

- b. Berdasarkan analisa kinerja secara keseluruhan serta analisa kinerja dari unit-unit kerja maka RS “XYZ” belum siap menjadi provider BPJS Kesehatan pada 1 Januari 2014.

Kondisi ini sebagai efek dari sikap manajemen RS “XYZ” yang belum melakukan persiapan yang memadai menyongsong pemberlakuan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan INA CBGs pada 1 Januari 2014.

Kementerian Kesehatan sebagai regulator di bidang pelayanan kesehatan sudah beberapa kali melakukan sosialisasi terhadap PPK (Pusat pelayanan Kesehatan) tingkat I dan II terkait dengan road map dan pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) namun RS “XYZ” tetap belum mempersiapkan diri secara memadai.

Demikian juga halnya dengan Dinas Kesehatan tingkat I Provinsi Jawa Barat dan Dinas Kesehatan kota Depok, sudah melakukan himbauan dan pembinaan agar PPK (Pusat pelayanan Kesehatan) tingkat I dan II yang ada di wilayahnya untuk menjadi provider BPJS Kesehatan

BAB V

PEMBAHASAN TEMUAN PENELITIAN

Berdasarkan analisis yang peneliti lakukan terhadap kesiapan RS “XYZ” dalam menghadapi pemberlakuan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Permasalahan utama adalah selama RS “XYZ” beroperasi ternyata kinerjanya masih minus, walaupun selama ini RS “XYZ” menerapkan sistem tarif *fee for service*.

Hal ini menjadi pertimbangan utama bagi manajemen RS “XYZ” untuk menentukan sikap dalam menghadapi pemberlakuan Jaminan Kesehatan Nasional, ada rasa ketakutan kalau menjadi provider BPJS Kesehatan selisih minus tersebut akan semakin besar. Karena tarif Jaminan Kesehatan Nasional yang di implementasikan dalam soft ware INA CBGs masih di bawah tarif RS “XYZ”.

Akibat dari kinerja minus tersebut, berbagai program pengembangan dan re inventasi mengalami hambatan karena keterbatasan dana. Beberapa program kerja yang sudah di programkan sebelumnya terpaksa tidak bisa di laksanakan, walaupun di laksanakan tidak akan maksimal.

Program diklat salah satunya yang paling mengalami kendala karena keterbatasan dana. Beberapa program pelatihan yang sebelumnya sudah di programkan terpaksa di tunda atau tidak dilaksanakan sama sekali.

Pembayaran kepada pihak supplier juga menjadi kendala, terpaksa pembayaran di tunda atau dibayar tapi dengan cara mencicil. Kewajiban

kepada pihak perbankan sebagai debitur RS “XYZ” juga harus di rescedul dengan menambah tenornya.

Disamping permasalahan utama diatas, ada permasalahan lainnya yang dialami oleh RS “XYZ”, yaitu belum siapnya unit kerja baik rawat inap, rawat jalan dan unit penunjang untuk menjalankan sistem tarif paket per diagnosa yang di implementasikan dalam soft ware INA CBGs. Permasalahan ini terasa semakin berat karena dokter-dokter yang berpraktek di RS “XYZ”, sebagian besar belum terpapar dengan sistem paket per diagnosa yang di implementasikan dalam soft ware INA CBGs. Dokter sebagai motor dari pelayanan kepada pasien tentunya harus paham betul konsep tarif paket per diagnosa yang di implementasikan dalam soft ware INA CBGs.

Dalam konsep tarif paket per diagnosa yang di implementasikan dalam soft ware INA CBGs. menggabungkan unsur kendali mutu dan kendali biaya sekaligus,. Dimana suatu episode pelayanan akan di hargai sesuai dengan diagnosa perawatan pada saat pasien pulang, bukan lagi di hargai berdasarkan lamanya suatu episode pelayanan serta aktifitas atau tindakan yang di berikan ke pasien.

Pada konsep ini unsur kendali mutu akan berpengaruh terhadap lamanya pasien harus di rawat inap, apabila pelayanan yang diberikan sesuai dengan standar mutu yang sudah di tetapkan, maka pasien akan menjalani rawat inap di rumah sakit sesuai ketentuan yang sudah di implementasikan dalam soft ware INA CBGs.

Namun sebaliknya, bila pelayanan yang diberikan sub standar, maka pasien akan menjalani rawat inap yang lebih lama dari ketentuan yang sudah yang sudah di implementasikan dalam soft ware INA CBGs. Hal ini terjadi karena proses penyembuhan pasien membutuhkan waktu yang lebih lama, atau karena terjadinya infeksi nosokomial. Bila keadaan tersebut diatas terjadi pada pasien, maka akan dibutuhkan resources yang lebih banyak dari standar.

Unsur kendali biaya berpengaruh terhadap Quantity dan Quality resources yang di perlukan dan bersifat essential dalam merawat pasien, quantity dan qualitynya harus merujuk pada kasus penyakit yang diderita oleh pasien tersebut, bukan atas kehendak dari dokter atau pasien itu sendiri.

Bila unsure kendali mutu dan kendali biaya di abaikan, maka resource yang dibutuhkan untuk merawat pasien pasti akan di atas standar ketentuan yang sudah di implementasikan dalam soft ware INA CBGs.

Ada beberapa faktor yang harus manajemen RS “XYZ” pertimbangkan dalam menentukan sikap untuk menjadi provider BPJS Kesehatan atau tidak, yaitu :

1. Road map Jaminan Kesehatan Nasional, dimana paling lambat di tahun 2019, seluruh penduduk Indonesia wajib menjadi peserta BPJS Kesehatan, menjadi dilema bagi manajemen RS “XYZ”, kalau tidak ikut menjadi provider BPJS Kesehatan tentu tidak ada lagi pasien yang akan berobat ke RS “XYZ”.

2. Kewenangan yang di miliki oleh BPJS Kesehatan untuk melakukan seleksi dan kredensial terhadap calon provider seperti yang tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) no 71 tahun 2013 pasal 6 bagian ke dua tentang persyaratan, seleksi dan kredensialing, menyatakan bahwa : Dalam menetapkan pilihan Fasilitas Kesehatan, BPJS Kesehatan melakukan seleksi dan kredensialing dengan menggunakan kriteria teknis. Pengertian dari seleksi dan kredensial diatas adalah bahwa BPJS Kesehatan berhak untuk menolak suatu rumah sakit menjadi calon provider baru bila berdasarkan cakupan luas wilayah dan kepesertaan dalam sautu area tertentu sudah mencukupi providernya.
3. Peserta Jaminan Kesehatan Nasional, tidak hanya dijamin di kelas III saja, tapi juga di kelas II dan kelas I sesuai dengan bunyi Pasal 23 Peraturan Presiden No. 12 tahun 2013 dan di tuangkan pada pasal 5 dalam setiap Perjanjian Kerja Sama (PKS) antara BPJS Kesehatan dengan Rumah Sakit tentang kelas perawatan.
4. Adanya peluang Coordination of Benefit (COB) antara BPJS Kesehatan dengan asuransi kesehatan lain yang bersifat komersial, seperti terutang pada pasal 28 Peraturan Presiden No 111 Tahun 2013, yang berbunyi : BPJS Kesehatan melakukan koordinasi manfaat dengan program jaminan sosial di bidang kecelakaan kerja dan kecelakaan lalu lintas serta asuransi kesehatan lainnya.

5. Terjaminnya Kecepatan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan, selama 15 hari setelah berkas klaim diterima oleh BPJS Kesehatan, sesuai dengan pasal 6 Perjanjian Kerja Sama antara BPJS Kesehatan dengan rumah sakit provider.
6. Semakin cepat menjadi provider BPJS Kesehatan tentu akan semakin baik bagi RS “XYZ” karena walau bagaimanapun nantinya RS “XYZ” suka atau tidak suka atau bahkan terpaksa tetap harus menjadi provider BPJS Kesehatan di tahun 2019