



**ASKES**  
Health Insurance Specialist

# Mekanisme Pembiayaan Pelkes dan peran BPJS dalam SJSN

Andayani Budi Lestari

Ka Grup Manajemen Kepesertaan dan Pemasaran



# AGENDA



**1. ASKES DAN PEMBIAYAAN SAAT INI**

**2. IURAN DAN PEMBAYARAN FASKES BPJS**

**3. HAMBATAN SISTEM PEMBAYARAN DI FASKES**

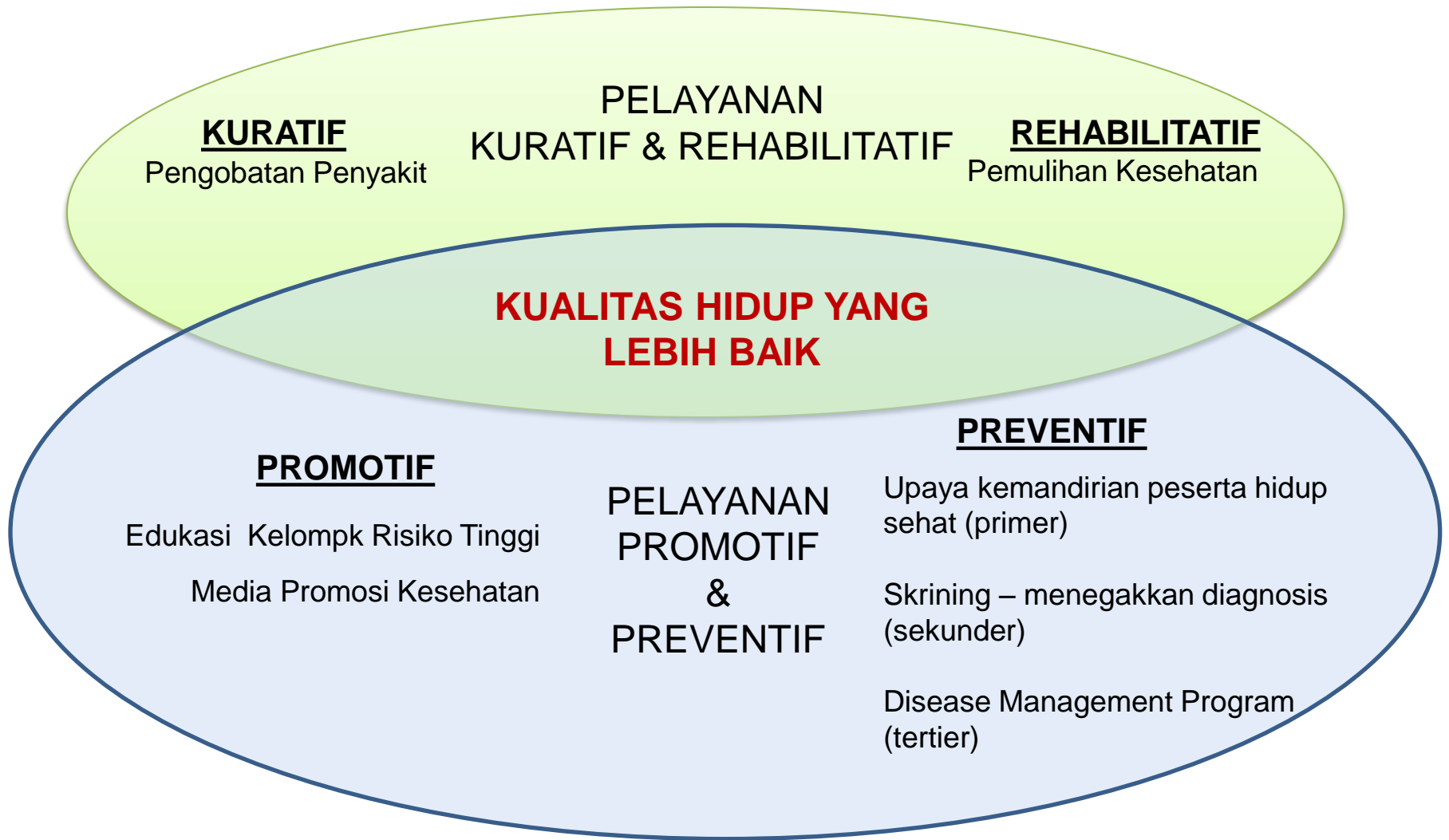
**4. HASIL FGD BPJS**

**5. KUNCI SUKSES PELAKSANAAN BPJS**



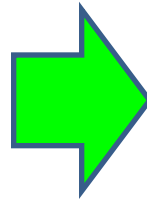
# Askes dan pembiayaan saat ini

# Manfaat Pelayanan Kesehatan bagi Peserta Askes



# Konsep Pelayanan Berjenjang PT Askes

- PPK terseleksi
- Kendali mutu dan biaya
- Pelayanan berjenjang



Sesuai dengan UU SJSN No  
40 tahun 2004

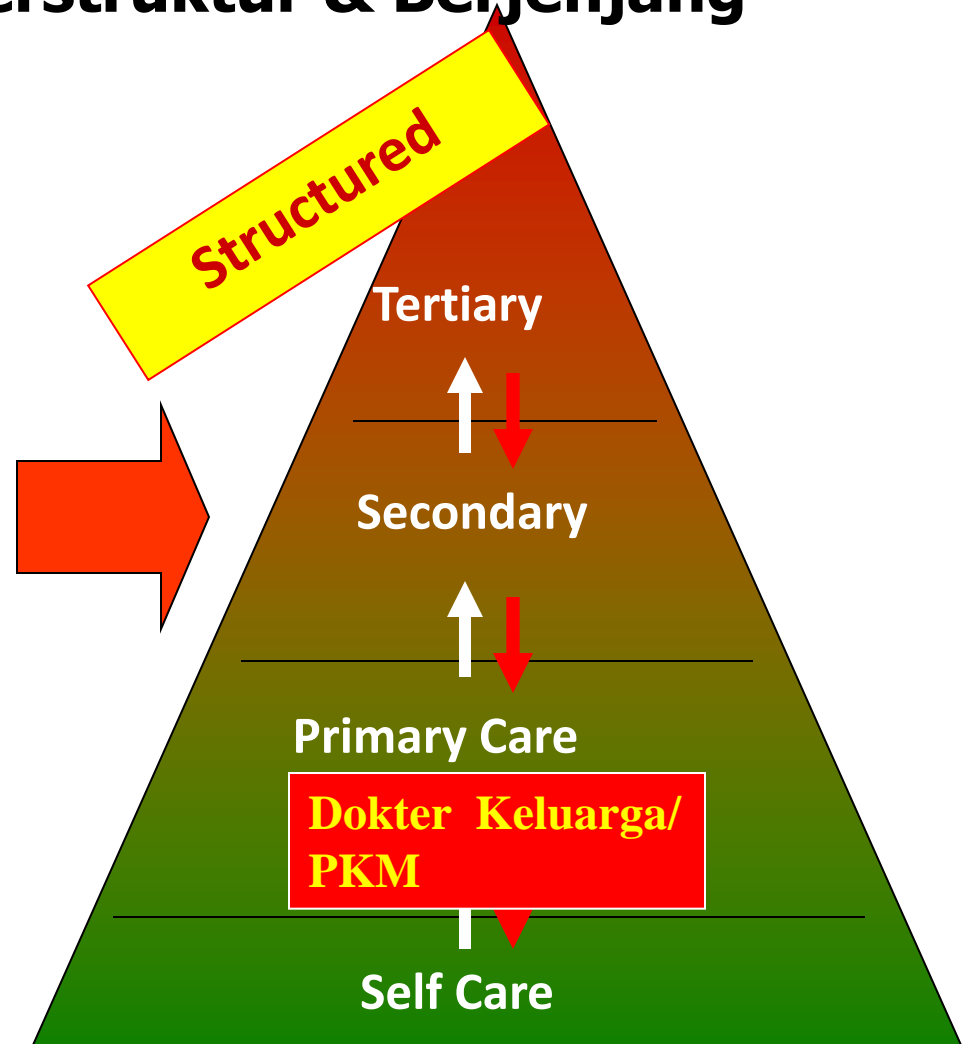
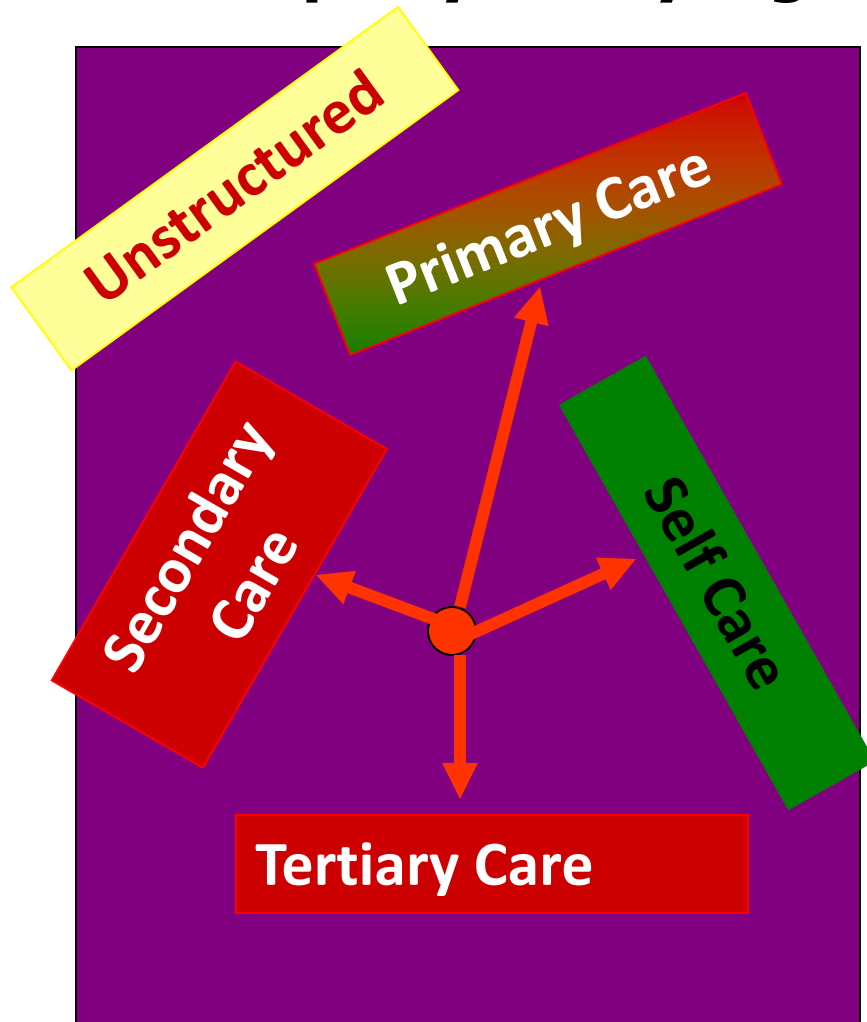
## 1. Primary Care

- Basic Health services
- Puskesmas dan **Dokter keluarga**
- Sebagai Gate Keeper

## 2. Secondary dan Tertiary Care

- Pelayanan Spesialistik
- Rumah Sakit

# DOKKEL Sebagai pelaku utama dalam pelayanan yang Terstruktur & Berjenjang



# Dampak Rujukan Tidak Berjenjang

- Penumpukan pasien di Rumah Sakit Rujukan
  - Penambahan Poli dan Tempat tidur tidak pernah cukup
  - Waktu tunggu pasien lebih lama
  - Biaya (transport dan *Opportunity Cost*) lebih tinggi
  - Mutu Layanan di RS Rujukan menurun
- Pasien yang membutuhkan pelayanan menjadi terhambat
  - Antrian Rawat Jalan yang lama
  - Pasien ditolak di RS Rujukan karena tempat tidur penuh
- *Transfer Knowledge* ke Layanan Primer tidak terjadi
- Tidak meratanya Fasilitas Kesehatan
- Promotif, Preventif dan Rehabilitatif kurang berfungsi
- Kesalahan Poli tujuan karena Pasien berkunjung ke Rumah Sakit tanpa dirujuk Dokter Layanan Primer
- Biaya pelayanan tidak terkendali
  - Biaya pelayanan meningkat
  - Biaya tidak dapat diprediksikan

# Prinsip Penetapan Tarif

- Kemampuan Financial PT Askes – Alokasi anggaran memungkinkan peningkatan tarif)
- Sustainability Program – Pembiayaan Berkelanjutan
- Rasionalitas – Kewajaran Tarif
- Customary – Penyesuaian Jenis Pelayanan
- Fairness – Win Win Solution
- Tarif Sebagai Plafon Maksimal – Negosiasi Kesepakatan

Pemberlakuan di setiap RS berdasarkan **NEGOSIASI & KESEPAKATAN** antara Askes dan RS



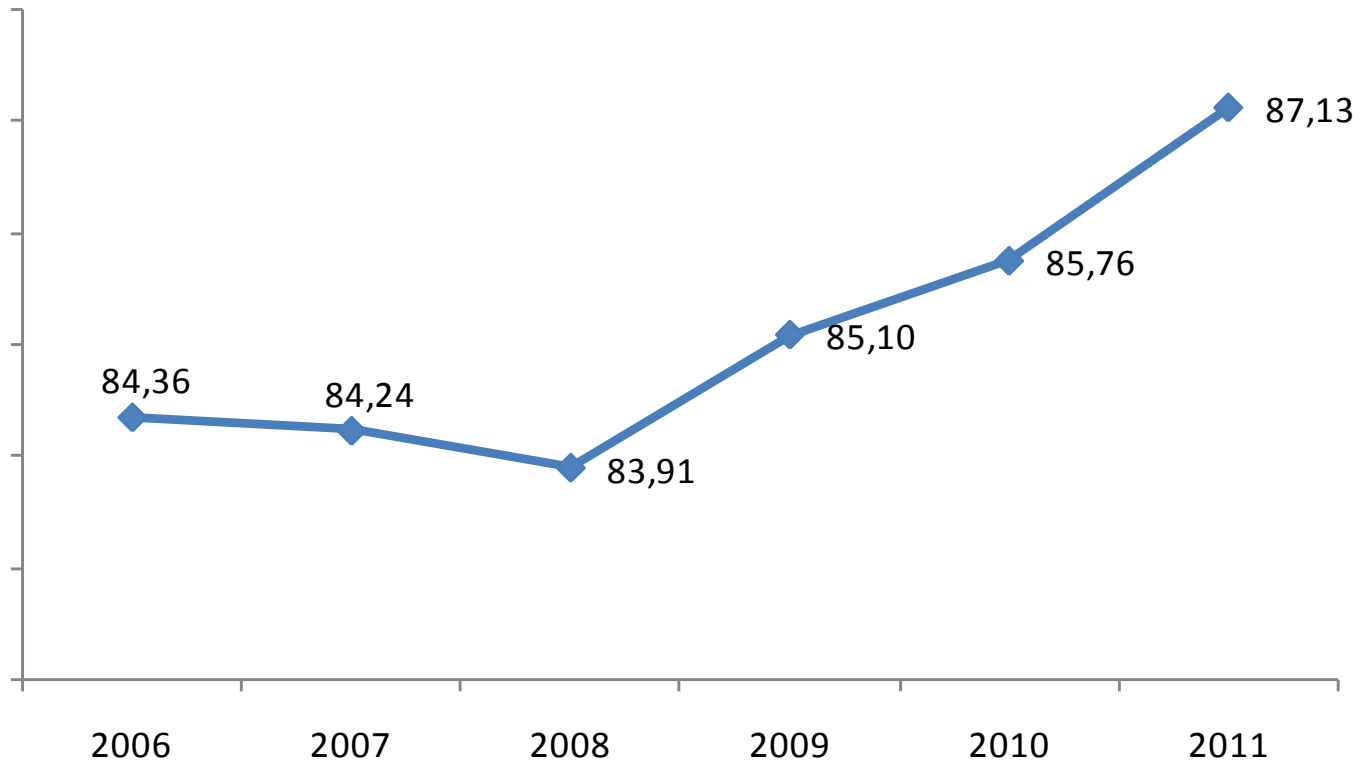
# Landasan Tarif Askes Saat ini

---

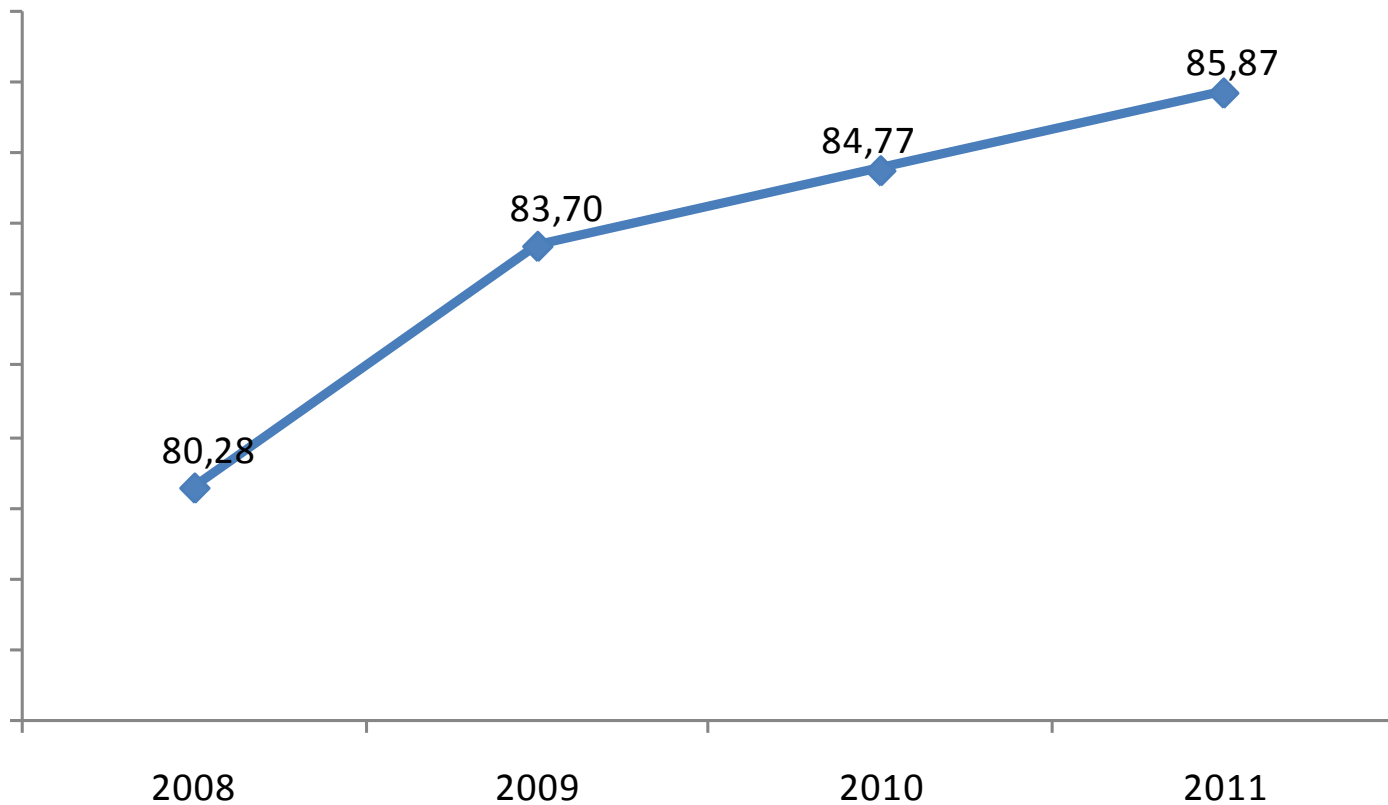
- **PP No 69/91:**
  - Tarif pelayanan Peserta Askes ditetapkan oleh Menteri → Menteri Kesehatan
  
- **PP No 28/2003**

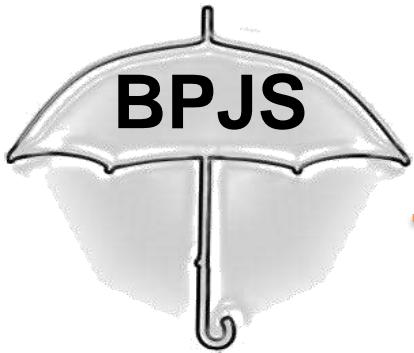
Subsidi dan Iuran Pemerintah dalam Penyelenggaraan Asuransi Kesehatan bagi PNS dan Penerima Pensiun
  
- **PERMENKES No.416/2011**
  - Negosiasi dan Kesepakatan
  - Tarif adalah Plafon Maksimal
  - Peserta tidak dibebankan Urun Biaya
  - Mekanisme Subsidi Silang
  - Jenpel tidak tercantum → mekanisme penyetaraan

# Indeks Kepuasan Peserta



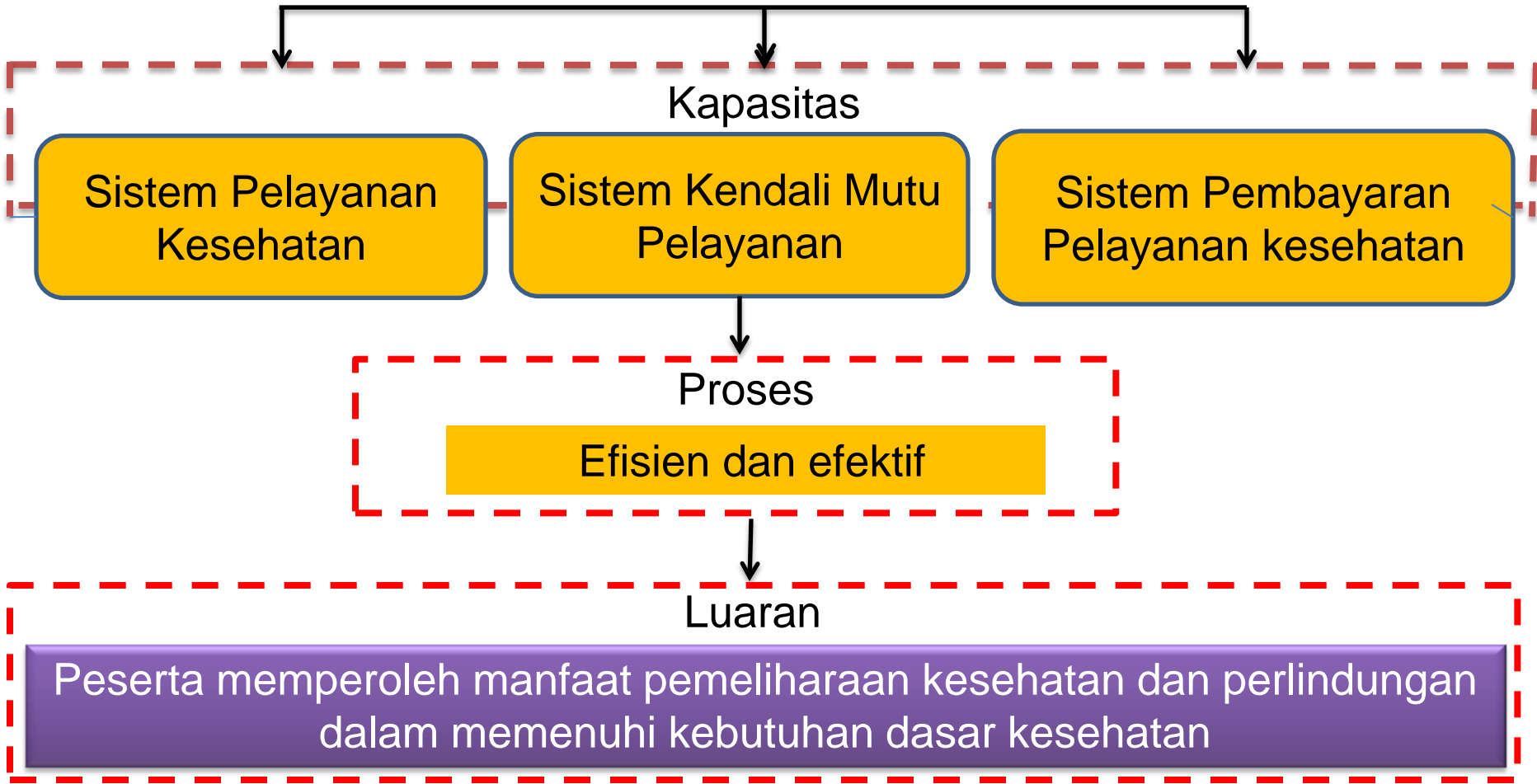
# Indeks Kepuasan Provider Rumah Sakit

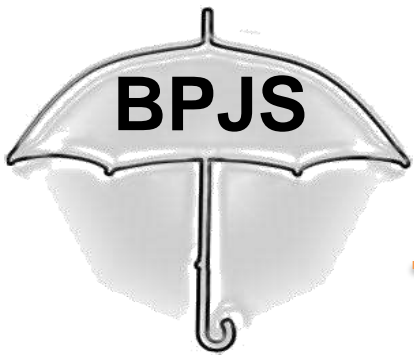




# Tugas dan Peran BPJS dalam Pembiayaan Pelkes

UU NO 40/2004 psl 24 & UU No 24/2011 psl 11





# Prinsip Pembiayaan Pelayanan Kesehatan oleh Provider BPJS

---

UU NO 40/2004 psl 24 & UU No 24/2011 psl 11

- Pembiayaan pelayanan kesehatan yang secara efektif dan efisien
  - Pengendalian biaya (*cost containment*)
  - *Quality Assurance*
  - Efisiensi internal (terkait dengan produktifitas)
- Efektivitas tidak mentolerir:
  - Pelayanan berlebihan (*overutilisasi*)
  - Pelayanan tidak diperlukan (*unnecessary services*)
  - Pelayanan di bawah standar



**ASKES**  
Health Insurance Specialist

# IURAN DAN PEMBAYARAN FASKES BPJS

# PASAL-PASAL YANG BERKAITAN DENGAN IURAN BPJS

## Pasal 17

1. Setiap peserta wajib membayar iuran yang besarnya ditetapkan berdasarkan persentase dari upah atau suatu jumlah nominal tertentu
2. Setiap pemberi kerja wajib memungut iuran dari pekerjanya, menambahkan iuran yang menjadi kewajibannya dan membayarkan iuran tersebut kepada BPJS secara berkala
3. Besarnya iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) ditetapkan untuk setiap jenis program secara berkala sesuai dengan perkembangan sosial, ekonomi dan kebutuhan dasar hidup yang layak.
4. Iuran program jaminan sosial bagi fakir miskin dan orang yang tidak mampu dibayar oleh pemerintah
5. Pada tahap pertama iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dibayar oleh Pemerintah untuk program jaminan kesehatan
6. Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dan Ayat (5) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Pemerintah.

**UU No 40  
Th 2004**

**UU No 24  
Th 2011**

## Pasal 19

1. Pemberi kerja wajib memungut iuran yang menjadi beban peserta dari Pekerjaannya dan menyetorkannya kepada BPJS
2. Pemberi kerja wajib membayar dan menyetor iuran yang menjadi tanggung jawabnya kepada BPJS
3. Peserta yang bukan Pekerja dan bukan penerima Bantuan iuran wajib membayar dan menyetor iuran yang menjadi tanggung nya kepada BPJS
4. Pemerintah membayar dan menyetorkan iuran untuk penerima Bantuan iuran kepada BPJS
5. Ketentuan lebih lanjut mengenai :
  - a) Besaran dan tatacara pembayaran iuran program jaminan kesehatan diatur dalam Peraturan Presiden
  - b) Besaran dan tata cara pembayaran iuran selain program jaminan kesehatan diatur dalam Peraturan Pemerintah

# IURAN BPJS

- Iuran diatur dengan Peraturan Pemerintah
- Ditinjau paling lama 2 tahun sekali dengan Peraturan Presiden
- Tata cara pembayaran iuran diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan berkoordinasi dengan kementerian/lembaga terkait



# Rancangan PP Jaminan Kesehatan

- Pasal 16

- (1) Iuran jaminan kesehatan bagi peserta pegawai negeri sipil, TNI, POLRI, pejabat negara selain kepala daerah dan wakil kepala daerah, pegawai pemerintah non pegawai negeri sipil, serta penerima pensiun pegawai negeri dan pejabat negara sebesar 5% dari gaji atau pensiun per bulan dengan ketentuan:
  - a. **3%** ditanggung oleh Pemerintah; dan
  - b. **2%** ditanggung oleh Peserta.
- (2) Iuran jaminan kesehatan bagi peserta kepala daerah dan wakil kepala daerah, pegawai negeri sipil daerah, pimpinan dan anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah, dan pegawai pemerintah daerah non pegawai negeri sipil daerah sebesar 5% dari gaji atau pensiun per bulan dengan ketentuan:
  - a. **3%** ditanggung oleh pemerintah daerah; dan
  - b. **2%** ditanggung oleh Peserta.
- (3) Iuran jaminan kesehatan bagi peserta PBI Jaminan Kesehatan sebesar **Rp.22.200,-** (dua puluh dua ribu dua ratus rupiah) per orang per bulan, ditanggung oleh Pemerintah.

- (4) Iuran jaminan kesehatan bagi veteran dan perintis kemerdekaan sebesar **5%** dari gaji pegawai negeri yang setara dengan golongan III per orang per bulan, ditanggung oleh Pemerintah.
- (5) Iuran jaminan kesehatan bagi peserta pekerja penerima upah selain peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) sebesar 5% dari gaji atau upah per bulan dengan ketentuan:
- 4%** ditanggung oleh pemberi kerja dan **1%** ditanggung oleh peserta, untuk periode 1 Januari 2014 sampai dengan 31 Desember 2015; dan
  - 3%** ditanggung oleh pemberi kerja dan **2%** ditanggung oleh peserta, mulai 1 Januari 2016.

- (6) Gaji atau upah yang digunakan sebagai dasar perhitungan iuran jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), ayat (4), dan ayat (5) terdiri atas gaji pokok dan tunjangan keluarga, atau upah, atau upah pokok dan tunjangan tetap.
- (7) Iuran jaminan kesehatan bagi peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja ditanggung oleh peserta yang bersangkutan dengan ketentuan:
- a. sebesar **Rp22.200,-** (dua puluh dua ribu dua ratus rupiah) per orang per bulan, bagi peserta yang menghendaki pelayanan di ruang perawatan Kelas III.
  - b. sebesar **Rp40.000,-** (empat puluh ribu rupiah) per orang per bulan, bagi peserta yang menghendaki pelayanan di ruang perawatan Kelas II.
  - c. sebesar **Rp50.000,-** (lima puluh ribu rupiah) per orang per bulan, bagi peserta yang menghendaki pelayanan di ruang perawatan Kelas I.

- **Pasal 17**

- (1) luran jaminan kesehatan bagi anggota keluarga tambahan atau anggota rumah tangga dari Peserta pekerja penerima upah yang memiliki anggota keluarga lebih dari 4 (empat) orang sebesar 1% dari upah per bulan per orang, ditanggung oleh peserta dan dipotong langsung oleh pemberi kerja.
- (2) luran jaminan kesehatan bagi anggota keluarga tambahan atau anggota rumah tangga dari peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja yang memiliki anggota keluarga lebih dari 4 (empat) orang dibayar oleh peserta dengan ketentuan:
  - a. sebesar **Rp.40.000,-** (empat puluh ribu rupiah) per orang per bulan, bagi peserta yang menghendaki pelayanan di ruang perawatan Kelas II.
  - b. sebesar **Rp.50.000,-** (lima puluh ribu rupiah) per orang per bulan, bagi peserta yang menghendaki pelayanan di ruang perawatan Kelas I.

# PASAL-PASAL YANG BERKAITAN DENGAN PELAYANAN KESEHATAN BPJS

## UU No 40 Th 2004

```
graph TD; UU((UU No 40 Th 2004)) --> P22[Pasal 22]; UU --> P23[Pasal 23]; UU --> P24[Pasal 24]; UU --> P25a[Pasal 25];
```

### Pasal 22

1. Manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan
2. Untuk jenis pelayanan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan, peserta dikenakan urun biaya

### Pasal 23

1. Manfaat jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 22 diberikan pada fasilitas kesehatan milik Pemerintah atau Swasta yang menjalin kerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
2. Dalam keadaan darurat, pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat diberikan pada fasilitas kesehatan yang tidak menjalin kerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
3. Dalam hal di suatu daerah belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medik sejumlah peserta, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial wajib memberikan Kompensasi
4. Dalam hal peserta membutuhkan rawat inap di rumah sakit, maka kelas pelayanan di rumah sakit diberikan berdasarkan kelas standar

### Pasal 24

1. Manfaat jaminan kesehatan Besarnya pembayaran kepada fasilitas kesehatan untuk setiap wilayah ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara BPJS dan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah tersebut
2. BPJS wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak permintaan pembayaran diterima
3. BPJS mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu pelayanan, dan sistem pembayaran pelayanan kesehatan untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas jaminan kesehatan

### Pasal 25

Jenis-jenis pelayanan yang tidak dijamin BPJS akan diatur lebih lanjut dalam Peraturan Presiden

### Pasal 25

Daftar dan harga tertinggi obat-obatan, serta bahan medis habis pakai yang dijamin oleh BPJS ditetapkan sesuai dengan peraturan perundang-undangan

# PASAL-PASAL YANG BERKAITAN DENGAN FASILITAS KESEHATAN BPJS

## Pasal 23

1. Manfaat jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 22 diberikan pada fasilitas kesehatan milik Pemerintah atau swasta yang menjalin kerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

**UU No 40  
Th 2004**

## Pasal 24

3. BPJS mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu pelayanan, dan sistem pembayaran pelayanan kesehatan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas jaminan kesehatan

## Pasal 11

- d) Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh pemerintah
- e) Membuat dan menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan

**UU No 24  
Th 2011**

# PEMBAYARAN FASKES

## (RPP JamKes)

- Pasal 28
  - (1) Urun biaya dikenakan pada pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan *moral hazard* dengan tujuan untuk pengendalian biaya yang meliputi:
    - a. pemakaian suplemen kesehatan; atau
    - b. pemeriksaan diagnostik dan tindakan medis yang tidak efektif dan efisien.

- Pasal 41

- (1) Besaran pembayaran kepada fasilitas kesehatan ditentukan berdasarkan kesepakatan BPJS Kesehatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah tersebut dengan mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri.
- (3) Dalam hal tidak ada kesepakatan atas besaran biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Menteri memutuskan besaran pembayaran atas program jaminan kesehatan yang diberikan.
- (4) Persyaratan dan tata cara pembentukan asosiasi fasilitas kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Menteri.



# Cara Pembayaran Fasilitas Kesehatan

- Pasal 42
  - (1) BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama secara praupaya berdasarkan kapitasi atas jumlah peserta yang terdaftar di pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama.
  - (2) Dalam hal fasilitas kesehatan tingkat pertama di suatu daerah tidak memungkinkan pembayaran berdasarkan kapitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), BPJS Kesehatan diberikan kewenangan untuk melakukan pembayaran dengan mekanisme lain yang lebih berhasil guna.
  - (3) BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat kedua dan pemberi pelayanan kesehatan tingkat ketiga berdasarkan cara **Indonesian Case Based Groups (INA-CBG's)**.
  - (4) Besaran kapitasi dan *Indonesian Case Based Groups (INA-CBG's)* ditinjau sekurang-kurangnya setiap **2 (dua) tahun sekali** oleh Menteri.

- Pasal 46

(1) Dalam rangka menjamin kendali mutu dan kendali biaya Menteri melakukan :

- a. penilaian teknologi kesehatan (*Health Technology Assessment*);
- b. pertimbangan klinis (*clinical advisory*) dan manfaat jaminan kesehatan;
- c. perhitungan standar tarif; dan
- d. monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan jaminan kesehatan



**ASKES**  
Health Insurance Specialist

# **HAMBATAN SISTEM PEMBAYARAN DI FASKES**

# Ketentuan tentang Jasa Pelayanan

Permenkes 416/MENKES/PER/II/2011 Pasal 42  
(Pengelolaan Penerimaan)

- (1) PT Askes (Persero) melakukan pembayaran kepada PPK atas biaya jasa sarana dan jasa pelayanan yang telah diberikan.
- (2) Besarnya jasa pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), maksimum sebesar **44%** (empat puluh empat persen).
- (3) PPK melakukan pengelolaan atas penerimaan uang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) **sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.**

# PERATURAN TERKAIT PENGGUNAAN KAPITASI

- Undang Undang **Nomor 1 Tahun 2004** Tentang Perbendaharaan Negara Pasal 16 (Pelaksanaan Anggaran Pendapatan)
  - (1) Setiap kementerian negara/lembaga/satuan kerja perangkat daerah yang mempunyai sumber pendapatan wajib mengintensifkan perolehan pendapatan yang menjadi wewenang dan tanggung jawabnya.
  - (2) **Penerimaan harus disetor seluruhnya** ke Kas Negara/Daerah pada waktunya yang selanjutnya diatur dalam peraturan pemerintah.
  - (3) Penerimaan kementerian negara/lembaga/satuan kerja perangkat daerah **tidak boleh digunakan langsung** untuk membiayai pengeluaran.
  - (4) Penerimaan berupa komisi, potongan, ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualan dan/atau pengadaan barang dan/atau jasa oleh negara/daerah adalah **hak negara/daerah**.

- **Permendagri 13 Tahun 2006** Tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah Pasal 122 (Azas Umum Pelaksanaan APBD) :
  - (1) Semua penerimaan daerah dan pengeluaran daerah dalam rangka pelaksanaan urusan pemerintahan daerah **dikelola dalam APBD**.
  - (2) Setiap SKPD yang mempunyai tugas memungut dan/atau menerima pendapatan daerah wajib melaksanakan pemungutan dan/atau penerimaan **berdasarkan ketentuan** yang ditetapkan dalam peraturan perundang-undangan.
  - (3) Penerimaan SKPD **dilarang digunakan langsung** untuk membiaya pengeluaran, kecuali ditentukan lain oleh peraturan perundang-undangan.
  - (4) Penerimaan SKPD berupa uang atau cek harus disetor ke rekening kas umum daerah **paling lama 1 (satu) hari kerja**.
  - (9) Setiap SKPD dilarang melakukan pengeluaran atas beban anggaran daerah untuk **tujuan lain dari yang telah ditetapkan** dalam APBD.
  - (10) Pengeluaran belanja daerah menggunakan prinsip hemat, tidak mewah, efektif, efisien dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.



# HASIL FGD TENTANG BPJS



# PERSEPSI MASYARAKAT TERHADAP ADANYA BPJS

<b>SERIKAT PEKERJA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dalam program BPJS, jangkauannya akan lebih luas, menggunakan prinsip ekuitas, artinya pelayanan berdasarkan indikasi medis, bukan status sosial</li><li>• Sebagian pekerja tidak memahami manfaat yang didapat dari asuransi/jaminan kesehatan yang diberikan oleh pemberi kerja</li><li>• Pemberi kerja jarang mensosialisasikan manfaat &amp; prosedur pelayanan kesehatan</li></ul>
<b>APINDO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Program jaminan sosial di Indonesia sudah cukup lengkap hanya saja belum merata dan terlalu <i>segmented</i> (jaminan pensiun: jaminan hari tua, keselamatan kerja, kematian dan kesehatan)</li></ul>
<b>FASILITAS KESEHATAN</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ada kompensasi kepada pihak pemberi layanan kesehatan,</li><li>• Profesi lebih dihargai, sehingga tenaga medis lebih termotivasi/semangat</li><li>• Selama ini ada pemisahan poli Askes, Poli Jamkesmas, Poli umum</li><li>• Kebanyakan masyarakat tidak mampu tidak mengetahui cara/prosedur yang harus ditempuh untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, manfaat apa saja yang dapat &amp; tdk dijamin jaminan kesehatan yang ada</li><li>• Ada ketakutan terhadap pelanggan dari kalangan masyarakat mampu yang beranggapan manfaat yang didapat akan lebih rendah dari yang didapatkan selama ini</li></ul>





## LSM/ORMAS

- Mengurangi ketimpangan dan rasa ketidakadilan antara masyarakat dengan pegawai negeri/swasta
- Tidak ada diskriminasi kelas perawatan di RS
- Tidak ada penolakan pasien PBI
- “Fasilitas boleh berbeda tetapi pengobatan tetap sama”
- Adanya kecenderungan manipulasi kalangan mampu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan gratis dengan mengaku sebagai kalangan tidak mampu



# HARAPAN MASYARAKAT TERHADAP PELAKSANAAN BPJS

<b>SERIKAT PEKERJA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dengan prinsip equitas, di manapun terjadi resiko sakit akan tetap dilayani di RS dan kartu jaminan kesehatan akan tetap berlaku sepanjang masih berada di wilayah RI</li></ul>
<b>APINDO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Jika mengcover seluruh penduduk, seluruh masyarakat akan diobati sesuai dengan indikasi medis di manapun RS nya.</li></ul>
<b>FASILITAS KESEHATAN</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bentuk dari kesiapan RS swasta menyambut pasien BPJS, yakni tetap akan memberikan pelayanan yang sama</li><li>• Sistem rujukan berjenjang belum banyak dipahami dan masih sering disalah artikan oleh sebagian besar masyarakat</li></ul>
<b>LSM/ORMAS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Saat ini Puskesmas belum diprioritaskan menjadi provider yang efektif bagi masyarakat dan belum menjadi wadah kesehatan masyarakat yang sesungguhnya (mutu pelayanan dianggap masih asal-asalan)</li><li>• Puskesmas belum dianggap sebagai mitra</li></ul>



# RESPON MASYARAKAT TERHADAP BPJS

<b>SERIKAT PEKERJA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• PT ASKES bukan ditunjuk sebagai penyelenggara BPJS tetapi ditransformasi selama 2 tahun sejak beroperasi untuk persiapan</li><li>• BPJS itu badan hukum publik yang isinya transformasi dari PT ASKES artinya PT ASKES sebagai motor utamanya dan Jamsostek menjadi BPJS ketenagakerjaan</li></ul>
<b>APINDO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prosedur untuk mendapatkan jaminan kesehatan perlu disederhanakan</li></ul>
<b>FASILITAS KESEHATAN</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Badan itu bertanggungjawab langsung pada Presiden sehingga akan menjadi badan yang otoritasnya tinggi</li><li>• Lembaga independen</li></ul>
<b>LSM/ORMAS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kesehatan belum dianggap pemerintah sebagai investasi jangka panjang melainkan beban. Dalam hal ini pemerintah harus siap berinvestasi supaya masyarakat sehat</li><li>• Seharusnya masyarakat tidak perlu membayar premi dan negara wajib menyediakan pelayanan kesehatan secara maksimal karena kesehatan itu hak dasar warganegara yang menjadi tanggungjawab negara</li></ul>



# Kesimpulan FGD

## PENERIMAAN

- Kalangan pekerja sektor formal cenderung menerima konsep BPJS Kesehatan meski memberikan catatan terkait kewajiban sharing iuran. Pemberi kerja belum siap dengan konsekuensi dari hubungan industrial
- Faskes cenderung merasa akan berkurangnya sumber-sumber pendapatan dan bayangan akan kesulitan dalam mengatur arus kas
- Perusahaan dengan skill tenaga kerja yang tinggi cenderung lebih tinggi tingkat penerimaan terhadap BPJS Kesehatan.
- Sebagian masyarakat akan cenderung lebih mudah menerima BPJS kesehatan setelah dapat membuktikan langsung manfaat yang diterimanya



# KUNCI SUKSES PELAKSANAAN BPJS

## Pendapat Ahli

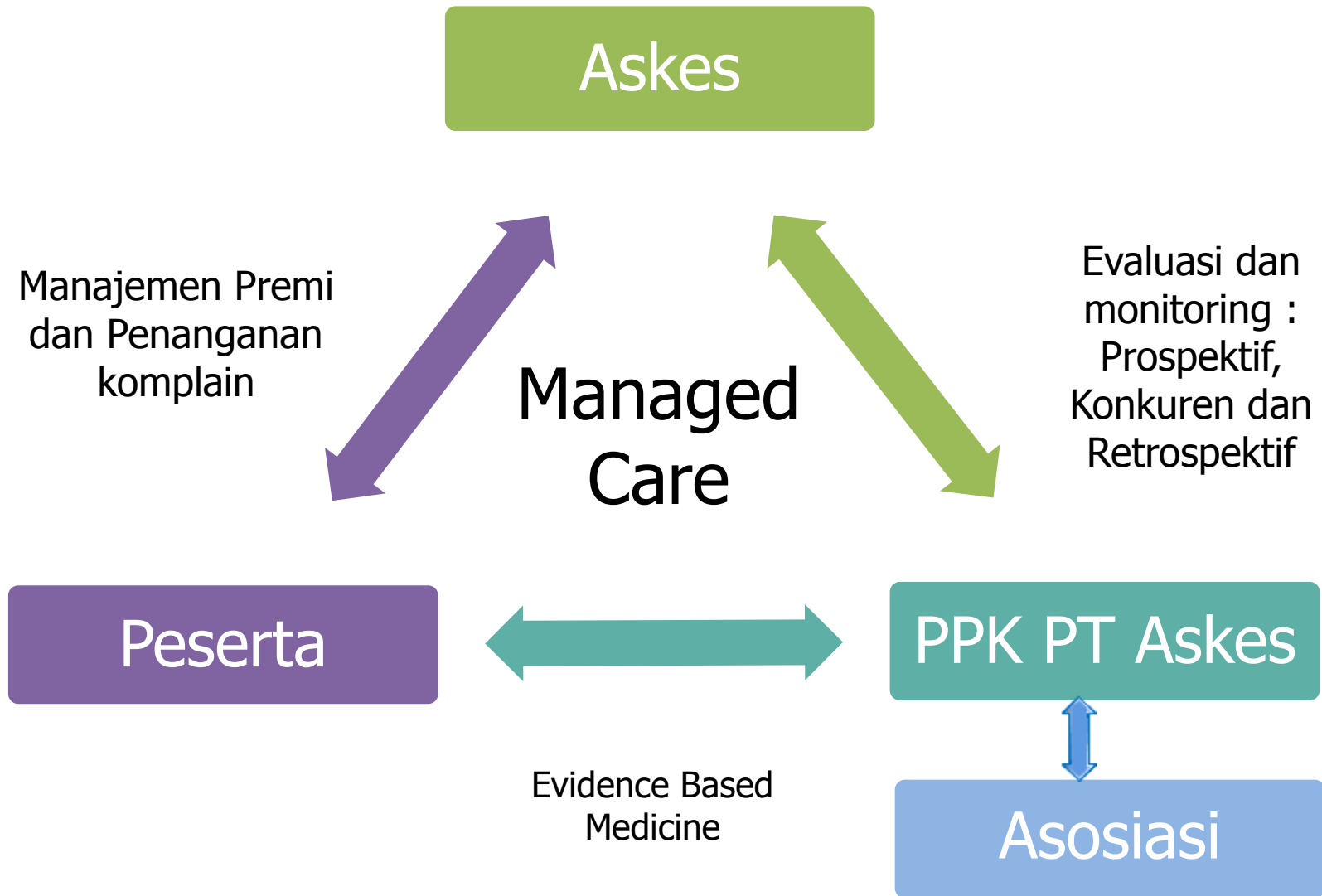
- Prinsip pembayaran provider yang ideal (Liu and Mils 2007):
  - Mendorong ke arah pengendalian biaya,
  - Jaminan kualitas dan efisiensi
  - Pemberian intensive harus sesuai dengan standar kinerja yang telah disepakati dan dibakukan
- 4 hal penting dalam pembayaran provider (Robinson 2011):
  - Produktifitas dokter dan pelayanan pasien
  - Kesiediaan dokter dalam menerima risiko, baik risiko keuangan ataupun risiko keparahan penyakit
  - Lingkup pelayanan yang efisien dan sesuai dengan kompetensinya
  - Kerjasama dengan teman sejawat serta evidence based medicine

- Sistem yang telah digunakan Jamkesmas dan berfungsi Pengendalian biaya
- Adanya jaminan terhadap ketepatan pengobatan (mengacu kepada clinical Pathway)
- Adanya insentif tinggi untuk efisiensi pada aktivitas operasional oleh RS

- Koordinasi untuk memperoleh komitmen yang tinggi dengan pihak regulator (Pemerintah)
- Penyesuaian case mix yang terstandar dan digunakan oleh seluruh RS di Indonesia
- Negosiasi Pola CBGs dengan Asosiasi RS:
  - Menganalisa kecukupan pembiayaan RS
  - Tercapainya pembiayaan yang efektif
- Pemanfaatan Tarif bagi RS
  - pembiayaan terpenuhi → pengembangan RS dan kesejahteraan karyawan
  - Jaminan /Asuransi kesehatan : efisiensi biaya dengan mutu pelayanan yang baik → sustainabilitas program jamkes



# TRIPARTIT



# Terima Kasih

*Whenever you need, Askes will be there*

