



INDONESIAN HOSPITAL ASSOCIATION

Pengelolaan Dana dan Jasa Medis Dokter pada pasien BPJS

DANIEL BUDI WIBOWO

KETUA KOMPARTEMEN BPJS DAN MANAJEMEN RESIKO

HOTEL MENARA PENINSULA JAKARTA 27 FEBRUARI 2014

Model Pembayaran

- ▶ Pasien Non Peserta BPJS → Fee for Service
- ▶ Pasien Peserta BPJS → INA-CBG (managed care)
- ▶ → Ada implikasi berbeda dalam manajemen pendapatan dan biaya rumah sakit, misalnya dalam pengakuan pendapatan jasa medis dalam akuntansi rumah sakit. Pada FFS jasa medis boleh diakui sebagai pendapatan titipan dokter.

Kendala dalam pengelolaan dana pasien peserta BPJS yang sering disampaikan.

1. Ada beberapa diagnosis yang tarif INA-CBG dianggap jauh lebih rendah dari tarif rumah sakit.
2. Tidak ada pedoman yang menentukan porsi jasa rumah sakit, jasa profesi dan belanja maksimal AMHP dalam INA-CBG.
3. Model perhitungan pembayaran jasa medis dan profesional lain yang melayani pasien BPJS.
4. Standar AMHP dan obat sering terjadi ketidaksepahaman antara profesi dan manajemen.
5. Karena ada 2 model tarif penagihan pasien (tarif fee for service dan INA-CBG), bagaimana model pencatatannya dalam sistem akuntansi RS agar akuntabel.
6. Dokter tidak paham kode diagnosis ICD 9 dan 10CM, sehingga diagnosis kurang "valid" dan optimal.
7. RS terpaksa melakukan "fraud" untuk mencegah kerugian.

Salah persepsi yang sering terjadi pada pelayanan pasien BPJS.

1. Pasien BPJS dikelola sebagai pasien “fee for service”, sehingga saat “kuota biaya” habis, pasien terpaksa “diterminasi”.
2. Profesional dianggap sebagai “karyawan proyek” yang dihargai per kasus.
3. Memilih kasus dengan indikasi kecukupan biaya dianggap sebagai cara yang “cerdik” untuk mempertahankan profitabilitas.
4. Pemahaman tentang episode kasus yang tidak selalu sama antara RS dengan verifikator BPJS.

Tantangan Pengelolaan Dana hasil Pasien BPJS

- ▶ Pengalokasian dana ke pusat-pusat biaya secara akuntabel.
- ▶ Mutu pelayanan pada pasien BPJS memenuhi standar profesional.
- ▶ SDM yang melayani BPJS puas, tidak demotivasi.
- ▶ Pasien BPJS puas terhadap pelayanan yang diberikan.

Tarif INA-CBG

meliputi :

a. Pelayanan Rawat Inap

Merupakan paket jasa pelayanan, prosedur/tindakan, penggunaan alat, ruang perawatan, serta obat-obatan dan bahan habis pakai yang diperlukan

b. Pelayanan Rawat Jalan

Merupakan paket jasa pelayanan kesehatan pasien rawat jalan sudah termasuk Jasa pelayanan, Pemeriksaan penunjang Prosedur/ tindakan, Obat-obatan yang dibawa pulang, Bahan habis pakai lainnya.

Bagaimana tarif CBG (Casemix) dihitung ?

TARIF CASE-MIX

TARIF = Hospital Base rate x Cost Weight x **aF**

Adjustment factor (aF)

Average cost for specific CBG

Aggregate average cost

TARIF = Hospital Base rate x **Cost Weight** x aF

A red curved arrow points from the text 'Aggregate average cost' down to the 'Cost Weight' term in the formula. The 'Cost Weight' term is circled in red.

$$\frac{\text{Hospital Cost}}{\text{Number of hospital equivalent cases} * \text{CMI}}$$

$$\text{TARIF} = \text{Hospital Base rate} \times \text{Cost Weight} \times aF$$

$$\frac{\sum (\text{Cost weight} \times \# \text{ of cases})}{\text{Total \# of cases for hospital A}}$$

Prinsip tarif INA-CBG

- ▶ Terdiri tarif rawat jalan dan rawat Inap.
- ▶ Besaran tergantung kelompok diagnosis utama, co morbid, severity, tindakan medis, umur, dll
- ▶ Jasa pelayanan (manfaat medis) dalam perhitungan tarif tidak dibedakan antar kelas perawatan, hanya manfaat akomodasi yang membuat perbedaan.
- ▶ Iur biaya hanya untuk tindakan yang berpotensi “moral hazard”, dan “upgrade” kelas perawatan yang menjadi haknya.
- ▶ Tidak ada rincian komponen jasa pelayanan (jasa profesi / jasa medis).
- ▶ Besaran tarif berbeda sesuai klasifikasi dan regional rumah sakit.

Keluhan terhadap tarif INA-CBG 2014

- ▶ Jasa pelayanan rawat jalan per episode dianggap rendah, sehingga kunjungan kasus pertama (pemeriksaan spesialis, pemeriksaan penunjang, obat dan tindakan medis → menyebabkan RS “rugi”).
- ▶ Jasa pemeriksaan penunjang tertentu relatif rendah (CT Scan, MRI, Endoscopy, dsb.)
- ▶ Tindakan pembedahan tertentu (SC, appendectomy, hernia, dsb) dianggap terlalu rendah.
- ▶ Pasien dengan “multiple diseases” dan banyak komplikasi belum tentu tarifnya sepadan dengan biaya perawatan dan tindakannya, termasuk pasien yang di ICU, neonatus BBLR di perawatan perinatology, dsb.
- ▶ Pemahaman verifikator BPJS belum “seragam”, sehingga sering terjadi perbedaan besaran klaim dengan yang dibayar.

Prinsip pengendalian biaya pasien BPJS

- ▶ Perhitungan untung rugi tidak boleh dilakukan kasus per kasus (micro costing) tetapi dihitung total klaim dalam kurun waktu tertentu. Sebagai faktor penyebut (pembagi) bisa menggunakan tarif rumah sakit atau total alokasi sumber daya yang dipakai (bisa memakai beberapa metode).

Contoh : Hasil klaim BPJS bulan Februari Rp. 900 juta. Bila dibandingkan tarif FFS rumah sakit seharusnya menghasilkan Rp. 1 M, berarti dianggap ada potongan total 10 persen dari tarif.

Unit cost pelayanan bulan Januari untuk pasien BPJS adalah Rp. 800 juta, berarti masih ada profit 11,25 %.

Prinsip pengendalian biaya pasien BPJS

- ▶ Ada standar jenis pelayanan yang dapat dilakukan untuk pasien BPJS sesuai kelas dan kondisi rumah sakit yang disosialisasikan ke jejaring terkait.
- ▶ Ada standar formularium dan AMHP untuk pasien BPJS.
- ▶ Ada standar pelayanan klinis (clinical pathway) untuk kasus-kasus yang umum, yang ditaati oleh seluruh profesi terkait.
- ▶ Edukasi dokter dan panel dokter yang berkomitmen melaksanakan kendali biaya dengan kendali mutu sesuai standar pasien BPJS.
- ▶ Proses edukasi dan komunikasi pada pasien dan keluarganya.
- ▶ Kompetensi dokter, petugas koder dan staf administrasi serta keuangan untuk melakukan klaim dan benar dan tepat waktu.

Prinsip pengendalian biaya pasien BPJS

- ▶ Efisiensi dalam pelayanan, mengendalikan limbah dan kesalahan.
- ▶ Sistem remunerasi rumah sakit yang proporsional dengan rata-rata pendapatan.

Perbedaan sistem remunerasi sebelum dan sesudah penerapan INA-CBG

Sebelum INA-CBG

- ▶ Pembayaran remunerasi berasal dari kumpulan pembayaran jasa profesi dalam sistem fee for service.
- ▶ Jasa profesi muncul “by name” dalam billing, sehingga profesional merasa memiliki hak utama
- ▶ Jasa utilitas penunjang medik dapat dimasukkan sebagai komponen remunerasi (paradigma utilitas).

Sesudah INA-CBG

- ▶ Pembayaran remunerasi diolah dari pendapatan pelayanan sesuai tarif INA-CBG.
- ▶ Tidak ada akun “jasa profesi” dalam billing INA-CBG.
- ▶ Utilisasi penunjang medik yang berlebihan akan menjadi sumber pemborosan sumber daya, bukan sumber pendapatan (paradigma efisiensi).

Sistem remunerasi

- ▶ Remunerasi merupakan imbal jasa yang manfaatnya diterima pegawai berupa komponen-komponen untuk penghargaan atas pekerjaan dan penghargaan atas kinerja di samping untuk perlindungan keamanan pegawai dalam bekerja maupun penghargaan atas masa kerja pegawai.

Tujuan Khusus

Sistem remunerasi harus memotivasi untuk melakukan kendali mutu dan kendali biaya sebagai salahsatu kunci sukses pelayanan pasien BPJS.

Komponen dalam sistem remunerasi

- ▶ Penghargaan atas pekerjaan didasarkan prinsip kesetaraan tingkat kompleksitas pekerjaan atau “equal pay for jobs of equal value” ;
- ▶ penghargaan atas kinerja didasarkan kesetaraan tingkat pencapaian total target kinerja (total performance target) atau prinsip “equal pay for performance of equal value” dan
- ▶ kesetaraan yang berkaitan dengan ketentuan-ketentuan berbasis perorangan/individual yang didasarkan atas prinsip “equal pay for people of equal value”.

Manfaat yang diharapkan

- ▶ Manfaat dari diterapkannya sistem remunerasi adalah untuk memacu motivasi pegawai agar memiliki komitmen tinggi dalam bekerja dengan mentaati segala ketentuan dan peraturan yang berlaku, membangun tim kerja yang solid, menunjukkan kinerja yang diharapkan rumah sakit serta memacu motivasi pegawai untuk membangun kompetensi rumah sakit secara berkelanjutan

Prinsip remunerasi

1. Kelayakan
2. Keadilan
 - ▶ Keadilan penerimaan remunerasi .
 - ▶ Keadilan penghargaan pekerjaan.
 - ▶ Keadilan penghargaan kinerja .
 - ▶ Keadilan penghargaan perorangan/individu .

Konflik dalam remunerasi

- ▶ Merasa tidak adil, karena menganggap sudah berkontribusi besar dalam pendapatan (akibat “by name” dalam billing rumah sakit), namun yang diterima relatif kecil.
- ▶ Sudah sangat terbiasa dengan pembayaran “fee for service” (murni berbasis kinerja, gaji tetap dianggap “bonus”).
- ▶ Egois, mau mendapat gaji besar tanpa memperhatikan kebutuhan karyawan lain.
- ▶ Hanya melihat hasil pendapatan total, tanpa mau diperhitungkan faktor kinerja dan disiplin.

Perhitungan jasa medis menggunakan pendekatan RVU.

- ▶ Besar anggaran jasa medis diambil dari persentase pembayaran BPJS.
- ▶ Manajemen rumah sakit harus menentukan besar anggaran jasa medis setiap bulan, dengan memperhatikan belanja dan biaya operasional rumah sakit lainnya.
- ▶ Bobot setiap pekerjaan akan diperhitungkan menggunakan point / Relative Value Unit (RVU). Besaran nilai RVU tergantung alokasi dana untuk biaya SDM.
- ▶ Bila di akhir tahun ada sisa hasil kegiatan, dapat dikeluarkan bonus berdasar kinerja dan, atau untuk menambah komponen penghasilan lainnya.
- ▶ Makin banyak komplikasi perawatan, akan mengecilkan anggaran jasa medis.

Dampak penggunaan tarif INA-CBG terhadap sistem remunerasi

- ▶ Jumlah dan komposisi dan LOS pasien ikut menentukan sisa hasil kegiatan.
- ▶ Terjadi perpindahan SDM terutama dokter ke rumah sakit yang “lebih menghasilkan”, dapat mengakibatkan kekurangan sumber daya di rumah sakit daerah yang dianggap “kering”. Akibatnya mungkin terjadi “lelang” insentif untuk menahan dokter / profesional yang diperlukan (komponen atas perorangan menjadi tinggi) – bisa terjadi ketidaksesuaian dengan pendapatan.

Kontribusi Pendapatan “fee for service” untuk jasa medis.

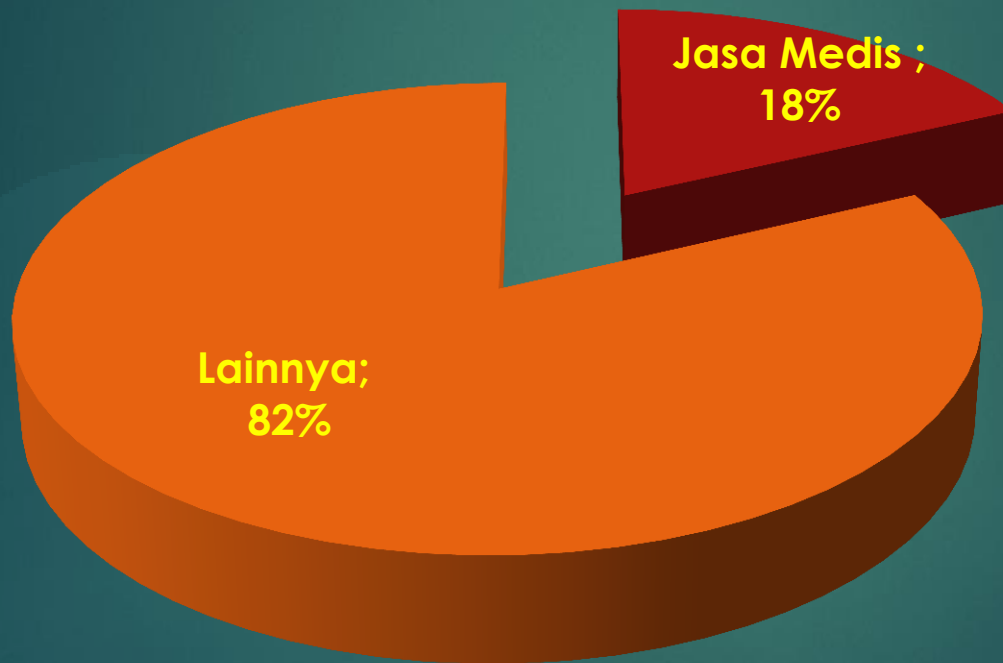
Fee for service mungkin dipakai untuk :

- ▶ Pasien VIP.
- ▶ Pasien non BPJS.
- ▶ Pasien BPJS yang tidak mau ikut sistem rujukan.
- ▶ Pasien BPJS yang minta naik kelas perawatan (?).

Permasalahan :

- ▶ Pendapatan jasa profesi (by name) sebagian besar akan diterima langsung ybs, atau “pooling” menambah besaran nilai nominal remunerasi rumah sakit ?
- ▶ Bila banyak pasien menggunakan fee for service, dan jasa profesi diterima kan sebagian besar ke ybs, akan mengacaukan sistem remunerasi rumah sakit (sistem remunerasi “banci”).

Contoh : Dari perhitungan rata-rata tahun 2013, besaran jasa medis dibanding pendapatan di RS P adalah 18 %.



Contoh : Perbandingan tarif FFS vs INA CBG

1. Perbandingan pendapatan : tarif INA CBGs hanya menutup 72% tarif rumah sakit.
2. Untuk kasus non operatif, tarif INA CBGs bisa relatif sesuai tarif RS (misalnya mencapai 97 % dari tarif RS)
3. Untuk kasus operatif, dibawah tarif RS (hanya menutup 54 % dari tarif)

Konsep Perhitungan Jasa Medis

1. Berlaku untuk dokter spesialis
2. Menggunakan sistem poin yang dihitung menggunakan Metode Relative Value Unit (RVU), yaitu menghitung “point” setiap jenis pelayanan medis baik pemeriksaan, konsultasi, visite maupun tindakan medis dari pendekatan tarif yang berlaku saat ini.
3. Jasa medis yang dibagikan sebesar proporsi jasa medis dari total hasil klaim BPJS yaitu 18 % (sesuai rata-rata besaran jasa medis terhadap pendapatan RS).

Langkah-Langkah Perhitungan Poin

1. *Mendata semua jenis jasa pelayanan dokter yang ada di RS beserta dengan tarifnya.*
2. *Menjumlahkan keseluruhan tarif jasa layanan dokter*
3. *Menghitung point setiap jenis layanan dokter dengan cara membagi tarif jasa layanan dokter ybs dengan penjumlahan keseluruhan tarif jasa dokter (angka 2)*

Mendistribusikan Hasil Klaim BPJS ke masing-masing dokter

1. Kumpulkan data kinerja layanan setiap dokter terhadap peserta BPJS sesuai dengan jenisnya (periksa RJ, tindakan medis, rawat inap operasi, non operasi dll)
2. Hitung jumlah poin setiap dokter dengan cara mengalikan kinerja pelayanan dengan poinnya. Dan jumlahkan hasilnya sebagai total poin yang diperoleh dokter ybs.
3. Jumlahkan seluruh poin yang diperoleh semua dokter menjadi total poin jasa medis. Jumlah ini sama dengan hasil klaim yang seharusnya didistribusikan ke dokter yaitu 18 % dari hasil klaim.

Mendistribusikan... (cont...)

4. Hitung pendapatan setiap dokter dengan cara :
 - a. Hitung proporsi hak setiap dokter dengan cara membagi poin yang diperoleh dokter ybs dengan total poin yang diperoleh seluruh dokter dalam 1 bulan
 - b. Kalikan hasil perhitungan tersebut dengan hasil klaim yang seharusnya dibagikan kepada seluruh dokter.

Keuntungan

1. Resiko sistem ini ditanggung bersama oleh RS dan dokter. Jika BPJS tarifnya lbh besar dari tarif RS akan dinikmati bersama, namun jika lebih rendah akan ditanggung bersama secara proporsional.
2. Sistem “gotong royong” antar dokter. Jika ada kasus yang tarifnya “rugi” dan yang “untung” maka akan saling menutup karena menggunakan angka agregat.
3. Bagi dokter ada efisiensi PPh pasal 21 (?)

Kekurangan

1. Sistem perhitungan jasa dokter akan menjadi 2 macam. Pasien umum menggunakan FFS dan pasien BPJS menggunakan sistem poin. Konsekuensinya harus merubah software HIS. Jika HIS belum siap harus dihitung secara manual yang sangat merepotkan (khususnya RS besar)
2. Resiko pajak karena peraturan yang berlaku saat ini PPh 21 dokter dihitung dari bruto (sebelum dipotong RS), dengan model ini hitunganya berbeda dihitung dari netto. Tugas Persi untuk memohon perubahan peraturan ke Dirjen Pajak agar tidak terjadi masalah waktu pemeriksaan pajak.



Pandangan IDI untuk Remunerasi

- ▶ Pada masa transisi JKN, jasa dokter diharapkan IDI menggunakan “**basic salary**” (gaji tetap dan tunjangan tetap) ditambah **jasa medis menggunakan besaran fee for service** yang ditetapkan perhimpunan.
- ▶ Besaran fee for service mengacu pada tarif kelas 3, dan ada faktor perkalian untuk kelas di atasnya. Contoh : kelas 2 - Faktor pengali (1.05 - 1.10), kelas 1 - Faktor pengali (1.15 - 1.25), kelas VIP - Faktor pengali (1.30 - 1.35).

Acuan pendapatan dokter (harapan IDI)

1. Acuan basic salary dokter umum: Rp. 12.5 – 15.000.000
2. Acuan basic salary dokter spesialis: Rp. 22.5 – 42.500.000
3. Tarif konsultasi di poliklinik, ruang rawat, perawatan khusus, emergensi/UGD, dll. Sebagai berikut: (untuk PBI/Kelas III)
 - a. Konsultasi poliklinik dokter umum: Rp. 25 – 50.000,-
 - b. Konsultasi poliklinik dokter spesialis / UGD dan perawatan khusus : Rp. 75 – 100.000,-
 - c. Visite : Rp. 50 – 75.000,-

Philippine Health

- ▶ Jasa profesional menggunakan model point (Relative value unit – RVU), namun ada batas maksimal penerimaan jasa, untuk setiap tindakan.
- ▶ Besarannya dipengaruhi jenis tindakan, kondisi penyakit (diagnosa utama dan co morbidity), kategori profesional, kelas rumah sakit dan lama perawatan.

Contoh RVU yang ditetapkan Phil Health

Tonsillectomy, primary or secondary	40
Appendectomy	100
Upper gastrointestinal endoscopy with biopsy, single or multiple	40
Exploratory laparotomy, exploratory celiotomy w/ or w/o biopsy	150
Colectomy, partial w/ anastomosis	250
Appendectomy for ruptured appendix w/ abscess or general peritonitis	150
Esophagoscopy rigid or flexible, diagnostic, w/ or w/o collection of specimen(s) by brushings or washing	40
Upper gastrointestinal endoscopy, simple primary examination (e.g. w/ small dm flexible endoscope)	40
Colonoscopy, rigid or flexible, transabdominal via colostomy single or multiple	40
Proctosigmoidoscopy, rigid, diagnostic, w/ or w/o collection of specimen(s) brushing or washing	20

Contoh RVU yang ditetapkan Phil Health

Lithotripsy, extracorporeal shock wave	100
Cystourethroscopy	30
Cystourethroscopy, w/ ureteral catheterization, w/ or w/o irrigation, instillation, or ureteropyelography, exclusive of radiologic service	40
Cystourethroscopy, w/ insertion of indwelling ureteral stent (eg, Gibbons or double-J type)	50
Marsupialization of Bartholin's gland cyst	25
Conization of cervix, w/ or w/o fulguration, w/ or w/o dilation and curettage, w/ or w/o repair; cold knife or laser	50
Dilation and curettage	40
Myomectomy, excision of fibroid tumor of uterus, single or multiple; abdominal approach	150
Total abdominal hysterectomy (corpus and cervix), w/ or w/o removal of tube (s), w/ or w/o removal of ovary(s)	200
Vaginal hysterectomy	200
Ligation or transection of fallopian tube(s), abdominal or vaginal approach, unilateral or bilateral	15
Salpingectomy, complete or partial, unilateral or bilateral	100
Salpingo-oophorectomy, complete or partial, unilateral or bilateral	120
Oophorectomy, partial or total, unilateral or bilateral	100
Surgical treatment of ectopic pregnancy; tubal or ovarian, requiring salpingectomy and/or oophorectomy, abdominal or vaginal approach	150
Cesarian delivery	150

Primary (Level 1) Hospitals

Case Type A and B		
Claims Code Group	Surgeon	Anesthesiologist
Group 1 (GP)	RVU x PCF 40 (baseline)	40% of baseline surgeon's fee
Group 5,6 (With training)	RVU x PCF 48	48% of baseline surgeon's fee
Group 2,3,4 (fellow)	RVU x PCF 56	56% of baseline surgeon's fee
	Maximum of 2,000 per confinement	Maximum fee computed as percentage (40, 48 or 56) of 2,000

Secondary (Level 2) Hospitals

Case Type A, B and C		
Claims Code Group	Surgeon	Anesthesiologist
Group 1 (GP)	RVU x PCF 40 (baseline) Maximum of 3,200 pesos	40% of baseline surgeon's fee Maximum of 1,280 pesos
Group 5,6 (With training)	RVU x PCF 48	48% of baseline surgeon's fee
Group 2,3,4 (fellow)	RVU x PCF 56	56% of baseline surgeon's fee

Philippine Health Insurance Corporation
RECORDS & LIBRARY MNGT. SECTION

Tertiary (Level 3 and 4) Hospitals

Case Type A, B and C		
Claims Code Group	Surgeon	Anesthesiologist
Group 1 (GP)	RVU x PCF 40 (baseline) Maximum of 3,200 pesos	40% of baseline surgeon's fee Maximum of 1,280 pesos
Group 5,6 (With training)	RVU x PCF 48	48% of baseline surgeon's fee
Group 2,3,4 (fellow)	RVU x PCF 56	56% of baseline surgeon's fee
Case Type D		
Claims Code Group	Surgeon	Anesthesiologist
Group 1 (GP)	RVU x PCF 40 (baseline) Maximum of 3,200 pesos	40% of baseline surgeon's fee (RVU x PCF 40) Maximum of 1,280 pesos
Group 5,6 (With training)	RVU x PCF 48	48% of baseline surgeon's fee (RVU x PCF 40)
Group 2,3,4 (fellow)	RVU x PCF 56 (for RVU 500 and below)	56% of baseline surgeon's fee (RVU x PCF 40)
Group 2,3,4 (fellow)	<u>RVU x PCF 80</u> (for RVU 501 and above)	40% of <u>specialist surgeon's fee</u> (RVU x PCF 80)

KESIMPULAN :

Apa yang dapat dilakukan oleh manajemen rumah sakit untuk menunjang remunerasi dokter ?

1. Melakukan kajian dan perkiraan jumlah serta komposisi diagnosis pasien untuk perkiraan pendapatan.
2. Membuat kajian unit cost pelayanan pasien termasuk anggaran remunerasi.
3. Penetapan clinical pathway sebagai bagian kontrol biaya.
4. Melakukan analisis jabatan, penetapan jenis – jumlah dan ruang tumbuh peringkat pekerjaan, pemantauan kinerja karyawan dan evaluasi kinerja karyawan, sebagai bagian penerapan sistem remunerasi.
5. Monitoring “dashboard” kinerja keuangan rumah sakit.
6. Kontrol kinerja klinis, jangan terjadi banyak komplikasi penyakit akibat perawatan.

