



# **Koordinasi Manfaat / Coordination of Benefit (COB)**

## Catatan atas implementasi JKN

Oleh: Timoer Sutanto, Ketua Bidang Jamsos Apindo



# Reformasi sistem pelayanan kesehatan di Indonesia

## 1. Sistem Penyelenggaraan: Asuransi Sosial:

- Iuran Wajib bagi seluruh penduduk
- Gotong Royong
- Portabilitas

## 2. Penyelenggara: Badan Hukum Publik (BPJS Kesehatan/BPJS-K):

- Nirlaba
- Sebesar-besarnya untuk Kepentingan Peserta
  - Sistem asuransi: BPJS-K menjamin pelayanan kepada peserta.
  - Penyelenggara: Pelayanan PPK 1, 2, & 3 lembaga terpisah dari BPJS-K.
  - Kerjasama saling menguntungkan BPJS dan PPK akan menjamin kualitas dan sustainabilitas pelayanan kepada peserta.

## 3. Sistem Pelayanan berjenjang: Menggunakan Sistem Rujukan:

- Layanan Pertama – PPK 1: Puskesmas, Klinik Umum, Dokter Keluarga → 155 diagnosis
- Layanan Lanjutan – PPK 2 & 3: Klinik Dokter Spesialis, Rumah Sakit

## 4. Sistem Pembayaran BPJS-K ke PPK: Prospective Payment: → mutlak gunakan IT.

- PPK 1: Kapitasi → daftar peserta, prinsip portabilitas, posisi drg, bidan, apotik.
- PPK 2 & 3: Ina CBG's → daftar peserta, administrasi. kontrol penagihan dan pembayaran.
- Transfer Risiko Financial kepada Provider.

## 5. Manfaat: Komprehensif: Preventif, Promotif, Kuratif, dan Rehabilitatif.

- › Semua penyakit dijamin selama ada indikasi medis.



# Koordinasi Manfaat (Coordination of Benefit – COB)

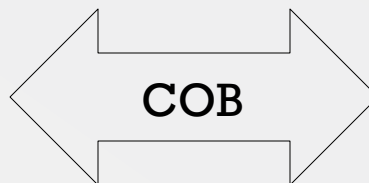
- COB relevan bagi perusahaan yang sudah melaksanakan jaminan kesehatan bagi karyawannya “lebih baik” (melalui asuransi privat atau swakelola). Jumlah segmen ini diperkirakan 30 juta.
  - > Tidak ada pembayaran ganda.
  - > Kejelasan status klinik di Perusahaan.
  - > Klinik tidak kerjasama dengan BPJS-K dapat diterima rujukannya.
  - > Diperluas Rumah Sakit (“tidak bekerjasama dengan BPJS-K”) yang dapat di-COB-kan.
- Pihak-pihak terkait dengan BPJS-K:
  - > Asuransi Privat & Penjamin lainnya.
  - > Klinik yang tidak bekerjasama dengan BPJS-K.
  - > Rumah Sakit.
  - > Dokter dan tenaga medis lainnya.
  - > Apotek dan Industri Farmasi.
- Masalah-masalah yang berkaitan dengan COB:
  - > Antara BPJS dan Asuransi Privat/Penjamin lainnya lebih bersifat administratif.
  - > Persoalan mendasar justru dengan Provider khususnya Rumah Sakit.
- Kenapa Rumah Sakit jadi penting??:
  - > Seluruh pihak terkait dalam implementasi JKN ada di Rumah Sakit.
  - > Masih kurangnya jumlah Rumah Sakit untuk mendukung program JKN.
  - > Rumah Sakit swasta yang belum bekerjasama dengan BPJS-K berjumlah 789 atau sekitar 50% dari total Rumah Sakit swasta di Indonesia.
    - Hubungan jangka panjang yang saling menguntungkan untuk semua pihak akan menjaga keberlangsungan penyelenggaraan JKN.



# Gap Manfaat dan Layanan – diperlukan COB

## BPJS Kesehatan (BPJS-K)

1. Menggunakan sistem rujukan.
  - > Layanan 1: Dokter Umum – Puskesmas/Klinik Dokter Umum/Dokter keluarga.
  - > Layanan 2: Klinik Dokter Speaialis/Dokter Spesialis – Rumah Sakit.
  - > Layanan 3: Dokter Super Spesialis – Rumah Sakit.
2. Manfaat dan pelayanan medis: semua penyakit dijamin sesuai kebutuhan dasar medis.
3. Ruang Kelas Standar, obat generik murni dan OGB.
4. Sistem Pembayaran ke PPK: Prospektif.



## Asuransi Privat / Penjamin Lainnya

1. Layanan 1 Bebas memilih.
  - > Layanan 1: Dapat langsung ke Klinik Rumah Sakit/Dokter spesialis.
  - > Layanan 2 & 3 dapat juga ke RS yang tidak kerjasama dg BPJS-K.
2. Manfaat dan pelayanan medis ada/tdk ada batasan penyakit/umur, layanan bisa sama atau lebih dibanding dengan BPJS-K.
3. Fasilitas Ruang dan Obat dapat ditingkatkan sesuai kontrak.
4. Sistem pembayaran ke PPK: prospektif dan/atau reimburs.



# Sepakat & Belum Sepakat COB BPJS-K & As. Kes & Penj. lainnya

## 1. FKTP:

- Klinik/Faskes di Perusahaan dipermudah syarat dalam kerjasama dengan BPJS-K dengan demikian rujukan dapat berjalan.  
*BPJS-K: Setuju dan membantu namun minimal syarat yang harus dipenuhi adalah ijin klinik dan ijin praktek dokter. Syarat lainnya bisa dilakukan sambil berjalan.*
- Klinik/Faskes tersebut diperkenankan untuk lingkungan terbatas perusahaan/kawasan industri.  
*BPJS-K: Bila jangkauan kepesertaan memadai dapat dilakukan. Apabila belum memadai dapat dikerjasamakan dengan Puskesmas terdekat.*

## 2. FKTL – di COB kan:

### a. Rujukan ke FKTL-BPJS:

- Dari FKTP non BPJS-K.

*BPJS-K: Tidak disetujui harus dari FKTP BPJS.*

- Dari Poli Eksekutif RS-BPJS.

*BPJS-K: Prinsip bisa disetujui, namun terbentur kepmenkes yang tidak mencantumkan poli eksekutif. Artinya belum disetujui.*

### b. Rujukan ke FKTL-Non BPJS:

- Dari FKTP BPJS-K.

*BPJS-K: Prinsip semua RS bisa. Telah disetujui 11 RS, ditambah baru 18 RS type B, RS lainnya atas permintaan.*

- Dari FKTP non BPJS-K.

*BPJS-K: Tidak disetujui.*

- Dari Poli Eksekutif-RS-BPJS

*BPJS-K: Belum disetujui tergantung kemenkes.*

3. Untuk implementasi di Lapangan **BPJS-K berjanji menyiapkan pedoman** pelaksanaan hal-hal diatas agar ada kepastian eksekusi di cabang BPJS. Sampai saat ini Pedoman belum terbit.
4. **Konklusi: Sebelum ada pedoman pelaksana COB belum bisa dikatakan jalan.** Akan terjadi beda tafsir di Cabang BPJS-K.



# Kondisi Faktual di Lapangan

1. **Umumnya persoalan Rumah Sakit Swasta yang belum kerjasama dengan BPJS-K:**
  - > Besaran tarif Ina CBG's.
  - > Distribusi obat.
  - > Segmentasi pasar.
  - > Lama dan komplikasi proses reimburs.
2. **Sistem prospective payment dan tarif Ina CBG's JKN:**
  - > Realitas di lapangan walaupun tarif dibedakan secara regional dan type rumah sakitnya, ternyata cost untuk layanan di masing-masing rumah sakit dapat berbeda sekalipun dari regional dan type rumah sakit yang sama.
  - > Perbedaan cost bisa terjadi karena:
    - Perbedaan prosedur dan/atau standar pelayanan.
    - Perbedaan fasilitas baik medis maupun non medis.
    - Perbedaan lokasi dan infrastruktur, dll.
3. **Distribusi obat:**
  - > Perluasan formularium nasional untuk obat generik murni dan obat generik berlogo.
  - > Penyempurnaan pola distribusinya
  - > Peranan industri farmasi BUMN untuk mengakselerasi.
4. **Segmentasi pasar:**
  - > Dapat dipastikan Rumah Sakit swasta dibangun adalah untuk ditujukan segmen pasar tertentu.
  - > Menyamaratakan rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS-K adalah kontra produktif:
    - Seluruh rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS-K harus menerima seluruh segmen peserta.
    - Perlu perluasan dan penyempurnaan bentuk-bentuk kerjasama antara BPJS-K dengan Rumah Sakit Swasta.



“ Perbedaan karena cost rumah sakit lebih tinggi dari Ina CBG’s bukan hal yang harus dihindari atau ditabukan. Selama masih ada pasarnya (dan dipercaya selalu ada) yang mau dan mampu membeli yang lebih mahal, maka hal tersebut adalah wajar dan merupakan dinamika bisnis normal dalam dunia usaha. Persoalan Coordination of Benefit (COB) yang menjadi tuntutan Asuransi Privat dan Penjamin lainnya yang terjadi akhir-akhir ini merupakan bukti faktual bahwa segmen pasar tersebut memang ada.”



# COB: Pintu masuk Rumah Sakit memanfaatkan Ina CBG's

1. Mengupayakan layanan 1 yang tidak kerjasama dengan BPJS-K diterima rujukannya.
2. Layanan BPJS-K, menggunakan sistem rujukan dan sistem Prospective Payment untuk tujuan kendali mutu dan kendali biaya → mutlak harus gunakan IT.
3. BPJS-K adalah administrator, melaksanakan tugas berdasarkan peraturan perundangan dan peraturan lainnya. Oleh karenanya seluruhnya sudah diatur dan standar.
4. Tarif Ina CBG's juga terstandar (top down).
  - > Berdasarkan standar clinical pathway
  - > Perhitungan Cost menggunakan metode Activity Based Costing, → adanya standar biaya per Aktivitas sebagai dasar perhitungan product cost (CBG's)
5. Inisiatif Rumah Sakit Swasta: Memanfaatkan Ina CBG's
  - > Pemahaman Ina CBG's dan menerapkannya dengan klasifikasi code sama namun dengan standar pelayanan dan cost yang berbeda (bottom up) → Ina CBG's plus top up = Ina CBG's versi Rumah Sakit Swasta.
  - > Kerjasama dengan Asuransi Kesehatan Privat sebagai marketing.
  - > Kerjasama dengan Penjamin lainnya termasuk Perusahaan.
5. Kedepan, rumah sakit yang dapat dan mampu memanfaatkan pembiayaan Ina CBG's dari BPJS-K akan dapat mereduksi biaya layanannya secara signifikan sehingga lebih kompetitif.
6. Pemanfaatan Ina CBG's melalui kerjasama terbatas dengan BPJS.
  - > Terbatas artinya tidak harus terbuka utk segala segmen Peserta.
  - > Wajib dikontrol rujukannya oleh BPJS apabila gunakan FKTP-Non BPJS.
  - > Wajib di verifikasi oleh BPJS klain Ina CBG's
  - > Automasi dari kartu peserta menjadi kebutuhan dalam rangka kendali mutu dan kendali biaya.





# Tanda-tanda Jaman: Catatan untuk Rumah Sakit

- Pada dasarnya Cost Saving menjadi faktor penting dalam manajemen rumah sakit setelah diterapkannya sistem prospective payment Ina CBG's dimana reimburs rumah sakit telah ditentukan dengan jumlah yang pasti.
- Rumah sakit didorong untuk secara konsisten dan terus menerus mencari metode costing yang efektif sebagai salah satu alat penting bagi manajemennya.
- Rumah sakit juga didorong untuk menyiapkan dan mempunyai cost information dan cost model yang dapat mengakomodir type dan jenis layanan yang beragam dan kompleks, perhitungan besarnya resources yang digunakan, serta kemungkinan dikembangkannya cost reduction.

"...the prospective payment system which fixed amount of reimbursement for hospital has been introduced in health care. Therefore, hospital managers have to reduce hospital cost while still maintaining the quality of care."

*Tohoku J. Exp.Med., 2006, 208, 213-224  
Pengyu Cao, Shin-Ichi Toyabe and Kouhei Akazawa*

" The challenges posed by managed care, capitated payments, and other restrictive hospital reimburesment mechanisms such as diagnosis-related groups (DRG's) provide an ideal setting for implementation of activity-based costing (ABC) in hospital."

*Suneel Udpa,  
Health Care Manage Rev. 1996, 21(3), 83-96  
1996 Aspen Publishers, Inc.*



# **Terima Kasih**

**Mudah-mudahan memberikan  
manfaat bagi suksesnya JKN**