan reformasi untuk mewujudkan perbaikan dalam pelaksanaan JKN dan menjaga kesinambungan pendanaan, namun tidak bertentangan dengan amanat UU SJSN dan UU BPJS.  
Reformasi yang dimaksud bisa dalam bentuk:
  - [a] Mengkombinasikan skema pembayaran DRG dengan *global budget* demi terjaganya *budget neutrality*;
  - [b] Mengoptimalkan luaran *credentialing* untuk memprediksi volume layanan rumah sakit dan CBG yang dapat dilayani oleh Faskes;
  - [c] Menetapkan volume maksimal yang dilayani oleh rumah sakit dan mencantumkannya dalam kontrak kerja;
  - [d] Mengembangkan aturan pembayaran pada kasus readmisi yang dilandasi dari kajian empiris terkait simulasi dan dampaknya terhadap rumah sakit serta BPJS Kesehatan.
  - [e] Mengembangkan aturan pembayaran pada kasus rujukan. Pilihan pembayaran bagi kasus rujukan adalah: (1) Kasus rujukan dapat dibuat kelompok DRG terpisah seperti Thai DRG; (2) Menetapkan *cost weight* khusus tanpa membuat kelompok baru seperti G-DRGs, dan (3) Memasukkannya ke dalam pengaturan pembayaran kasus *outlier*. Bila kasus dirawat di antara batas bawah dan batas atas lama hari rawat maka kasus tersebut dibayar penuh tapi bila dirawat kurang dari bawah batas lama hari rawat maka akan dibayar sesuai pengaturan kasus *outlier*.
  - [f] Mengembangkan aturan pembayaran pada kasus *outlier*. Perlu dibuat pengaturan terkait pembayaran untuk kasus *outlier*. Pembayaran ini akan mengurangi risiko baik bagi BPJS Kesehatan maupun rumah sakit, serta mencegah adanya kasus *bloody discharge*. Untuk maksud ini, diperlukan analisis lebih dalam terkait simulasi dan dampaknya terhadap rumah sakit serta BPJS Kesehatan.
- 6) Memperkuat SDM internal BPJS Kesehatan (kuantitas dan kualitas) agar mampu melaksanakan berbagai seluk-beluk fungsi *strategic purchasing*.

### Kotak 3 Tata Hubungan Payer dengan Aktor Lain untuk Mengoptimalkan Fungsi Belanja Strategis

#### a. Hubungan Payer dengan Pemerintah:

1. Menetapkan kerangka kerja yang jelas bagi pembeli dan penyedia layanan;
2. Melengkapi ketersediaan sisi *supply* layanan kesehatan yang dibutuhkan untuk merespon *demand* layanan kesehatan;
3. Memastikan sumber daya memadai dan dimobilisasi untuk memenuhi hak bagi peserta;
4. Memastikan terpenuhinya pertanggungjawaban (akuntabilitas) *payer* sebagai agen *purchaser*

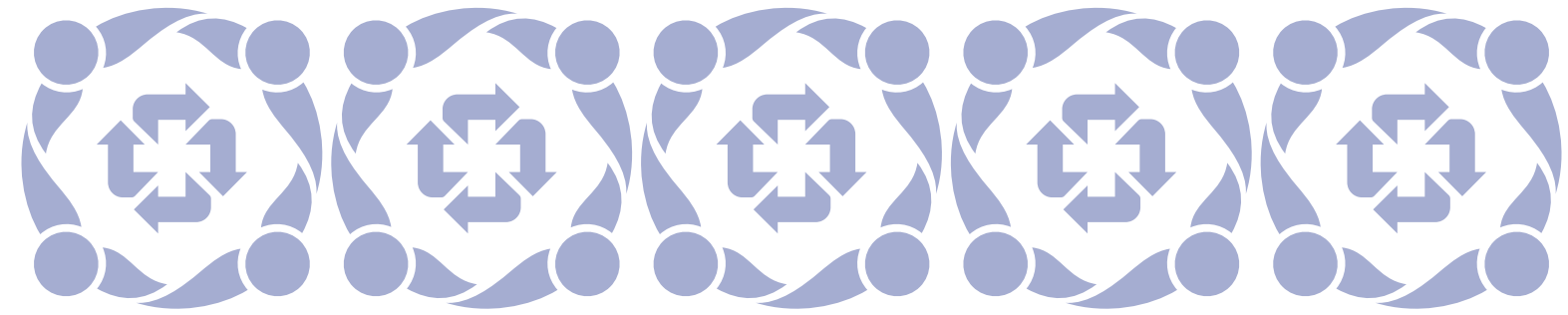
#### b. Hubungan Payer dengan Providers:

1. Memilih dan mengontrak *providers*
2. Mengembangkan standar, pedoman, dan formularium, serta menggunakannya dalam program telaah utilisasi.
3. Merancang dan menerapkan sistem pembayaran kepada penyedia jasa layanan yang mendorong efisiensi dan kualitas layanan;
4. Menggunakan alokasi sumber daya dan kebijakan lainnya untuk memastikan keadilan (ekuitas) bagi semua peserta;
5. Menjaga dan mencegah terhadap munculnya korupsi dan kecurangan;
6. Menetapkan dan memantau pembayaran kepada *providers*;
7. Mengembangkan, mengelola dan menggunakan sistem informasi untuk mendukung semua tahapan bisnis proses JKN.

#### c. Hubungan Payer dengan Peserta:

1. Mengkaji kebutuhan akan layanan kesehatan, preferensi dan nilai-nilai populasi serta menggunakan hasil kajian tersebut untuk menentukan manfaat JKN;
2. Menginformasikan hak dan kewajiban peserta;
3. Memastikan penduduk bisa mengakses haknya;
4. Menetapkan mekanisme yang efektif untuk menerima dan menanggapi keluhan (*grievance and appeals*) serta umpan balik dari populasi;
5. Memberikan laporan publik penggunaan sumber daya dan ukuran kinerja lainnya.

Sumber: Hasil Kajian, 2016



**Tim Redaksi:**

- Penanggungjawab : Direktur Utama BPJS Kesehatan
- Pemimpin Umum : Direktur Perencanaan, Pengembangan dan Manajemen Risiko BPJS Kesehatan
- Pemimpin Redaksi : Deputi Direksi Bidang Riset dan Pengembangan BPJS Kesehatan
- Redaktur Pelaksana : Asisten Deputi Bidang Riset JKN BPJS Kesehatan
- Tim Redaksi : Kedeputian Bidang Riset dan Pengembangan BPJS Kesehatan
- Tim Editor : Humas BPJS Kesehatan

**Disclaimer:**

Isi publikasi ini disarikan dari hasil kajian Optimalisasi *Strategic Purchasing* BPJS Kesehatan yang dilakukan Grup Penelitian dan Pengembangan BPJS Kesehatan bekerja sama dengan Pusat Kajian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Indonesia pada tahun 2016.

Isi publikasi menjadi tanggung jawab penulis, tidak mencerminkan pandangan BPJS Kesehatan.

Saran dan masukan dapat dikirim ke email:

**[deputi.risbang@bpjs-kesehatan.go.id](mailto:deputi.risbang@bpjs-kesehatan.go.id)**

