

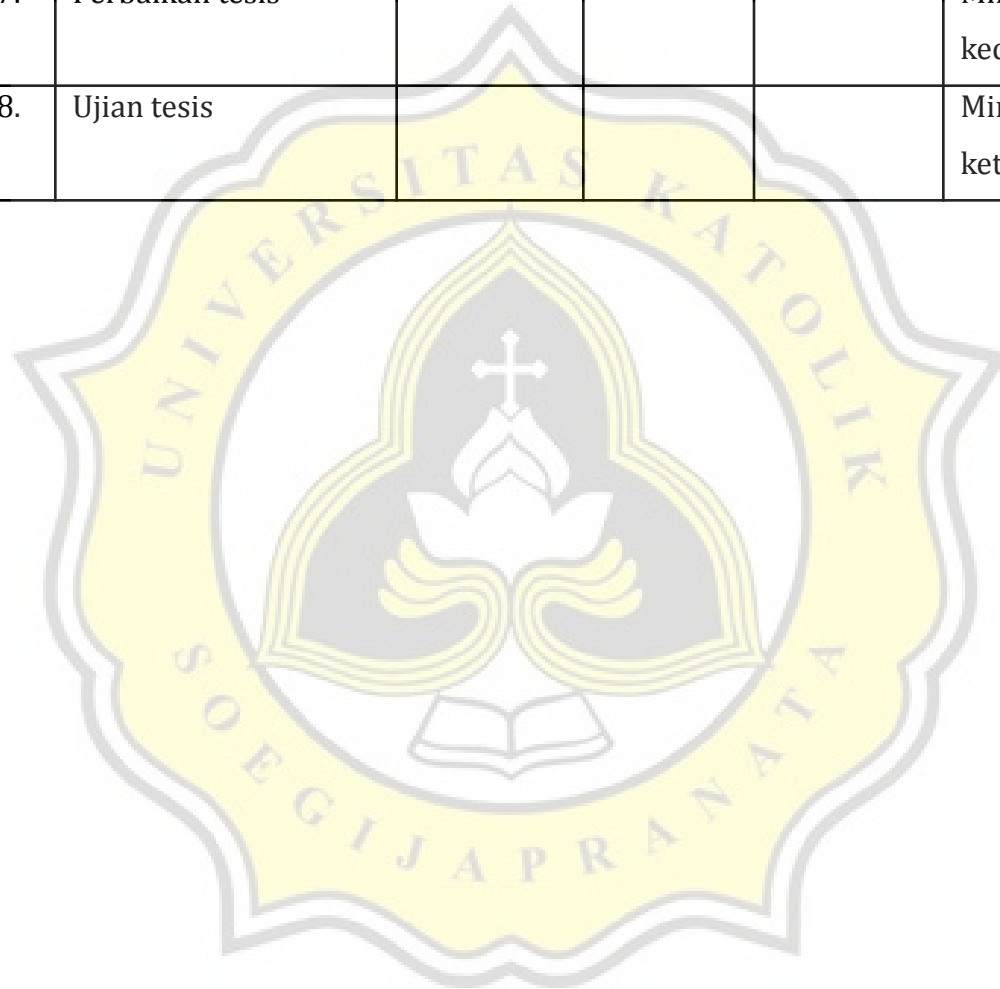
Lampiran 1

Jadwal Penelitian

Tabel Jadwal Penelitian

| No | Kegiatan | November 2021 | Januari 2022 | April 2022 | Juli 2022 |
|----|--|------------------|-----------------------------------|------------------|--------------|
| 1. | Penyajian usulan penelitian dalam seminar proposal tesis | Minggu ketiga | | | |
| 2. | Persiapan: - Perbaikan usulan - Pengurusan ijin - Penyusunan kuesioner - Ujicoba kuesioner - Revisi kuesioner | Minggu keempat | | | |
| 3. | Pengumpulan data | | Minggu pertama - Minggu ketiga | | |
| 4. | Manajemen data: - Memasukkan data - Analisis data | | Minggu ketiga - Minggu keempat | | |
| 5. | Penyusunan tesis | | | Minggu pertama - | |

| | | | | | |
|----|-----------------|--|--|----------------|----------------|
| | | | | Minggu keempat | |
| 6. | Seminar tesis | | | | Minggu pertama |
| 7. | Perbaikan tesis | | | | Minggu kedua |
| 8. | Ujian tesis | | | | Minggu ketiga |



Lampiran 2

**KUESIONER PRINSIP EKUITAS DALAM PELAYANAN
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL**

Berikan penilaian Bapak/ Ibu tentang pernyataan yang relevan dengan keadaan sekarang. Isi kolom dengan tanda “V” pada pernyataan yang dianggap sesuai dengan penilaian Anda.

Keterangan:

STS = Sangat Tidak Setuju

TS = Tidak Setuju

RR = Ragu-Ragu

S = Setuju

SS = Sangat Setuju

Jenis Pelayanan: (pilih salah satu)

1. Rawat Jalan

2. Rawat Inap

| No | Pernyataan | STS | TS | RR | S | SS |
|----|--|-----|----|----|---|----|
| 1 | Saya tidak keberatan membayar iuran BPJS Kesehatan yang sesuai dengan kemampuan untuk mendapatkan jaminan pelayanan kesehatan Keterangan: Besaran premi sesuai dengan Perpres 64/ 2020: Kelas 1 sebesar Rp. 150.000,- | | | | | |

| | | | | | | |
|---------------------------------|---|--|--|--|--|--|
| | <p>Kelas 2 sebesar Rp. 100.000,-</p> <p>Kelas 3 sebesar Rp. 42.000,-</p> | | | | | |
| 2 | <p>Rumah Sakit telah menyelenggarakan pelayanan yang bermutu kepada pasien rawat jalan atau rawat inap</p> <p>Keterangan:</p> <p>Pelayanan yang bermutu adalah pelayanan yang sesuai dengan standar yang ditetapkan</p> | | | | | |
| 3 | <p>Saya dapat memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis atau pengobatan yang diperlukan</p> | | | | | |
| 4 | <p>Saya dapat memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis atau pengobatan yang diperlukan ,dan tidak dibedakan berdasarkan golongan peserta (Kelas I/II/III). Perbedaan hanya terdapat pada fasilitas rawat inap Kelas I/II/III.</p> | | | | | |
| 5 | <p>Rumah Sakit telah berlaku adil dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta JKN tanpa membedakan golongan peserta (Kelas I/II/III)</p> | | | | | |
| <p>Tanggapan atau komentar:</p> | | | | | | |

PANDUAN DISKUSI KELOMPOK TERARAH
PRINSIP EKUITAS DALAM PELAYANAN JKN
MELALUI KENDALI MUTU DAN KENDALI BIAYA

1. Salam pembuka
2. Sosialisasi hasil penelitian kuantitatif tentang:
 - a. Kuesioner Prinsip Ekuitas dari Peserta JKN bulan November Tahun 2021
 - b. Laporan Mutu Pelayanan JKN Tahun 2021
 - c. Laporan Keuangan dari Pembiayaan Pelayanan JKN Tahun 2021
3. Mengajak keterlibatan/ partisipasi dalam memberikan tanggapan atau komentar terhadap data-data yang tersebut diatas
4. Menanyakan kepada peserta faktor-faktor apa yang mempengaruhi kendali mutu dalam pelayanan JKN
5. Menanyakan kepada peserta faktor-faktor apa yang mempengaruhi kendali biaya dalam pelayanan JKN
6. Menanyakan kepada peserta apakah kendali mutu sama di semua golongan kepesertaan Kelas I, II, dan III?
7. Menanyakan kepada peserta apakah kendali biaya sudah dilaksanakan dengan baik di semua golongan kepesertaan Kelas I, II, and III?
8. Menanyakan kepada peserta apakah prinsip ekuitas dalam pelayanan JKN sudah tercapai melalui kendali mutu dan kendali biaya?
9. Menanyakan kepada peserta bagaimana caranya mempertahankan prinsip ekuitas melalui kendali mutu dan kendali biaya?
10. Mencoba menggali lagi ide atau komentar tentang prinsip ekuitas dalam pelayanan JKN yang sesuai dengan peraturan yang berlaku

11. Menanyai peserta secara bergantian atau memberikan kesempatan pada peserta yang ingin berkomentar lagi.
12. Mendiskusikan lebih lanjut komentar-komentar tiap peserta diskusi.
13. Ucapan terimakasih dan salam penutup.



PANDUAN WAWANCARA MENDALAM
PRINSIP EKUITAS DALAM PELAYANAN JKN
MELALUI KENDALI MUTU DAN KENDALI BIAYA

1. Salam pembuka
2. Sosialisasi hasil penelitian kuantitatif tentang:
 - a. Kuesioner Prinsip Ekuitas dari Peserta JKN bulan November Tahun 2021
 - b. Laporan Mutu Pelayanan JKN Tahun 2021
 - c. Laporan Keuangan dari Pembiayaan Pelayanan JKN Tahun 2021
3. Mengajak keterlibatan/ partisipasi dalam memberikan tanggapan atau komentar terhadap data-data yang tersebut diatas
4. Menanyakan kepada peserta faktor-faktor apa yang mempengaruhi kendali mutu dalam pelayanan JKN
5. Menanyakan kepada peserta faktor-faktor apa yang mempengaruhi kendali biaya dalam pelayanan JKN
6. Menanyakan kepada peserta apakah kendali mutu sama di semua golongan kepesertaan Kelas I, II, dan III?
7. Menanyakan kepada peserta apakah kendali biaya sudah dilaksanakan dengan baik di semua golongan kepesertaan Kelas I, II, and III?
8. Menanyakan kepada peserta apakah prinsip ekuitas dalam pelayanan JKN sudah tercapai melalui kendali mutu dan kendali biaya?
9. Menanyakan kepada peserta bagaimana caranya mempertahankan prinsip ekuitas melalui kendali mutu dan kendali biaya?

10. Mencoba menggali lagi ide atau komentar tentang prinsip ekuitas dalam pelayanan JKN yang sesuai dengan peraturan yang berlaku
11. Menanyai peserta secara bergantian atau memberikan kesempatan pada peserta yang ingin berkomentar lagi.
12. Mendiskusikan lebih lanjut komentar-komentar tiap peserta diskusi.
13. Ucapan terimakasih dan salam penutup.



Lampiran 5

PENGUJIAN INSTRUMEN

Pengujian Validitas

Correlations

| | | Item1 | Item2 | Item3 | Item4 | Item5 | Total |
|-----------|-----------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Ite m1 | Pearson | 1 | .641** | .632** | .599** | .573** | .741** |
| | Correlation | | | | | | |
| | Sig. (2-tailed) | | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 |
| | N | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 |
| Ite m2 | Pearson | .641** | 1 | .964** | .948** | .924** | .980** |
| | Correlation | | | | | | |
| | Sig. (2-tailed) | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 |
| | N | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 |
| Ite m3 | Pearson | .632** | .964** | 1 | .928** | .877** | .963** |
| | Correlation | | | | | | |
| | Sig. (2-tailed) | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 |
| | N | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 |
| Ite m4 | Pearson | .599** | .948** | .928** | 1 | .900** | .958** |
| | Correlation | | | | | | |
| | Sig. (2-tailed) | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 |
| | N | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 |
| Ite m5 | Pearson | .573** | .924** | .877** | .900** | 1 | .937** |
| | Correlation | | | | | | |
| | Sig. (2-tailed) | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 |
| | N | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 |
| Tota l | Pearson | .741** | .980** | .963** | .958** | .937** | 1 |
| | Correlation | | | | | | |
| | Sig. (2-tailed) | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 |
| | N | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 |

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Pengujian Reliabilitas

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| .954 | 5 |

HASIL ANALISIS PENGUJIAN INSTRUMEN

Kuesioner yang akan digunakan sebagai alat pengumpul data terlebih dahulu dilakukan uji coba instrumen penelitian. Pengujian yang dilakukan adalah pengujian validitas dan reliabilitas. Pengujian ini dimaksudkan untuk mengukur tingkat ketepatan dan kehandalan kuesioner sebagai alat pengumpul data. Adapun hasil uji validitas dan reliabilitas kuesioner penelitian dapat dijelaskan sebagaimana di bawah ini :

a. Pengujian Validitas Instrumen

Pengujian validitas instrumen dilakukan dengan cara mengkorelasikan setiap skor item dengan skor total menggunakan teknik *Korelasi Pearson (Product Moment)*, kriteria pengujian menggunakan teknik *Korelasi Pearson* menyatakan apabila koefisien korelasi (r_{IT}) \geq korelasi tabel (r_{tabel}) berarti item kuesioner dinyatakan valid atau mampu mengukur variabel yang diukurnya, sehingga dapat dipergunakan sebagai alat pengumpul data. Adapun ringkasan hasil pengujian validitas sebagaimana tabel berikut :

| Variabel | Item | Koefisien Korelasi | Keterangan |
|-------------------------------------|--------|--------------------|------------|
| Prinsip Ekuitas dalam Pelayanan JKN | Item 1 | 0.741 | Valid |
| | Item 2 | 0.980 | Valid |
| | Item 3 | 0.963 | Valid |
| | Item 4 | 0.958 | Valid |
| | Item 5 | 0.937 | Valid |

Berdasarkan ringkasan hasil pengujian validitas variabel penelitian diketahui bahwa semua item memiliki nilai koefisien korelasi item dengan skor total (r_{IT}) $>$ nilai korelasi tabel (0.297). Dengan demikian item kuesioner yang mengukur variabel prinsip ekuitas dalam pelayanan JKN dinyatakan valid atau mampu mengukur variabel tersebut, sehingga dapat dipergunakan sebagai alat pengumpul data dalam penelitian ini.

b. Pengujian Reliabilitas Instrumen

Pengujian reliabilitas variabel prinsip ekuitas dalam pelayanan JKN dimaksudkan untuk mengetahui kehandalan dan konsistensi instrumen penelitian sebagai alat untuk mengukur variabel yang diukurnya. Pengujian reliabilitas menggunakan teknik *Cronbach's Alpha*. Kriteria pengujian menyatakan apabila koefisien *Cronbach's Alpha* ≥ 0.6 berarti item kuesioner dinyatakan reliabel atau konsisten dalam mengukur variabel yang diukurnya. Adapun ringkasan hasil pengujian reliabilitas sebagaimana tabel berikut:

| Variabel | Cronbach's Alpha | Keterangan |
|-------------------------------------|-------------------------|-------------------|
| Prinsip Ekuitas dalam Pelayanan JKN | 0.954 | Reliabel |

Berdasarkan ringkasan hasil pengujian reliabilitas instrumen penelitian diketahui bahwa item yang mengukur variabel prinsip ekuitas dalam pelayanan JKN menghasilkan nilai *Cronbach's Alpha* > 0.6 . Dengan demikian item kuesioner yang mengukur variabel prinsip ekuitas dalam pelayanan JKN dinyatakan reliabel atau konsisten dalam mengukur variabel tersebut, sehingga dapat dipergunakan sebagai alat pengumpul data dalam penelitian ini.

Lampiran 6

Verbatim Manajemen

| | | |
|-------------|---|--|
| Pewawancara | : | Sebisanya |
| Pewawancara | : | Nilai dari program tersebut, program JKN ini. |
| Pewawancara | : | Baik. Kira-kira Pak Suto program ekuitas dari program JKN. |
| M3 | : | Berapa yang besar kita dapatkan dan kita terima. Pengembalian dari yang kita terima. |
| Pewawancara | : | <p>Itu salah satu latar belakang kita dalam melakukan tadi program JKN. Berikutnya masalah rumusan masalah ada 3, bagaimana prinsip ekuitas dalam program JKN, kedua bagaimana penagutran kendali mutu dan biaya dalam program JKN, ketiga bagaimana menjelankan prinsip ekuitas dalam program JKN melalui kendali mutu dan biaya. Tujuannya jelas sama 3 juga. Yang pertama, ini mengidentifikasi prinsip ekuitas mengenali apa sih dalam program JKN. Kedua, mengetahui pengaturan tentang kmkb dalam program JKN. Ketiga cara rs misi dalam menjalankan prinsip ekuitas melalui kendali mutu dan biaya. Metode penelitian yang dipakai itu biologis sosiologis. Jadi biologis itu umum nya, sosiologis itu fenomena, kehidupan social, kita mau melihat fenomena hukum terkait ekuitas.</p> <p>Spesifikasi termasuk penelitian deskriptif, data saya ambil lacak, non-probability, sample yang memang ada pada saat ditentukan. Pengumpulan data ada 2 dari studi Pustaka dari literasi danselanjutnya studi lapangan, fgd, wawancara, kuesioner. Itulah instrumennya. Analisis datanya mix method, penelitian kualitatif dan kuantitatif. Penelitian</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>kualitatifnya dijabarkan lebih dalam dulu, selanjutnya kuantitatif angka-angka, kualitatif kata-kata, kata-kata itu lebih mendukung pengaruh angka-angka tadi. Inilah prinsip dari ekuitas. Jadi ekuitas ini memang kata pak supto itu dengan biaya itu ada betulnya. Jadi klo kita searching prinsip ekuitas itu ga ada dalam KBBI. Artinya itu di KBBI lebih kearah keuangan, ekuitas itu kan modal ya. Dikeluarin apa kewajiban apa, saya kurang hapal. Ekuitas dalam bahasa inggris itu equity, itu keadilan justice juga adil. Ekuitas itu sebenarnya kesetaraan dalam keadilan. Disini teorinya itu pertukaran hubungan individu memberikan sesuatu, kita bilang kita input, dan mengharapkan sesuatu itu outcome, dalam rasio yang sama. Berarti sudah benar. Contohnya individu kita bekerja memberika sesuatu input, tenaga, waktu, jam kerja kita dan Kembali pendapatan kita, rasio sama ga. Klo sama ekuiti, artinya adil. Klo tidak adil itu inequity. Ada juga nama prinsip ekuitas JKN, ini saya ambil dari UU SRJRS tahun 2005 sudah lama sekali. Ternyata definsinya berbeda. Prinsip ekuitas itu apa sih yang dimaksud? Persamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medisnya. Yang tidak terikat dengan iuran yang berlaku. Ini dimaksud prinsip JKN ada kesetaraan ini. Apapun penyakitnya, harusnya pengobatannya sama, tidak peduli kelas 1, 2, 3. Itu yang dinamakan ekuitas. Itu prinsip ekuitas JKN. Berikutnya kendali mutu, itu sistem pemberian pelayanan yang efisien efektif dan berkualitas sesuai kebutuhan pasien. Berikutnya kendali biaya, saya belum ubah, sebenarnya defisini kendali</p> |
|--|---|

| | | |
|-------------|---|--|
| | | <p>biaya, benar-benar sesuai kebutuhan pasien yang ditentukan pola tarif masyarakat sesuai peraturan perundang-undangan. Hasilnya penelitian, saya sebariskan 250 angket untuk rawat jalan dan 50 ada pernyataan dengan jawaban tidak setuju, ragu ragu, setuju dan sangat setuju. Yang pertama, saya tidak sesuai dengan pembayara bpjs yang ditentukan. Berapa kira-kira ada yang tahu? Sesuai permenkes 64 tahun 2020. Itu yang akan dipakai. Kelasnya 1 berapa?</p> |
| M2 | : | 150 |
| Pewawancara | : | Kelas 2 nya? |
| M5 | : | 80 ribu. |
| Pewawancara | : | <p>100. kelas 3 nya? 42 ribu. Disubsidi 7 ribu oleh pemerintah. Ternyata mereka menjawab apa? Tentan iuran tadi apakah keberatan 46% di rawat jalan jawab setuju. Ternyata tidak keberatan. Ini berbeda yang di rawat inap 40% menjawab tidak setuju. Tidak setuju menjawab kedua terbanyak 19, 6%. Kebalikannya yang tidak setuju ini 40%, padahl kita tau masih ada pbi mungkin. Kedua, rs menyelenggarakan pelayanan yang bermutu kepada pasien. Bagaimana jawabannya? 76% rawat jalan menjawab sudah bermutu. Rawat inap juga sama 80% juga setuju, 16% sangat setuju. Jadi kita sudah dianggap rs memberikan pelayanan yang bermutu. Berikutnya ada pernyataan saya mendapat pelayanan kebutuhan medis, jadi lebih khusus mengenai kebutuhan medisnya. Masih dalam rangka kendali mutunya, untuk rawat jalan masih banyak jawab setuju.</p> |

| | |
|-------------|---|
| | <p>Sangat setuju kedua. Rawat inap setuju hampir 80%, tidak ada yang menjawab tidak setuju. Keempat, saya dapat memperoleh pelayanan Kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis atau pengobatan yang diperlukan yang tidak dibedakan. Tidak dibedakan berdasarkan golongan peserta perbedaan hanya didapat fasilitas rawat inap kelas 1, 2, 3. Masih banyak menjawab setuju, sangat setuju, sisanya ragu-ragu dan tidak setuju. Pernyataan terakhir, ini hanya 5 nomor. Rs telah berlaku adil memberikan pelayanan tanpa membedakan golongan peserta. Ternyata mereka menjawab setuju 55,4%. Sangat setuju 38%. Rawat inapnya tidak ada yang jawab tidak setuju dan ragu-ragu, mereka setuju 68%, sangat setuju 32%. Kita memulai dengan fgd, ada 2. Kita berangkat dari ..., kira-kira di rs misi, faktor-faktor apa yang mempengaruhi kendali mutu. Untuk pelayanan hasil, baik rawat jalan atau rawat inap. Kendali biaya, faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi untuk pasien. Berikutnya bagaimana kendali mutu dan biaya untuk golongan peserta 1, 2, 3. Silakan memberikan tanggapan, dokter felly. Faktor apa saja yang mempengaruhi kendali mutu.</p> |
| M1 | : Kendali mutu dari segi SDM mungkin. |
| Pewawancara | : Ga apa-apa sharing aja, bukan hanya sekedar menjawab tetapi juga menceritakan untuk rs misi ini faktor-faktor yang mempengaruhi. Tadi hasilnya soal bermutu kita dianggap bermutu, rawat jalan lebih sedikit dibanding |

| | | |
|-------------|---|--|
| | | rawat inap. Kira-kira apa yang mempengaruhi kendali mutu di kita? |
| M2 | : | Pertama dari SDM nya dengan memiliki skill yang mumpuni. Kedua dari segi fasilitas, fasilitas yang baik akan mutu yang baik juga. Gtu dok. |
| Pewawancara | : | Pak suto, faktor apa yang mempengaruhi? |
| M3 | : | Terkait juga dengan SDM juga, peningkatan yang sesuai dengan praktek dokter. Jadi pasien yang sudah daftar, kemudian berobat dengan lanjut dengan bu yuni. |
| M4 | : | Dari standar SDM nya mungkin Dari faktor yang komunikasi, klo komunikatif juga baik. Terus hasil dinkes, mungkin melengkapi dengan fasilitas yang kurang. Klo ada yang perlu diadakan dengan diadakan. |
| Pewawancara | : | Bisa diperjelas lagi dengan SDM, seperti apa? |
| M6 | : | Klo SDM , ya medis itu dokter, perawatnya. Mereka yang berhubungan langsung dengan pasien. |
| Pewawancara | : | Apakah disitu saja SDM nya yang mempengaruhi mutu? Kepada peserta JKN. Peserta BPJS. |
| M5 | : | Nakesnya yang diperbaiki. |
| Pewawancara | : | Baik. yang mempengaruhi, fasilitas, SDM, kesesuaian jam praktek. |
| M1 | : | SDM. |
| Pewawancara | : | SDM tadi sudah jelas. SDM medis, nakes,. Oke kita lanjut. Penelitiannya sekarang, apakah faktor-faktor yang mempengaruhi kendali biaya? |
| M2 | : | Pertama, perawatan yang digunakan rs. Kedua, obat-obat yang dipakai rs. Ketiga, peraturan unit cost salah satu |

| | | |
|-------------|---|---|
| | | Tindakan. Ketiga hal bisa mempengaruhi tinggi kecilnya suatu biaya. |
| Pewawancara | : | Mungkin contohnya kira-kira alkes? |
| M2 | : | Klo alkes contohnya kita biasa berikan abocat ke apoteker, selang infus, tabung oksigen. Yang tadinya menggunakan merk apa, bisa diubah dengan biasa saja. Obat-obatan tadinya paten bisa menjadi generic. Tadinya obat baik tapi tidak terlalu tinggi dari biayanya. Itu yang menjadi penyetaraan. |
| Pewawancara | : | Baik pak suto. |
| Narasumber | : | Banyak ya. Klo obat-obatan kita sudah memberikan kesediaan yang mungkin hanya lebih ke bpjs ya khususnya kita balik lagi konfimrasi ke spesialis. Apakah harus ct scan selalu? Sedangkan ct scan kita apakah spo itu dijalankan? |
| Pewawancara | : | Ya. silakan menambahkan. |
| M4 | : | Mengenai kita dari bpjs penanganan seperti apa. Klo memang misalnya ga seperti itu atau semacam..nanti pengembalian. Klo saya contoh dari |
| Pewawancara | : | Apa ada lagi? |
| M2 | : | Faktor-faktor dari tingkat penyakit dari keparahannya. Sakit pasien maka rawat semakin besar, penunjang semakin banyak, obat-obatannya juga semakin banyak. Dokter juga lebih dari 1. Jadi dari tingkat keparahan. |
| M4 | : | Baik. Izin berkomentar. Dari jenis pasien juga bisa jadi dari tingkat usia. Komorbit biasanya dikenakan biaya tinggi. Itu faktor usia. Datang yang semakin berumur, semakin besar biaya. |

| | | |
|-------------|---|--|
| M2 | : | klo dari mutu |
| M6 | : | Klo biasanya dari soft skill lebih baik, kepuasan pasien juga meningkat. |
| Pewawancara | : | Bagaimana upaya kendali mutu dan biaya di semua golongan kepesertaan? Ada perbedaan ga mengatur di kelas 1, 2,3 |
| M2 | : | Kendali mutu di kelas 1,2,3, Perbedaan pasti ada dok dari jumlah biaya Gedung dok. Klo dari obat, makanan itu sama. Biaya Gedung saja mempengaruhi, luas Gedung, unit cost yang berpengaruh pada biaya. Selainnya dari segi obat, alkes semuanya sama. |
| Pewawancara | : | Selain laporan manajemen disampaikan ada biaya kelas 1,2,3, ternyata per orangan itu juga beda gmn? Apa yang mempengaruhi? Atau apa sih upaya kita kendali biaya kita dan mutu dari kelas 1,2,3. Sulit ya. |
| M5 | : | Faktor yang dibayar oleh bpjs yang penyakitnya terdiagnosa. Sedangkan kita dari perawat kita dan lainnya |
| Pewawancara | : | Apa kendali kita di semua kelas? Misalkan apa beda kendali mutunya sama ga di semua golongan itu? Kendali mutunya sama. Klo di kelas 3, misalnya biasa aja. Apakah kendali mutu kita sama kelas 1,2,3 dan apakah ada keistimewaan? Gimana? |
| M6 | : | Klo ga sama kan.. |
| Pewawancara | : | Implementasi kita kendali mutu sama ga. Perlakuan mutu sama ga di semua golongan. |
| M4 | : | Klo mutu kita pasti beda dong klo penangana di Lukas, beda dengan fransiscus, atau Elizabeth. Klo mutunya |

| | | |
|-------------|---|---|
| | | harusnya sama, mungkin kadang jumlah pasien atau beban kerja itu bisa berpengaruh. Sebagai banyak pasien di fransiscus atau Elizabeth kadang mutunya menurun. |
| Pewawancara | : | Harusnya kita evaluasi ketenagaan, jumlah kamarnya sama, tapi jumlah bednya beda. bisa ikut nimbrung, kendali mutu kita di semua golongan kepesertaan, sama atau berbeda, klo berbeda gimana? |
| M4 | : | Mungkin beda di jumlah perawat klo di Lukas itu perawatnya lebih sedikit dibanding yang lain. Yang lain 16 klo di lucas 15. Klo mutu pelayanan saya rasa diusahakan sama. |
| Pewawancara | : | Ya. Klo kendali biaya gimana apakah sama? Atau kadang ada perbedaan, klo kelas 1 pasti bisa. |
| M3 | : | Klo kelas 1 ada fasilitas AC, TV dsb. Agak berbeda dengan fasilitas memakai listrik pasti juga beda. Klo kendali biaya sama, costnya sama, costnya tinggi, alat lebih tinggi. |
| Pewawancara | : | klo kendali biayanya sama atau berbeda dimana? |
| M3 | : | Klo fasilitas mungkin berbeda, klo yang lain dsb biayanya sama di semuanya. |
| Pewawancara | : | Jadi gimana kendali biayanya sama? Oh atau karena yasudah lah kita hemat karena biaya rendah. |
| M3 | : | Klo laporan lalu kelas 3 menyumbang minusnya besar klo dibagi dengan jumlah pasien malah lebih besar di kelas 1. Kemudian penyebaran biaya dibanding kelas 3. |
| Pewawancara | : | Iya ini bahwa kita bilang mutu adalah efisien di semua pasien. Biayaanya yang dibebankan pasien sesuai kebutuhan medis. Jadi biaya yang sesuai dengan kebutuhan |

| | | |
|-------------|---|--|
| | | <p>medis. Biaya non medis fasilitas tadi, CV, TV. Ini pengertian kendali mutu dan biaya. Kita lanjut ke prinsip ekuitas. Hasil kuesioner tadi kita dianggap peserta JKN itu kita adil.</p> <p>Artinya ekuitas, 80% sekian. Bagaimana tanggapannya sudah tercapai atau belum apakah tidak tercapai? Itukan penilaian peserta JKN.</p> |
| M4 | : | <p>Klo menurut saya sih sudah menerapkan kendali mutu. Kita harus menerapkan itu. Jadi pencapaian sebenarnya sudah tercapai. Kita mengikuti aturan yang ada.</p> |
| Pewawancara | : | <p>apakah sudah tercapai prinsip ekuitas?</p> |
| M1 | : | <p>Secara prinsip ekuitas JKN sudah tercapai dok. Jadi pasien yang tersendiri, tapi rs belum.</p> |
| Pewawancara | : | <p>Bagi pasien sudah nih terpenuhi. Tapi kok bagi rumah sakit belum?</p> |
| M1 | : | <p>Secara hak dan kewajiban sudah sesuai dengan, secara hak belum sesuai yang didapatkan dan diberikan ke pasien.</p> |
| Pewawancara | : | <p>Misalnya seperti apa?</p> |
| M1 | : | <p>Pasien sudah dapat perawatannya tarif tidak sesuai yang dibayarkan dengan JKN, pembiayaan diagnose lebih rendah.</p> |
| Pewawancara | : | <p>apakah prinsip ekuitas sudah tercapai di rs mis lebak ini?</p> |
| M2 | : | <p>Secara prinsip ekuitas ini</p> |
| Pewawancara | : | <p>Prinsip ekuitas sesuai dengan pelayanan dan kebutuhan medisnya. Tidak terpengaruh atau tidak terikat di akelas 1,2,3 kebutuhan medisnya sama.</p> |
| M2 | : | <p>Di rs misi di kelas 1,2, 3 sudah menerapkan diberikan ketentua, masih dok. Ada beberapa kasus tertentu tidak</p> |

| | | |
|-------------|---|--|
| | | <p>ekuitas di rs misi. Dilihat dari billing claim kelas 1, 2,3 berbeda kelas 1 masih ada spare sisa, masih bisa memberika tindakan pelayanan, kelas 3 udah pas. Pelayanan ada perbedaan hanya kasus-kasus tertentu saja dok.</p> |
| Pewawancara | : | prinsip ekuitas sudah terpenuhi di rs misi? |
| M5 | : | Klo dari saya prinsip ekuitas itu selisih yang ada, kan masih ada diatas 20%. Bisa dikatakan prinsip ekuitas tidak berjalan, misal kasus-kasus hampir semua dari JKN aja billing aja dari nilai bpjs. |
| M3 | : | Klo bicara kebersamaan itu bisa tercapai hanya Sebagian dalam arti biaya berpengaruh, melihat unit juga iya, dan klo sudah tentang kegiatan sudah dilakukan dalam angket udah masuk disitu. Pada prinsipnya ekuitas sudah dan belum yang kita lakukan. Dengan melihat billing apa yang harus kita lakukan, tidak kita lakukan. Itu kendali. Billingnya hanya ada sekian. |
| Pewawancara | : | <p>Ada lagi tambahan? Dokter atau bu yuni mendebatkan ekuitas, keadilan. Klo dokter felly bilang ke pasien sudah. Artinya hak sudah terpenuhi, kelas 1,2,3 tidak peduli, biaya tidak memperhatikan kelas. Mutu sama. Klo di biaya ternyata beda, billing lebih besar dari klaim yang dibayarkan. Prinsip ekuitas ini di Kesehatan lebih besar, misalnya gender. Perlakuan kita sama ga perempuan dan laki-laki. Disabilitas, sudah banyak ga yang mengakses pelayanan. Kemudian soal kekayaan, ekonomi, kadang kita memperlakukan yang kaya lebih baik daripada yang miskin.</p> |

| | | |
|-------------|---|--|
| | | Atau juga rujukan, apakah itu sudah adil. Kadang aja ga mau dirujuk bagi yan kurang mampu. Keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Bagi pasien aja sendiri prinsip ekuitas ini terpenuhi ga, baik itu kaya, miskin, disabilitas, gender, tidak ada perbedaan kira-kira. Dokter irwan mungkin bisa membantu menjawab. Pemahaman kita tentan ekuitas itu kan katanya keadilan, kesetaraan dalam keadilan. Apa yang diterima harus sama dengan yang dikeluarkan. |
| M2 | : | Masih belum sesuai yaa dok. Beberapa pasien juga tergantung rumah sakit juga. Apalagi kelas standar, jadi prinsip-prinsip itu mau ga mau harus dijalankan. Strategi rumah sakit pun harus ada perubahan dok. |
| Pewawancara | : | Dari segi prinsip ekuitas, peristiwa ini, sudah dipahami? Apakah persepsi kita sama? Yang diharapkan itu dengan yang di peraturan. Bayangkan di peraturannya begini oh sudah sesuai lah dengan kita sama lah dengan gambaran perspektif saya dengan peraturan. |
| M4 | : | Klo yang saya tahu ya hak dan kewajiban. Sesuai dengan hak pasien, misalnya edukasi, informasi pasien masih ada yang tertinggal. |
| Pewawancara | : | Sudah sesuai ga menurut dokter prinsip ekuitas? |
| M1 | : | Ga sesuai. Prinsip ekuitas menurut JKN lebih ke pasien bukan rumah sakitnya, harusnya prinsip itu dijelaskan kepada peserta. Karena itu kan hanya medis itu atau hak peserta dapatkan bukan rumah sakit. |

| | | |
|-------------|---|--|
| Pewawancara | : | Hanya untuk pasien saja ya ternyata tidak berlaku untuk rumah sakit. |
| M1 | : | Diluar dari biaya, padahal kan rumah sakit tidak jauh dengan pembiayaan. |
| M3 | : | Dari pasien, rumah sakit telah menerapkan itu. Pasien kita keadilan disitu tapi Kembali mungkin pelaksanaan terkendala disitu. Itu dari kita sudah sesuai dengan aturan yang ada, tapi pemahamannya masih belum. Tapi ke pasien keadilan belum semuanya terealisasi. |
| M2 | : | Untuk pasien sudah disampaikan dalam prinsip ekuitas itu, klo dari kita sudah menerapkan itu dan memang ada sesuatu yang dipahami. Pemahaman pasien tadi dari sisi pelayanan memiliki akses yang sama kadang ada faktor lain seperti kit aitu bikin pasien senang atau nyaman. Prinsip ekuitas tadi sudah sejalan. |
| Pewawancara | : | Kira-kira isitilah ekuitas pengertiannya setuju yang mana? Ini ekuitas atas atau bawah? |
| M4 | : | Klo liat pengertiannya, yang atas. Klo yang bawah rs dituntut terikat. Pasien menuntut seperti ini. |
| Pewawancara | : | Seperti itu hanya medisnya ya. |
| M5 | : | Atas dok. Karena sama-sama tidak merugikan individu berika dan dapatkan. |
| Pewawancara | : | Klo yang atas gimana, yang miskin gimana dapat yang jelek dong? Yak an klo atas karena harus sama, saya berikan ini, saya dapat. Saya beri 100 ribu, obat berapa. Saya beri 100 juta dapat 100 juta. |

| | | |
|-------------|---|---|
| M3 | : | Klo soal mutu kan sama saja hanya beda di fasilitas. Tapi maksud saya apakah sudah dikeluarkan diberikan itu yang didapat. Tapi klo sama JKN kan beda dok, semua harus disamakan. |
| Pewawancara | : | Pak suto gimana untuk istilah ekuitas itu sendiri ya? |
| M2 | : | Yang atas dok. Supaya ga rugi besar kita. |
| Pewawancara | : | Ekuitas itu kesamaan mau yang miskin bisa, mau yang difabel bisa akses. Jadi jarang diuntungkan. Dari situ kita bisa ekuitas, sudah memenuhi kebutuhan akses ga. Difabel yang bisa, mungkin yang miskin bagus kita sudah memberikan akses. Rujukan sudah tapi tidak mau, karena tidak mampu akomodasinya. Ekuitas dalam Kesehatan gimana? Ini dari dokter Ridwan gimana sebaiknya gimana kombinasi? |
| M1 | : | Kombinasi yaa dok, berapa yang dikeluarkan harus sesuai dengan yang didapatkan. Tapi di satu sisi bpjs kan berapapun itu subsidi silang, goton royong. Itu win-win solution. Misalnya penyakit yang disebabkan dirinya sendiri, perokok. |
| Pewawancara | : | Pertanyaan terakhir, untuk menerapkan prinsip ekuitas, pasien kita sudah penuhi haknya. Bagaimana melalui kendali mutu dan biaya? Dokter felly silakan? |
| M5 | : | Lagi mikir dok... |
| M2 | : | Rumah sakit berarti harus memikirkan sedetail mungkin dari suatu yang dikeluarkan. RS mengeluarkan paket juga dari sisi mutu dan biaya. Contoh, bisa dikeluarkan obat, |

| | | |
|-------------|---|---|
| | | Tindakan sehingga memenuhi apa yang diberikan dari bpjs misalnya kekurangannya, misalnya bpjs nya dengan cara seperti itu, diagnosa beda. |
| Pewawancara | : | Berdasarkan penelitian di luar negeri, case manager itu ada untuk pengendalian biaya pasien asuransi social misalnya bpjs Kesehatan. Nah pak suto bagaimana caranya? Apa saja? Bu yuni? Caranya bagaimana menetapkan prinsip ekuitas melalui kendali mutu dan biaya. |
| M3 | : | Clinical pathway perlu dibuat untuk diagnose yang besar dan tinggi harus dinformasikan kepada pasien |
| Pewawancara | : | Lalu? Agar prinsip ekuitas ini diterapkan? |
| M1 | : | JKN aja mengeluarkan diagnose secara paket, jadi rs bisa mengeluarkan secara paket. Jadi misalnya dispepsia, misalkan dipakai 3 hari. Dimana obat-obatan diluar cp itu. Kemudian dengan case manager, saya rasa membantu dalam hal kedekatan pasien, masalah pasien, apa yang dibutuhkan dari pasien itu sendiri, alasan pasien masuk memang dari penyakitnya atau bukan. |
| Pewawancara | : | Soal mutunya tadi diangkat soal biaya, tadi rendah banget, kita kendali biaya, tapi kendali mutu, apakah kita yakin sudah segini atau masih harus ditingkatkan? Upaya kendali mutunya apa, tadi lebih banyak kendali biaya? Mutu sudah pas, biayanya yang rendah makanya jadi ga ekuiti. Bukan pasiennya yang membanding mutu dan biaya. Pak suto ada yang mau ditambahkan pak belum keluar tadi? |
| M2 | : | Sebagian sudah kita lakukan seperti cp, tentang bagaiman mengimplementasikan itu. Apakah sudah atau Sebagian |

| | | |
|-------------|---|--|
| | | pasti berpengaruh dengan kendali biaya yang ada. Klo untuk mutunya sendiri cukup kita lakukan dengan baik. |
| Pewawancara | : | Ada yang mau ditambahkan? |
| M2 | : | Mungkin kita ada upaya untuk terus mengasah kemampuan dan memang belum ad acara kerjanya. Itu medisnya. Tapi juga mungkin dari sisi bukan medisnya, ketilitian terus dikembangkan. Tadi yang dikeluarkan sama dengan yang dimasukkan. |
| Pewawancara | : | Baik. ada yang ingin disampaikan? |
| M2 | : | Kesimpulan, itu prinsip ekuitas dari segala aspek. SDM itu dari pegawainya harus memiliki skill yang mumpuni, yang sudah ada diasah kembali. Minta skilna untuk tindakan, informasi. Dari dokter ke clinical pathway, harus dalam bentuk paket. Sehingga rs bisa menurunkan biaya tidak ada selisih pembayarand dari bpjs. |
| Pewawancara | : | Baik. Jawaban-jawaban kita bungkus dalam rangka penelitian. Sumbangsih pemikirannya saya ucapkan terimakasih. Saya akan lanjut wawancara petugas bpjs yang mewakili. |

Lampiran 7

Verbatim PPA RS Misi Lebak

| | | |
|-------------|---|---|
| P2 | : | kemudian..,itu menutup pelayanan ya pak? Sampai kecepatan.. berarti di rumah sakit misi ya pak? |
| Pewawancara | : | Iya kita di rumah sakit misi. |
| P1 | : | Berarti pelayanan kita udah cukup lumayan bagus ya dok ya? Kemudian yang mempengaruhinya, mungkin, itu untuk pelayanan ya pak? |
| Pewawancara | : | Ya untuk pelayanan. |
| P2 | : | Untuk pelayanan dari sisi IGD kemudian sampai kecepatan pemberian obat. Kemudian ketelitian juga. Kemudian pemberian kayak transfuse darah gitu dok. Sama tips pasien yang membutuhkan obat-obatan yg memang harus dikasih itu dari pasiennya atau(menit 01.16). Ini penggunaan obat-obatan diseragamkan dengan kebutuhan billing kita dok. Kan tiap penyakit itu ada jumlah dananya sesuai yg telah tersedia ya. Itu kita harus bisa oh obat ini harus bisa untuk berapa hari, karena selama ini kita lihat melebihi peralatan .. untuk pemberian obat dok. Tapi kita disini udah lakukan ya memang apa ya agak susah dok. Klo biaya ini tergantung dari keadaan pasien juga. Kadang-kadang kan kayak pasien itu kadang di hari pertama atau kedua demamnya, klo untuk perawatan yang lama, kadang pasien datang di masa kritis itu udah enak. Kadang di hari ke-4 dan ke-5, kemudian beberapa hari kemudian trombosit nya |

| | | |
|-------------|---|--|
| | | turun naik gitu. Stabil. Tergantung dari kondisi dari pasien jg dok. |
| Pewawancara | : | Baik terimakasih. Dokter yanuar. Bisa menambahkan klo di mata itu faktor yang mempengaruhi kendali mutu dan kendali biaya. |
| P1 | | <p>Kendali mutu dulu. Saya masih agak bingung. Klo saya sehari-hari lebih ke pasien gitu ya. Misalnya herpes simplex ya. Misalnya dengan virusnya. Covirnya... 2 minggu (menit 04.03). minumnya 5 kali. Jadi itu cukup banyak jumlahnya. Maintenancenya bisa sampai setahun. Itu yang saya agak bingung dari bpjs. Klo control katanya sebulan. Baru bisa ditanggung lagi. Ga tau saya bener apa ga. Trus klo ngasih obat sebulan jumlahnya banyak banget ya. Kayaknya bayarnya berapa 2 ratus ribu. Tapi obatnya sekian banyak. Apakah cocok. Itu satu ya. Patokan yang 1 bulan itu saya ga terlalu ngerti kenapa dari bpjs itu. Tapi 1 lagi ga semya pasien itu bisa control 1 bulan. Klo darurat itu perlu dilihat dulu seminggu, dan itu obatnya cukup banyak ga masalah. Tapi biaya untuk rumah sakit cukup besar. Saya itu tadi faktor yang mempengaruhi itu tadi dari bpjs, dari kita sendiri obat-obat yang dipakai kadang....(nama obat 05.53). harganya sekian puluh ribu, jadi lebih murah, tapi persediaan obatnya juga abis. Contohnya itu lah. Itu termasuk ga dok kendala. Untuk baik harus ada apa SOP nya. Iya saya ngalamin gitu dok di poli. Kadang-kadang bingung dengan kebijakan bpjs. Banyak tindakan-tindakan tertentu misalnya digabungin kayak operasi ada sekaligus</p> |

| | | |
|-------------|---|---|
| | | tapi bpjs ga mau gant, gantinya cuma 1. Itu klo kita masukin itu aja. Ya. Betul. Ini bpjs bukan. |
| P5 | | Ya saya sedikit koreksi ya. Klo bpjs itu gimana ya 1 bulan hanya 1 kali ya. Memang itu aturan di admin nya ya, tp bpjs melarang harus mengikuti itu. Rumah sakit itu harus memberikan pelayanan tetap tidak melihat administrasinya. Kita dulu pernah dengan polosnya, petugas kita: bu ini cuma sekali sebulan, ga ditanggung nanti. Wah complain ke bpjs, bpjs datang ke kita. Tolong itu pasien ga perlu tau. Jangan begitu. Rumah sakit memberi pelayanan saja. Begitu. |
| P1 | : | Klo kendali mutu itu juga dok dikendalikan sama kebijakan bpjs. Kayak kaca mata itu, aturan bpjs akan ganti klo ukuran kaca mata lebih dari seperempat, klo seperempat ga mau ganti. Masalahnya klo kaca mata, mata kanan sama kiri berbeda. Satunya minus 1, satunya seperempat, ga mau ganti jg, masa ganti sebelah. Tapi sistemnya ditutup. Walaupun mata sebelahnya minus 10. Jadi kebijakan itu bpjs, mengurangi mutu kita, pasien pasti, ini gimana sih rumah sakit. Bpjs ga ganti. Jadinya kayak rumah sakit kita yang salah. Kadang yang seperempat ganti aja jadi setengah. Yah ga bisa. |
| Pewawancara | : | Itu siapa yang bilang dok? |
| P4 | : | Iyaa ga bisa pak hahah.. Kontranya ya pasien. Jadi kita terjepit. Pasiennya menuntut minta ganti, dimasukin ke sistem ga bisa, dari kita sendiri ganti dok. |

| | | |
|-------------|---|---|
| Pewawancara | : | Boleh ditambahkan dokter vena. Klo ada yang berbeda pendapatnya. |
| P3 | : | Ini biaya kali dok. Biasanya kan klinik itu obat-obatan diluar dari CP nya itu. Jadi mungkin bisa menekan biaya, kadang mengikuti klinik. Obatnya itu, kadang diganti yg lebih mahal biasanya. |
| Pewawancara | : | Baik biasanya dari CP ya. Jadi diikuti ya. Kemudian KMKB itu sama untuk semua golongan. Dokter yanuar ini misalnya memberikan pelayanan itu apakah Sama ke semua golongan, kelas 1, kelas 3. |
| P1 | : | Sama. |
| P1 | : | Sama kadang kita ga tahu ini kelas berapa. |
| P1 | : | Ga pilih kasih. Misalnya lagi operasi ya dok, operasinya gtu sama kelas 1,2 dan 3. Klo siapa yang duluan datang itu yg kita duluan layanin. |
| Pewawancara | : | Mungkin ada pendapat juga tentang upaya KNKT klo mutu sama ya, kita tidak membedakan, klo kendali biaya gimana ya, oh ini kelas 3 kita penghematan gini ya.. Ya sesuaiilah mana ada diskriminasi. |
| P2 | : | Oh gejalanya klo kita hemat, ga perlu nyari ini itu, bocor kan lah itu. (kosong tidak terdengar di menit ke 14.20-14.45). Klo pasien-pasien perawatan lama, kayak total care, cari rujukan kan susah. Kadang dapat kadang ga. Jadi kan pasien di kita jadi bengkok. Trus yand dirujuk biasanya ga mau dok (kosong tidak terdengar di menit ke 15.40-15.48). ga mau.lya. |
| P6 | : | Ya saya juga dulu ngalamin. Ga mau. |

| | | |
|-------------|---|--|
| Pewawancara | : | Baik, untuk Christine. Pendapat. |
| P6 | : | <p>Klo saya sih, untuk biaya, saya mikirin, gambaran kita dikasih tau, paket untuk ini berapa, jadi kita sudah familiar. Ini setengah juta. Klo di kita yg banyak diklesia gtu. Klo luasnya itu diluar kendali kita, dokter umum. Jadi apakah selama ini subsidi silang apakah bisa berjalan atau tidak. Misalkan jangan dimasukin ke dokter kulit, diganti dokter kulit cuma berapa, tapi klo dimasukin ke dokter anak dulu. Maka akan lebih besar 2.7 atau berapa, itu trik yang bisa kita lakukan gtu. Tapi ya pengetahuan kami belum ada. Dokter.... Sudah memberitahu pasien yang lolos. Kita baca mau diapain. Udah sepakatin ini. Ini pasien udah lewat biaya, Mungkin ada beberapa yang kena di kita. Ada rawat jalan yang pas, ada yang bablas. Jadi dokter umum memberi biaya sampa 300 ribu itu kelewat. Klo dari mutu, memang kendali mutu uda ada SPO kan dok. Cuma kita apa, kita belajar dari situ. CP nya bisa diingatkan itu, Ini lho SPO ini. Kemudian dokter spesialis diberi informasi itu. Pengobatannya kan di dokter spesialis. Misalnya P3, dokter spesialis keluarnya....(menit 20.30). Kadang-kadang pasien itu P3, ga mau dirujuk, ga mau dimasukin ICU. Itu yang pasti di IGD sih. Sodaranya Sofa itu, stepsis, apa P3. Ini benar-benar ICU. Yaudah penolakan, ga mau kan lebih murah ga mau juga. Yah itu mungkin itu saja dari saya.</p> |
| P7 | : | <p>Yaa itu pemasukannya. Barang kali kita bingung, biayanya udah berapa, Tindakan ini berapa ya. Tapi klo kita tahu, kita udah lepas, itu kita pakai ini. Atau kadang-kadang, bpjs juga</p> |

| | | |
|-------------|---|--|
| | | tahu. Saya maunya sih control seminggu, cuma ini, bpjs ga bisa nih. Jadi obatnya 2 minggu, 2 minggunya beli sendiri. Obatnya murah sih. Klo itu jadi masalah rumah sakit. |
| Pewawancara | : | Itu waktu kunjungan BPJS Serang ya, kan kita disini. Namanya Pak Dasrial. Jadi dokter itu ga perlu tahu, ini pasien bpjs, apa ga, yang penting pelayanan saja. Itu aja ga boleh tahu. Lalu klo bpjs, apakah obatnya beda. Kan gitu. Ga pakai bpjs obatnya beda. Apalagi klo diberi tahu. Ini ga bisa control. Ini klo rawat jalan, plafon nya hanya segini. Malah malah ga boleh ya. Tapi kan rumah sakit harus ada strategi. Ini di rawat inap aja, ini teman-teman dari kesmik tuh sudah bekerja, mereka ada Lembaga kerja ya. Kesmik bisa dilihat. Jadi ada billing harian, habis berapa ini, ada codingnya. Mungkin teman-teman kesmiknya ya semua sempat menulis itu. Status pasien mungkin ada PB, mungkin hari ke-2 baru bisa tegak, kan billingnya berapa, rekomendasinya gimana, inasibilisnya berapa. Udah keliatan hari ke-5, udah semakin banyak ya isiannya, hari ke-5 biling ke rumah sakit sudah 4 juta. Inasibilis 2.5. yaudah. Udah minus itu, biasanya hari ke-4 udah minus. |
| P8 | : | Dulunya saya itu sempat... (menit ke 24.40). Biasanya ga bisa karena bpjs tidak membuka. Jadi dikasih tahu, bu ini bpjsnya sudah selesai, klo ibu mau kita lanjutkan dengan P3 gitu.. hha.. padahal sebenarnya pasien mungkin oke aja. |
| P7 | : | Klo ga gini aja sih dok, klo rawat inap, dibatasan. Minimal 1 atau 2. Ga boleh lebih dari itu. Klo lebih dari itu mungkin apotek ngeliat ga di-acc karena ada obat paten. Gtu jadi |

| | | |
|-------------|---|--|
| | | spesialis dibatasin, biasanya dikombain tuh, kadang berapa 3 macam. Lebih baik dibatasin. |
| Pewawancara | : | Apakah masih bayar atau... obat paten terhadap pasien bpjs? Ga kan? |
| Pewawancara | : | Ya biasanya obat paten yang kita acc itu dok udah harga penyesuaian. Contohnya: omeprasol. Sudah penyetaraan harganya. Hanya emang ga dipilihnya sama lebih tinggi ... daripada omeprasol. Ini databasenya ya yang tadi subsidi silang, itu yang diminta bpjs. Artinya apa spesialisasi ini mensubsidi ini. Tapi kenyataannya tetap sama. Apapun kasusnya, klo kita globalkan, Kelas 1, 2, 3 tetap minus. Mau disubsidi apa lagi ya. Silangnya apa mau bengkok tetap sama aja. Sulit y akita menghadapi subsidi silang itu. Tapi kita tahu kita beruntung dapat dokter yanuar ya. Jadi mata ini mensubsidini ini. semoga selisilahnya ini berkurang dengan hadirnya mata itu. |
| P6 | : | Tapi itu masih terus bekerjasama dengan.... (menit ke 27.28)? |
| P5 | : | Ya kesmik kita. |
| P1 | : | klo kemarin itu misalnya mium ga dimasukin, ambil Tindakan-tindakan itu. Klo kita kan dokter bingung kan mau cari kode-kode itu kan. Jadi mesti ditanya terus-terusan, jadi orang bpjs nya sama itu. Klo kita kan periksa ini itu, udah ga sempet tuh tanya-tanyain. Banyak sih macam-macam. Jadi ada yang naya... (menit 28.11). memang kadang-kadang saya yaudah lah, misalnya ke |

| | |
|-------------|--|
| | <p>dokter mata, konometri misalnya 200. Ditambah usg mata jadinya dia tambah biometri, jadinya katarak, sama, tapi misalnya dia datang lagi, bulan depan. Kan sebulan kontrolnya, biometri, operasinya kapan, kasihan juga klo pasiennya jauh, kontrol-kontrol jadi korban. Ya ada beberapa kode masih belum, mungkin karena masih baru ya dok. Bukan dari sini dari perawat lah. Sudah sih ada beberapa yang datang. Misalnya yang tadi datang untuk USG, katanya harus minta apa, fotonya ya. Klo belum difoto aja kali ya. Jadi begitu tambah-tambahan gitu, sayang nanti klo didata, nanti ga ganti.</p> |
| Pewawancara | <p>: Oke dokter yanuar. Gtu. Kita lanjut ke slide terakhir ini. Diskusi kita. Klo tadi itu kendali mutu, kendali biaya. Apakah prinsip ekuitas kit aini dalam JKN misalnya peserta BPJS apakah sudah tercapai, apakah tidak atau hanya sebagian? Kira-kira siapa boleh memberikan pendapat?</p> |
| P6 | <p>: Ada yang belum, ada yang Sebagian tercapai. Klo yang belum mungkin kayak pasien-pasien yang perawatan lama, billing kita udah gedda, terjadi keburukan. Mungkin juga ada yang pasien dirawat tapi sembuh pada waktunya maksudnya 2-3 hari pulang. Itu aja dok.</p> |
| Pewawancara | <p>: Saya tambahkan lagi agar makin bingung ya. Prinsip ekuitas umum dan JKN ini berbeda. Ekuitas disederhanakan adalah kesetaraan dalam keadilan. Bukan keadilan saja ya, misalnya kan itu justice. Lain dengan equal adalah keseimbangan. Itu yang rancu. Ekuitas ini dalam KBBI ini ga ada. Tapi ini udah dipakai sejak lam. Evaluasi dari</p> |

| | | |
|-------------|---|--|
| | | <p>Kementerian Hukum dan HAM belum ada definisi yang jelas tentang ekuitas dalam UU No. 40 Sistem JKN. Nah slide ini kan definisi dalam prinsip kesamaan. Dalam penjelasan pasal 19, persamaan intinya, jadi pasien kelas 1, 2, 3 harus sama, perlakuan kita sama. Sesuai kebutuhan medis, itu tadi bingung tentang prinsip ekuitas. Klo tadi hanya melihat dari mutu dan biaya, klo melihat ekuitas itu sendiri dari sudut pandang pasien kan. Persamaan dalam memperoleh pasiennya memperolehnya sama. Tanpa membedakan iuran. Klo kita jadi peserta JKN atau BPJS, kita sudah mendapatkan ekuitas ga di rumah sakit misi ini. Berarti sudah ya, dari sudut pandang pasien. Sama ya.</p> |
| P5 | : | Hanya tempat tidur saja. |
| Pewawancara | : | Klo itu dimaklumi. Dokter yanuar gimana? Klo dari sudut pandang pasien? |
| P1 | : | <p>Sama. Klo datang duluan, kelas 23 kelas ya 3. Klo di karawaci, bukan mau membandingkan ya dok. Karena kebetulan saya nyasar nyari psikiater disana, ketemu di siloam karawaci, ya oke. Parkir mobilnya dekat dengan bpjs punya. Apalagi lagi COVID tinggi-tingginya, itu saya masuk, itu kayak pasar, penuh. Saya tanya dokter tariwan dimana, oya, nanti jam 12. Janjiannya 10 ya. Saya tungguin ga datang. Saya telepon. Lo dimana, ini lagi nunggu. Lokasi sebelah lo salah. Sampai disana kayak hotel, sofanya luar biasa.</p> |
| Pewawancara | : | Jadi rumah sakit S ini melakukan diskriminasi, dengan pembeda itu lho. |

| | | |
|-------------|---|---|
| P1 | : | Itu klo saya jadi peserta saya ga mau tuh pakai bpjs saya. Haha. Takut penuh banget. Jadi ga ada pengaman disana, menurut saya. |
| P3 | : | Klo dari sisi pasien itu ekuitas tercapai. Kemarin saya juga tanya ke bpjs, dia menjawab dari sudut pandang bpjs. Belum tercapai juga dok. Kita lebih banyak pengeluaran daripada pendapatan. Soalnya kan yang mengakses layanan in ikan cukup banyak apalagi yang menghabiskan dana social itu, historinya selalu deficit. Surplusnya cuma 2020, karena COVID menurut saya. Menurut yang awam ya, wah sukses ini bpjs. Sukses mengatur keuangan gimana gitu. Karena itu juga apakah ada pengaruh kenaikan iuran, kelas 1, 2, 3 naik. Bisa jadi karena itu. Itu karena lebih pada pandemic. Bisa dilihat dari sudut pandang, pasien, rumah sakit misi dan bpjs. Klo dari rumah sakit misi gimana menurut dokter yanuar? Sudah terjadi ekuitas ga? |
| P1 | : | Klo dari sisi pasien berobat mata misalnya, operasi pun ga masalah. Klo sudut dari saya sendiri, kita sudah memenuhi. |
| Pewawancara | : | Klo pasien mungkin ada yang belum dok. Misalnya saja saya ga pernah memanfaatkan bpjs, wah saya saja ga ada ekuitas. Itu beda lagi, prinsip gotong royong, yang tidak pernah sakit, akan membantu yang sakit. Silakan dokter yana sampaikan pendapat. |
| P5 | : | Klo dari sudut pandang pasien sudah tercapai. Karena kan IGD aja kita ga tau dia di kelas berapa, kan mungkin ada yang ga bayar. Tapi kan sama aja melayaninya. Klo di IGD itu ekuitas itu tercapai antara harapan pasien dan yang kita |

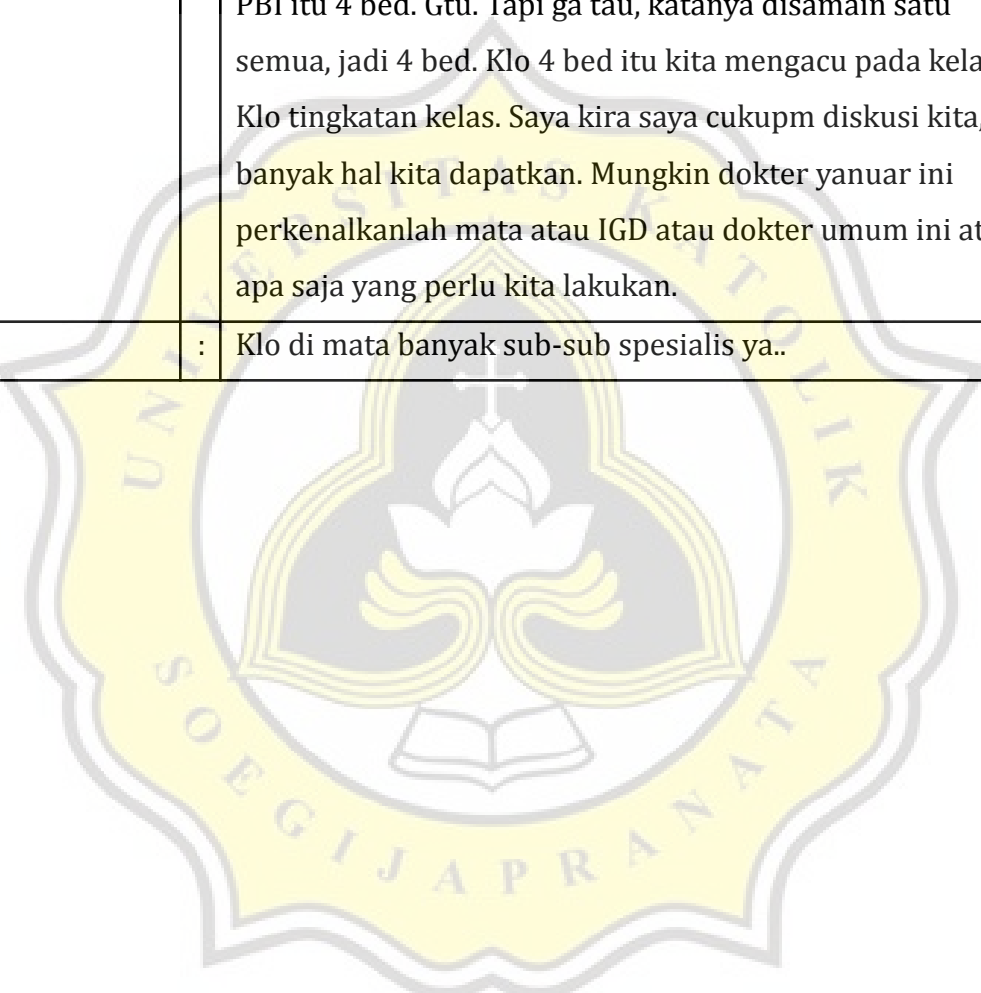
| | |
|-------------|--|
| | <p>berikan. Pasien itu misalnya melihat itu dokter-dokter itu jadi kecepatan kita memprogramkan mereka itu, kecepatan metransfer, itu yang mereka suka. Yang di ruangan itu mungkin belum tercapai. Karena mereka sudah tahu, klo bpjs itu 3 hari sudah dipulangkan ya. Karena saya ya ga apa-apa dipulangkan, kan yang penting ada perawatannya daripada ga berobat sama sekali, klo pasien jantung ya seperti medical check-up karena sebulan sekali, jadi 2-3 hari. Daripada mereka sama sekali parah, dalam setahun pakai ini itu semua, segala macam. Jadi mereka sudah mulai tahu. Padahal masih lemas, kamu udah dipulangkan. Ada yang kayak gitu. Pasien langganan. Sampai ada yang dirawat, kemudian saat control itu kan distersia datangnya, kemudian 7 hari control kan ke dokter. Parkiran itu jantungnya kumat klo ga salah, datang untuk, udah distersia, kayaknya masuk IGD apa dengan jantung lah. Waktu itu. Yah ga terduga, Namanya juga serangan jantung. Itu extreme aja kan.</p> |
| P4 | : Ada pasien tahu dipulangkan oh pulsanya udah abis nih. Jatahnya udah abis dari bpjs. Mereka udah tahu. |
| P5 | : Udah tahu. Jadi mereka udah tahu standarnya sendiri. Kadang kita bilang maaf ya bu, emergensinya sudah teratasi, tapi ini vertigonya masih, tapi udah bisa dirawat di rumah. |
| Pewawancara | : Tapi kita ga segitunya, kita harus ber pengertian juga. Ga harus 3 hari. Ini aja ada contohnya. Bagaimana ini cara prinsip ekuitas terjadi, bukan hanya skala kecil mikro di |

| | |
|----|---|
| | <p>rumah sakit, tapi coba berpikir ke sistem kesehatan di kita, regulasinya. Apakah harus diperbaiki regulasinya ekuitas, apakah bpjs nya harus begini? Karena ekuitas itu definisinya banyak, ekuitas dalam pelayanan kesehatan itu beda dengan JKN. Kesamaan itu tanpa membedakan biaya. Kesetaraan gender, bisa mengakses, difabel, sistem rujukan, nah kita juga ada kekurangan dalam sistem rujukan. Karena ada yang terhambat dalam mengakses itu gtu. Karena terkendala biaya, wlo mereka bpjs butuh biaya juga, ke Jakarta. Mending klo kita satu daratan, klo yang di Papua. Adanya rumah sakit kelas D, yaudah. Rumah sakit kelas B harus naik pesawat lagi. Ini gimana? Kan naik pesawatnya susah lagi. Itu ekuitas ya dalam pelayanan Kesehatan, akses.</p> |
| P1 | <p>: Saya rasa regulasinya dok lebih diperbaiki. Mereka kan sudah memperbaiki kelas apa, saya ga tau tuh dampaknya gimana nanti. Pengalaman saya, regulasi—regulasinya banyak yang di pusat seperti ini, sementara mereka di daerah mereka bikinnya beda lagi. Contoh, pasien operasi katarak. Itu yang dipakai Permenkes, apabila kita melakukan manual....(menit ke 47.05) session ya denga nada faktor pengorbitnya missal dengan hipertensi, diabetes, itu dirawat inap. Nah itu dirawat inap lebih mahal, klo rawat jalan, operasi manual..session itu jalan itu 3.5 juta. Klo rawat inap bisa 5.5 juta. Itu tertulis di Permenkesnya begitu. Tapi di daerah mereka dengan berbagai cara, mereka mengatakan pada saat operasi misalnya minum obat ya,tekanan darah normal, harus</p> |

| | |
|--------------------|--|
| | <p>rawat jalan. Klo di Permenkesnya, klo ada pengorbit harus rawat inap. Kan pengorbit ga bisa lepas walaupun tensi nya normal. Klo di rumah abis operasi tinggi gimana. Tapi ya itu, regulasinya itu sendiri. Saya melihat ujung-ujungnya untuk menghemat. Dokter bisa bayangkan saja, kadang-kadang bertentangan dengan kebijakan pemerintah sendiri. Contoh bagaimana kita mengurangi kebutaan, satu-satu jalan dengan operasi. Jadi kebijakan ini sudah tanda tangan dengan WHO, dilanggar dengan memberika kuota. Itu kan aneh. Harusnya dengan banyaknya operasi, regulasi ... (menit ke 49.20) berdampak. Jadi udah ada semboyan, right to sight, hak untuk melihat. Tapi regulasinya masih perlu diperbaiki. Yang paling pas masih perlu nirbayar ya, tapi mereka tahu ga bayar premi tidak sama sekali. Mungkin nuansa politis nya kuat ya.</p> |
| <p>Pewawancara</p> | <p>: Ya sebenarnya biaya itu lebih adil sih. Tapi standarnya dilihat benar ya. Standar itu dari kelas. Iurannya tarif tunggal, misalkan 100.000 udah. Akan lebih hemat kita, klo sakit barulah.. ahh ga mau lah dirawat di kelas standar, saya mau di kelas VIP. Ga papa nambah kan. Klo itu lebih adil. Klo kita sakit, baru nambah lagi. Daripada bayar mahal, ga sakit-sakit juga, kita ga ingin kita sakit juga.</p> |
| <p>P1</p> | <p>: Operasi katarak misalnya, kita tahu kan lensa itu kan macam-macam, cuma diganti dengan 3,5 misalnya kita mampu dengan lensa... (menit 51.03). Pasiennya mau nih lensa yang bagus gitu dok. Contoh pasien (menit ke 51.12). kita bisa pakai lensa fori (menit ke 51.17), jadi</p> |

| | | |
|-------------|---|--|
| | | lensa itu ada suhu nya, kita putar sumbunya dia, di 90 derajat, maka netral itu. Tapi pasien yang mau, pasien yang mau bayar pun ga bisa. Begitu pasien itu bayar, langsung ga diganti semua. Lensa fori itu bisa 3 juta, 4 juta. Ya ga nutup sedangkan rumah sakit mau bayarin 3.5. nah itu, diam-diam rumah sakitnya nanti yang, klo pasien depan kita iya, iya, tapi abis itu ngadu. |
| Pewawancara | : | Baik, dokter sri mungkin ada tambahan lagi. Bagaimana yaa caranya kita meningkatkan lagi atau menjalankan prinsip ekuitas ini? Baik kita lanjut ke dokter felis saja. Saya ke toilet dulu ya..ini ada rekaman. Silakan dilanjut |
| Pewawancara | : | mau nanya apa |
| Narasumber | : | Misalkan sih, belum terjadi.. |
| P6 | : | Apakah nanti itu kelasnya ditiadakan jadi apa gimana dok? |
| Pewawancara | : | KRIS, singkatan dari Kelas Rawat Inap Standar itu memang non kelas. Ga ad akelas 1, 2, 3. Ada kriterianya itu, ada 12 kriteria. Tapi berarti kita berpikir gimana, tarifnya bagaimana, kan harus single dong. Kan tarifnya standarnya, tapi di kita nya, rumah sakit harus ada standar 1, 2, 3 untuk yang non-BPJS kan. Hanya BPJS itu non kelas, kelas standar, nah itu masih bingung. Masih digodok. Ga tau kapan. |
| P6 | : | Kok dapat ruangan sama, kok saya dapatnya bagus, trus ada yang ruangnya itu begini. Klo begini kan, kelas 1, dan kelas 3. Gimana ini. Klo kelas standar begini. |
| P7 | : | Salah sendiri pakai bpjs. Haha. Lho boleh pindah kelas, atau naik kelas. Tapi dia nambah biaya, pasti. Kelas standar |

| | | |
|-------------|---|---|
| | | berarti pasti kelas paling inferior. Berarti bpjs itu pasti inferiorlah. |
| P8 | : | Yang PBI itu beda sama yang bayar itu dong? |
| Pewawancara | : | Katanya PBI itu standarnya 1 kamar itu 6 bed, klo yang non PBI itu 4 bed. Gtu. Tapi ga tau, katanya disamain satu semua, jadi 4 bed. Klo 4 bed itu kita mengacu pada kelas 2. Klo tingkatan kelas. Saya kira saya cukupm diskusi kita, banyak hal kita dapatkan. Mungkin dokter yanuar ini perkenalkanlah mata atau IGD atau dokter umum ini atau apa saja yang perlu kita lakukan. |
| P1 | : | Klo di mata banyak sub-sub spesialis ya.. |



Lampiran 8

Verbatim BPJSK Serang 1

| | |
|----|--|
| B1 | : Kendali biaya nanti ini akan berhubungan dengan mutu sih. Jadi memang dalam membeli pelayana 1 dulu, dalam memilih 1 rumah sakit kami akan melakukan tahapan credentialing. Jadi dimulai dari situ, tahapan ini jadi dasar bahwa rumah sakit yang Kerjasama kita beberapa jenis pelayanan akan kita beli sesuai standar yang berlaku. Standar tentunya credentialing itu kebijakannya Permekenkes ya dok. Dari situ dituangkan berdasarkan jenis-jenis rumah sakitnya. Nanti itu yang kita kroscek di lapangan, nanti hasilnya, yang pasti diawali dengan assessment ya. Kita kasih assessment ke rumah sakit nanti dia isi lalu dilanjutkan dengan proses di lapangan lalu proses seperti biasa seperti di rumah sakit. Nanti kita akan sesuaikan data lapangan dengan rumah sakit. Nah pasti nanti ada nilai-nilai yang standar kita sebut, nanti nilai sama dengan diatas 75, itu layak kita kerjasamakan. Kita melalukan kendali biaya dan mutu dong. Karena klo rumah sakit tidak lolos proses credentialing berarti tentu tidak terjadi kendali biaya dan mutu. Jadi kita membeli standar yang ditentukan dari Menkes, ada standar syarat teknis, syarat wajibnya ya dok dalam format credentialing. Setelah proses credentialing bagi rumah sakit lanjutan, Analisa kebutuhan dong. Apakah daerah kita ini apa memerlukan penambahan atau perluasan faskses Kerjasama. Ini sama klo dokter menanyakan ektp atau rdtdl sama. Nanti dari situ |
|----|--|

| | |
|--|---|
| | <p>Analisa kebutuhan kita kaitkan dengan jumlah penduduk dan peserta cakupan JKN di daerah tersebut. Lalu melakukan tahapan Analisa kebutuhan tempat tidur dengan jumlah cakupan penduduknya. Dari sini akan bergerak, ada beberapa lagi ya, klo rumah sakit yang Kerjasama tentunya kita mint data boardnya. Karena ini menjadi wilayah tersebut klo bornya cukup tinggi akses Kerjasama dengan rumah sakit atau erktp. Sehingga karena kita melihat jumlah kepesertaan kita, jumlah penduduk dengan JKN. Dari situ nanti klo setelah kita kaji Analisa ternyata memang butuh penambahan akses pelayanan maka kita membutuhkan Kerjasama dengan rumah sakit tadi. Dalam istilah kami strategi purchasing, tidak akan lepas dari kendali biaya dan mutu. Jadi bagaiman dengan kendali biaya? Ga berhenti disitu kan dok. Nanti dengan tarif JKN yang ada, BPJS yang mengatur. Kita menerima. Mungkin tingkat pusat ada pembahasan dengan BPJS gitu.kantor cabang yang melakukan pelayanan setelah yakin melakukan dalam kerjamakan dalam proses kendali biaya nanti koordinasi dengan rumah sakit supaya mereka paham dengan regulasi JKN dan sebagainya. Mereka memastikan dari pintu masuk, pertama setelah Kerjasama kita melakukan mapping dengan ektp dulu untuk pintu rujukannya. Melibatkan dinkes tentunya, nanti mereka akan melihat. Akses kita lihat. Setelah itu ada proses rujukan, dalam hal ini rujukan berjenjang dok. Klo menurut saya. Klo kita perhatikan dulu dengan PMK01 sebenarnya sudah diperhatikan lama dikeluarkan tapi kita belum</p> |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | <p>menerapkan. Klo dulu memang pasien mengakses kemana saja ga ada masalah, tapi tidak ada kendali biaya disitu. Jadi memang PMK 01 pasien ga langsung ke kelas B. ada perbedaan kelas B dan C. Jadi ada secara bertahap masuk ke kelas yang lebih tinggi. Tentunya biaya kendali biayanya dengan fktp dengan penerapan 155 ini eh bukan yaa dok yaa yang bisa dilayani di fktp? Nah PMK brp itu saya lupa. Itu tools yang bisa dipakai di fktp sebelum pasien datang ke rumah sakit, jadi disaring dulu. Mana yang pasien-pasien harus ke rumah sakit, klo ga ke rumah sakit pelayanannya ya cukup di fktp dengan pelayanan kebutuhan yang sarana prasarana yang ada. Kendali biaya di rumah sakit adalah dengan rujukan dia masuk ke rumah sakit. Kita tentunya juga melakukan di awal identitas yaa dok. Egilibitas peserta. Kita harus Bersama dengan teman-teman di rumah sakit yang turun ya, tools yang ada pada kita, yang kita titipkan, itu nanti akan melakukan proses egibilitas peserta. Tentunya jadi 1 kendali biaya kan. Karena kita pastikan penggunaannya akan terjadi kebocoran. Itu nanti diberikan pelayanan sebagainya, walaupun ranah medis itu hak bpjp ya ataupun rumah sakit punya pmpk untuk diterapkan. Tentu kita lihat juga pelayanan di rumah sakit ini sesuai dengan kebutuhan. Oke pasien datang sebagai pasien rujukan, pas di rumah sakit, dilakukan pemeriksaan dsb tentunya ini sudah dikunci di inasibijis. Klo tidak berkebutuhan dengan diagnosa penyakit pasien maka tidak akan mengubah tarif pelayanan disitu. Tentu tidak akan mengubah tarif biaya. Proses pengendalian biaya tidak</p> |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>berhenti di proses inasibijis, tentu ada hal-hal yang dilakukan dalam proses verifikasi. Gapapa saya lompat yaaa dok. Jadi setelah diverifikasi, tentunya di sistem kami, dalam durate, klo di egibilitas itu ada Namanya proseptif. Nanti dalam proses pelayanan ada durate. Durate itu kita tidak terlibat yaa itu rumah sakit, pmpk. Tanpa menghilangkan mutu pelayanan tadi. Apakah perlu melakukan pelayanan-pelayanan itu. Nanti akan masuk ases retro, artinya waktu sudah dilayanin kami dalam proses. Maaf durate itu proses verifikasi. Dilengkapi dengan filter yang ada di inasibijis, vd, verifikasi digital. Itu ada Namanya rules, filtrasi. Ini memang asal pmk26, berita acara kemenkes p2jk. Jadi itu dituangkan dok. Ini menjadi suatu kendali biaya dalam durate. Setelah proses itu, lanjutannya proses verifikasi pasca klaim. Yang kita lakukan rutin setiap bulan menyeluruh, nanti akan kita lihat apakah, masih ada tagihan-tagihan yang semestinya. Itu yang kita lakukan ke faskes untuk lakukan koreksi. Dan ditambahkan koreksi klaim, ada kekurangan atau kelebihan bayar maka jadi kewajiban masing-masing untuk dituntaskan. Klo proses di kendali biaya, tentunya dalam JKN ada kendali mutu, itu ada dalam pelayanan dan diramu dalam inasibijis. Tairf inasibijis harapannya pelayanan yang diberikan memang yang dibutuhkan medis peserta rawat jalan atau inap. Jika inasibijis tidak dilakukan maka sistem grouping ini tidak akan membuat top up pembiayaan. Klo di rawat inap, terjadi Tindakan pelayanan operatif yang 2 opjp maka itu akan menggrouping jadi satu kesatuan. Dia</p> |
|--|---|

| | |
|-------------|---|
| | <p>akan membaca kegiatan yang sebenarnya di wilayah yang sama, maka akan membayar tarif utamanya. Jadi itu di inasibijis dok. Jadi assess saya kendali mutu disitu.</p> <p>Sebenenernya kendali mutu sudah dari fktp ya dimana pelayanan ini dengan peer review dari kemarin, sekarang ga ada, itu adanya aplikasi berbasis kinerja. Jadi itu sudah kendali mutu.</p> |
| Pewawancara | <p>: Baik dokter Khatherine. Cukup jelas. Ini dari sudut bpjs yaa dok. Kami di rumah sakit mengertinya itu untuk mutu peneparapan indicator kepatuhan itu dok, yang ada 7 itu. 6 mutu, 1 biaya. Yang biaya sendiri udah jelas tadi ada prospektif, retrosperktif. Ada yang di fktp. Tadi sudah ditangkpa, bagaimana pendapat tentang kmkb versi rumah sakit? Rumah sakit kan harus juga melakukan kmkb karena Amanah sesuai undang-undang menjamin mutu peserta JKN. Mutu yang kita inginkan sama, yang sulit ini biaya dok. Klo biaya beda sudut pandangnya. Klo dari rumah sakit, beda. Klo menurut dokter Kath kira-kira apa saja yang mempengaruhi kendali mutu di rumah sakit dan juga kendali biaya di rumah sakit?</p> |
| B1 | <p>: Iya. Klo dari saya memahaminya, tentunya maka tadi saya bilang bergerakanya dari kendali biaya dulu nanti jadi kendali mutu. Memang pelayanan di fktp kita sudah menyaring, semua pasien yang berhak masuk ke rumah sakit, seperti apa jenisnya. Ini sudah diawali dengan pengendalian biaya dan mutu di fktp. Karena kita punya target sekian persen dari 155, dari masing-masing fktp ini</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>tidak perlu masuk dari rumah sakit, kecuali ini fktf sudah mampu melakukannya. Sampai di rumah sakit, pasien sudah terfilter dan proses di igd. Mana yang pasien yang harusnya rawat di rumah sakit. Tadi dokter deni bilang tidak sinkron kendali biaya dan mutu. Sebenarnya diharapkan dengan insentif terjadi gitu. Tapi kendali mutu oleh rumah sakit, saya melihat, tidak ada cpnya, clinical pathway. Ada pnpk yang diterapkan. Apakah ada sop di rumah sakit. Ini kan tinggal dicombine, atau merujuk peneparan, cp, pnpk atau sop. Tentu sop rujukannya pada clinical pathway tadi. Sehingga itu dilakukan rumah sakit oleh masing-masing peserta. Jadi klo kami percaya rumah sakit masing-masing memiliki kondisi medik ya itu menjadi media atau wadah yang bisa memastikan clinical pathway atau pnpk ini berjalan dengan baik di rumah sakit.</p> <p>Pembahasan-pembahasan di rumah sakit. Kendali biaya yang dilakukan rumah sakit. Supaya ketemu di kendali mutu, memang kita ga bisa melihat satu persatu kasus tersebut dengan berapa pengeluaran masing-masing rumah sakitnya. Tentunya tidak akan pernah sama. Apalagi rumah sakit tersebut punya standar masing-masing.</p> <p>Walaupun cp berlaku, beda-beda pasti standarnya. Apalagi dokternya keluaran mana gitu pasti beda lagi polanya. Saya pikir kendali mutu tetap dijalankan sebagai standar pelayanan, kendali biaya pun harus kita pikirkan. Dalam menjalankan kendali mutu itu, harapan kita tim di rumah sakit atau bpjp melakukan kendali biaya sehingga tidak</p> |
|--|--|

| | | |
|-------------|---|---|
| | | akan jauh gap biaya untuk 1 case bagi 1 peserta dengan inaisibijis didapatkan. |
| Pewawancara | : | Oke dok. Untuk mutu dulu yaa dok, memang banyak hal dilaksanakan rumah sakit. Dari akreditasi, keseluruhan, itu sangat kompleks karena mengikuti standar yang beribu-ribu banyak, sekian ep. Dan kemudian ada inm, indicator nasional mutu, yang harus kami terapkan dalam rumah sakit. Ada yang wajib dan opsional. |
| B1 | : | ini baru yaa dok? |
| Pewawancara | : | Sebenarnya sudah lama dok. Hanya istilahnya dari Kemenkes ini. Saya bingung ya kenapa inm. Dulu indicator wajib mutu nasional dok. Kemudian kami juga menerapkan survey kepuasan dok. Ternyata inline dengan kepuasan versi bpjs. Wta itu yaa dok. Menurut kami cukup banyak. Kelemahan dari dokte Kath ini cp ini sulit. Kami akuin sulit. Karena kiblat kami mengacu pada pmpk, pmpk ini almamaternya darimana. Biasanya mengadopsi tapi menyesuaikan dengan peralatan, sumber daya dimiliki. |
| B1 | : | DOK mungkin 1 faktor yang perlu diperhatikan. Apa yang dijalankan ini ideal yaa dok, tapi memang di lapangan ga jadi ideal. Karena tidak ada pelaksanaan komitmen. Contoh, harusnya memikirkan inflasi. Tarif-tarif itu. Terus inflasi, baru apakah ini mewakili semua case. Katakanlah tifoid, apakah memang ini sudah mewakili masing-masing versi. Tadi kan rujukannya cp, cp kan standar banget, tapi Kembali lagi apakah kemenkes semua dokter menerapkan cp. Jika turun di medis itu benar-benar dilakukan. Bukan |

| | |
|--------------------|--|
| | <p>ada tititpan-titipan gitu ya. Trus komitmen harga dari provider-provider dok. Contoh obat dsb. Kesulitan kita mendapatkan, jadi ini udah ga ideal lagi. Klo bicaranya kondis ideal yaaa dok.</p> |
| <p>Pewawancara</p> | <p>: Ya saya tidak ingin dalam diskusi medis. Saya juga diwanti-wanti memang. Sama dosen saya menulis proposal berbaur medis, ini seperti dokter bukan hukum. Mungkin sekaligus menutup soal kmkb. Contoh dalam penerapan cp, cp itu diagnosa tunggal. Missal tifoid. Tapi pasien masuk rumah sakit belum tentu, nah sulitnya dook. Sekarang kasus dbd ada yang meninggal ya, dia butuh trombosit juga. Ini kan bukan cp dbd saja, klo kendali biaya sudah pasti tidak akan masuk dok. Tahu-tahu trombonya drop, klo kita kasih 5 kantong saja sudah berapa. Itu sih medis yaa dok. Saya lanjut lagi aja, untuk berikutnya, tentang prinsip ekuitas dok. Menurut dokter untuk pencapaiannya kira-kira rs misi lebak aja, memang ini penelitian kami, apakah sudah tercapai prinsip ekuitas, apakah belum atau tidak tercapai atau Sebagian tercapai? Prinsip ekuitas sendiri, apakah kita sudah sepemahaman dengan Prinsip ekuitas. Persepsinya apa. Lucunya saya pernah baca laporan evaluasi hukum, Analisa hukum, mereka mengatakan belum ditemukan definisi ekuitas. Jadi lucu sekali kita berjalan menjalankan UU SJSN ini dalam menjalankan JKN tanpa mengerti prinsip ekuitas. Balik lagi ke UU SJSN yang ditulis disitu persamaan ya dok. Kesamaan dalam pelayanan medis tanpa membeda-bedakan golongan peserta.</p> |

| | | |
|-------------|---|---|
| B1 | : | Ini agak sulit juga dok. |
| Pewawancara | : | Betul dok ini yang utama juga tentang masalah hukumnya. |
| B1 | : | Jadi kita memandang dari sisi siapa dulu. Klo ada input ada outcome, dalam rasio yang sama tadi yaa. Klo diliat dari produknya sendiri terhadap input dan outcome, klo input dari sisi kepesertaan dulu. Klo peserta itu mendaftar jadi peserta, membayar, saya melihat 1 entitas, madiri kelas 1. Dia sakit lalu dapat pelayanan, outcomenya pelayanan apalagi itu operasi. Tentu tidak ekuitas dalam rasio yang sama karena hanya membayar sekian tapi dapat apa yang jauh dia bayar. Mungkin dalam prinsip JKN tidak ekuitas, tapi prinsip gotong royong. Karena prinsip ekuitas yang diharapkan akan lama proses ununiversal health coverage ini. Karena tidak semua peserta mau mendaftarkan diri klo Input yang diberikan sebanding dengan outcome yang didapatkan. Agak sulit juga tercapai tapi ga tercapai klo dari sisi kepesertaan, tapi dari sisi pelayanan adjust gotong royong dari sisi peserta tercapai karena pelayanan yang dia dapatkan dari dia sakit, saya membayar, saya mendapatkan pelayanan karena saya seorang peserta. Saya bayar, sakit sakit, saya dilayanin. Sisi mana kita memandangnya, klo sisi premi ga tercapai, karena jelas ada masa deficit. Tapi dari sisi pelayanan tercapai dok. |
| Pewawancara | : | Mungkin dari sisi peserta yang tidak tercapai itu, bagaimana dok apakah pasien membayar itu lebih besar preminya gtu? |
| B1 | : | Bukan. Kami sebagai institusi bpjs yaa.. |

| | | |
|-------------|---|--|
| Pewawancara | : | Dari bpjs nya belum ekuitas karena inputnya |
| B1 | : | dengan outcome dari peserta yang tidak setara ya,. |
| Pewawancara | : | Jadi jauh lebih besar manfaat gtu yaa dok? |
| B1 | : | Iya. |
| Pewawancara | : | Lebih besar manfaat yang didapat dari peserta JKN daripada preminya yang masuk yaaa dok. |
| B1 | : | Yaa itu jelas terjadi. Yang secara rutin pasien A, B. Tentunya itu dok pada pendaftaran selection yaa.. Bisa dilihat peserta A,B. Wloupun dia kelas 1 cukup bertahun-tahun pelayanan yang dia dapatkan. |
| Pewawancara | : | Apalagi pasien tergabung dalam Mitra Studi Darah Indonesia ya. Melakukan judicial review terlebih dahulu ya. Menentang Pepres 99 karena menentang premi naik terlalu tinggi, padahal mereka yang paling merasakan manfaat luar biasa dari layanan JKN. |
| B1 | : | Itu pasien yang....(menit ke 33.29) Klo yang lain-lain kan sama sekali ya. |
| Pewawancara | : | Nah ini dok, dari segi pelayanan, apakah dokter Kath udah melihat ekuitas. Klo dalam pelayanan Kesehatan dari jurnal literatur luar negeri, berarti akses. Apakah masyarakat bisa mengakses? Dari gender, apa ada diskriminasi, yang rentan biasanya orang tua, difabel. Apakah difabel mengakses JKN. Kemudian rujukan berjenjang dok. Ternyata ini sulit contohnya kami di rangkes ini sudah menyarankan rujuk karena fasilitas kami tidak cukup. Dua alasan biasanya, pertama saya ga mau. Udah disini ajalah, karena biaya dsb. Kedua selalu dari faskes rujukan itu, biasanya bilang penuh. |

| | | |
|-------------|---|---|
| | | Ini sulit. Klo ini belum ekuitas, karena pelayanan belum dirasakan masyarakat ke jenjang rujukan lebih tinggi. Gimana dok? |
| B1 | : | dari sisi orang bpjs melihat tercapai yaaa dok. Tapi memang balik lagi definisi ekuitas seperti apa. Dari sisi akses, ada ya, ada beberapa wilayah tidak memiliki faskes. Klo ga salah, terbatas, daerah terpencil, ada isitilahnya, kita membayar semua fasilitas. Padahal 10 ribu dengan kriteria. Daerah tidak ada faskes, kita membayar seperti itu, bagaimana supaya akses peserta bisa masuk. Nanti say acari istilahnya yaa dok. Klo dari gender, ga masalah, usia juga masuk. Klo dari pelayanan rujukan lebih tinggi, PMK memang dijalankan, tapi PMK bisa memiliki kebijakan lokal. Bahwa daerah yang tidak memiliki rumah sakit kelas C, berarti otomatis kelas B. itu pernah terjadi di daerah, dan Sekarang yang terjadi di Pandeglang. Jadi ga harus ke kelas C dulu tidak di wilayah dia. Merujuk tapi tidak, bukan sisi ekuitas, tapi saya ga paham, tapi memang ranah keterbatasan atau realnya balik lagi ada faskes berhitung-hitung untuk biaya kayak begini. Klo itu harus dibuktikan ya. Jadi sangat subjektif ga bisa jadi patokan, karena ga semua faskes gitu. Mungkin di wilayah lain ga gitu, bisa nerima rujukan. |
| Pewawancara | : | Iyaa dok, ini hanya kasus aja ya. Jadi kita ga bisa |
| B1 | : | Segelintir. |
| Pewawancara | : | Tapi tadi dok, penuh ya, hanya kasus, alasan yang pertama, pasien memilih tidak mau, bertahan di kelas C dengan fasilitas itu. Realnya begitu. |

| | | |
|-------------|---|---|
| B1 | : | Mungkin sebagai tambahan dok untuk melengkapi sisi tadi, dalam kendali mutu, bpjs di transformasi digital, dari sisi tempat tidur kita sajikan, fillosofinya itu kita memberikan informasi public. Itu harapan bisa memenuhi ekuitas ke peserta. Dalam kenyataannya tidak berjalan optimal karena ada kendala-kendala itu. Itu salah satu upaya memberikan kendali mutu. Dalam hal, ini rumah sakit menampilkan, bukan hanya datang, tapi informasi itu transparan. |
| Pewawancara | : | Klo saya simpulkan sederhanakan, untuk ekuitas. Klo dari sudut pandang bpjs belum tercapai. Untuk peserta sendiri sudah. Kita sudah mengesampingkan karena kasus, rumah sakit penuh, dari segi pelayanan itu sudah tercapai ekuitasnya. Dari hasil kuesioner saya juga seperti itu jadi sudah tidak diskriminasi yaa dok. |
| B1 | : | apalagi klo dokter mensurvey 1000 orang mungkin akan mewakili hha. |
| Pewawancara | : | Tapi di sisi rumah sakit, tidak ekuitas lagi. |
| B1 | : | Klo dari sisi kepesertaan, premi yang sudah kita pooling, kan ekuitasnya tidak tercapai. |
| Pewawancara | : | Iya sama, klo dari rumah sakit, lebih besar input manfaat yang diberikan dibanding yang kita terima, biaya. Kira-kira mungkin ada yang mau ditambahkan ya? Menurut dokter Katherine, prinsip ekuitas ini sudah sama ga pemahamannya? Rekan-rekan bpjs memandang ekuitas. |
| B1 | : | seharusnya sama.. Karena memegang regulasi yang sama, bahwa kit aini terbentuk karena hukum bilangan besar. Prinsip gotong royong. Klo kita deficit juga jelas. Sebagai |

| | | |
|-------------|---|--|
| | | <p>tambahan, bisa meningkatkan pooling biaya iuran, kami melakukan penagihan kepada peserta dengan berbagai macam metode. Dengan akses pelayanan, sama, kita melihat secara objektif yaa dok bukan subjektif. Kami bpjs ini memiliki regulasi, Lembaga dibawah presiden, berhak mengeluarkan regulasi. Wajib menerapkan regulasi yang disampaikan pemerintah.</p> |
| Pewawancara | : | <p>Tadi masih ada yang kurang selesai digali dok, yang awal tentang, kmkb itu sendiri. Nah kira-kira kedepannya Langkah bpjs bagaimana? Ini pendapat dari dokter Kath aja atau kita tahu ada Kris ya. Kemudian hospital value. Kira-kira menurut dokter, tools dari bpjs prinsip ekuitas ini agar berjalan dok dengan baik? Untuk rumah sakit agar bisa diterapkan dengan baik. Dengan kmkb, sekarang udah ada toolsnya kan 7 indikator itu dok. Apakah tetap dipakai apa ada pengembangan. Tidak harus lari dengan Kris dulu.</p> |
| B1 | : | <p>Hampir menangkap benang merahnya ini, agak sulit menjawab. Dari sisi versi saya dari institusi bpjs. Klo kris, terlalu dini, saya juga informasi dengan kris sangat dikit. Standar yang sudah kita terapkan sudah menuju kesitu. Kita terus mengembangkan dok. Samapai kini kami masih menerapkan standar mutu seperti itu. Kunjungan yang kemarin sistem antrian online walaupun kita belum mengukur dari sisi waktu. Tapi kami melangkah 1 step antrian online ini kita bisa membaca mutu pelayanan. Mutu pelayanan jelas ada regulasi dari pemerintah. Kita mengadakan step 7 indikator kita bangun itu sudah ada.</p> |

| | | |
|-------------|---|---|
| | | Sampai sekarang global budget masih berjalan dok, berbasis bukan resiko, kinerja kan. Klo di kita global budeget dengan hospital based value. Ilmunya seperti yang pernah kami sampaikan, jadi ini akan terus dikembangkan, informasi nanti kepatuhan faskes yang sudah dibangun, agar kita bisa menilai, report. Melihat kendali mutu juga. Terakhir informasi digital. Wlopun kita bilang ini satu jalan menuju ekuitas tapi akan dikembangkan. |
| Pewawancara | : | Pertanyaan terakhir, kayaknya speerti kesimpulan, prinsip ekuitas itu sendiri itu apa? Menurut hukum. Klo dari hukum kita melihat asas. Karena asas SJSN in ikan banyak. Kita hanya bahas ekuitas saja dulu. Tadi kan ada yang tercapai, klo versi bpjs belu,. Rumah sakit pun juga belum. Kira-kira gimana ekuitas itu sendiri? |
| B1 | : | Pertanyaannya sulit yaa. |
| Pewawancara | : | Harapan kita sumbangsih kita bagi pembuat regulasi kita. Merumuskan definisi dalam JKN. |
| B1 | : | Seperti apa gtu yad ok. |
| Pewawancara | : | Klo itu kan saya kutip dari adam Sudah terkenal, prinsip ekuitas itu ada pergeseran makna. Klo prinsip ekuitas sendiri, pendapat kita berdua sama dok. Miliknya peserta dok. Ya kan. Tapi tidak adil kan, Klo ekuitas sendiri kan kesetaraan dalam keadilan. Nanti justice artinya. Untuk peserta udah adil, tapi untuk bpjs belun, rumah sakit jg. Supaya adilnya semua. Ke provider, operator, adil, regulator juga enak. |

| | |
|----|--|
| B1 | <p>: Memang harus memastikan ekuitas berjalan atau tidak banyak hal harus digali. Balik ke definisi tadi akan sulit. Saya ambil contoh, saya belum pernah keluar negeri. Palingan ke Malaysia, Thailand. Kita lihat klo dulu ada prinsip manage care. Dulu zaman akses, itu kendali mutu dan biaya. Apa yang kita terapkan sekarang prinsip manage care, kondisi JKN ini masih diberlakukan, kita udah menerapkan itu sebenarnya. Tapi dari sisi faskes, klo diluar kan manage care diagungkan. Saya punya teman di Jerman spesisalis keduanya, tax mereka besar yaa untuk membiayai pelayanan Kesehatan. Namun, dengan tax cukup besar mereka ga segampang mengakses fktf seperti disini. Belum rumah sakit. Masih fktf aja. Artinya klo kita mau menerapkan ekuitas ke rumah sakit butuh biaya cukup besar. Pemerintah harus menghitung semua pembiayaan di rumah sakit, apakah sudah ekuitas pembiayaan ini. Klo jujur, personal melihat pelayanan case by case, tidak semua case itu menguntungkan ada juga merugika. Kami memandang tadi ga bisa satu persatu, global keseluruhan. Wlo beda margin-margin keuntungan. Pemerintah melihat tidak semua menguntungkan atau merugikan. Tapi saya melihatnya dengan pmk51 yang penerapan sharing biaya, ini bisa diterapkan menjadi ekuitas kepada rumah sakit, klo pemerintah mengkaji dan mengakui premi yang diberikan ga cukup. Ada pelayanan beresiko, ada pelayanan dilakukan peserta, oleh karena perilaku peserta, ada sharing biaya. Sehingga pemerintah dalam keterbatasan tidak perlu mencakup semuanya. Atau ekuitas yang akan terjadi untuk</p> |
|----|--|

| | | |
|-------------|---|--|
| | | rumah sakit bilamana pemerintah memikirkan Kembali apakah semua pelayanan harus dimasukkan kedalam JKN. Itu dok. |
| Pewawancara | : | Yaa dokter, setuju. Pandangan saya dari 3 tahun lalu, bahwa bpjs deficit. Kita sudah melihat pola-pola penyakit di masyarakat. Atau manfaat yang diberikan terlalu besar. Jadi kita akhirnya jebol ya. Dana ini djs jebol. Semua manfaat yang diberika ya ga bisa. Mau ga mau harus iur biaya. Premi dinaikkan. Saya kira kris ini sulit ya. Kepastian mengenai spesifikasi. |
| B1 | : | Klo saya memang ga memahami kris yaa dok. Tapi saya upaya pemerataan pelayanan non medis pada peserta, tidak ada perbedaan. Itu mau ga mau kan dok. Pemerintah concern aja dok di pelayanan yang mana harus dibiayai berbasis medis yang dasar. Fokus disitu aja dulu. |
| Pewawancara | : | Banyak hal sih yang mau dicapai. Ya dokter Katherine, saya kira semakin panjang. |
| B1 | : | Semoga tidak semakin melebar yaa dok. Ekuitas itu dok. Saya dapat ilmu baru juga dari dokter Denny. |
| Pewawancara | : | Melihat dari awal ada kejanggalan, wah harus diteliti nih. Karena pemahaman itu dok, karena teorinya ekuiti ini dengan yang di UU SJSN udah itu aja untuk mengawali. Semua penelitian ini kan premisnya deduktif. Dari umum ke khusus kan gtu. Nanti akhirnya klo udah khusus diumumkan lagi deduktif. Ya gtu aja penelitian ya. Saya hanya mengambil ekuitasnya saja. Terima kasih dokter Katherine untuk waktu. Luar biasa dokter Katherine ini. Klo |

| | | |
|-------------|---|--|
| | | yang lain sulit apa memberikan tanggapan. Dokter Kath ini lancar menanggapi ini . |
| B1 | : | Yang sulitnya siapa dok? |
| Pewawancara | : | Sebenarnya ini sulit untuk dipahami. |
| B1 | : | Jujur ini saya juga gimana ya. Menarik benang merah ilmu saya dapat saya bisa jawab. |
| Pewawancara | : | Nanti dokter rencana pindah udah minggu depan ya? |
| B1 | : | Selasa saya sudah melapor dok. Pengganti saya belum ada. |



Lampiran 9

Verbatim BPJS KLOK Lebak

| | |
|----|---|
| B2 | : Kendali mutu dan biaya ini adalah dilakukan Bersama-sama, dari kami bpjs Kesehatan kemudian faskes pelaku mitra kerja kami, tetap berkoordinasi dengan asosiasi fakes, profesi. Memang dalam pelaksanaan pelayanan Kesehatan kita ingin peserta jkn dilayani dengan kualitas dan mutu namun tetap dalam biaya terkendali. Memang bpjs Kesehatan tersendiri. Yang dilakukan tentu saja, dengan organisasi profesi membentuk tim pengendali mutu dan biaya, kmkb ini tentu saja melibatkan profesi, akademisi, pakar, dilakukan pertemuan rutin biasanya 2x setahun. Hal-hal terkait dengan kompetensi bapak ibu praktisi di rumah sakit, kewenangan, kita juga mendiskusikan hal-hal apa saja terjadi di lapangan, nah itu juga kita bahas sehingga dapat rekomendasi. Selain kmkb kita juga membentuk pertimbangan medis atau dpm, ini tentu saja melibatkan profesi dan juga pakar klinis. Untuk beberapa kasus-kasus membutuhkan rekomendasi, kita menggunakan rekomndasi jpm ini untuk menyelesaikan dispute claim pernah terjadi. Terkait dengan mutu, padahal saat kita Kerjasama dengan faskes, kita melihat dulu dengan standar credentialing. Disitu ada standar mutu untuk faskes, kita proses credentialing, sudah memenuhi standar, kita Kerjasama, selanjutnya terkait pelayanan verifikator baik verifikasi disitu yad ok. Ada juga verifikasi pasca claim. Kemudian kita juga rutin memberikan monev utilisasi kepada setiap rumah sakit, dengan harapan tidak |
|----|---|

| | | |
|-------------|---|--|
| | | <p>mengurangi mutu dengan biaya terkendali. Dengan Kerjasama itu pasti ada kendali mutu dan biaya kita lakukan. Yang itu kan faskes tingkat lanjutan ya, klo di faskes tingkat pertama, tentu saja melakukan kendali mutu dan biaya dengan penerapan kapitasi berbasis kinerja. Disitu kita nilai mutu dari fktp melalui 3 indikator, 3 angka kontak, kemudian rujukan spesialistik, rasio kronis terkendali. Jadi memang untuk kendali mutu dan biaya berjalan yaa dok, dan juga dari faskes juga memahami ini untuk kendali.</p> |
| Pewawancara | : | <p>Mengenai tadi soal kendali mutu, bpjs sudah jelas melakukan proses credentialing, tadi ada juga verifikasi. Terkait biaya bu mira, apalagi selain verifikasi tadi bu juga ada pasca claim, apa ada upaya lebih lagi untuk biaya ke rumah sakit dari bpjs.</p> |
| B2 | : | <p>Jadi untuk kendali biaya selain verifikasi claim, kemudian juga audit pasca klaim, memang bidang jmn ini kita memiliki case manager dok, Dokter lili salah satu case manager dok. Jadi memang dokter lili ini berfokus melihat trend kasus dan biaya dan anomaly terjadi pada kiam kita bayrakan memang kita ada monitoring case terjadi. Case manager melihat hal tersebut dan memberikan Analisa case tersebut kepada verifikator. Sebenarnya ini juga masuk verifikasi pasca claim yad ok. Jadi terhadap claim yang kita bayarkan kita perlu juga validasi biaya yang kita ke rmah sakit. Monitoring perlu yaa dok untuk biaya yang kita keluarkan karena ada hal-hal yang mungkin kita verifikasi</p> |

| | |
|-----------|--|
| | <p>lolos, ternyata kita ada hal-hal yang kita cek. Untuk kasus dispute kita mengkonfirmasi Kembali, minta rekomendasi dari dpm dan kmkb. Sebenarnya bukan biayanya dok tapi kesesuaian coding, Ketika pasca claim auditnya itu rumah sakit salah mencoding, kami juga koreksi gitu ya. Tidak hanya terbatas biaya lebih besar, kesesuaian coding yang kita audit. Adaa tambahan dari mba arum.</p> |
| <p>B3</p> | <p>: Izin, klo dari sisi saya sebagai verifikator untuk kendali biaya, selain verifikasi pasca claim, jadi ada audit administrasi dok. Itu bisa meliputi terkait kendali mutu, salah satunya kendali tenaga medis, mempunyai izin, izinya di tempat praktetnya sesuai regulasi apa tidak, klo tidak sesuai kita melakukan audit administrasi. Klo misalnya perizian tindakan-tindakan prosedur, misalnya kemarin melakukan misi untuk melakukan Tindakan peko kan kita melakukan ada audit administrasi. Kita melakukan itu apakah sesuai dengan regulasi berlaku. Lalu dari jmr, melalukan monitoring, seperti kata bu mira, dokter yuli. Dokter yuli tiap bulan selalu monitoring apabila ada trend-trend baru dari suatu rumah sakitm, maka akan dilakukan feedback ke verifikator akan membantu verifikasi. Jadi trend-trend itu apakah benar ditemukan trend atau anomali ga selalu salah sih dok, jadi selalu double cross-check. Nah disitu salah satu Tindakan kendali biaya dari sisi bpjs.</p> |

| | | |
|-------------|---|--|
| Pewawancara | : | Menurut bu arum apakah kmkb ini lebih ke kendali biaya ya apakah sudah berjalan optimal, apakah harapan sudah sesuai. Artinya rumah sakit sudah mengklaim sesuai dengan kaidah, prosedur juga dan hal lain. Ambil contoh rs misi lebak aja apakah kendali biayanya sudah optimal apakah cukup monitoring dari case manager tadi, apakah ada belum optimal? |
| B3 | : | Klo dikatakan optimal, udah sempurna. Tiap bulan pasti ada data anomali jadi akan kita feedback ke rumah sakit. Tapi klo di mis udah hamper 90% lah, optimla yaa dok. |
| Pewawancara | : | Bu miraa ada lagi mau ditambahkan lagi kmkb ini? |
| B2 | : | Kmkb ini bukan bpjs Kesehatan yang melaksanakannya, pihak faskes juga melakukan mutu terjaga efisien dok. Mungkin masing-masing rumah sakit untuk yang dinamakan tim pencegahan kecurangan mungkin yaa dok untuk mengantisipasi utilisasi ataupun klaim-klaim yang sesuai. Begitu kita juga ada tim pencegahan kecurangan yang dibentuk bpjs yang tentu saja tugas utamanya melakukan pencegahan kecurangan termasuk audit administrasii klaim. Itu sih dok tambahannya. |
| Pewawancara | : | Mungkin saya bicara dengan bu arum dulu. Itu kan pendapat atau cara kerja bpjs Kesehatan. Klo pendapat bu arum untuk rumah sakit terkait kendali biaya seperti apa? Kendali mutu mungkin kita sama persepsinya seperti dokternya harus ada sip, tadi ada verifikasi administrasi. Ini sudah pas lah. Kemudian saya ingat utilisasi review, trus ada prb tadi. Klo kendali biaya dari bpjs menyarankan apa |

| | | |
|-------------|---|---|
| | | dari bpjs untuk rumah sakit melakukan kendali biaya dalam pelayanan di rumah sakit? |
| B3 | : | Jadi tidak ada hubungannya dengan kendali biaya verifikasi yaa dok? |
| Pewawancara | : | Ga ada. Sebenarnya itu juga berkaitan ya. Tapi sekarang bukan cara kerja bpjs, tapi rumah sakit. Rumah sakit harusnya begini nih untuk kendali biaya? |
| B3 | : | Mungkin dok klo dari kita, rumah sakit harus ada clinical pathway. Disesuaikan dengan sistem pembayaran kita, ina cbgs nih. Dengan sakit in ikan udah ada tarif segini, kan rumah sakit udah tau dengan sakit ini biaya segini, jadi rumah sakit udah punya turunannya. Misal dengan 2 juta untuk penyakit ini, jadi rumah sakit udah punya clinical pathway. Misalnya demam udah bisa ditangani dengan 3-4 hari, berarti unit cost rawatnya sudah ketahuan. Jadi biar maksimal. Misalnya dengan obat, waktu hari 2 hari sudah sembuh. Tapi biayanya lebih mahal. Mungkin ada pertimbangan disitu. Clinical pathawanya yaa dok. Jadi lama dirawat di rumah sakit menjamin itu kendali mutu biayanya bagus, mungkin dengan lost sebentar, tapi pengobatannya maksimal mungkin juga biaya lebih kecil dibandingkan dengan diberikan obat lebih murah nih. Jadi lebih ke clinical pathwaynya yaa dok. Kendali biaya dari rumah sakitnya. |
| Pewawancara | : | Ya betul. Klo dari bu mira tambahan dari kendali biaya yang harus dilakukan rumah sakit? |

| | |
|-------------|---|
| B2 | : Jika kita bilang biaya tentu saja ada biaya medis dan non medis ya pasien dirawat ya. Klo non medis ini biaya akomodasi dll yang jika banyak hitungan harinya tentu saja. Mungkin saya yang disampaikan bu arum, jadi rumah sakit ada clinical pathwaynya untuk masing-masing penyakit terapi yang tepat, dari segi mutu dan biaya efisien, rumah sakit pasti punya standar yang saya pikir setiap rumah sakit pasti punya. Jadi karena tadi menghitung biaya tentu saja akan istilahnya besar biaya jika pasien tidak terapi dengan tepat, sesuai kondisi medisnya, insya Allah biayanya lebih tepat. |
| Pewawancara | : Terima kasih bu mira. Lanjut berikutnya memang ini terakhir, kita bicara prinsip ekuitas. Tadi kita bicara kendali biaya mutu. Klo sekarang berbaur hukumnya, menurut ibu apakah sudah tercapai prinsip ekuitas ini dalam jkn, tercapai, belum, tidak atau Sebagian ini dari berbagai sudut pandang. Pertama, dari segi pasien. Kedua, sudut pandang bpjs dalam organisasi. Ketiga, sudut pandang dari rumah sakit itu sendiri. Rumah sakit sudah menerapkan ga ya melakukan prinsip ekuitas, jika dilihat tadi dari kuesioner, laporan mutu, biaya. Biaya kita memang menyedihkan juga. ternyata selisih cukup tinggi, memang bukan unit core. Tapi selisih itu mengurus profit dari rumah sakit. Laporan biaya sebagai provider ini sama dengan laporan bpjs. Kita selalu mengalami deficit. Kira-kira bu mira bagaimanapun tanggapannya dok? |

| | | |
|-------------|---|--|
| B2 | : | Klo ekuitas in ikan berarti pasien mendapat pelayanan medisnya sama gtu dok. Tidak berkaitan dengan besaran iuran yang dibayarkan. Jadi apakah sudah tercapai, ini contohnya di rs misi apa gmn dok? |
| Pewawancara | : | Karena kita fokus di rs misi, di rs misi aja. Hhe. |
| B2 | : | Baik. Jadi terkait benefit peserta itu medis dan non-medis. Peserta itu mendapatkan manfaat medisnya ya. Peserta kelas 1,2,3 tidak dibedakan dalam menerima terapi atau pelayanan medis. Menurut perspektif saya, dari keluhan dari rs misi, bisa dibilang minimal. Sudah tercapai mungkin belum full, karena ada juga keluhan peserta. Tapi terkait dengan non medis atau akomodasi, ini pasti ada perbedaan kenyamanan ruangan. Tapi klo benefit medis ini mungkin sudah dipenuhi di rs misi karena jika sudah membutuhkan ronsen tidak berbeda, kan tidak ad akelas 1,2,3. Klo Tindakan operasi, apakah ada perbedaan dok mungkin membutuhkan benang 1, 2,3 atau anastesinya berbeda. Pasti rumah sakit tidak membedakan yaa dok. Jadi klo tercapai harusnya sudah tercapai di rs misi. Klo hasil survey juga mengatakan peserta sudah mendapatkan. |
| Pewawancara | : | Baik bu mira makasih. Bu arum gimana nih pendapatnya? |
| B3 | : | Pendapat saya kurang lebih sama dengan bu mira. Untuk rs misi, ekuitas secara garis besar sudah tercapai. Mungkin hanya beberapa keluhan saja tapi tidak banyak. Sudah berkurang dok. Paling 1 atau 2. Jadi bisa disimpulkan di rs misi ekuitasnya sudah tercapai dok. |

| | | |
|-------------|---|--|
| Pewawancara | : | Mungkin ga apa-apa juga sampaikan juga keluhan itu apakah pasien sudah mendapatkan pelayanan, mengeluh atau pasien ingin mengakses pelayanan namun bisa atau gimana? |
| B3 | : | Terakhir ada yang mendapatkan pelayanan bahwa peserta seperti miscom dengan bpjp dan perawat. Pasien melakukan pemeriksaan diluar rumah sakit jadi pasien mengeluarkan biaya sendiri. Tapi itu 1-2 kasus tidak ada setiap bulan. Udah tercapai, semoga keluhan seperti itu tidak terjadi lagi. |
| Pewawancara | : | Itu proses penunjang apa yaa bu arum? |
| B3 | : | Penunjang ke biomed. Tapi saya lupa... |
| Pewawancara | : | Baik coba saya nanti tanya di lapangan. Klo di kamipun bingung, kami kan juga melakukan fgd dengan dokter. Klo melihat UU SJSN itu sudah jelas artinya tidak membedakan, ga boleh diskriminasi. Yang penting mendapatkan pelayanan medis yang sama. Dari bpjp yang sulit ya membedakan. klo kelas 1 operasinya 10 menit sajalah. Klo kelas 3 dilamain. Atau sebaliknya. Jadi sulit juga menggunakan standar ini otomatis ya tercapai. Karena pelayanannya sama. Klo sekarang sudut pandang bpjs nih, prinsip ekuitas itu klo kita pandang definisi UU tidak bisa. Klo menurut saya lebih ke peserta JKN. Padahal di laporan dari bagian hukum, kemenhukam, prinsip ekuitas ini belum dijelaskan. Jadi kita sudah berjalan ini, apa sih sesungguhnya prinsip ekuitas dalam JKN. Jadi pespektif kita ini berbeda, kita merujuk saja ke setara dan adil, yang |

| | | |
|-------------|---|---|
| | | diterima itu rasionya sama. Kira-kira dari bpjs sudah terjadi ekuitas apa belum? |
| B2 | : | Mungkin terkait dengan yang diberi dan diterima itu premi ya? Yang diterima dan dibayarkan peserta? |
| Pewawancara | : | betul, itu apa yang kita terima dan kita bayarkan sesuai untuk biaya. Untuk mutu apakah sudah sama? Dari proses credential, mutu faskes ini. Klo biaya ini udah ekuitas ini? Klo dari bpjs mutu dan biayanya. |
| B2 | : | Berarti ini dari sisi pasien ya? |
| Pewawancara | : | Klo sisi pasien kan Sudah ya. Jadi kan sudah tercapai prinsip ekuitas. BPJS ini sudah merasakann ekuitas dari sisi JKN ini. |
| B2 | : | Ini menurut saya pribadi tidak mewakili bpjs. Umum yaa dok. Klo kita lihat dengan sudah tercapai atau tidak, klo menurut saya bingung saya juga. Karena kita bicara program asuransi social, sesuai dengan 9 prinsip in ikan nirlaba, tapi memang berasaskan keadilan in ikan berkaitan dengan ekuitas. Bingung juga. Jadi yang kita bayarkan ke faskes, pembeli purchasing kan ke rumah sakit, faskes 1, diharapkan peserta mendapatkan mutu. Sekarang kan peserta mendapatkan mutu yang terbaik, jadi kami semakin yakin peserta ini berkomitmen membayarkan sejumlah biaya sesuai dengan yang diberikan, kami yakin pelayanan ini bermutu dan tidak membedakan peserta ini dari umum dan JKN. Jadi dalam menilai apakah sesuai kita ada control atau indicator mutu dari faskes. Klo rumah sakit itu kan ada 6 indikator mutu, apakah rs itu sudah |

| | | |
|-------------|---|--|
| | | <p>memiliki antrian online, display operasinya sudah ada menjadi indicator kepuasan peserta. Misalnya rs misi peserta puas nih, jd rs pun bisa memberikan mutu pelayanan kepada peserta. Dari sisi bpjs ekuitas ini sudah dok, apa yang kami bayarkan yang kami harapkan diberikan kepada peserta sesuai dengan standar belaku. Intinya sih dengan semakin pelaksanaan jkn ini semakin baik pelayanan faskes dalam jkn. Ini sudah berjalan baik gtu di rs misi.</p> |
| Pewawancara | : | <p>Tapi bu mira historinya nih kita sudah bicara data, bpjs Kesehatan pun mengalami defisit dari 2014-2019, eh sampai 2020. Ada sih di data saya di latar belakang ya. Defisiti terus, kemudian 2021 atau 2020 yang menagalami surplus. Hanya 1 tahun surplus, apakah karena, klo kita praktisi tahu, karena premi meningkat karena ada perpres 64 tahun 2020. Atau karena pandemi gtu ya? Klo kita sebagai pelksana udah lari kesitu. Klo dari bpjs itu belum tercapai, klo peserja jkn sudah tercapai ya. Tapi untuk bpjs sudah tercapai ga klo deficit gtu bu mira?</p> |
| B2 | : | <p>Klo dengan kondisi deficit kan banyak faktor. Ketika itu terjaddi ekuitas belum berjalan. RS pun belum dibayarkan klaim kan akan berpengaruh juga pada peserta, pelayanan dalam hal ini. Mungkin itu ada penurunan mutu, atau ada hal tidak optimal diberikan. Ekuitas ini berjalan baik jika diberikan programnya sustain. Kita tepat waktu membayarkan klaim ke faskes. Tentu saja kan, faskes kan puas. Maka faskes akan memberikan pelayanan baik ke</p> |

| | | |
|-------------|---|---|
| | | peserta. Imbasnya juga ke peserta juga. Mungkin seperti itu dok. |
| Pewawancara | : | Iya baik. Bu arum mau menambahkan silakan. |
| B3 | : | Ini pendapat pribadi saya menurut ekuitas. Klo untuk dalam hal mutu sudah tercapai, tapi hal biaya tidak bisa dikatakan tercapai atau tidak. Klo di bpjs itu dikenalnya dengan gotong royong yaa dok. Dari sisi biaya itu kan dari premi, jadi, ekuitas itu income dan yang dikeluarkan bpjs. jadi peserta baru dan mendapatkan pelayanan berarti itu ekuitas tidak tercapai baik dari bpjsnya. Tapi peserta lama sudah bertahun-tahun tidak melakukan pelayanan di rs, atau tidak pernah menggunakan manfaat bpjs. Nah kita disini bilang gotong royong. Klo dilihat semua ini tercapai, klo dilihat satu persatu ada yang belum ekuitas, ada yang ekuitas. Klo dilihat dari premi yang dibayarkan peserta dan pelayanan fakses yang diterima dengan bpjs Kesehatan. |
| Pewawancara | : | terima kasih bu arum. Sebenarnya kita lihat yang gabungannya sih. Saya setuju pasti ada yang merasa wah gotong royong nih, artinya saya sudah mensubsidi peserta lain. Memang ini pendapat pribadi sih, betul, penelitian. Penelitian itu deduksi, dari umum ke khusus. Khususnya diangkat, saya pun juga mengangkat hanya ekuitas. Klo banyak, missal gotong royong ya banyak ya. Hanya 1 fokus saja di prinsip ekuitas. Memang ada yang lain prinsip gotong royong, tapi tidak saya angkat. Prinsip ekuitas tentang pemahaman dan definisi. Sebaiknya itu seperti apa, |

| | | |
|-------------|---|---|
| | | <p>agar adil terhadap peserta, bpjs sendiri, dan rs. Tadi saya lupa juga menanyakan untuk rs nih bu mira, dari data tadi, apakah sudah terjadi ekuitas ini?</p> |
| B2 | : | <p>Klo melihat data yang disampaikan, memang apa yang dibayarkan bpjs Kesehatan lebih kecil. Itu kan harga jual kepada pasien bukan rs. Itu tentu saja jika melihat data rs profitnya tidak besar ya. Kami tidak yakin berapa unit cost jadi tapi mungkin dirasakan dokter denny sebagai direktur rs, apakah disitu ada kerugian yang menyebabkan rs tidak bisa survive. Jadi kami tidak bisa menilai ini ekuiti atau tidak karena disitu jika lihat angka sendiri tidak berimbang rs keluarkan dan yang kami bayarkan. Namun kami yakin, faskes tidak akan berkerjasama jika hanya merugikan salah satu pihak. Pasti kita berkerjasama kedua belah pihak mendapatkan keuntungan. Kami beruntung karena rs misi sudah melakukan pelayanan ke peserta jkn, dan kamipun tidak berharap rs misi ini rugi berkerjasama dengan bpjs. Mungkin jika dari rs ini ekuiti sudah tercapai dok. Kan profit yang ditargetkan tidak sesuai kali ya.</p> |
| Pewawancara | : | <p>Kita mungkin tidak bicara untung ruginya ya secara gambling. Karena rs kita pun hanya melakukan UU SJSN, perawat kita terlibat. Klo bicara profit kan berkurang, klo rugi tidak, profit berkurang. Klo gitu kan ga Kerjasama dengan bpjs. Tapi klo tidak Kerjasama kan susah ya. Era jkn kan masa tidak bekerjasama dengan bpjs. Trus mau melayani siapa? Gtu ya dari fkrtl. Ini pun sebagai gambaran suatu bisnis ini kita mau profitnya berapa persen. Klo</p> |

| | | |
|-------------|---|---|
| | | <p>makanan profit 100%. Klo obat kan Sudah ada pakemnya ya. 30% maksimal. Tapi ini pun tarif di parifer, klo tarif di daerah kota tangerah lebih gede lagi. Mungkin selisihnya lebih besar. Klo kita bicara ke prinsip ekuitas itu dari kajian hukum, apakah defisinya seperti itu bisa adil ke semua pihak?</p> |
| B2 | : | <p>Klo dart kata ekuitas, berate keseimbangan, keadilan. Berarti disini ekuitas dalam program jkn masing-masing terlibat dari penyelenggara bpjs, pemberi pelayanan rs, dan peserta yang mengakses pelayanan, merasakan keseimbangan. Tidak ada perbedaan Ketika peserta datang kef askes, dan kaitannya dengan peserta dengan umum dan jkn dok. Jadi keadilan Ketika peserta datang ini tidak dibedaka. Kemudian tidak meskipun berlaku kelas 1,2,3 tidak dibedakan beserta kelasnya, apakah umum, ppi, itu tidak dibedakan. Jadi itu terhadap peserta. Pengertian bagi faske juga, kita tidak mau merugi. Tidak berimbang antara yang diberikan dengan tarif yang dibayarkan, disitu ada keseimbangan dan keadilan dari segala aspek.</p> |
| Pewawancara | : | <p>Ini menarik ya bu arum soalnya prinsip ekuitas ini sebenarnya belum dirumuskan dalam UU. Sebenarnya itu evaluasi dari kemenhukam. Tapi saya melihat dari beberapa definisi dari prinsip ekuitas pelayanan Kesehatan, itu soal akses. Apakah masyarakat dapat akses pelayanan, misalkan difabel. Apakah orang itu juga dalam sistem rujukan berjenjang. klo misalkan penuh atau tidak ada pelayanan itu dalam suatu kabupaten ya, juga kita bilang</p> |

| | | |
|-------------|---|---|
| | | ekuitas karena harus ke kabupaten lain ya. Ada contoh dari kami ya, pasien itu kan sudah dirujuk ke faskes yang lebih memadai, tapi keluarganya ga mau alasannya karena biaya ya. Semua ditanggung tapi akomodasinya itu bu mira. Wah disini aja dok, jadi udah maunya di rs misi aja. Jadi menurut saya tidak ekuitas, dalam akses ya. Kesehatan ini juga mengenai akses mau kelas 3, 1 atau difabel dsb. Kira-kira bu arum gimana tanggapannya nih? |
| B3 | : | Untuk ekuitas dalam mendapatkan pelayanan yaa dok. |
| Pewawancara | : | Iya mengakses pelayanan. |
| B3 | : | Klo dari bpjs sendiri, dari tahun ke tahun, berusaha bekerjasama dengan faskes yang ada sehingga pemerataan pelayanan Kesehatan di semua daerah. Faskes juga diharapkan meningkatkan sarana prasaranya jadi pasien merasa adil dalam pelayanan Kesehatan. Memang belum merata ke pelosok-pelosok, tapi sudah terlihat perkembangan merata ke faskes dari bpjs Kesehatan dari tahun ke tahun. |
| Pewawancara | : | Terakhir, bagaimana caranya untuk mencapai prinsip ekuitas? Jika belum ada yang tecapai. Tadi akses sudah ada peningkatan ke faskes. Klo dari bpjs sudah melakukan mapping atau semacamnya dari kabupaten ini sudah harus ada apa tambahan atau kurangnya fkt, rktl, kliniknya kurang apa, sudah ada upayanya? |
| B2 | : | Baik dok, sudah dilakukan mapping baik faskes tingkat 1 atau lanjut. Kita juga meminta data faskes-fakses di wilayah Lebak yang Kerjasama atau tidak ke dinkes. Kami memang |

| | |
|--------------------|---|
| | <p>memperluas akses faskes. Kami melakukan mapping terkait dengan fktp, fkrtl di masing-masing kabupaten. Sebenarnya tergambar dari jumlah penduduk, jumlah peserta berapa butuh faskes. Disitu kita juga ada kesepakatan dengan pemda terkait berita acara kebutuhan faskes, dari kantor pusat pun dapat memotret di tiap kabupaten berapa faskes kurangnya. Itu disepakati dengan pemda . Misalnya kan Lebak dengan penduduk 1.41 juta berapa kebutuhan fktp, rs, tempat tidur. Nanti kita buat berita acara dengan pemda. Kemarin kan minta data ke dinkes, dan bidang pjm dan pjp, itu kebutuhan dengan faskes di Lebak akan sepakati dengan pemda. Apakah masih kurang masiuh cukup, in ikan masih kurang, nanti akan dianalisis dengan tim di cabang, rasio penduduk dan peserta, memang belum disepakati, jadi masih dalam proses.</p> |
| <p>Pewawancara</p> | <p>: Baik. Mungkin cara yang lain mencapai ekuitas, ada wacana kris. Tapi ada hospitasl value peace atau global budget apapun itu yakin bisa untuk meningkatkan ekuitas? Atau ada upaya lain terpikirkan, atau pendapat pribadi, karena bisa wacana ini belum tentu berjalan. Bisa jadi pro kontra dari masyarakat. Ada juga meningkatkan premi kata aktuaris yang ideal itu kan 280 ribu ya kelas 1 nya, ini kan belum difloorkan di masyarakat, karena belum tentu diterima.</p> |
| <p>B2</p> | <p>: Jadi terkait dengan global budget, hospitasl value peace, dari kantor sudah melakukan pilot project beberapa daerah. Tadinya kan di cilegon tapi tidak jadi. Kami pun</p> |

| | | |
|-------------|---|--|
| | | <p>belum diinformasikan lagi terkait dengan beberapa alternatif pembiayaan yaa. Klo saya pribadi memang kami menunggu regulasinya, juknisnya. Sekarang melakukan regulasi yang ada dulu dan untuk tempat yang dipilot project global budget dll dari kantor pusat belum ada lagi telahan terkait dengan penerapan untuk seluruh wilayah atau nasional dan masih pilot project.</p> |
| Pewawancara | : | Mungkin bu arum ada tambahan? |
| B3 | : | Cukup dok. |
| Pewawancara | : | <p>Sebenarnya kita ini kan pelaksana ya. Kira-kira kebijakan yang diperbaiki untuk ekuitas, kan kita hanya mengikuti. Nah regulasinya nih masih ada perbaikannya dimana semua pihak, peserta udah, rs dan bpjs belum juga kan sama -sama defisiti, tapi harus menerapkan mutu.</p> |
| B2 | : | <p>Menurut saya, untuk biaya ada harus memadai yaa dok. RS pun tidak memutar otak keras bagaimana peserta ini bisa tuntas, kita banyak dari dewan, masyarakat, memang betul yak lo bpjs itu tidak dirawat hanya 5 hari dirawat. Bukan yang dibayarkan itu kurang, tapi tarif ini kaj pemasukan juga dari rs kan dok terkait biaya pelayanan lain. Mungkin biaya ini bukan di tingkat lanjut, tapi faskes pertama. Ini kan rujukan berjenjang jadi sudah menjadi . apa saja yang bisa dilayani di tingkat pertama, tentu peserta tidak harus dirujuk ke faskes selanjutnya, jadi mungkin tarif non kapitasi kann sbenernya akan direvisi kita menunggu permenkes, pasti ini akan direvisi dari asosiasi faskes, puskesmas. Jadi bagaiman kita mengendalikan biaya ini</p> |

| | | |
|-------------|---|---|
| | | <p>dari tingkat pertama dulu, jadi Ketika bisa dilayani di tingkat pertama agar biaya tidak besar. Jadi dioptimalkan dulu di tingkat pertama, kasus-kasus yang ditingkat pertama. Contohnya persalinan ini bisa tuntas di tingkat pertama. Sudah ada revisi untuk persalinan ini jadi ketika biaya cukup kan peserta pun tidak akan mau dirujuk di rs, ini bisa persalinan normal di fkt. Tapi memang perlu juga andil dari fkt ini untuk memastikan pasien dapat dilayani dan pasien puas tanpa iuran biaya di fkt. Tarif cukup bidan-bidan di klinik dapat melayani dengan cukup.</p> |
| Pewawancara | : | <p>Ya sudah cukup dengan fgd kali ini. Semua sudah saya rekam juga mudah lupa juga. Data ini sangate berguna untuk peneltiin di hukum Kesehatan, semoga pemerhati hukum Kesehatan semakin tergugah untuk membuat kebijakan efektif supaya kita patuhi. Izin memang pasti akan ada kutipan-kutipan saya munculkan sesuai dengan hasil dari rekaman. Terimakasih untuk waktu yang disediakan. Mohon maaf jika ada yang kesalahan atau kurang nyaman juga. Selamat sore.</p> |
| B2 | : | <p>Selamat sore.</p> |

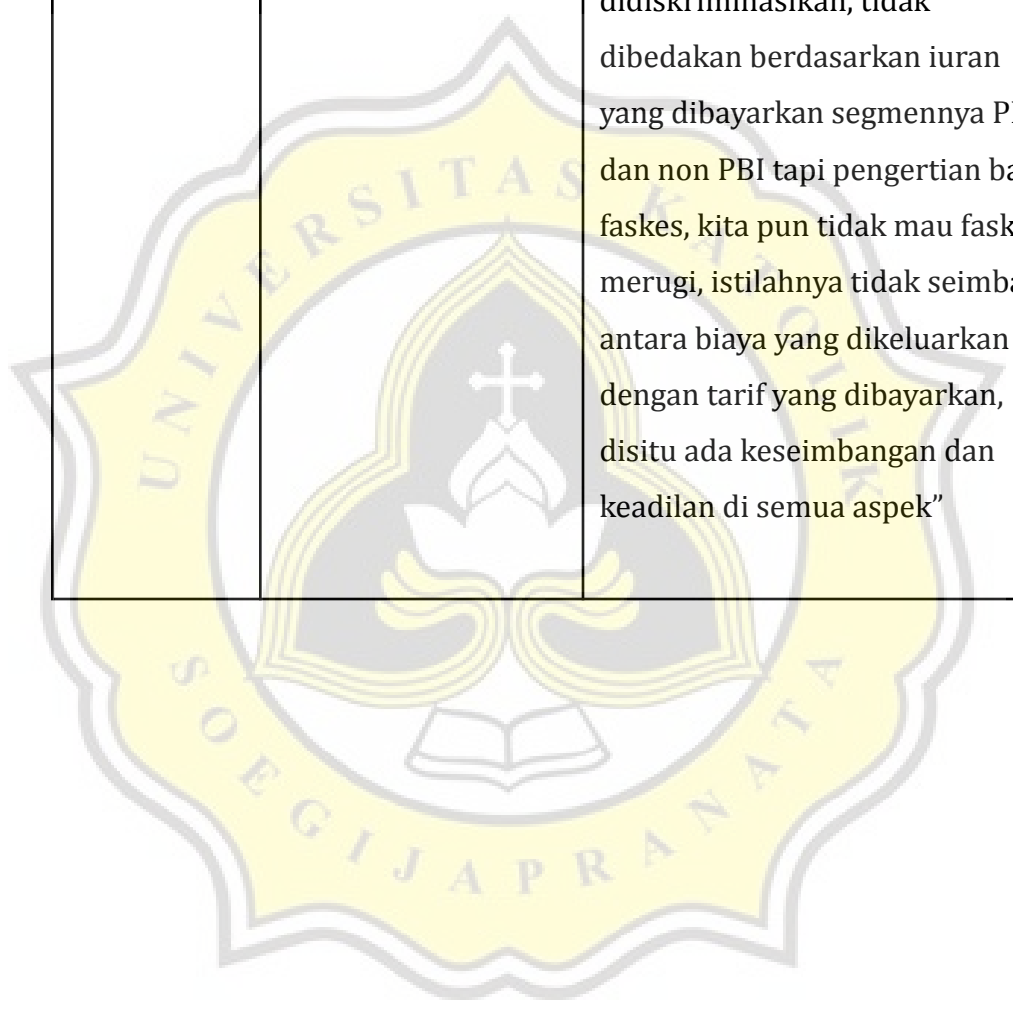
Lampiran 10

**Hasil analisis data FGD tentang prinsip ekuitas
dalam pelaksanaan program JKN**

| Kode | Deskripsi Kode | Kuotasi |
|----------------------------------|---|---|
| Prinsip ekuitas bagi peserta JKN | Tujuan dari prinsip ekuitas hanya untuk peserta JKN karena hak pasien bukan berarti hak rumah sakit | M01: "Prinsip ekuitas pada JKN ini lebih ke pasiennya daripada RS, jadi sebaiknya prinsip ekuitas tadi dijabarkan ke pasien bukan ke RS, atau hak yang pasien dapatkan bukan hak RS, karena diluar iuran atau biaya, padahal RS tidak jauh dari pembiayaan" |
| Prinsip umum ekuitas | Ekuitas adalah keadilan antara apa yang diterima dengan yang diberikan | M02: "Ekuitas adalah apa yang diterima sama dengan apa yang diberikan dan kalau saya pilih yang ekuitas arti umum, karena sama-sama tidak dirugikan" |
| Prinsip khusus ekuitas dalam JKN | Prinsip ekuitas secara obyektif adalah sama dan sesuai menurut ketentuan yang berlaku dalam program JKN | B01: "seharusnya sama ya, karena kita memegang regulasi yang sama, kita ini terbantu karena hukum bilangan besar bahwa kami defisit jelas sekali, ekuitas pelayanan sama artinya kita memandang dari sisi obyektif ya , bukan subyektif, kita punya regulasi BPJS ini, lembaga dibawah presiden berhak mengeluarkan regulasi, namun |

| | | |
|--|---|---|
| | | sebagai operator wajib menerapkan regulasi yang disampaikan oleh pemerintah” |
| Prinsip ekuitas berbeda makna secara subyektif | Prinsip ekuitas secara subyektif dapat berbeda-beda makna. Prinsip ekuitas dapat tercapai ketika terjadi universal health coverage. | B01: “Ekuitas, kita memandangnya dari sisi yang mana dulu, kalau lihat dari produknya sendiri, saya memandang dari sisi kepesertaan dulu, dia membayar, misalkan mandiri kelas I, terus dia sakit dapat pelayanan, tentu dia tidak ekuitas, prinsip ekuitas yang diharapkan agak lama, universal health coverage, input yang diberikan tidak sesuai dengan outcome yang diharapkan kalau dari sisi gotong royong” |
| Prinsip khusus ekuitas | Prinsip ekuitas seperti yang terdapat dalam UU No 40 Tahun 2004 tentang SJSN | B02: “Ekuitas yang dimaksud ini pasien mendapatkan pelayanan medis sama tidak terkait dgn iuran yang dibayarkan terkait dengan benefit yang didapatkan medis dan non medis” |
| Prinsip umum ekuitas | Ekuitas dimaknai sebagai keadilan bagi semua pihak yang terlibat dalam | B02: “kalau sepemahaman saya, ekuitas dalam program JKN, masing-masing pihak yang terlibat dalam penyelenggaraan |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>program JKN, yaitu: peserta JKN, Rumah Sakit dan BPJSK</p> | <p>ini, BPJSK, RS dan peserta memiliki rasa keseimbangan, artinya tidak ada perbedaan peserta ini datang ke faskes tidak didiskriminasikan, tidak dibedakan berdasarkan iuran yang dibayarkan segmennya PBI dan non PBI tapi pengertian bagi faskes, kita pun tidak mau faskes merugi, istilahnya tidak seimbang antara biaya yang dikeluarkan dengan tarif yang dibayarkan, disitu ada keseimbangan dan keadilan di semua aspek”</p> |
|--|---|---|



Lampiran 11

**Hasil analisis data FGD RS Misi Lebak
pada pengaturan tentang kendali mutu dan kendali biaya
dalam program JKN**

| Kode | Deskripsi kode | Kuotasi |
|-----------------------------------|--|---|
| Kendali Mutu | | |
| Kualitas SDM | Kualitas SDM mempengaruhi kendali mutu, khususnya soft skill dari SDM tersebut | M03: “kendali mutu yang mempengaruhi dari SDM, suatu SDM yang berkualitas yang memiliki skill yang mencukupi dan fasilitas, kendali mutu dari soft skill yang lebih mempengaruhi kepuasan pasien lebih meningkat” |
| Mutu pelayanan yang sama dan adil | Kesamaan mutu yang diberikan kepada pasien kelas I, II, dan III di rumah sakit | P01: “mutu di kelas I, II, III sama, kalau tidak sama nanti komplain pasiennya ke BPJS, BPJS ke kita” |
| Kebijakan BPJS | Kendali mutu ditentukan oleh kebijakan BPJS yang sangat berpengaruh pada pelayanan bagi peserta JKN di rumah sakit | P02: “Kendali mutu sangat dipengaruhi oleh kebijakan BPJS, Kayak kacamata, mereka akan ganti kalau ukurannya lebih dari ¼, kalau ¼ gak mau ganti, masalahnya kacamata, mata satunya ¼ satunya -1 ya gak bisa diganti, |

| | | |
|---------------------------|---|--|
| | | <p>masak ganti cuma sebelah, ternyata sistemnya ditutup, memang gak bisa, mata kanannya ¼ tetap tidak diganti walau mata sebelahnya -10, jadi kebijakan dari BPJS mempengaruhi mutunya kita gitu, jadi pasien lihat RS ini bagaimana sih, jadi sepertinya RS kita yang salah.</p> <p>“</p> |
| Kendali Biaya | | |
| Farmasi dan perbekalannya | Pengaruh pemilihan farmasi dan perbekalannya dalam pelayanan JKN | <p>P03: “kendali biaya: dari peralatan, obat-obatan, pengaturan dari unit cost tindakan yang mempengaruhi faktor biaya, kalau alkes contohnya: abocath, selang infus atau oksigen, obat paten bisa kita pakai obat generik”</p> |
| Kondisi keparahan pasien | Biaya pelayanan meningkat dapat dipengaruhi oleh keadaan pasien itu sendiri, kompleksitas | <p>P03: “faktor pasien-pasien yang sakit, tingkat keparahannya, makin parah sakit pasien, maka makin lama pasien dirawat,</p> |

| | | |
|-----------------------------|--|--|
| | penyakit dan pengobatannya | obat-obatan makin banyak, penunjang juga, dokter juga tidak hanya satu” |
| Faktor pasien | Kondisi pasien yang dilayani sangat bervariasi | P04: “jenis pasien yang berobat, usia yang makin berumur makin besar biayanya, co morbid,” |
| Manfaat medis dan non medis | Pelayanan medis kepada peserta JKN tidak dibeda-bedakan. Perbedaan hanya pada layanan non medis | M04: “KMKB di semua golongan kepesertaan, ada perbedaan dari jumlah biaya yang diterima, biaya makanan, luasan gedung, nilai unit costnya berbeda, selanjutnya obat, alkes sama tidak ada perbedaan” |
| Sistem rujukan | Kendala dalam rujukan berjenjang, dimana rujukan tidak dapat atau karena pasien atau keluarganya tidak mau | P05: “sama pasien-pasien perawatan yang lama total care, cari rujukan ya sulit, nah itu kan pasti bengkak biayanya terus gak mau dirujuk juga, pasien kadang yang gak mau” |
| Tarif INA-CBGs | Kurangnya pemahaman PPA tentang tarif INA-CBGs yang berdasarkan | P06: “Mungkin teman2 bisa sedikit diberi gambaran, kita dikasih tahu lah masing-masing paket berapa, ini berapa, kita yang tahu |

| | | |
|--|---|--|
| | pengelompokkan diagnosa dan dibayar berdasarkan paket | hanya kebanyakan dyspepsia, cuma kalau lossnya ya di luar kendali kita, apakah selama ini subsidi silangnya masih bisa berjalan gitu, atau tidak tapi ya pengetahuan kami dalam hal itu tidak ada” |
|--|---|--|



Lampiran 12

**Hasil analisis data FGD BPJSK Serang
pada pengaturan tentang kendali mutu dan kendali biaya
dalam program JKN**

| Kode | Deskripsi kode | Kuotasi |
|-------------------------------|---|---|
| Kendali Mutu | | |
| Kredensialin g FKRTL | Kendali mutu pada awalnya adalah kredensialing FKRTL sebagai mitra BPJSK sekaligus penyedia layanan JKN | B01: “mutu bagaimana membeli pelayanan, RS yang akan bekerjasama dengan kita, akan dikredensialing asesmen dulu, kemudian dicrosscheck, ada nilai-nilai tentunya, yang diatas 75 pasti layak diajak kerjasama. Jadi kita membeli dengan standar yang sudah ditetapkan Kemenkes” |
| Fasilitas Kesehatan | Pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan di suatu daerah | B01: “mutu pelayanan lihat kebutuhan di suatu daerah, data BOR itulah strategi purchasing ada KMKB” |
| Standar Pelayanan Medis | Penggunaan Clinical Pathway (CP) dan SOP Medis sebagai upaya kendali mutu | B02: “kendali mutu dari RS ada CP, PNPk yang diterapkan, apakah ada SOP, ini tinggal di combine ya, atau merujuk menerapkan SOP, tentunya rujukan dari PNPk |

| | | |
|-----------------------------|---|--|
| | | tadi, kami percaya bahwa RS masing-masing, dgn Komite Medik, bahwa CP dan PNPk telah berjalan dengan baik, sebagai wadah agar CP dan PNPk berjalan dengan baik” |
| Informasi publik | Menjalankan transformasi digital melalui display TT untuk mendukung pemberian informasi publik yang efektif | B01: “dalam hal kendali mutu, melengkapi prinsip ekuitas, BPJS saat ini dengan kondisi saat ini transformasi digital, publikasi TT, filosofinya memberikan informasi ke publik, sebagai upaya untuk melakukan kendali mutu, transparan kepada peserta” |
| Kendali Biaya | | |
| Keseimbangan mutu dan biaya | Ada pengaturan lebih lanjut dari RS untuk mempertahankan mutu layanan dan juga adanya tim yang bertujuan untuk mengendalikan biaya yang efisien | B01: “Kendali biaya supaya ketemu dengan kendali mutu, tidak bisa satu persatu, case, tentunya tidak bisa sama, apalagi dengan standar yang tinggi, walaupun CP berlaku, dokternya terbitan mana, tapi saya pikir kendali mutu tetap dijalankan, pada saat kendali |

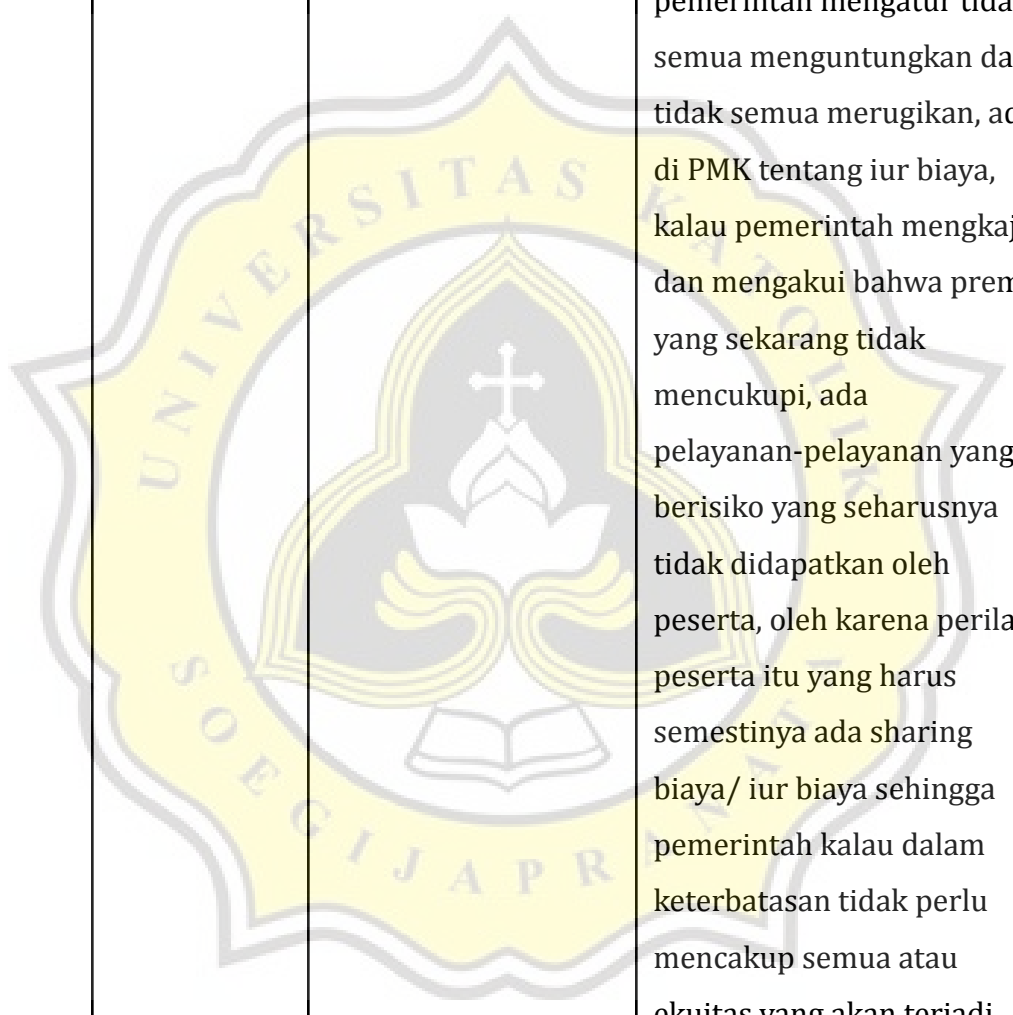
| | | |
|--|---|--|
| | | <p>mutu, maka harapan kita tim di RS juga melakukan kendali biaya. Sehingga tidak jauh gapnya dari satu case dengan INA CBGs yang didapatkan”</p> |
| <p>Koordinasi antar lembaga</p> | <p>Upaya KMKB bukan hanya dari BPJSK dan Rumah Sakit, tapi juga melibatkan organisasi profesi dan asosiasi perumasakitan</p> | <p>B02: “KMKB harus dilakukan bersama-sama ya dari BPJSK, faskes, tetap berkoordinasi dengan asosiasi faskes, kita menginginkan pelayanan tetap bermutu dan biaya juga terkendali”</p> |
| <p>Partisipasi aktif stakeholder terkait</p> | <p>Dukungan dari organisasi profesi, akedemisi, dan lembaga terkait dalam usaha turut mendukung terjadinya KMKB dalam pelayanan JKN</p> | <p>B02: “Tim KMKB tentu melibatkan organisasi profesi, akedemisi, dan pakar klinis, biasa juga dan pertemuan ya 1 tahun 2 kali untuk membahas hal-hal yg terkait dgn apa-apa yg menjadi kompetensi di RS, dan tentu saja mendiskusikan hal-hal yang terjadi di lapangan, kasus-kasus yang akan dicari solusinya”</p> |
| <p>Verifikasi klaim</p> | <p>Peranan Case Manager BPJSK dalam kendali biaya</p> | <p>B03: “selain audit paska klaim, kami memiliki Case Manager, untuk melihat</p> |

| | | |
|---------------------------|---|--|
| | <p>pelayanan di rumah sakit melalui proses verifikasi dan analisis terhadap klaim yang diajukan pihak rumah sakit</p> | <p>anomali-anomali yang terjadi, memberikan hasil analisa kepada verifikator-verifikator, untuk melakukan validasi terhadap pembayaran ke RS”</p> |
| <p>Ketepatan Coding</p> | <p>Pentingnya ketepatan koding dalam proses verifikasi klaim</p> | <p>B02: “sebetulnya bukan karena biaya, tapi kesesuaian akan koding, bukan hanya terbatas oh biayanya besar, jadi lebih ke arah kesesuaian koding”</p> |
| <p>Audit administrasi</p> | <p>Pelaksanaan audit administrasi dalam menjaga mutu pelayanan medis yang diberikan dan efisiensi biaya yang dikeluarkan oleh BPJSK</p> | <p>B03: “kendali biaya selain verifikasi paska klaim, kami ada audit administrasi, juga lebih ke arah mutu, apa ada ijin, perijinan-perijinan tindakan prosedur, misalkan tindakan phaeco, setiap bulan ada monitoring, misal tren-tren baru, maka ada feedback ke verifikator, apakah benar, jika ada anomali, tidak harus salah, tapi double crosscheck”</p> |

Lampiran 13

**Hasil analisis data FGD dan wawancara
terhadap pelaksanaan prinsip ekuitas dalam program JKN
melalui KMKB secara umum**

| Kode | Deskripsi kode | Kuotasi |
|---|--|---|
| Prinsip umum ekuitas tidak tercapai | Lebih besar manfaat yang diberikan kepada peserta JKN daripada biaya yang diterima dari besaran premi yang ada | B01: “Kalau dibilang tercapai dilihat dari sisi mana dulu memandang, kalau dari sisi premi jelas tidak tercapai, kami terjadi masa defisit, sempat tidak bisa membayar kami sebagai institusi keuangannya (BPJS), jelas terjadi pada pasien HD, pada proses pendaftaran tidak terjadi seleksi ya” |
| Ekuitas tidak tercapai dan kurangnya evaluasi Pemerintah terhadap program JKN | Adanya beberapa kondisi yang mempengaruhi prinsip ekuitas sehingga tidak tercapai, diantaranya adalah: besarnya manfaat yang diterima oleh peserta JKN dan kriteria kondisi tertentu dari peserta JKN tersebut | B02: “memang harus memastikan apakah ekuitasnya sudah berjalan atau tidak, definisinya sulit, contohnya di Jerman, mereka taxnya pasti besar, mereka tidak bisa mengakses FKTP segampang disini apalagi RS, kalau ingin menerapkan prinsip ekuitas seperti itu, pemerintah membutuhkan biaya yang sangat besar, jujur |



| | | |
|--|--|--|
| | | <p>kalau melihat pelayanan, case by case ada yang tidak menguntungkan bahkan merugikan, karena pemerintah mengatur tidak semua menguntungkan dan tidak semua merugikan, ada di PMK tentang iur biaya, kalau pemerintah mengkaji dan mengakui bahwa premi yang sekarang tidak mencukupi, ada pelayanan-pelayanan yang berisiko yang seharusnya tidak didapatkan oleh peserta, oleh karena perilaku peserta itu yang harus semestinya ada sharing biaya/ iur biaya sehingga pemerintah kalau dalam keterbatasan tidak perlu mencakup semua atau ekuitas yang akan terjadi untuk RS bilamana pemerintah memikirkan kembali apakah semua kondisi pelayanan</p> |
|--|--|--|

| | | |
|--------------------------------|---|--|
| | | dimasukkan dalam JKN untuk ditanggung” |
| Ekuitas sudah tercapai | Secara umum prinsip ekuitas di RS Misi Lebak sudah tercapai | B03: “Khususnya di RS Misi untuk ekuitasnya secara garis besar sudah tercapai, mungkin masih ada beberapa keluhan, tidak banyak, tapi sdh berkurang, bisa disimpulkan untuk di RS Misi ekuitasnya sudah tercapai” |
| Indikator Mutu dan Biaya BPJSK | Penerapan prinsip ekuitas melalui KMKB diantaranya adalah melaksanakan indikator kepatuhan fasilitas kesehatan terhadap kontrak BPJSK dimana ada 7 indikator untuk KMKB dalam program JKN | B02: “Kalau kita lihat apakah sudah tercapai apa tidak (ekuitas) kita bicara program asuransi sosial, nirlaba, berasaskan dengan keadilan, sebenarnya apa yang kita bayarkan ke faskes purchasing ya kita kan membeli dengan harapan peserta sudah mendapatkan pelayanan yg bermutu jika kita lihat sekarang kan semakin membaik ya jadi kita membayarkan yakin ya pelayanan bermutu dan peserta tidak dibeda-bedakan antara |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>pasien umum dengan JKN ya, Untuk RS sendiri ada 6 indikator mutu ya, jadi salah satu faktor kepuasan peserta yang datang ke RS Misi jadi puas ini”</p> |
| <p>Sustainability as Dana Jaminan Sosial</p> | <p>Prinsip ekuitas dapat tercapai apabila terjadi sustainability dana jaminan sosial untuk mendukung pembiayaan peserta JKN</p> | <p>B02: “Ekuitas akan berjalan dengan baik apabila programnya sustain ya artinya kita tepat waktu membayarkan klaim ke faskes, tentu saja faskes akan puas, sehingga faskes akan memberikan pelayanan yang baik, dan imbasnya peserta akan puas ya”</p> |
| <p>Ekuitas tercapai untuk akses</p> | <p>Adanya komitmen dari BPJS untuk daerah terpencil sehingga akses peserta JKN untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan tercapai</p> | <p>B01: “Dari sisi akses tentunya ada ekuitas, di beberapa wilayah yang tidak punya faskes, misalnya daerah terpencil dimana kita membayar semua pelayanan itu, kapitasi sepuluh ribu, kita membayar semua itu bagaimana akses pasien bisa masuk”</p> |

Lampiran 14

**Hasil analisis data FGD dan wawancara
terhadap pelaksanaan prinsip ekuitas dalam program JKN
melalui KMKB bagi peserta JKN**

| Kode | Deskripsi kode | Kuotasi |
|--------------------------|---|---|
| Prinsip ekuitas tercapai | Ekuitas terhadap pelayanan peserta JKN sudah diterapkan di semua golongan | M01: “Secara Ekuitas, RS Misi sudah menerapkan dari kelas I, II, III, pemberian darah sama untuk pasien” |
| Tidak ada diskriminasi | Pasien IGD dilayani sesuai dengan kegawatdaruratannya, PPA tidak melihat berdasarkan golongan kepesertaan JKN | PPA05: “kalau dari pasien sudah tercapai, kita kan gak tau dia kelas 1,2,3, bayar, kita sama aja ngelayannya” |
| Kesamaan pelayanan medis | Perlakuan pelayanan kesehatan pada peserta JKN tidak dibeda-bedakan berdasarkan golongan kepesertaan | B02: “kalau sebenarnya kita lihat dari keluhan peserta sudah tercapai namun belum full karena ada sedikit keluhan peserta kalau dari benefit medis mungkin sudah terpenuhi dari RS Misi ya ketika dilakukan tindakan operasi apakah dibedakan benang, tentu saja RS tidak membedakan ya sesuai dengan hasil survei ya (ekuitas) |

| | | |
|--|--|---------------------------------|
| | | mereka sudah mendapatkan ya” |
|--|--|---------------------------------|



**Hasil analisis data FGD dan wawancara
terhadap pelaksanaan prinsip ekuitas dalam program JKN
melalui KMKB bagi Rumah Sakit**

| Kode | Deskripsi kode | Kuotasi |
|--------------------------------|---|---|
| Tidak ekuitas | Prinsip ekuitas belum terpenuhi bagi RS Misi Lebak, dimana kewajiban pelayanan sudah diberikan, namun penerimaan biaya pelayanan kurang sesuai dengan billing rumah sakit | M01: “secara prinsip ekuitas JKN dari satu sisi bagi pasien sudah tercapai, tapi dari RS masih belum, dari segi kewajiban RS sudah memberikan pelayanan yang sesuai, tapi dari segi hak tidak sesuai, secara tarif apa yang dibayar dari BPJS tdk sesuai” |
| Tidak adil | Tidak ada keadilan dimana billing pasien RS lebih tinggi dari tarif INA-CBGs | M02: “dari selisih billing, prinsip ekuitas tidak tercapai, tidak ada keadilan, billing pasien lebih besar dari nilai yang ditanggung BPJS” |
| Prinsip ekuitas belum tercapai | Ekuitas sulit diterapkan pada pasien dengan perawatan yang lama | P02: “Prinsip ekuitas belum tercapai, pasien perawatan lama, billing kita sudah lebih belum lagi kalau perburukan” |
| Risiko penurunan mutu | Dengan adanya kondisi defisit BPJSK dapat dimungkinkan adanya dampak mutu | B01: “ketika kondisi defisit terjadi saya pikir ekuitas belum berjalan karena rumah sakit juga belum dibayarkan, |

| | | |
|------------------------------|--|--|
| | yang kurang baik terhadap pelayanan kesehatan pada peserta JKN | maka ada pengaruh, mungkin dari RS juga ada pengurangan mutu ataupun hal-hal yang tidak optimal diberikan” |
| Profit rumah sakit berkurang | Ketidakseimbangan antara billing RS dengan tarif INA-CBGs memunculkan selisih negatif yang membuat penerimaan biaya RS tidak optimal | B02: “Kalau melihat data, apa yg dibayarkan BPJS lebih kecil ya, kita pasti yakin RS profitnya tidak besar ya, kami tidak bisa menilai apa ini equity atau tidak, jika melihat angkanya memang tidak berimbang, namun kami pun yakin, tidak mungkin faskes kerjasama jika merugikan salah satu pihak, tentu ketika kita kerjasama harapannya kedua pihak diuntungkan, kami diuntungkan karena RS Misi telah memberikan pelayanan pada peserta JKN, dan kami berharap RS tidak dirugikan, mungkin dari sisi RS, equity sudah tercapai tapi mungkin profitnya tidak sesuai ya” |

Lampiran 16

**Hasil analisis data FGD dan wawancara
terhadap pelaksanaan prinsip ekuitas dalam program JKN
melalui KMKB bagi BPJSK**

| Kode | Deskripsi kode | Kuotasi |
|-------------------------|--|--|
| Standar tarif INA-CBGs | BPJSK telah melakukan pembayaran sesuai dengan regulasi | B02: “dari sisi BPJS ekuitas ini sudah tercapai apa yang dibayarkan sudah sesuai dengan standar yang berlaku” |
| Prinsip gotong royong | Ekuitas tidak bisa berjalan sendiri dalam program JKN ini, salah satunya ada prinsip gotong royong yang dapat mendukung efektifitas dari program JKN | B01: “ekuitas dalam hal mutu sudah tercapai ya, dalam hal biaya tidak bisa dikatakan tercapai atau tidak, karena BPJS ada gotong royong ya jadi pasien yang baru mendaftar pasti di BPJS belum tercapai ekuitas, tapi kalau peserta lama jadi kalau menentukan ekuitas yang kalau digabung sdh tercapai” |
| Peningkatan kepesertaan | Diperlukan upaya-upaya dan strategi untuk terus meningkatkan capaian kepesertaan yang dapat mendukung | B01: “dari sisi kepesertaan, premi yang kita kumpulkan tidak tercapai ekuitasnya, kita terbantu dari hukum bilangan besar, bagaimana kami bisa meningkatkan pooling iuran/premi, kami melakukan penagihan ke peserta dgn |

| | | |
|--|------------------------------|--|
| | pendanaan program JKN ini | berbagai metode, manfaat yang diberikan lebih besar daripada premi yang kami terima” |
|--|------------------------------|--|



Lampiran 17

**Hasil analisis data FGD dan Wawancara
terhadap upaya pencapaian pelaksanaan prinsip ekuitas
dalam program JKN melalui KMKB**

| Kode | Deskripsi kode | Kuotasi |
|---------------------|--|--|
| Konsep prospektif | RS dapat mengimbangi besaran biaya dengan adanya penerapan sistem paket terhadap diagnosa tertentu, sehingga pelayanan tetap efektif dan biaya menjadi efisien | M01: "RS juga mengeluarkan sistem paket, misalkan obat-obatan tinggi ya diturunkan, misalkan oral setiap diagnosa sesuai, JKN buat diagnosa paket, maka RS juga membuat paket, misalkan dyspepsia dibuat paket 3 hari, jadi obat-obatan sesuai". |
| Integrasi kebijakan | Pemerintah harus melakukan kajian terhadap keterkaitan kebijakan yang satu dengan yang lain. Interaksi yang ada harus bermanfaat bagi kesehatan masyarakat seutuhnya | P02: "Regulasinya di pusat seperti ini, tapi di daerah beda lagi, contoh pasien operasi katarak, yang dipakai kan permenkes, apabila kita melakukan manual small incision dengan komorbid diabetes, rawat jalan 3 jutaan sekian dan rawat inap 5 jutaan sekian, di daerah dengan berbagai cara tidak konsisten dengan regulasinya sendiri. Ujung-ujungnya berhemat, akibatnya bertentangan |

| | | |
|---------------------------|---|--|
| | | dengan regulasi vision 2020 malah tidak tercapai, hak untuk melihat, regulasi perlu diperbaiki, maka yang bagus iur biaya”. |
| Kebutuhan dasar kesehatan | Perlunya identifikasi kebutuhan dasar kesehatan yang dimaksud dalam regulasi agar terjadi ketahanan dana jaminan sosial | B01: “sebenarnya pemerintah concern saja dulu, pelayanan mana yang harus dibiayai, pelayanan medis dasar, fokus saja dulu disitu”. |
| Clinical Pathway | Rumah Sakit hendaknya mengembangkan tools untuk KMKB | B02: “RS mungkin harus sudah ada CP, disesuaikan dengan sistem pembayaran kita INA-CBGS sakit ini biaya segini dari RS harus tahu dan buat turunannya jadi dari situ untuk kendali biayanya supaya maksimal, misalkan pemilihan obat jadi maksudnya lama perawatan tidak menjamin bahwa KMKB bagus, mungkin dengan LOS sebentar kalau pengobatan-nya maksimal, maka biayanya lebih kecil jadi dari situ ya, CP”. |

| | | |
|----------------------------------|---|---|
| <p>Sistem rujukan berjenjang</p> | <p>Dengan adanya pelaksanaan pelayanan kesehatan di FKTP dan FKRTL maka peserta JKN diharapkan dapat berobat sesuai ketentuan yang berlaku.</p> | <p>B02: “ketika pelayanan yang diberikan maka harus ada biaya yang memadai sehingga RS pun tidak memutar otak keras bagaimana agar peserta ini dilayani sampai tuntas jadi kami sering mendengar juga dari anggota Dewan apa betul ya kalau BPJS dirawat hanya 3 hari 5 hari bukan berarti biaya yang dibayarkan itu kurang ya, tarif ini juga dari masukan asosiasi rumah sakit ya pembiayaan ini kan bukan hanya di RS tapi di FKTP, jadi sistem rujukan berjenjang penting, apa yang bisa dilayani di tingkat pertama tidak perlu dirujuk di RS dengan biaya pasti tinggi, memang tarif ini akan direvisi tapi ya kita nunggu permenkesnya kita menunggu juga dari asosiasi jadi bagaimana kita menekan atau mengendalikan biaya ini ya, jadi apabila sudah bisa dilayani di tingkat pertama maka tidak perlu di rumah</p> |
|----------------------------------|---|---|

| | | |
|--|--|--|
| | | sakit dengan biaya besar jadi lebih dioptimalkan yang di tingkat pertama ya” |
|--|--|--|



PAPER NAME

20.C2.0007 (2).docx

WORD COUNT

22389 Words

CHARACTER COUNT

142651 Characters

PAGE COUNT

99 Pages

FILE SIZE

859.3KB

SUBMISSION DATE

Aug 1, 2022 9:00 AM GMT+7

REPORT DATE

Aug 1, 2022 9:07 AM GMT+7

● **16% Overall Similarity**

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

- 15% Internet database
 - 1% Publications database
 - Crossref database
 - Crossref Posted Content database
 - 6% Submitted Works database
- **Excluded from Similarity Report**
- Bibliographic material
 - Quoted material
 - Cited material
 - Small Matches (Less than 10 words)
 - Manually excluded text blocks