



**DEWAN PERWAKILAN RAKYAT
REPUBLIK INDONESIA**

LAPORAN SINGKAT

RAPAT KOMISI IX DPR RI

Tahun Sidang	: 2017-2018
Masa Persidangan	: III
Rapat ke	: 4
Jenis Rapat	: Rapat Dengar Pendapat Panja Pengawasan INA CBGs Komisi IX DPR RI
Dengan	: 1. Kepala P2JK Kementerian Kesehatan RI; 2. Ketua Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN)
Sifat Rapat	: Terbuka
Hari/tanggal	: Senin, 22 Januari 2018
Pukul	: 19.00 WIB – selesai
Acara	: Mendapatkan masukan terkait Panja Pengawasan INA CGBs Komisi IX DPR RI.
Ketua Rapat	: Dede Yusuf M.E, ST,M.I.Pol/Ketua Komisi IX DPR RI
Sekretaris Rapat	: Minarni, SH/Kepala Bagian Sekretariat Komisi IX DPR RI
Tempat	: Ruang Rapat Komisi IX DPR RI Gedung Nusantara I DPR-R Lt.1 Jl.Jend. Gatot Subroto, Jakarta
Hadir	: A. 18 orang dari 29 orang Anggota Panja Pengawasan INA CGBs Komisi IX DPR RI, 3 orang Anggota Izin; B. Kepala P2JK Kemkes RI beserta jajaran; C. Ketua DJSN beserta jajaran.

I. PENDAHULUAN

Rapat Dengar Pendapat Panja Pengawasan INA CGBs Komisi IX DPR RI dengan Kepala P2JK Kementerian Kesehatan RI dan Ketua Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) dibuka pukul 20.15 WIB, setelah kuorum terpenuhi sebagaimana Peraturan Tata Tertib Pasal 251 ayat (1), rapat dibuka dan dinyatakan terbuka untuk umum.

II. KESIMPULAN

1. Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan menyampaikan paparan sebagai berikut:

A. Perkembangan Faskes sebagai Provider JKN :

- (1) Jumlah peserta JKN per 31 Desember 2017 sebesar 187.982.949 jiwa.
- (2) Jumlah provider JKN (31 Desember 2017 berjumlah 26.992 provider.

B. Tarif INA-CBGs adalah:

- (1) Berupa tarif paket, meliputi seluruh komponen biaya pelayanan yang diberikan kepada pasien
- (2) Penyusunan berbasis pada *data costing & data coding* rumah sakit di Indonesia, dan disesuaikan secara periodik (2 tahun sekali).

C. Daftar tarif INA-CBGs saat ini terdiri atas 1075 kelompok kasus, meliputi:

- (1) 786 kelompok kasus rawat inap, terdiri dari kelas 1, 2 dan 3.
- (2) 289 kelompok kasus rawat jalan.

D. Pengelompokan Tarif INA-CBG adalah:

- (1) berdasarkan klasifikasi RS
- (2) berdasarkan regionalisasi

E. Rencana pengembangan INA-CBGs melalui pengembangan Sistem INA-CBGs, antara lain :

- (1) Updating Tarif INA-CBG, yaitu pengumpulan Data Kosting dari rumah sakit
- (2) Reklasifikasi Grouper INA-CBGs.

F. Tantangan dalam implementasi INA-CBGs adalah:

- (1) Sisi FKRTL sebagai Penyedia Pelayanan Kesehatan :
 - a. belum dapat secara cepat menyikapi perubahan dari pola *fee for service* ke pola *prospective payment* (INA-CBGs).
 - b. pengelolaan pendapatan klaim INA-CBGs belum secara transparan dan belum mendistribusikannya dengan cara remunerasi yang adil.
 - c. penerapan standarisasi pelayanan kesehatan dan *cost containment* di FKRTL masih belum optimal termasuk audit pelayanan kesehatan sehingga mekanisme kendali biaya dan kendali mutu belum terwujud secara optimal.
 - d. belum optimalnya pelaksanaan verifikasi internal serta upaya pencegahan tindakan kecurangan dalam JKN.

- e. belum paham secara optimal mengenai aturan coding INA-CBG serta penggunaan aplikasi *e-claim* INA-CBGs.
 - f. Masih banyak perbedaan persepsi antara pihak RS dengan BPJSK menyebabkan klaim terlambat dibayarkan (*pending claim*)
- (2) Sistem INA-CBG yang masih memerlukan penyempurnaan, termasuk pengelompokan penyakit dan tindakan.
 - (3) Pelaksanaan verifikasi klaim oleh BPJSK yang masih bervariasi dan kurang sejalan dengan peraturan yang ada.

G. Harapan kepada FKRTL dalam penerapan INA CBGs antara lain:

- (1) Dilakukan kegiatan peningkatan pemahaman Pimpinan dan Manajer FKRTL, Dokter, Koder mengenai JKN dan sistem INA-CBGs
- (2) Membuat dan menerapkan standarisasi pelayanan, obat, alkes, dan lain-lain.
- (3) Peningkatkan efisiensi rumah sakit baik *cost containment* serta monitoring *post-claim*
- (4) Penguatan sistem pencatatan rekam medis yang baik di rumah sakit.
- (5) Terjadi perubahan cara pembagian jasa melalui remunerasi.
- (6) Rumah sakit tidak senantiasa membandingkan tarif FFS RS dengan tarif INA CBGS (kasus per kasus) namun juga dengan melihat total income rumah sakit.
- (7) Meningkatnya *awareness* terhadap potensi fraud dengan mengaktifkan sistem pencegahan fraud dan analisa data klaim.
- (8) Meningkatnya kontribusi data costing dan data billing rumah sakit yang lengkap dan akurat, untuk proses review performa system serta updating tariff.

H. Kesimpulan paparan :

- (1) Penyesuaian tarif INA-CBG saat ini masih pada aspek besaran tarif saja
- (2) Partisipasi rumah sakit dalam proses penyesuaian tarif sangat penting yaitu dalam pengumpulan data coding, costing dan billing rumah sakit

- (3) Partisipasi organisasi profesi penting dalam penyusunan dan implementasi PPK untuk keseragaman pelayanan sehingga dapat tergambar dalam data costing RS
 - (4) Perlunya penguatan manajemen RS dalam sisi pengelolaan pelayanan dan keuangan RS dengan mengacu pola prospective payment.
2. Ketua Dewan Jaminan Sosial menyampaikan paparan sebagai berikut:
- A. Cara pembayaran RS – 1

Retrospektif yaitu bayaran setelah layanan diberikan. Jumlah layanan RS , berjumlah 10.000 jenis.

Hal ini ditandai dengan :

- (1) Dokter di rumah sakit memberikan layanan, sesuai "kebutuhan". Semua harga dijumlah dan ditagihkan ke BPJS Kesehatan.
- (2) Tarif per jenis layanan dapat ditetapkan, dapat juga sesuai tarif rumah sakit.
- (3) Dokter dan rumah sakit tidak akan pernah mengeluh.
- (4) Pasien/peserta juga akan senang
- (5) Hanya saja menyebabkan tagihan klaim tidak akan terkontrol.
- (6) Dana Amanat (Dana Publik) akan cepat habis.
- (7) Defisit tidak akan terkendali;
- (8) Hampir tidak ada lagi sistem/asuransi yang membayar secara retrospektif

B. Cara Pembayaran RS – 2

Prospektif yaitu besaran dan paket bayaran ditetapkan dimuka, dibayar setelah layanan selesai.

Hal ini ditandai dengan :

- (1) Per diem, paket per hari rawat, termasuk jasa dokter, lab, obat, radiologi dan sebagainya.
- (2) Per paket tertentu, persalinan, per operasi tertentu, per pengobatan kanker, per paket radiologi dan sebagainya.
- (3) Per kelompok penyakit (*Diagnostic Related Group*) dengan modifikasi CBG dan berbasis rata-rata biaya (tarif) diagnosis tertentu.

(4) Kapitasi dilakukan per peserta sehat.

(5) Global budget, yaitu:

- Menghitung seluruh biaya yang diperlukan RS untuk beroperasi,
- bisa termasuk atau tidak termasuk honor/gaji dokter dan obat.
 - RS mendapat dana tersebut per bulan, triwulan, atau kuartal

C. Konsep Bayaran CBGs :

(1) Bayaran CBGs adalah tarif makan buffet per kelompok/paket (misalnya ekonomis, normal, mewah dan lain-lain)

(2) Dalam RS, bisa saja per kelas RS, tetapi, variasi penyakit besar. Maka kelompok diagnosis digunakan.

(3) Jumlah diagnosis lebih dari 1.000 kelompok, masih lebih sederhana dibandingkan per layanan yang lebih dari 10.000.

(4) Tarif adalah rata-rata tagihan.

(5) Metoda pengelompokan CBGs bisa bervariasi. Di Indonesia, program pengelompokan (grouper) dibeli/disusun oleh UNU, United Nation University. Bagus dan cocoknya masih dipertanyakan.

D. Mengapa rumah sakit dan dokter mengeluh?

(1) Padahal cara bayar paket, sudah terbaik.

(2) Tetapi grouping dan besaran CBGs yang bermasalah bukan pada konsepnya.

(3) INA CBGs itu awalnya dirancang untuk RS pemerintah Malaysia. Dimana semua biaya-biaya adalah standar nasional.

- Namun di Indonesia, tidak ada standar, sehingga yang sering digunakan, dengan dipaksa beda per kelas RS.
- Digunakan di RS swasta yang struktur biayanya berbeda
- Pengelompokan sering dikeluhkan.

E. Pertanyaan

(1) Adakah cara yang lebih efisien dan bisa dilaksanakan di Indonesia?

- (2) Adakah bukti cara bayar yang lebih efektif dan lebih efisien di Indonesia?
 - (3) Perbaiki apa yang diperlukan?
 - Cara pengelompokan?
 - Perangkat lunak pengelompokan?
 - Besar satuan tarif?
 - Keadilan dalam tarif? (antar kode CBG, antar kelas RS, antar pemilik RS).
3. Panja Pengawasan INA CBGs Komisi IX DPR RI menerima masukan yang disampaikan oleh Kepala P2JK Kemenkes RI dan Ketua Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) pada Rapat Dengar Pendapat hari ini tanggal 22 Januari 2018 dan seluruh masukan yang disampaikan akan menjadi referensi Panja Pengawasan INA CBGs Komisi IX DPR RI dalam menyusun rekomendasi.

Rapat diakhiri pukul 22.05 WIB.

**Ketua Rapat/
Ketua Komisi IX DPR RI,**



DEDE YUSUF M.E, ST, M.I.Pol
A-415