

# **10 Tahun Kebijakan JKN dalam 3 Periode: Pra pandemi COVID-19 (2014- 2019)**

**Pertemuan 1, Bagian 3**

**Webinar Series 10 Tahun Kebijakan JKN**

**Senin, 16 Desember 2024**

# Isi

**I. Pengantar 10 tahun Kebijakan JKN**

**II. Dinamika pelaksanaan JKN pada masa Pra pandemi COVID-19 (2014-2019)**

**III. Kebijakan-kebijakan di luar Pendanaan**

**IV. Analisis Keseluruhan**

# Isi

## **III. Kebijakan-kebijakan di luar Pendanaan**

- 1. Pemerataan Pelayanan  
Rumahsakit**
- 2. Pemerataan SDM Dokter**
- 3. Kendali Mutu dan Biaya**

# Isi

## **III. Kebijakan-kebijakan di luar Pendanaan**

- 1. Pemerataan Pelayanan  
Rumahsakit**

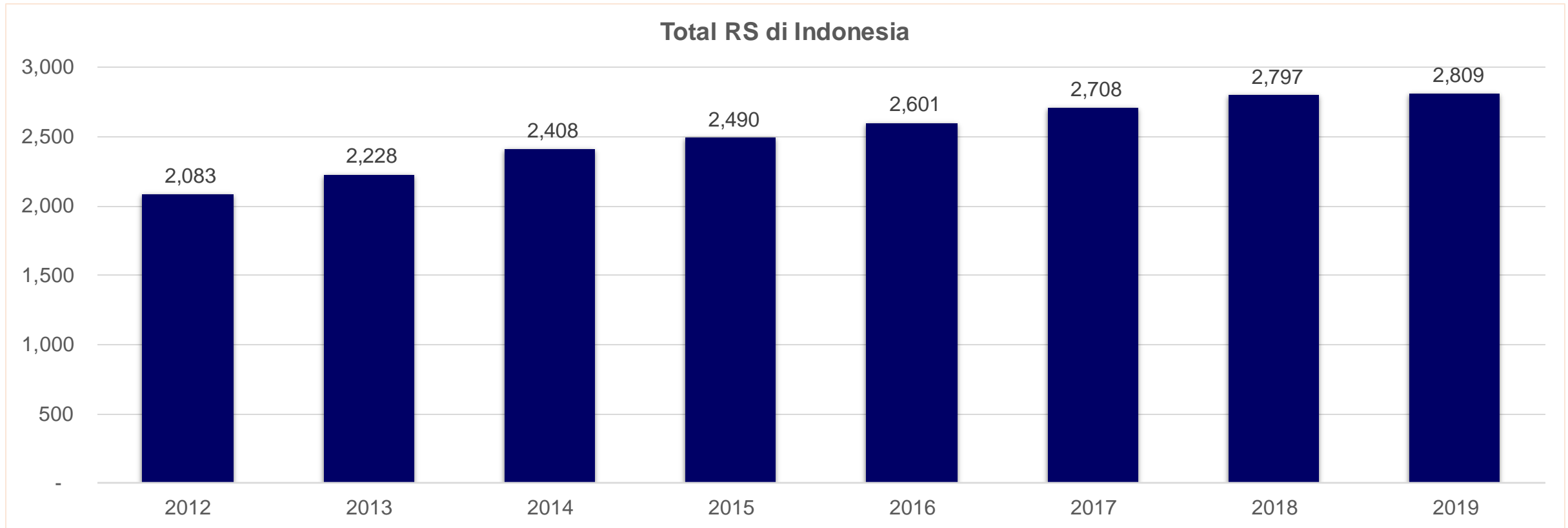
# Kebijakan Penambahan RS

Tahun	Kebijakan
2009	<ol style="list-style-type: none"><li>1. UU 36/2009 tentang Kesehatan</li><li>2. UU 44/2009 tentang Rumah Sakit</li></ol>
2010	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 Tahun 2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit
2014	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Permenkes 4/2014 tentang RS Kelas D Pratama</li><li>2. Permenkes 28/2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (mengatur ulang bentuk pelayanan kesehatan di FKRTL)</li><li>3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit</li></ol>
2015	<ol style="list-style-type: none"><li>1. PP 93/2015 tentang RS Pendidikan</li></ol>
2019	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2019 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit

Data Perkembangan  
Jumlah RS di  
Indonesia  
Sebelum COVID-19  
2012-2019

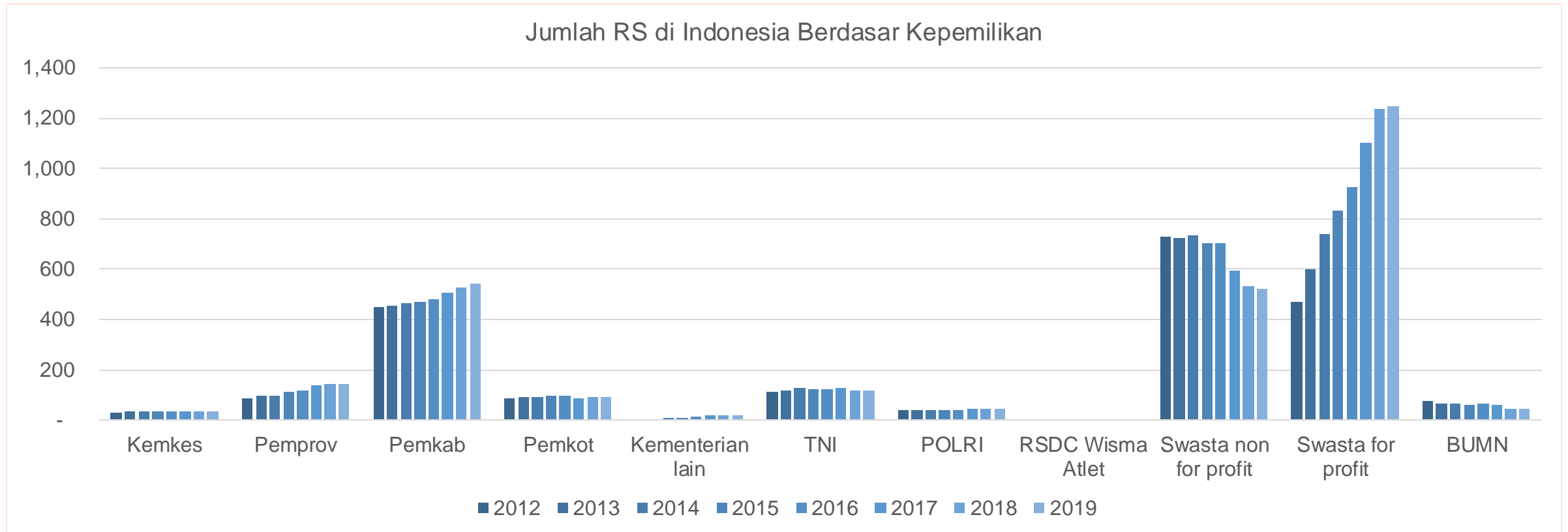


# 1.1. Total RS di Indonesia



Jumlah RS di Indonesia sejak tahun 2012 sampai dengan 2019 terdapat 2,809 rumah sakit dengan peningkatan sebesar rata-rata 4%.

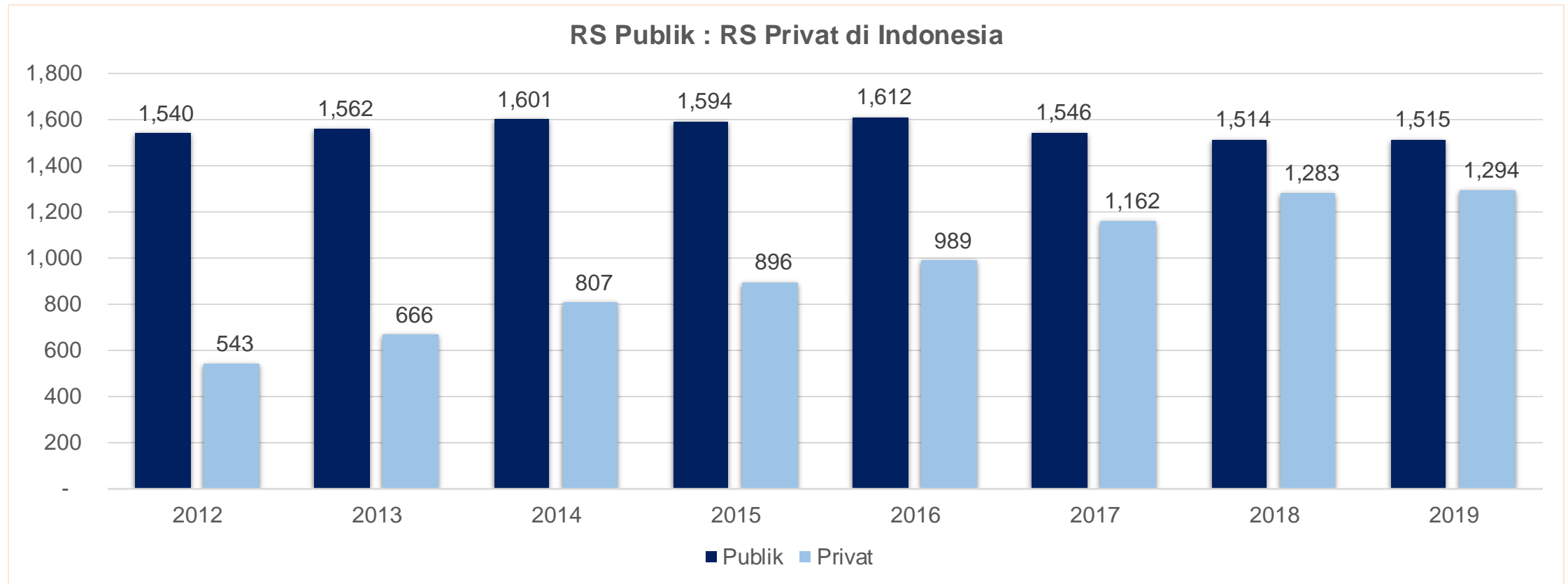
## 1.2. RS di Indonesia Berdasar Kepemilikan



Berdasarkan kepemilikan, pertumbuhan RS swasta for profit lebih agresif dibandingkan jenis RS lainnya. Rata-rata pertumbuhan sebesar **15%**. Pertumbuhan RS publik milik Pemprov hanya sebesar 7%, dan RS lain pertumbuhannya tidak terlalu signifikan. Hal yang perlu diperhatikan adalah penurunan jumlah RS swasta non profit rata-rata sebesar -4%.

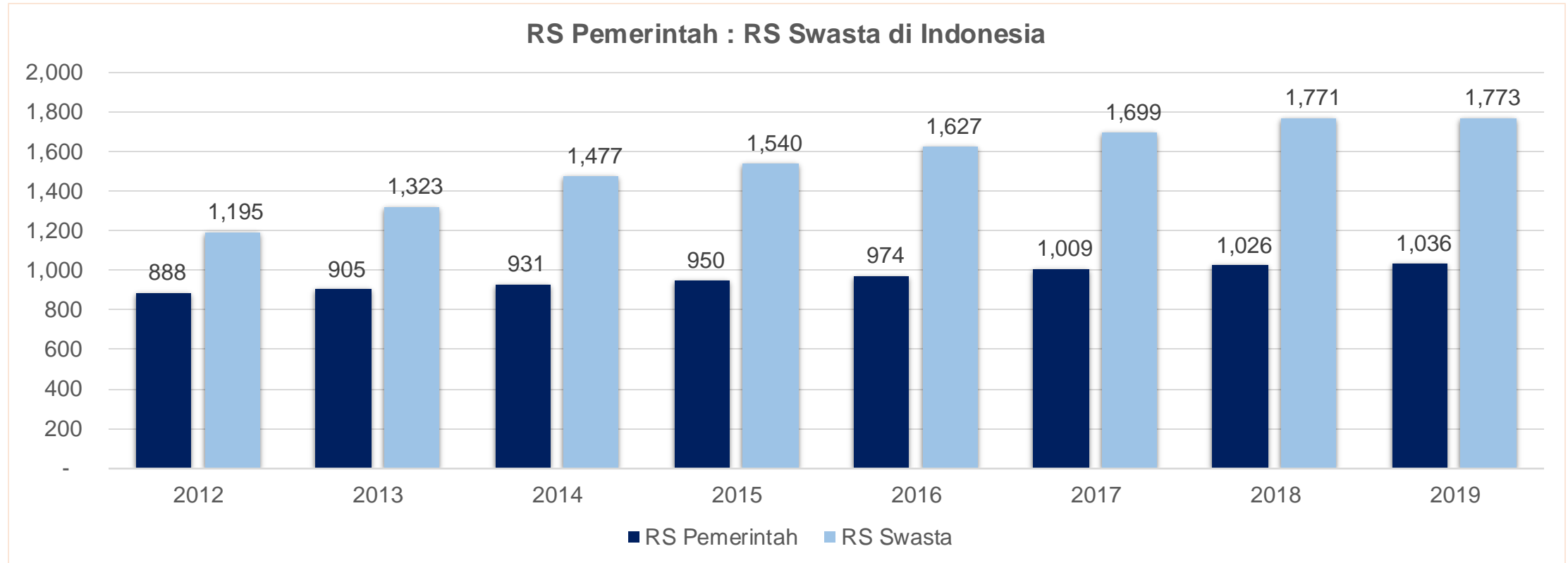


## 1.3. RS Publik : RS Privat



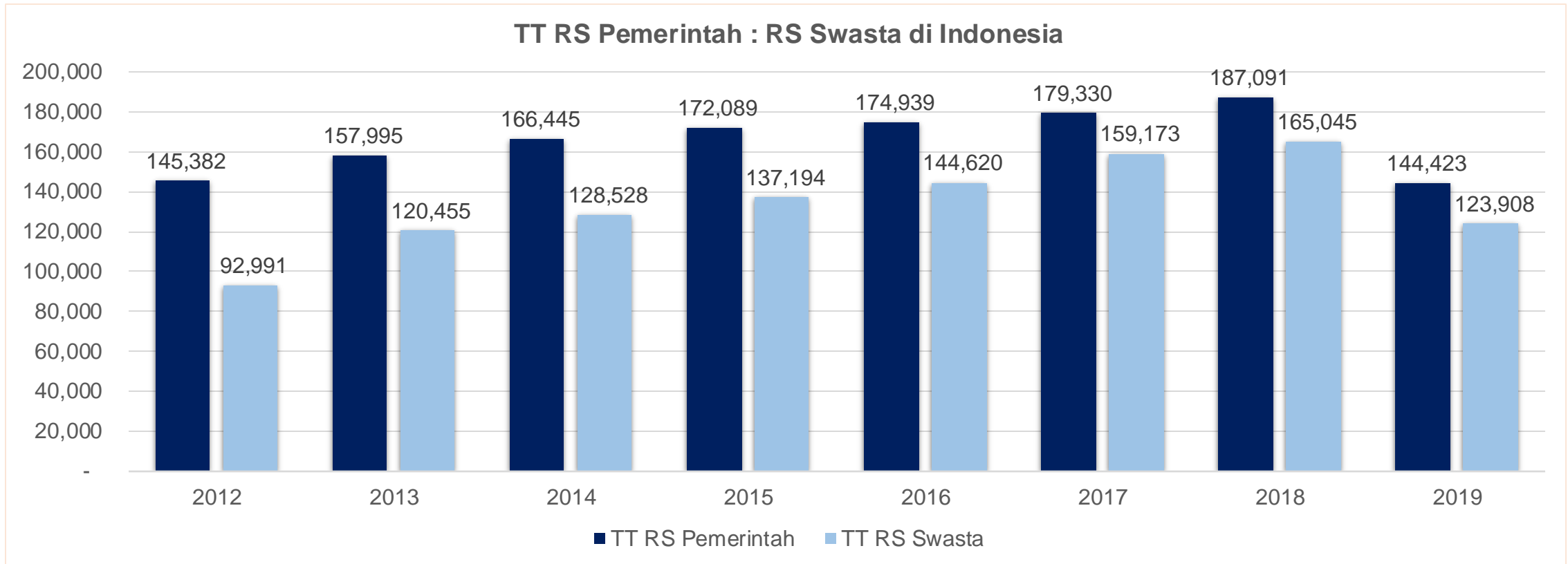
Pertumbuhan RS publik menurun sebesar -0.2%, karena jumlah RS swasta non for profit cenderung menurun. Di sisi lain terdapat pertumbuhan **RS privat** sebesar **12%** terutama penambahan jumlah rumah sakit swasta for profit sebesar 15%.

## 1.4. RS Pemerintah : RS Swasta



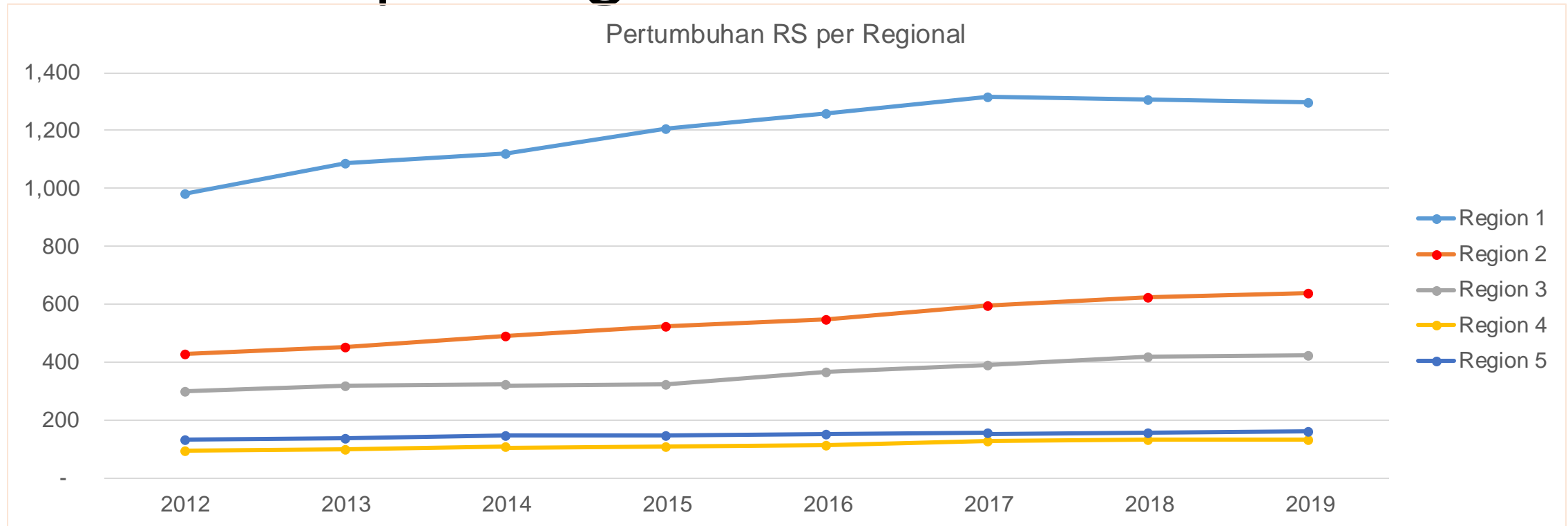
Sampai dengan 2019, jumlah RS pemerintah memang lebih sedikit dibanding RS swasta. Pertumbuhan RS swasta lebih tinggi sebesar rata-rata 6%, dibandingkan RS pemerintah yang rata-rata sebesar 2%.

# 1.5. TT RS Pemerintah : TT RS Swasta



Sampai 2019, jumlah TT RS pemerintah memang lebih banyak dibanding RS swasta, namun pertumbuhan TT RS swasta lebih tinggi sebesar rata-rata 8.9%, dibandingkan TT RS pemerintah yang rata-rata sebesar 5%.

## 2. Data RS per Regional



**Berdasar Permenkes No 52/2016 Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan:**

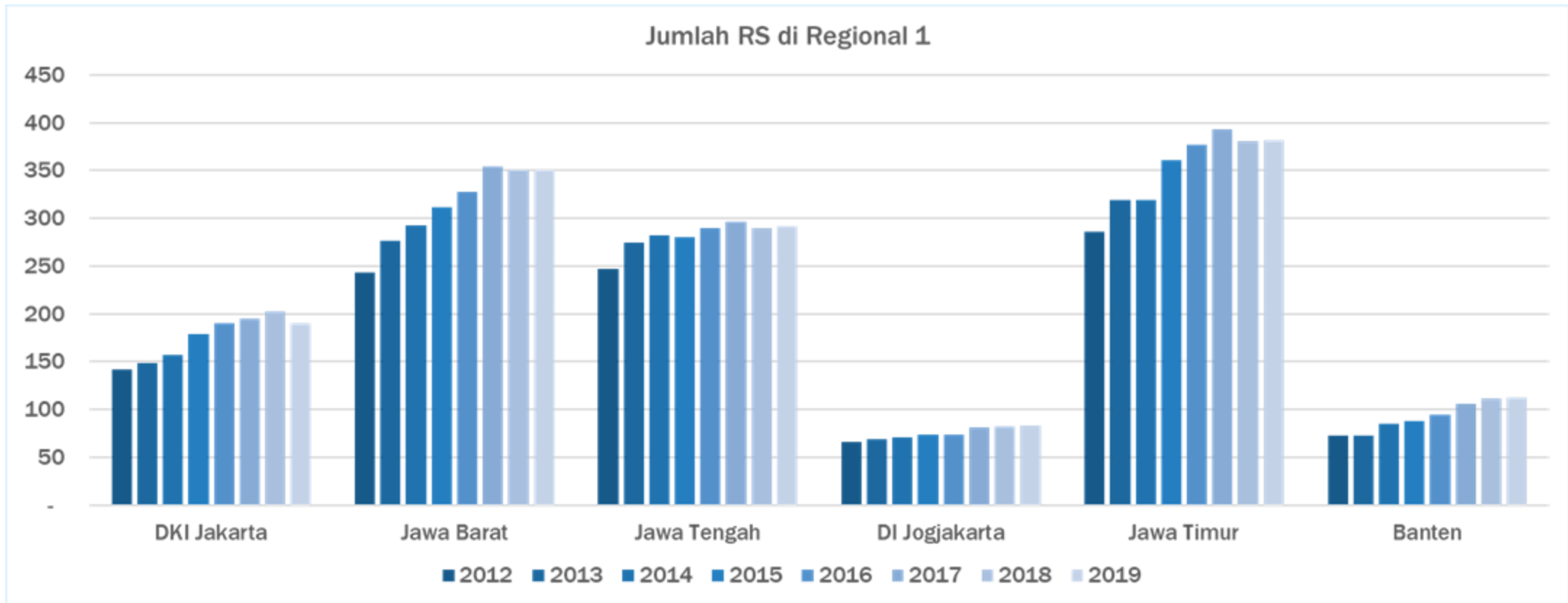
Region 1: DKI, Jabar, Jateng, DIY, Jatim, Banten

Region 2: Sumbar, Riau, Sumsel, Lampung, Bali, NTB

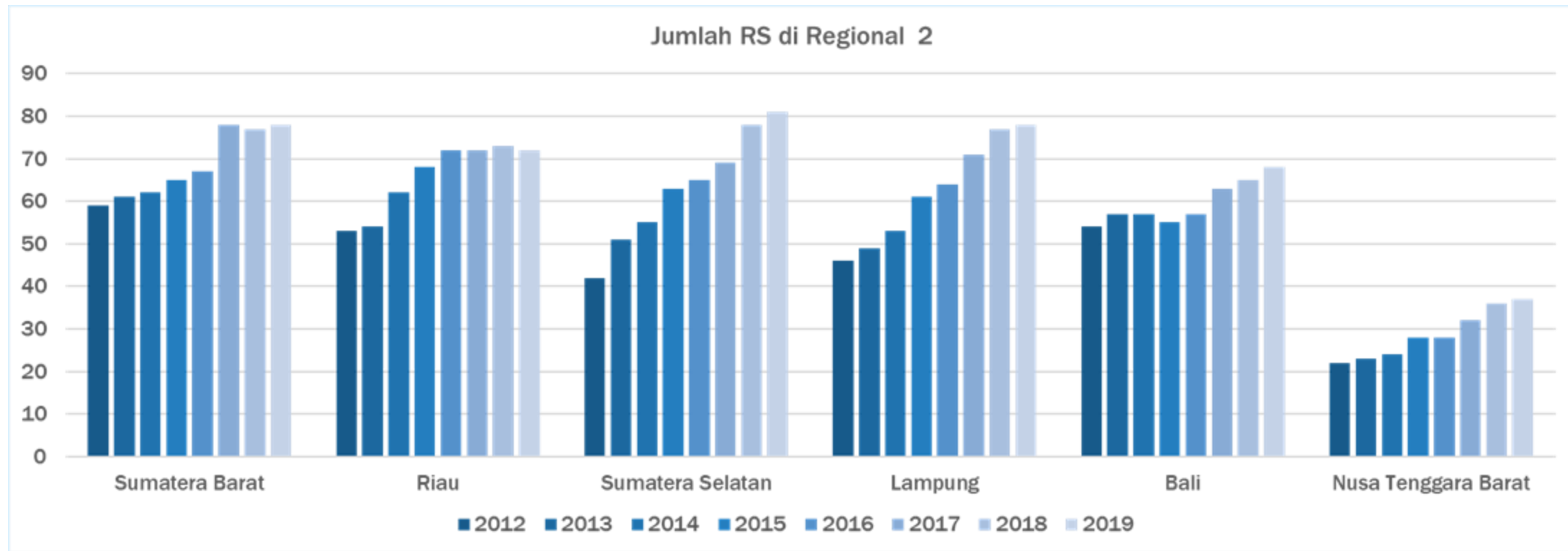
Region 3: Aceh, Sumut, Jambi, Bengkulu, Kep. Bangka Belitung, Kep. Riau, Kalbar, Sulut, Sulteng, Sulsel, Sultra, Gorontalo, Sulbar

Region 4: Kalteng, Kalsel, Kaltim, Kaltara

Region 5: NTT, Maluku, Maluku, Papua Barat, Papua

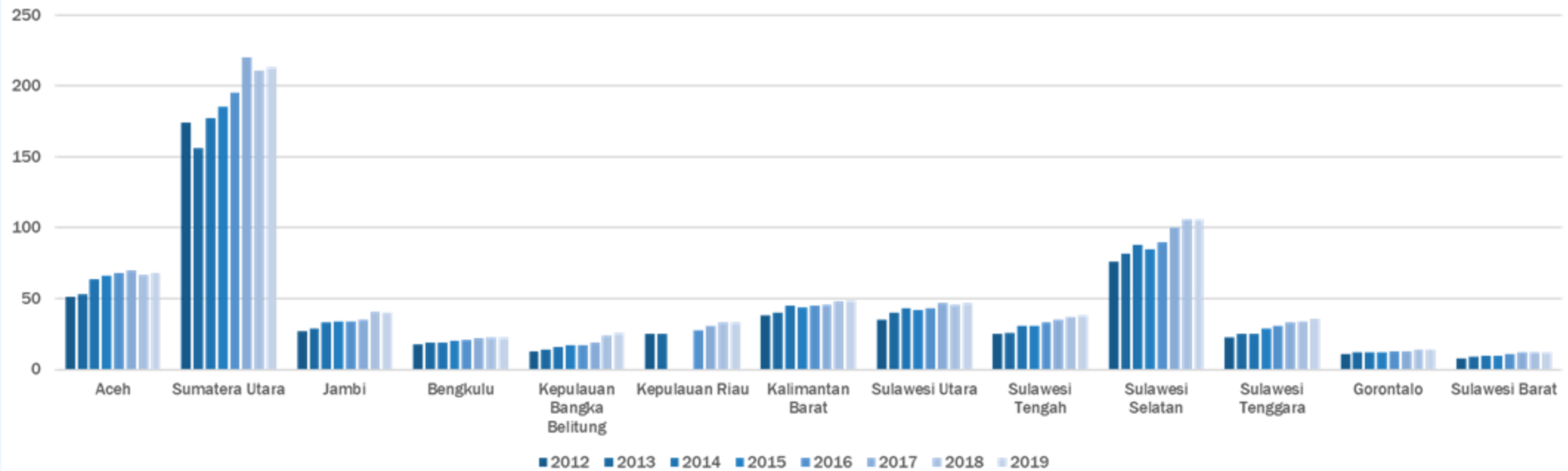


Jumlah RS di regional 1 seperti di Jawa Timur dan Jawa Barat bertumbuh lebih agresif dibanding provinsi lain dengan rata-rata pertumbuhan sebesar 5%.

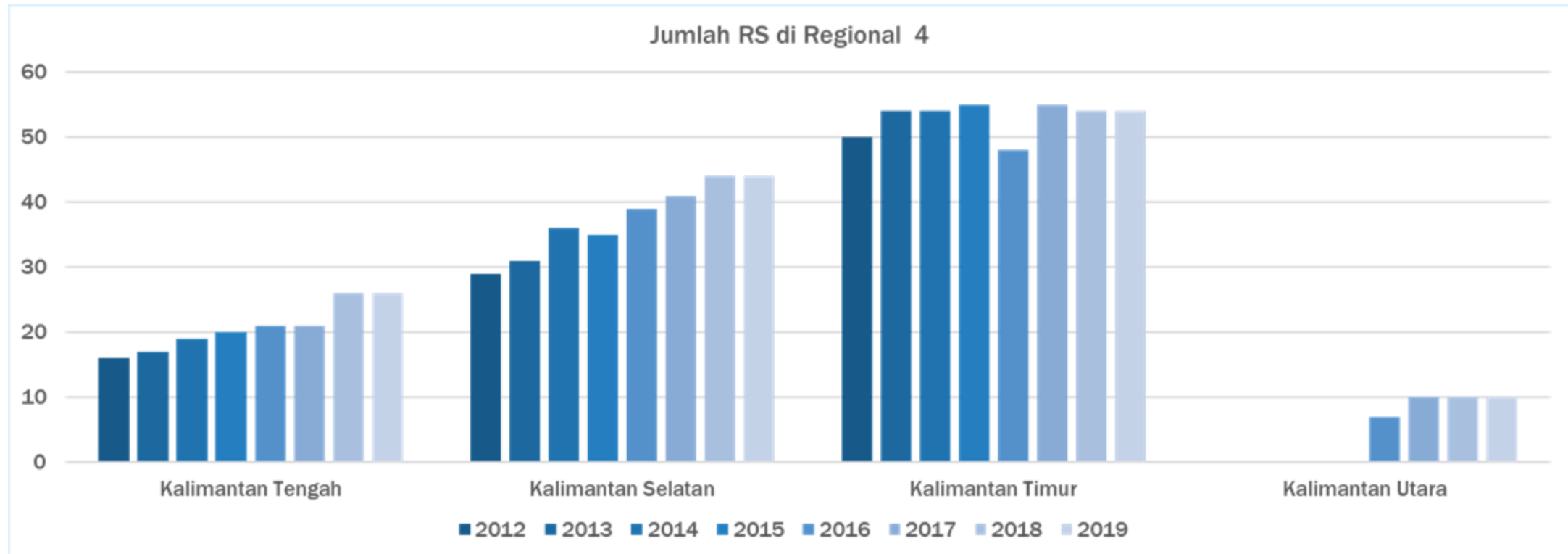


Pertumbuhan jumlah RS di regional 2 tidak seagresif di regional 1. Untuk regional 2, rata-rata pertumbuhan jumlah RS di Sumatera Selatan (11%), Lampung (8%), NTB (8%).

Jumlah RS di Regional 3



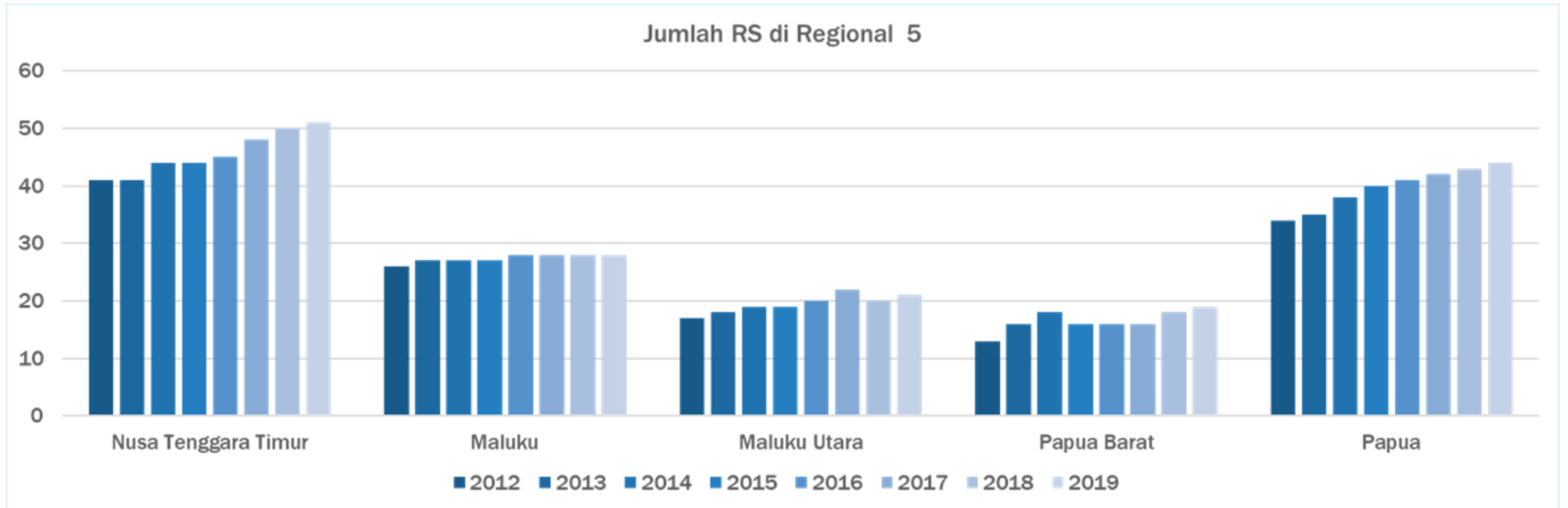
Peningkatan jumlah rumah sakit di Jambi (6%) dan Kep. Babel (11%). Sedangkan di Sulawesi, peningkatan jumlah rumah sakit terlihat di Sulawesi Selatan, Sulawesi Tengah, dan Sulawesi Tenggara sebesar 5%.



Rumah sakit yang ada di Regional 4, di Kalimantan menunjukkan peningkatan jumlah sebesar rata-rata 6%.



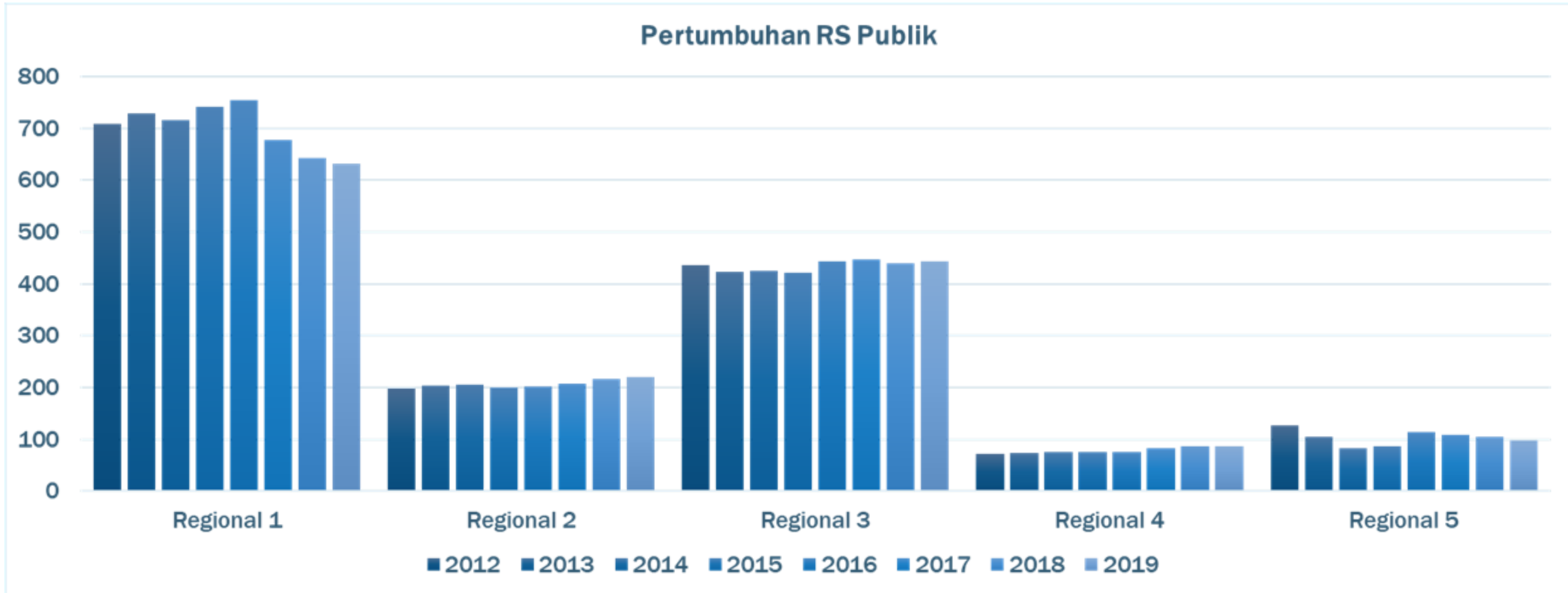
Jumlah RS di Regional 5



Rata-rata pertumbuhan jumlah RS di NTT, Maluku, dan Papua yaitu sebesar 1%-3%. Pertumbuhan rumah sakit di daerah Indonesia Timur terutama regional 5 tidak menunjukkan jumlah yang signifikan dibandingkan pertumbuhan rumah sakit di regional lainnya.



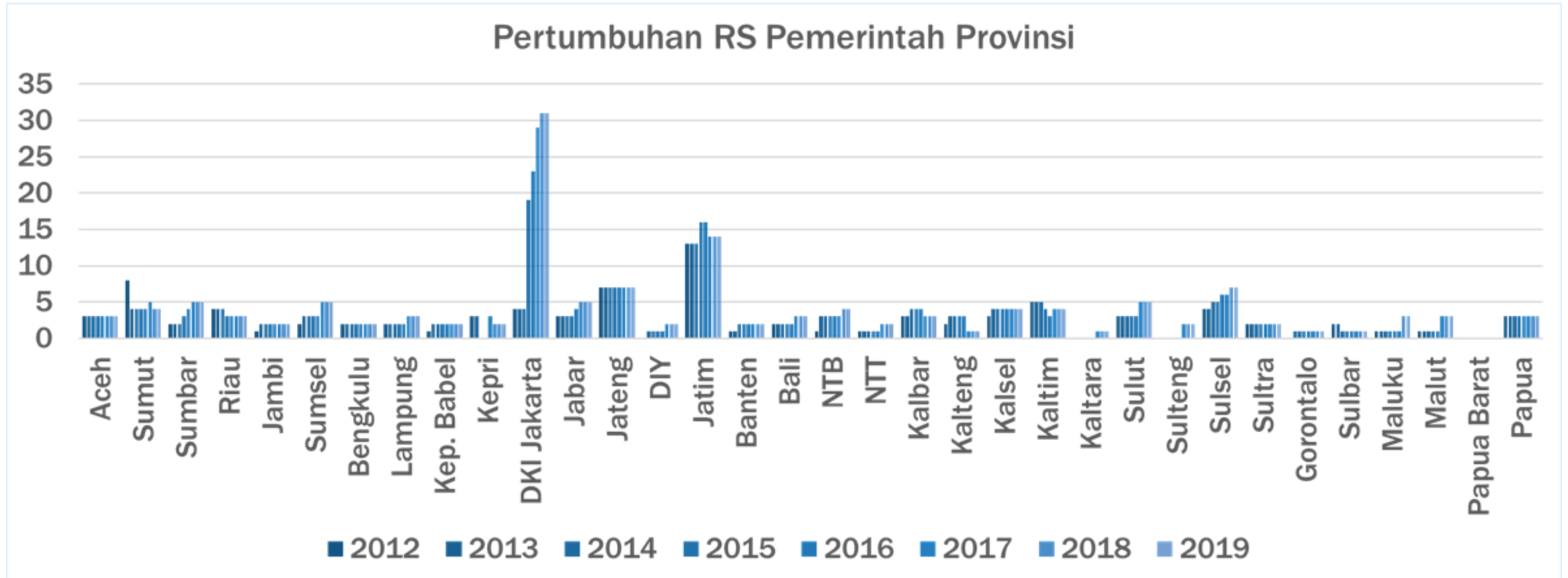
# 3. Pertumbuhan RS Publik





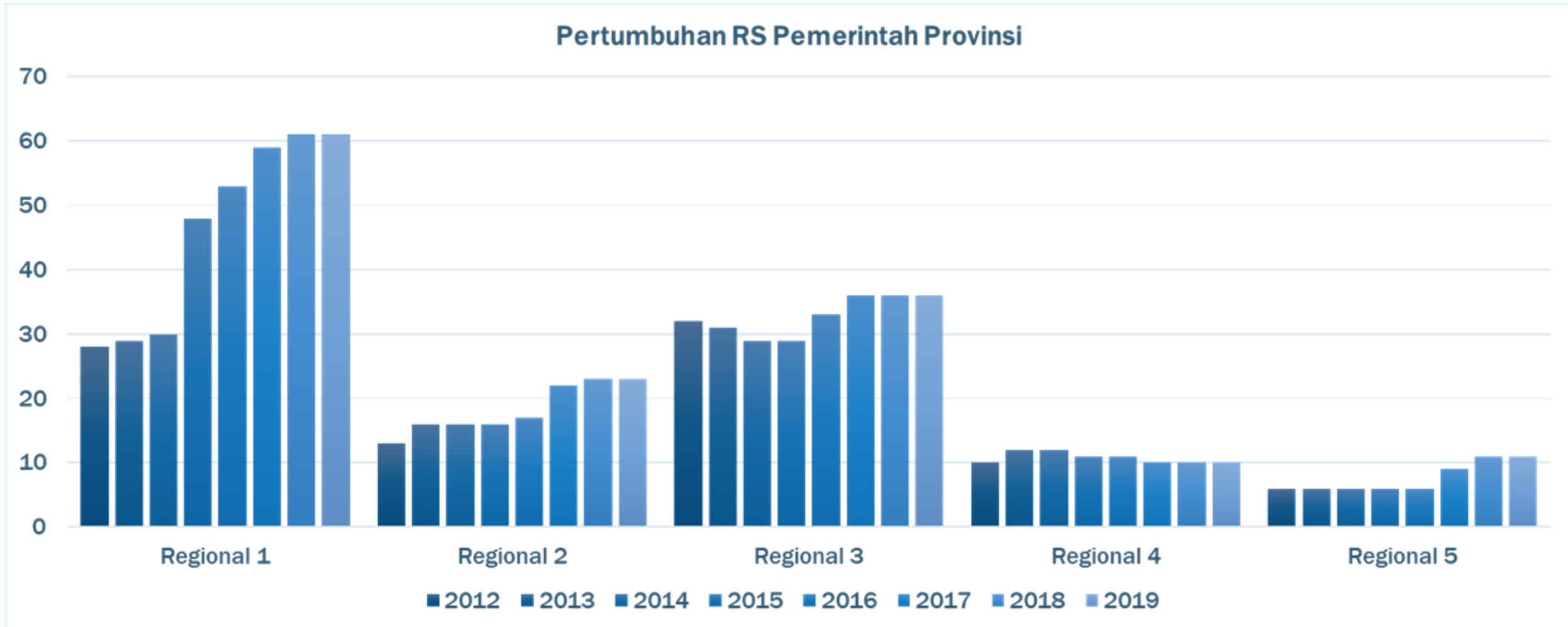


## 3.2. Pertumbuhan RS Pemerintah Provinsi

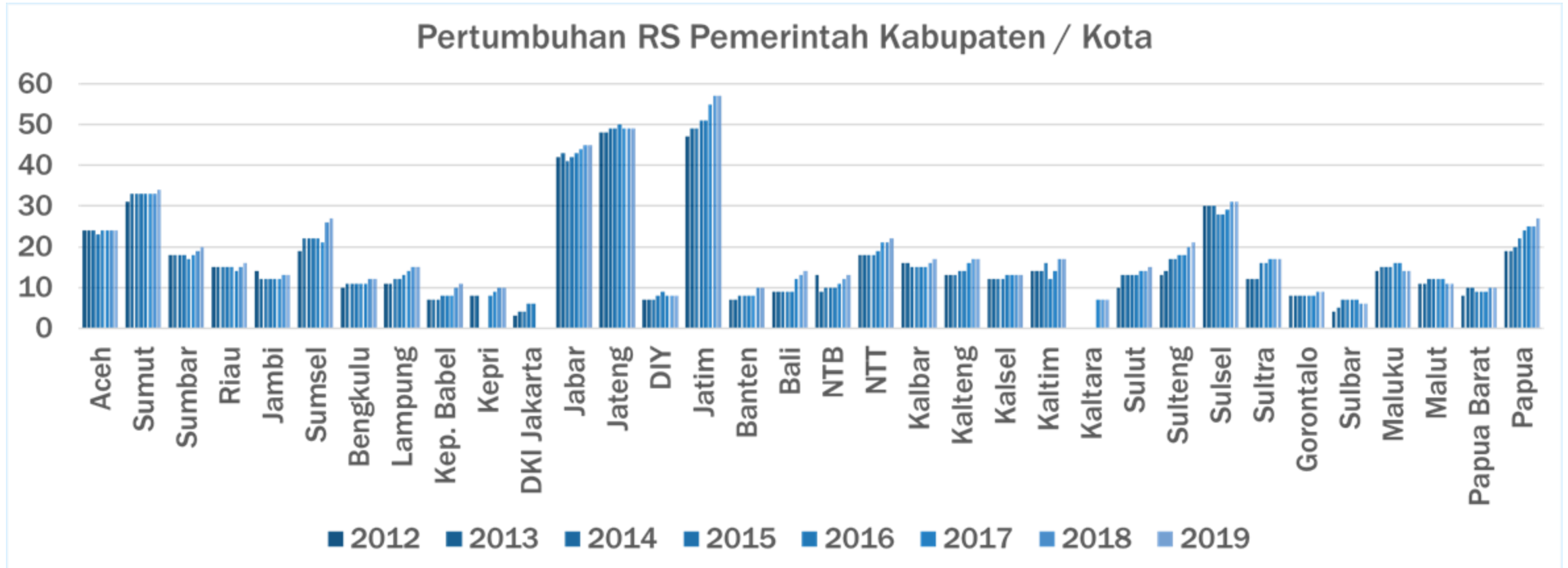


Penambahan jumlah RS milik provinsi ada di di DKI Jakarta dan Maluku.

## 3.2. Pertumbuhan RS Pemerintah Provinsi



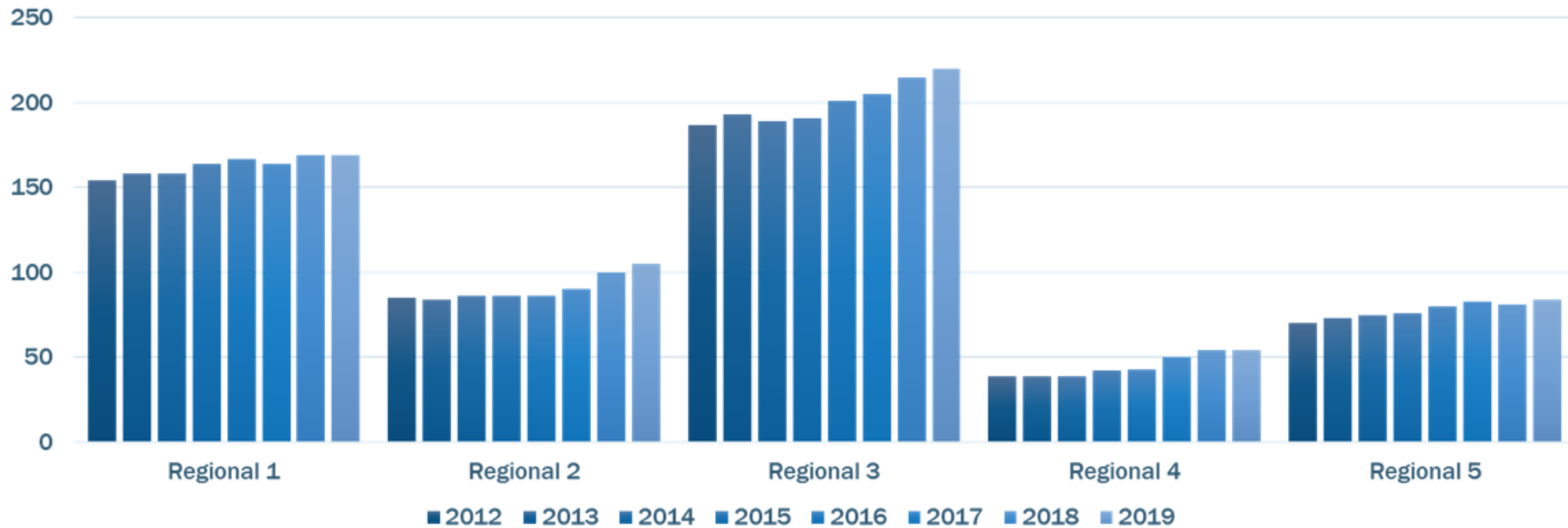
### 3.3. Pertumbuhan RS Pemerintah Kabupaten / Kota



Pertumbuhan RS milik pemerintah kabupaten / kota lebih banyak di Pulau Jawa. Namun pemerintah juga menambah jumlah rumah sakit di Indonesia Timur seperti wilayah Sulawesi Selatan, Maluku, dan Papua.



### Pertumbuhan RS Pemerintah Kabupaten / Kota

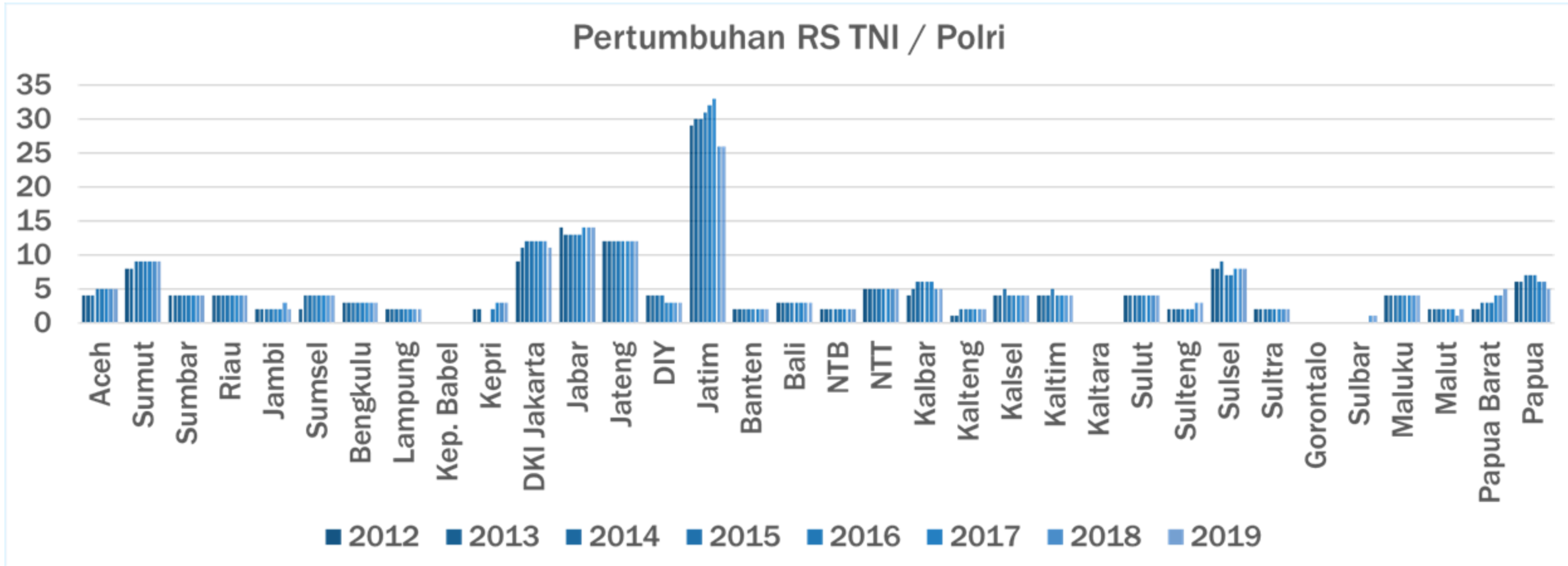


Terdapat penambahan RS milih Pemkab & Pemko di seluruh regional, khususnya di wilayah 3T.

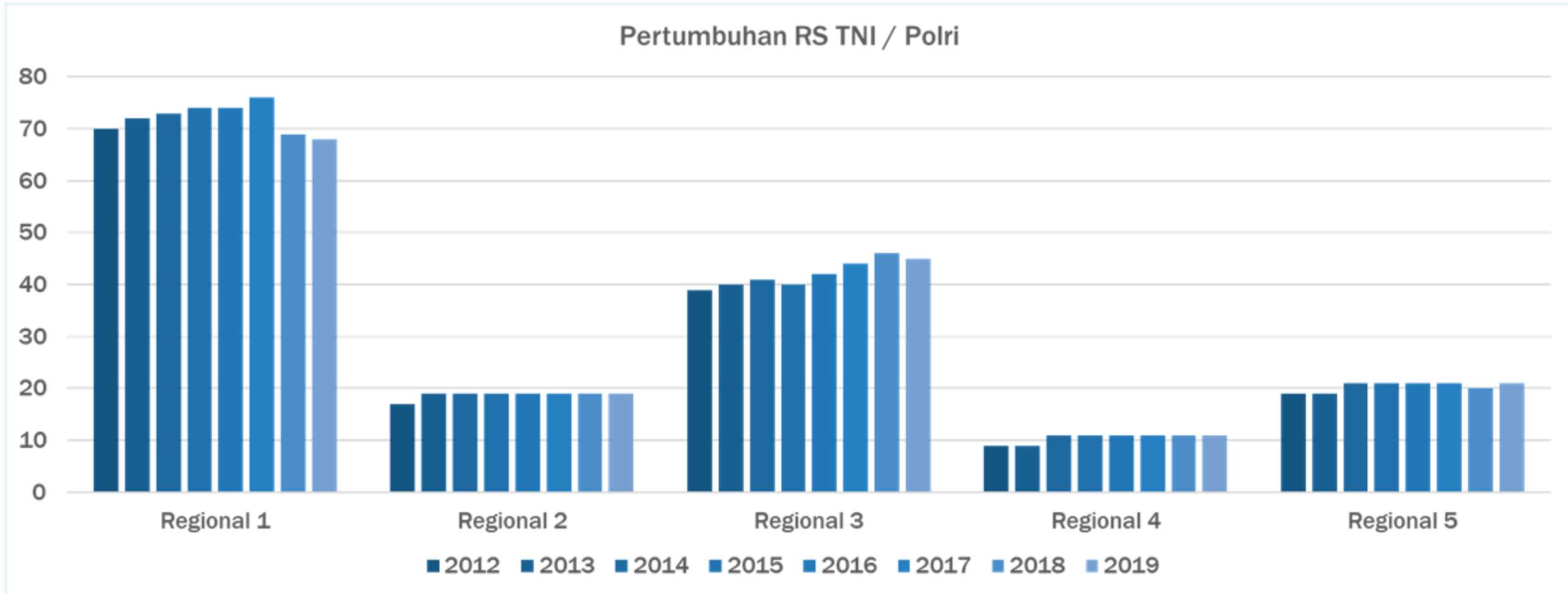




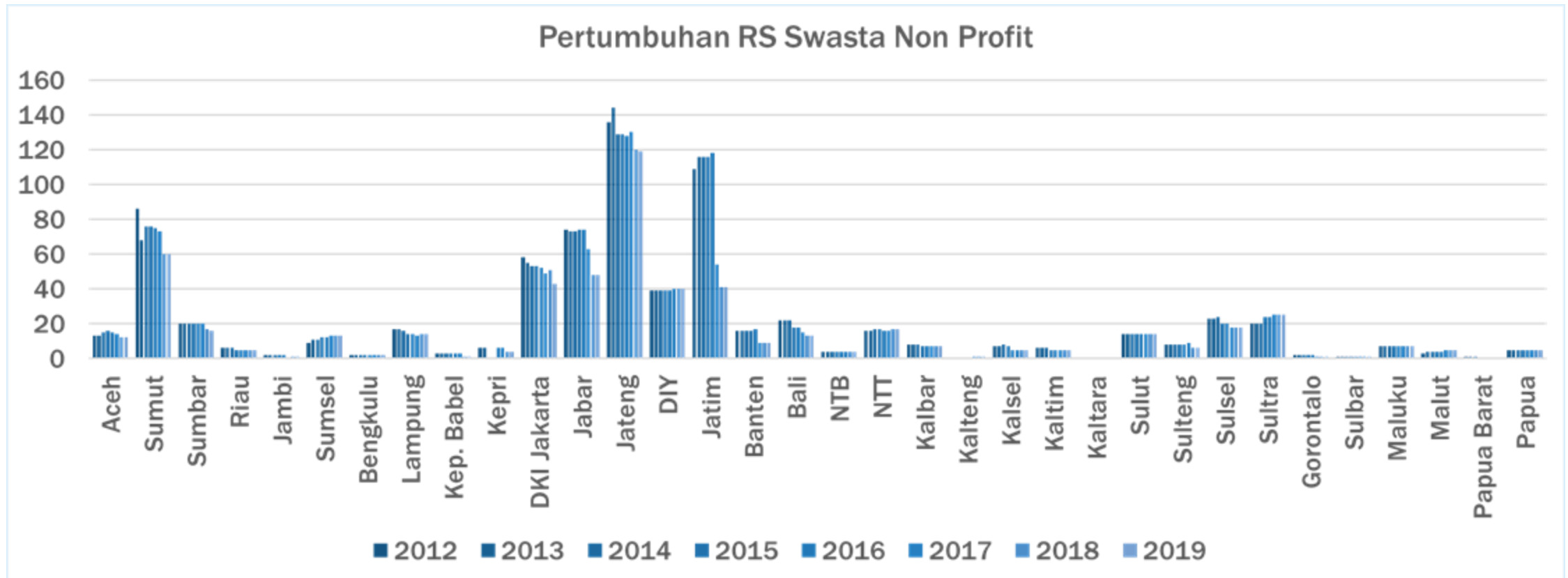
## 3.5. Pertumbuhan RS TNI & POLRI



## 3.5. Pertumbuhan RS TNI & POLRI

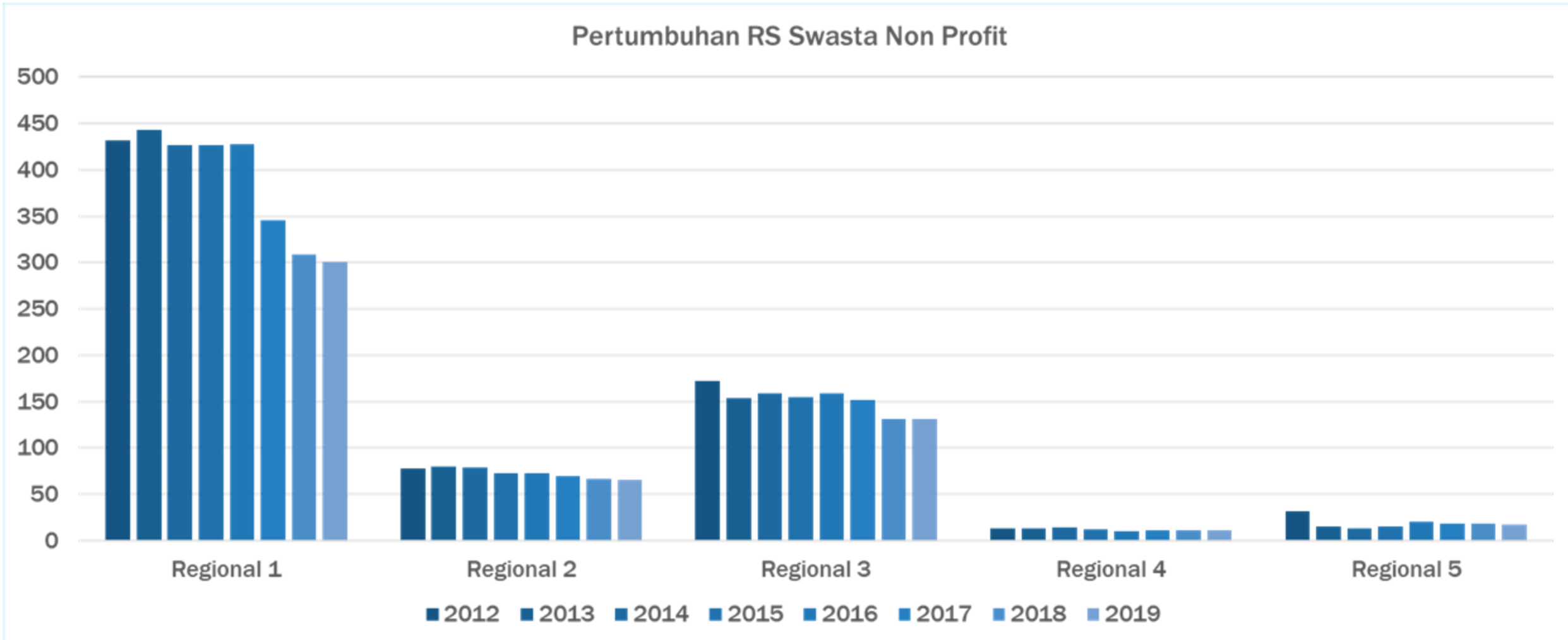


## 3.6. Pertumbuhan RS Swasta Non for Profit

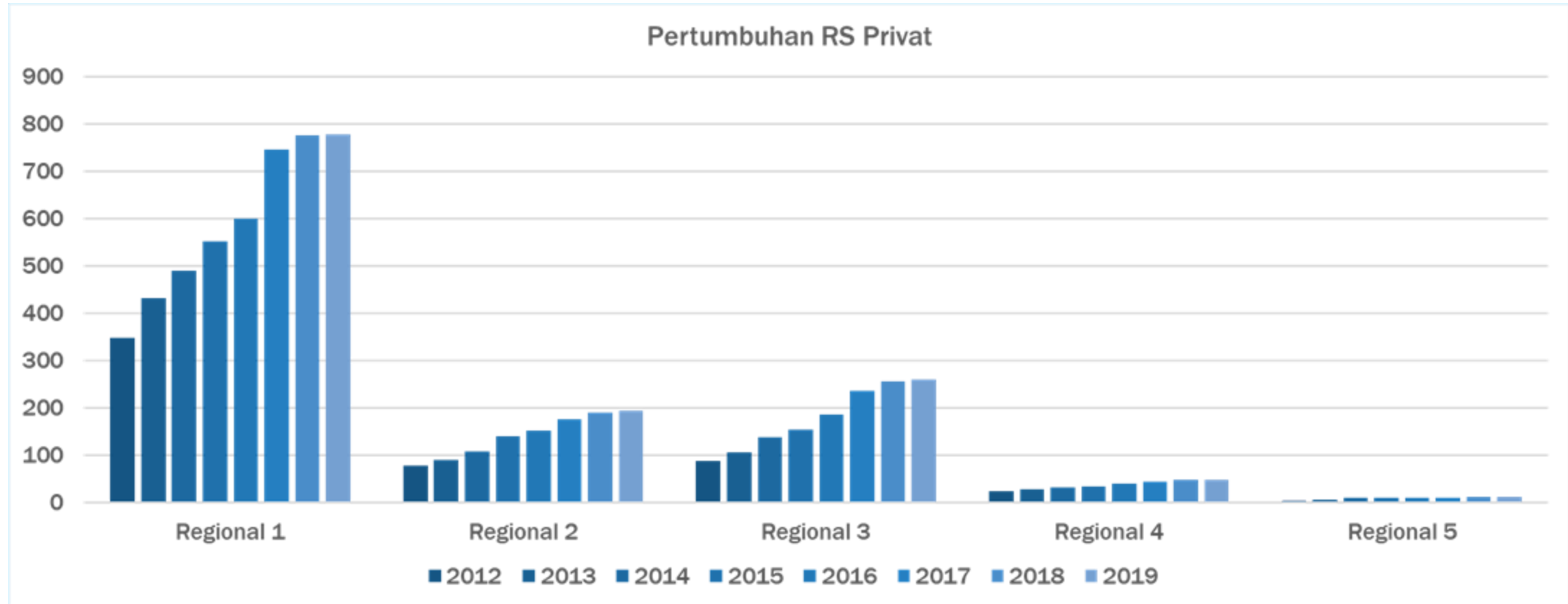


Jumlah RS swasta non profit di berbagai provinsi menunjukkan pengurangan terutama di Sumatera Utara, Sumatera Barat, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur, Bali. Hal ini menunjukkan adanya pergeseran jenis kepemilikan dari bentuk yayasan ke PT (komersial).

## 3.6. Pertumbuhan RS Swasta Non for Profit



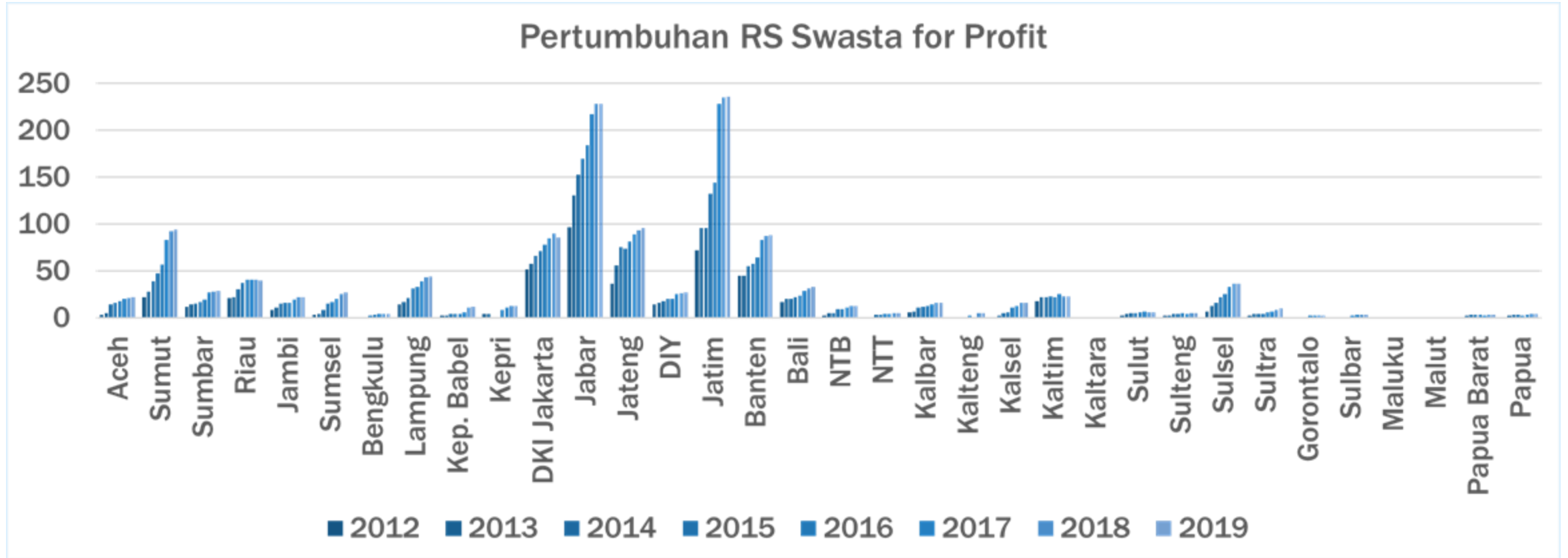
## 4. Pertumbuhan RS Privat



Rata-rata di setiap provinsi terdapat kenaikan jumlah RS Privat. Pertumbuhan agresif selama tahun 2012 – 2019 terlihat meningkat terutama di di Jawa Barat (12%), Jawa Timur (17%). Selain penambahan jumlah, pertumbuhan RS ini dapat disebabkan adanya pergeseran RS non profit menjadi RS profit.

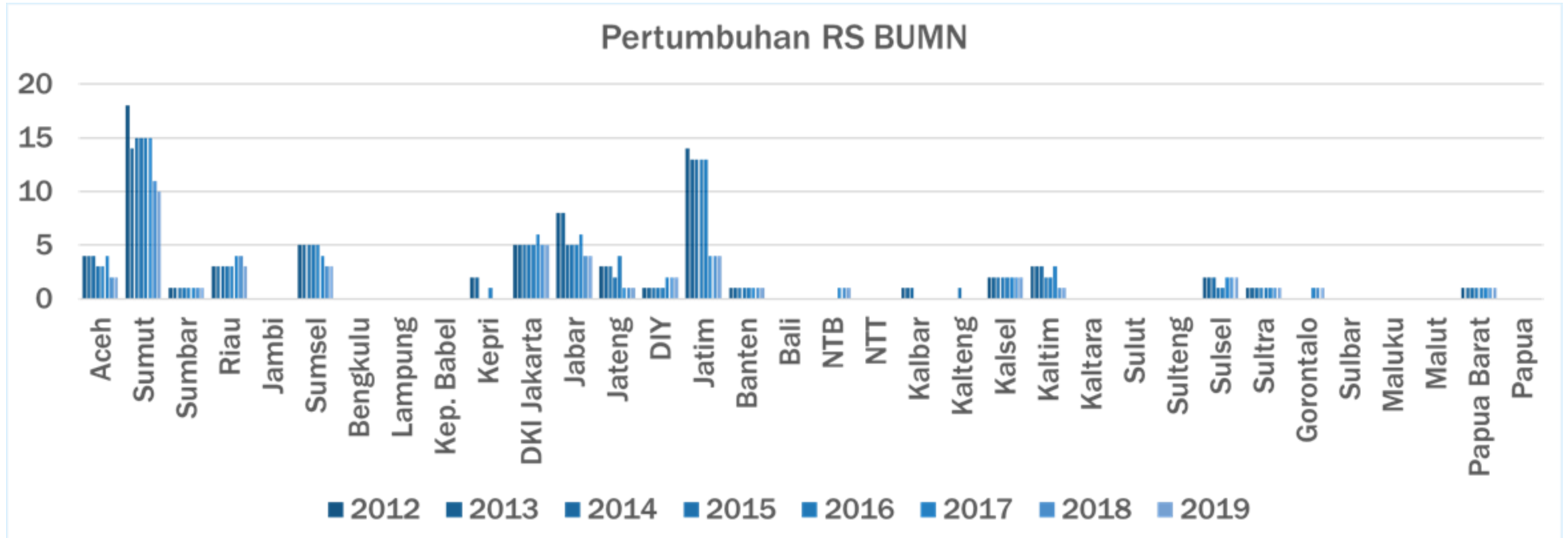


# 4.1. Pertumbuhan RS Swasta for Profit



Pertumbuhan RS swasta for profit yang paling agresif ditunjukkan di Jawa Barat (13%) dan Jawa Timur (20%).

## 4.2. Pertumbuhan RS BUMN



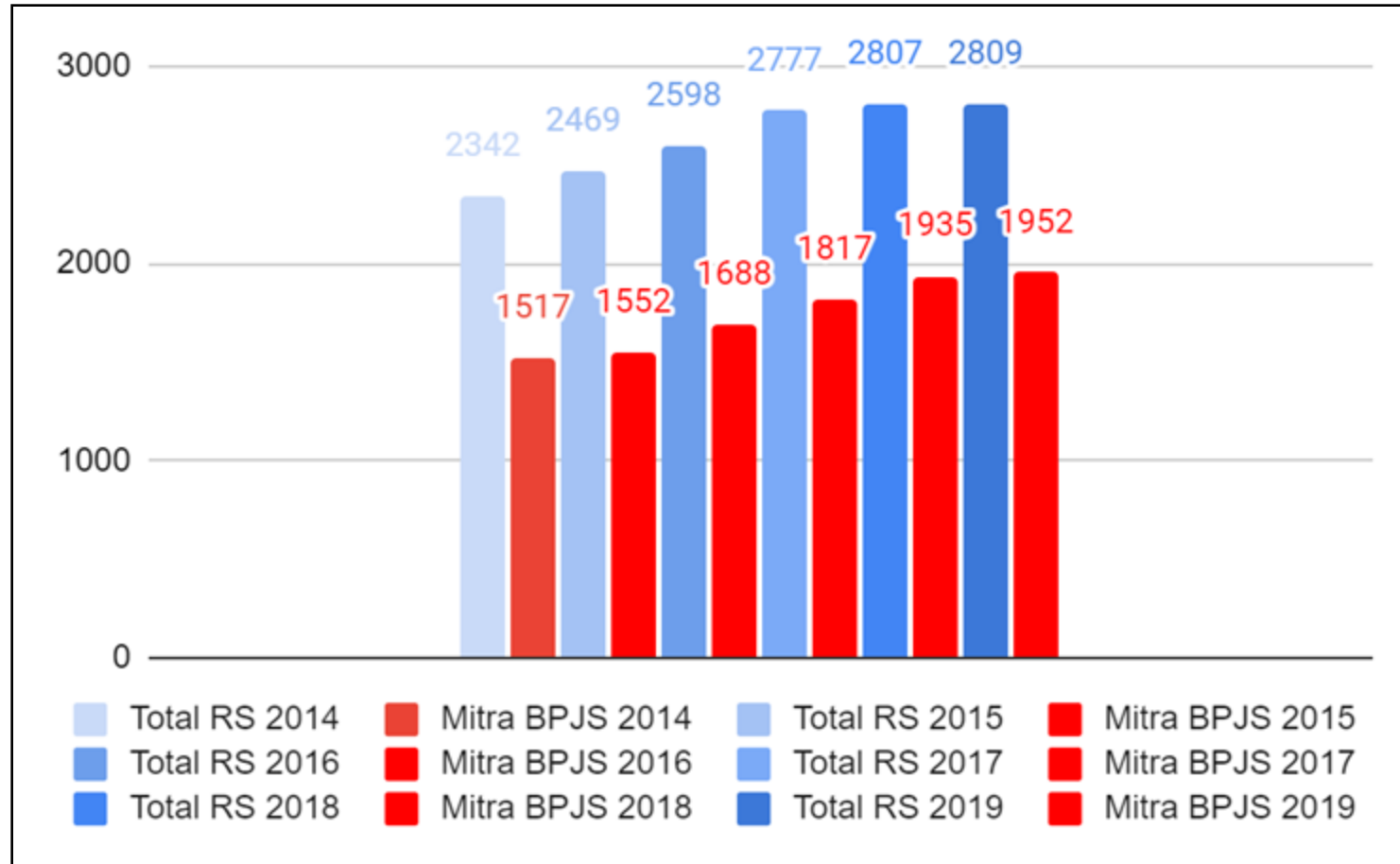
Pertumbuhan RS BUMN dapat dikatakan stagnan



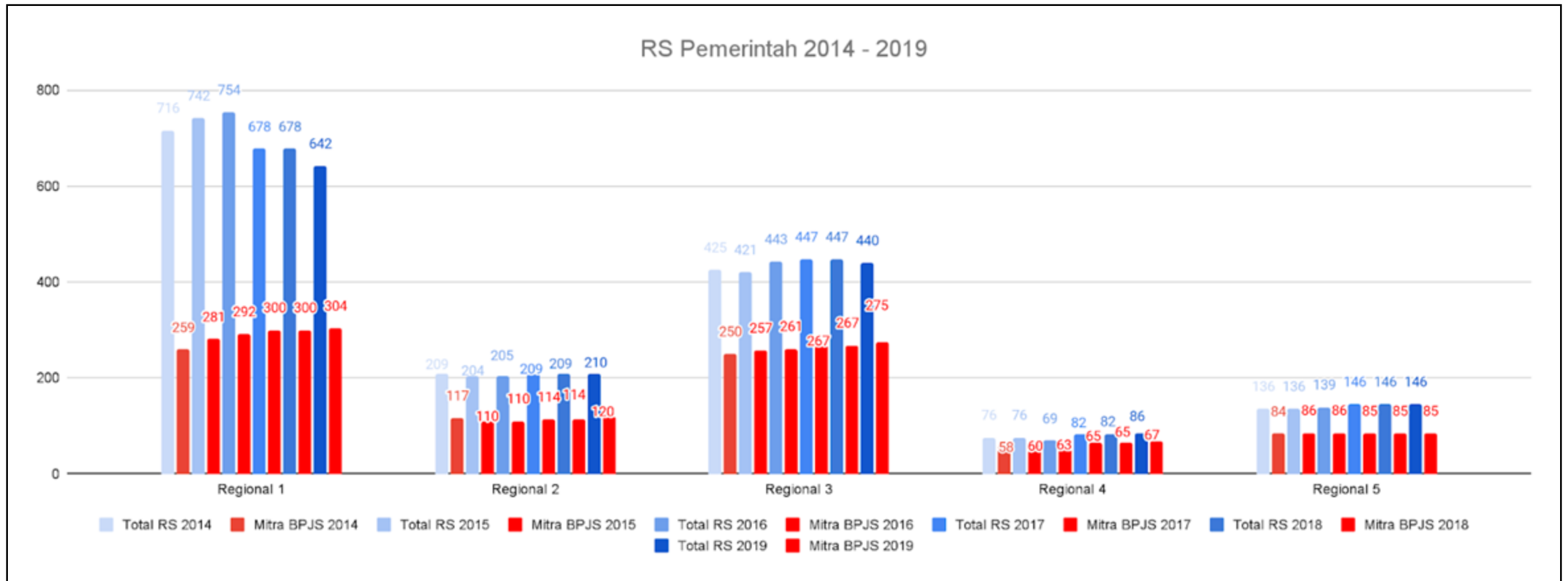
## **Analisis:**

- RS Swasta mengalami kenaikan sangat tinggi
- BPJS meningkatkan investasi untuk pembangunan RS Swasta namun terkonsentrasi di daerah maju
- RS Pemerintah tidak banyak dibangun

# Jumlah FKRTL Total dan Bekerja Sama dengan BPJS Kesehatan



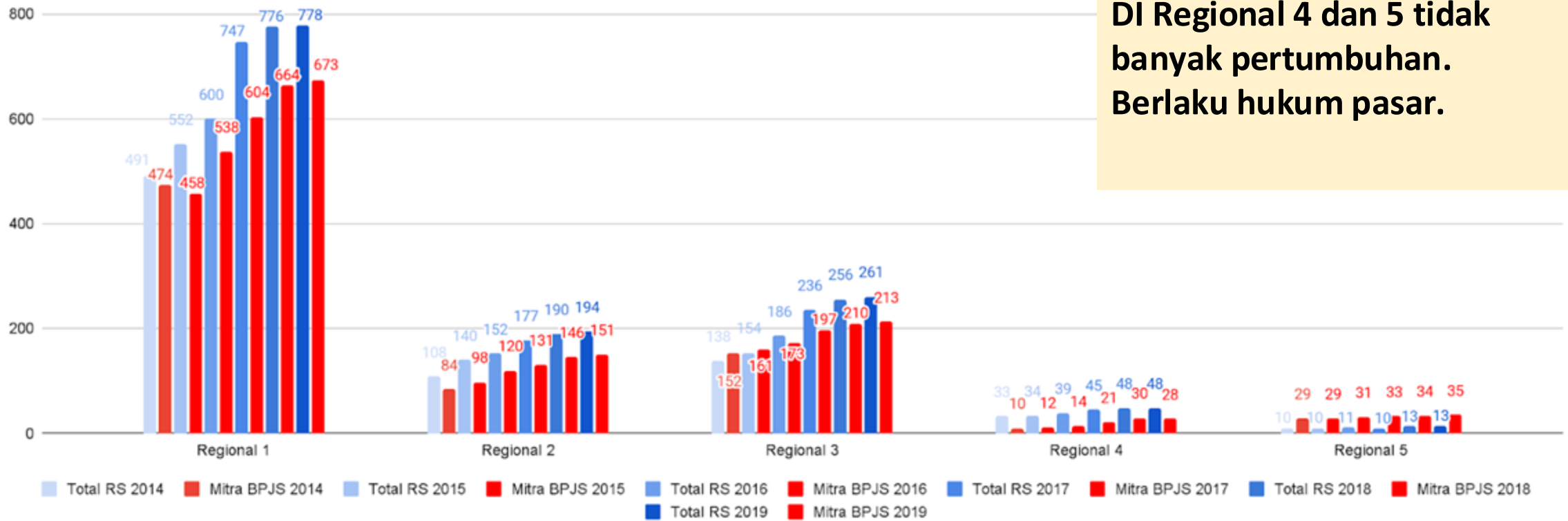
# Kenaikan Jumlah RS Pemerintah per Regional dan kemitraan dengan BPJS



# Kenaikan Jumlah RS Swasta per Regional dan kemitraan dengan BPJS

Dampak BPJS adalah meningkatkan jumlah RS Swasta di Regional 1 (Jawa). Di Regional 4 dan 5 tidak banyak pertumbuhan. Berlaku hukum pasar.

RS Swasta 2014 - 2019



Isi

### **III. Kebijakan-kebijakan di luar Pendanaan**

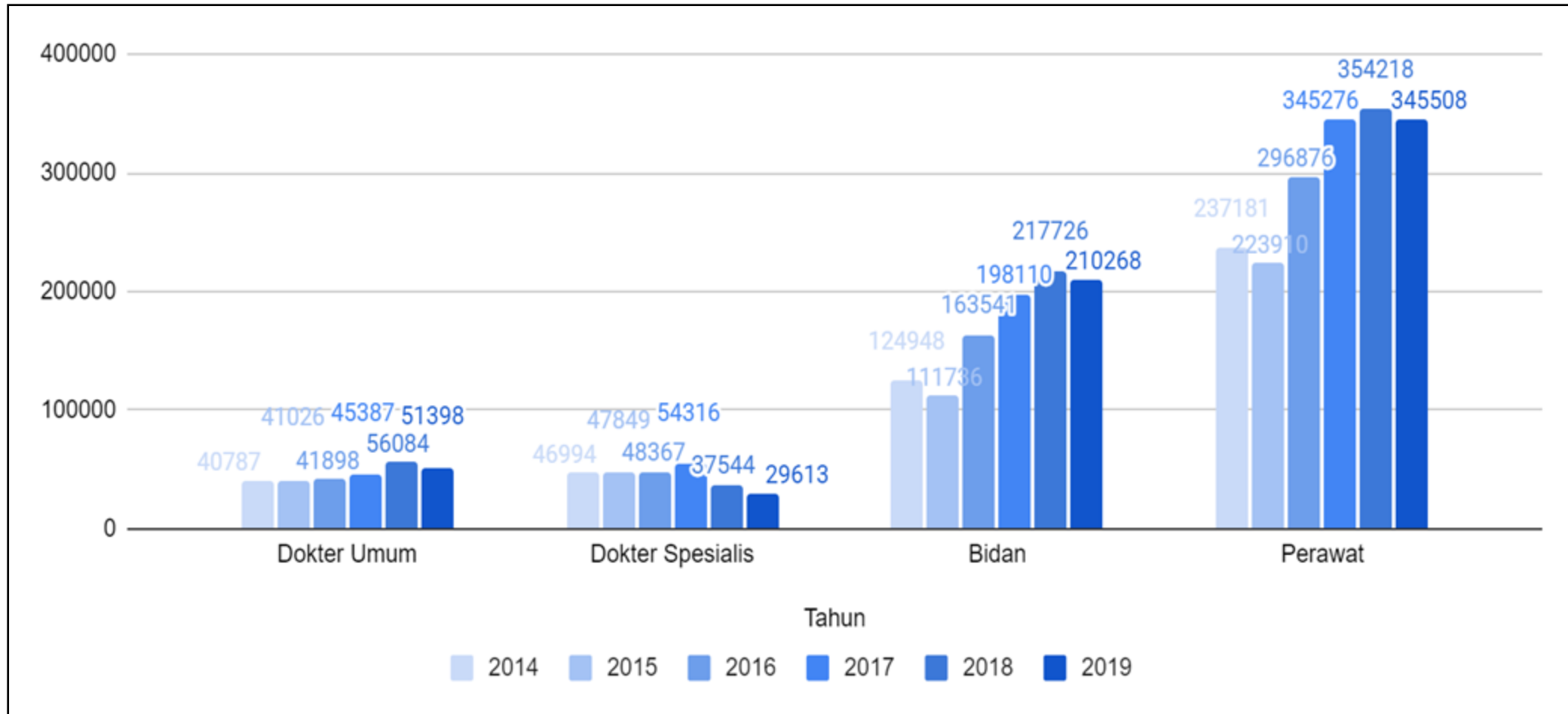
#### **2. Pemerataan SDM Kesehatan**



# Kebijakan Penambahan Jumlah SDM

Tahun	Kebijakan
2013	1. UU Pendidikan Kedokteran 2013
2014	1. UU 36/2014 tentang <b>Tenaga Kesehatan</b> 2. UU 38/2014 tentang <b>Keperawatan</b>
2016	1. Permenkes 41/2016 tentang <b>Program percepatan peningkatan kualifikasi pendidikan tenaga kesehatan</b>
2017	1. Permenkes 26/2017 tentang <b>Pedoman Pengadaan SDM Kesehatan dalam Mendukung Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga</b>
2018	1. Permenkes 33/2018 tentang <b>Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan dalam Mendukung <a href="#">Program Nusantara Sehat</a></b>
2019	1. UU 4/2019 tentang <b>Bidan</b> 2. PP 67/2019 tentang <b>Pengelolaan Tenaga Kesehatan</b>

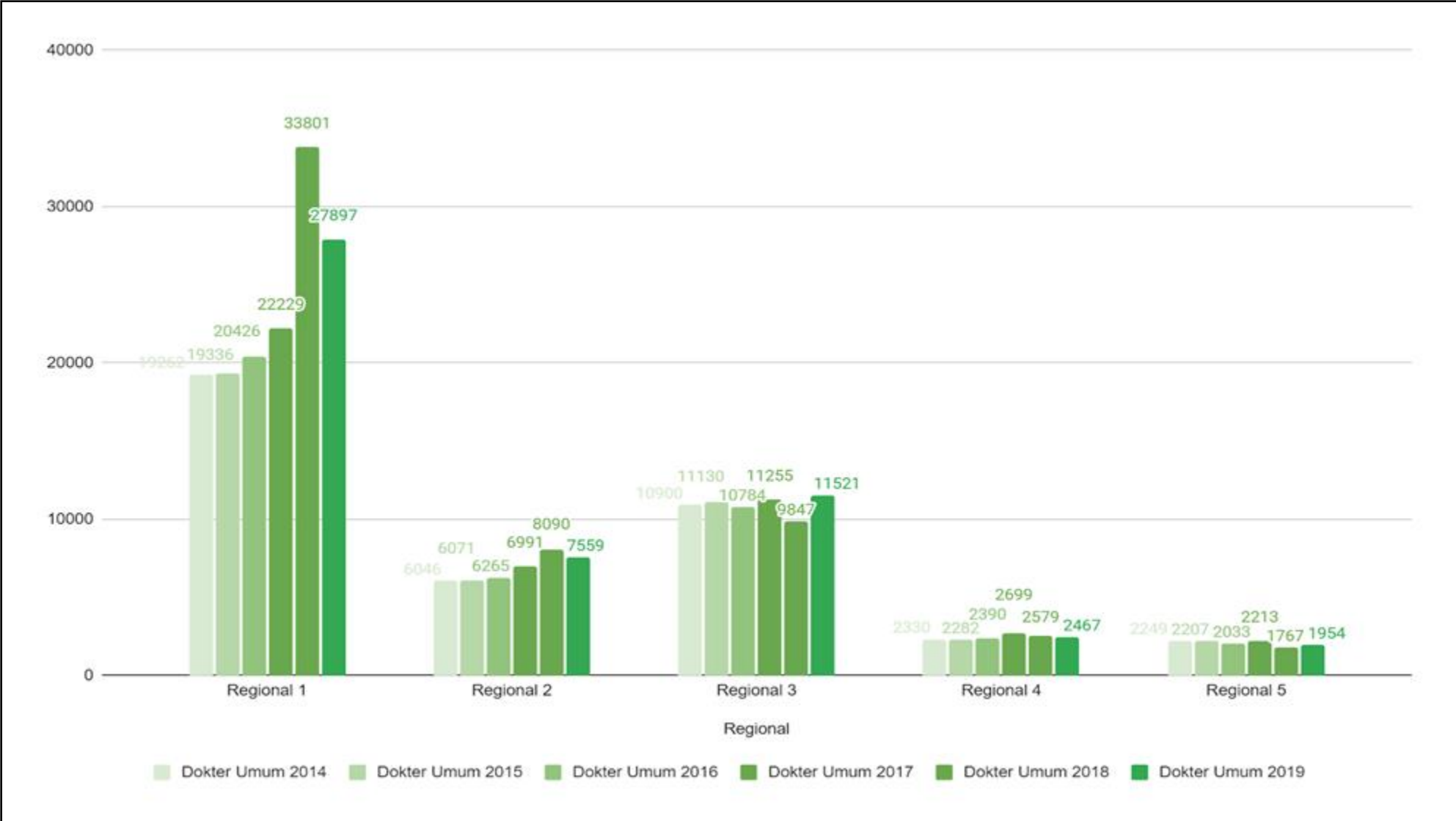
# Jumlah SDM Kesehatan



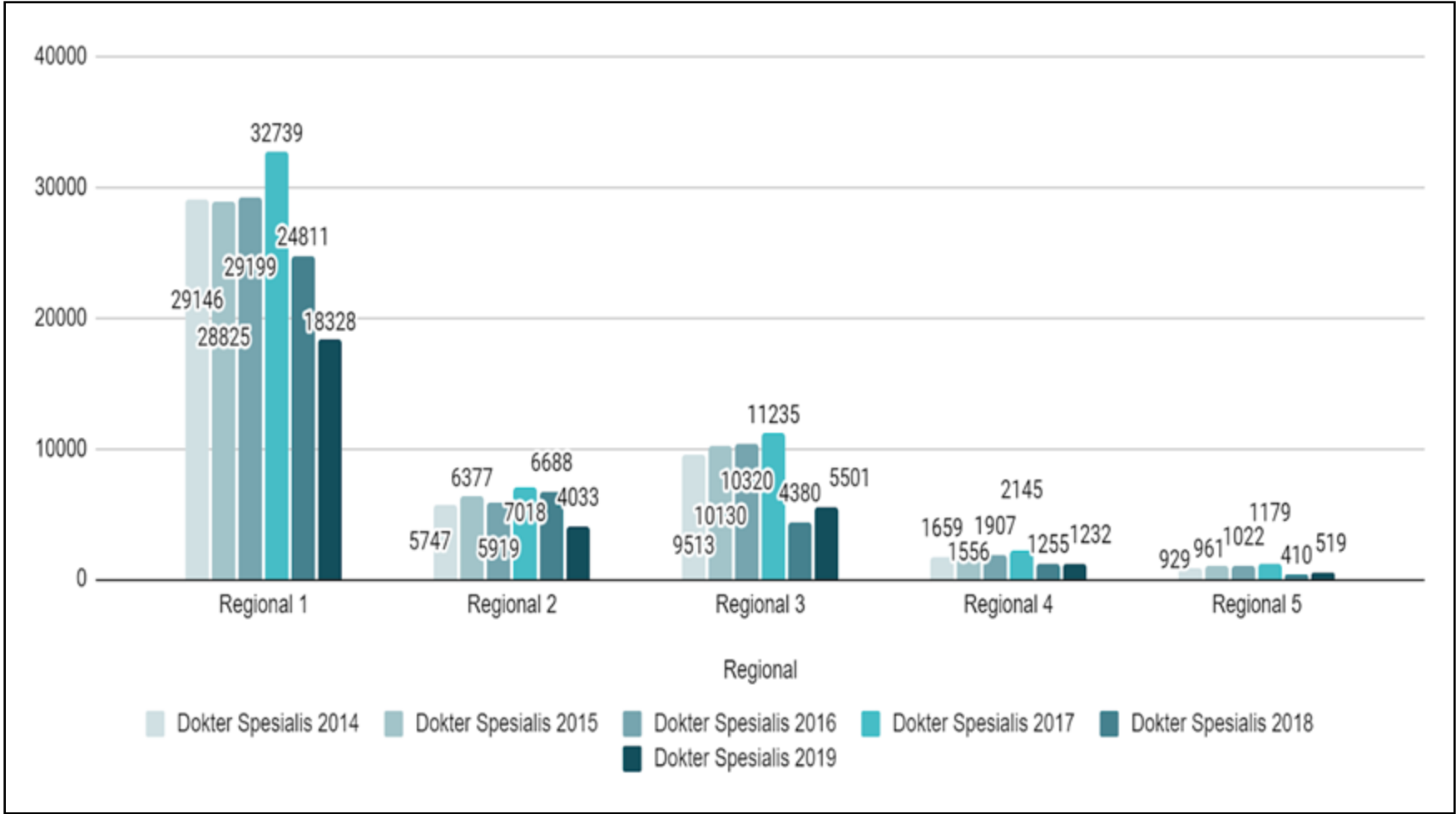
Sumber data: Profil Kesehatan, Kementerian Kesehatan.

Catatan: terdapat perubahan sistem perhitungan sehingga tahun selanjutnya mengalami penurunan

# Jumlah Dokter Umum per Regional



# Jumlah Dokter Spesialis per Regional



# Analisis:

1. Jumlah dokter umum dan dokter spesialis pada 2014 - 2019 paling banyak di regional 1 yang mayoritas terdiri dari provinsi Jawa dan Sumatera. Trend peningkatan terjadi di Jawa.
2. Jumlah dokter umum dan dokter spesialis di regional 2 dan 3 terbatas, sedangkan regional 4 dan 5 sangat sedikit, terdapat ketimpangan jika dibandingkan dengan regional 1.
3. Berbagai UU dan Regulasi pemerintah tidak mempunyai dampak pada pemerataan
4. Secara logika, untuk pelayanan rujukan para spesialis mengikuti perkembangan RS yang banyak terjadi di kota-kota besar dan P. Jawa.

Catatan:

Data rutin mengenai SDM kesehatan tidak sebaik RS.

Isi

## **III. Kebijakan-kebijakan di luar Pendanaan**

### **3. Kendali Mutu dan Biaya**

# Kebijakan Penguatan Mutu

1. Peraturan BPJS Kesehatan nomor 8 Tahun 2016 Tentang Penerapan Kendali Mutu dan Kendali Biaya Pada Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional
2. Petunjuk teknis TKMKB Tahun 2015 oleh TKMKB Pusat
3. Pedoman organisasi dan tatalaksana kerja TKMKB JKN (Feb, 2020) oleh TKMKB Pusat

# Temuan (1)

Adanya TKMKB berdampak pada **percepatan proses verifikasi** dan **pembayaran**, mengurangi adanya **klaim pending**, sebagai **sarana komunikasi** untuk menyelesaikan permasalahan antara BPJS Kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan.

“...Dengan adanya TKMKB kita rekap Mba... Di satu pertemuan itu kita sampaikan kepada pakar-pakar itu semua terselesaikan, kalau sudah terselesaikan kan kita bisa cepat melakukan verifikasi dan cepat melakukan pembayaran begitu. ...” (BPJS Kesehatan Cabang)

“...Kami (BPJS Kesehatan) sangat membutuhkan (TKMKB) karena untuk menjembatani kami dengan faskes manakala ada dispute ...”(BPJS Kesehatan Cabang)

“...TKMKB saat ini memang lebih banyak fokus di penyelesaian masalah-masalah klaim itu...”(BPJS Kesehatan Cabang)



# Temuan (2)

## **Komponen Pembinaan Etika, Disiplin Profesi Dan Sosialisasi Kewenangan Tenaga Klinis**

Secara umum tugas pembinaan etika, disiplin profesi dan sosialisasi kewenangan tenaga klinis sudah berjalan di semua lokasi penelitian karena dukungan **regulasi komite medis** dan **TKMKB yang berasal dari organisasi profesi**.

“...Setiap tenaga kesehatan yang masuk selalu dilakukan penilaian dan sosialisasi kewenangan oleh komite medis...” (RS Pemerintah)

“...Apabila kita (BPJS Kesehatan) ada keluhan mungkin salah satunya memberikan umpan balik kepada organisasi profesi terkait hasil monitoring kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktek profesi sesuai kompetensinya...” (BPJS Kesehatan Cabang)

# Temuan (3)

## **Komponen Utilisasi Review**

Secara umum tugas utilisasi review sudah berjalan di semua lokasi penelitian, dikerjakan oleh BPJS Kesehatan dan TKMKB. BPJS Kesehatan menyediakan data dan mengolah data sedangkan analisa data dilakukan oleh TKMKB. TKMKB tidak mempunyai **kemampuan mengolah data** karena sebagian besar TKMKB adalah profesional senior sehingga mereka **membutuhkan SDM untuk mengolah data**.

“...Kebanyakan organisasi profesi, pakai laptop aja gak lancar, mungkin faktor usia, kalau kita gak di support SDM gimana...”(TKMKB Pusat)

“...Selama ini kan memang kita (BPJS Kesehatan) memberikan data, mengolah data kemudian UR itu kita tampilkan kemudian mereka menanggapi...”(BPJS Kesehatan Cabang)

# Temuan (4)

## **Komponen Audit Medis**

Secara umum tugas audit medis sudah berjalan di semua lokasi penelitian karena TKMKB berasal dari komite medis. Ada RS yang belum optimal karena **tidak diberi wewenang** oleh pihak manajemen rumah sakit.

“...Kita (TKMKB Pusat) akan kontak TKMKB teknis, mereka punya aspek legal melakukan audit...”(TKMKB Pusat)

“...Audit medis belum karena kami tidak diberi wewenang oleh direksi ...” (RS Swasta)

# Temuan (5)

1. Audit klinis belum optimal karena persepsi dokter bahwa dokter merasa diadili
2. Clinical pathways belum dijadikan sebagai tools untuk kendali mutu dan kendali biaya karena perilaku dokter spesialis yang tidak patuh terhadap clinical pathways
3. Konteks belum meratanya sosialisasi tentang konsep dan cara melakukan Kendali Mutu dan Kendali Biaya (KMKB)

# Analisis

1. Tugas TKMKB telah dilakukan walaupun belum optimal
2. Rumah sakit yang belum memiliki TKMKB menunjukkan belum optimalnya sosialisasi regulasi dan cara melakukan KMKB
3. Rumah sakit yang tidak melakukan KMKB menunjukkan rendahnya kemauan untuk efisiensi dan efektivitas (tidak menjalankan amanat UU SJSN)
4. TKMKB merupakan jembatan komunikasi antara BPJS Kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan

# Kebijakan Fraud

1. Permenkes 36/2015 tentang pencegahan kecurangan (fraud)
2. Permenkes 16/2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud) serta Penanganan Sanksi Administrasi Terhadap Fraud dalam Pelaksanaan JKN

# Berbagai kebijakan:

- a. Penyusunan PMK No. 36/2015 tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional;
- b. Pembentukan Tim Pencegahan Kecurangan JKN tingkat pusat yang terdiri dari → Kementerian Kesehatan, Badan Pengawas Keuangan & Pembangunan (BPKP), dan BPJS Kesehatan;
- c. Belum ada penghitungan resmi terkait kerugian yang timbul dalam program JKN, namun KPK KPK menyatakan dalam satu semester pada tahun 2015, ada sekitar 175 ribu klaim dari pelayanan kesehatan ke BPJS dengan nilai Rp. 400 miliar yang terdeteksi ada kecurangan. Pada saat pemeriksaan berjalan, sudah ditemukan lebih dari 1 juta klaim;
- d. Berbagai bentuk sanksi yang dijatuhkan kepada berbagai pihak yang melakukan fraud diantaranya: pemutusan hubungan kerja sama, pengembalian dana, maupun tindak pidana (bila yang melakukan fraud JKN adalah penyelenggara negara);

# Lanjutan ...

- d. Rumah-rumah sakit mulai membentuk Tim Pencegahan Kecurangan JKN atas permintaan BPJS Kesehatan;
- e. Pemanfaatan teknologi digital dengan algoritma yang diperbaiki secara berkala untuk mengoptimalkan proses verifikasi klaim di FKTP & FKRTL;
- f. Penyusunan PMK No. 16/2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud) serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan program Jaminan Kesehatan.



# Kasus-kasus yang ditemukan

- a. Empat dari enam rumah sakit mengajukan klaim lebih bayar ke BPJS-K dengan kelas rumah sakit yang tidak sesuai standar Kementerian Kesehatan (Kemenkes);
- b. Penyedia layanan kesehatan tidak perlu merujuk pasien dari rumah sakit kelas C ke rumah sakit kelas B karena biaya yang diberikan BPJS-K tidak mencukupi. Penyedia juga membatasi jenis obat dan jenis pemeriksaan laboratorium; memperpanjang masa tinggal di FKTP; memanipulasi data peserta untuk memenuhi target kinerja dalam program pengelolaan penyakit kronis (Prolanis); dan menyediakan peralatan medis dan obat-obatan di luar ekatalog;

# Lanjutan ...

- c. Kepala Pusat Pelayanan Kesehatan Dasar (FKTP) menggelapkan dana kapitasi JKN;
- d. Bendahara JKN di FKTP menarik dana kapitasi JKN dengan cara memalsukan surat;
- e. Sekretaris Dinas Kesehatan menggelapkan uang dana kapitasi JKN dan memeras rumah sakit swasta dalam proses pemberian izin, menggunakan uang tersebut untuk mempertahankan pengaruhnya di dinas kesehatan melalui tindakan suap;
- f. Bendahara pengeluaran di Dinas Kesehatan mencuri dana kapitasi di tingkat FKTP;
- g. Bendahara JKN RSUD di Jakarta menyelewengkan dana klaim BPJS-K di FKRTL;
- h. Kepala Dinas Kesehatan menggunakan dana kapitasi untuk setoran biaya pilkada.

# Analisis:

1. Program-program pencegahan fraud di masa awal program JKN berlangsung mulai di kembangkan meski belum sempurna, misal --> regulasi dibentuk tapi penerapannya masih minim karena ketidakpahaman terhadap regulasi & tumpang tindih peran & tanggung jawab
2. Beberapa kasus fraud yang ditemukan menunjukkan minimnya kesadaran anti-fraud serta kelemahan sistem pengawasan dan pencegahan
3. Belum adanya penegakkan sanksi pidana kepada pelaku fraud non ASN juga disinyalir menjadi penyebab maraknya ditemukan kasus fraud JKN

