

# **KAJIAN KEBIJAKAN PENGADAAN OBAT** UNTUK PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL 2014-2018







---

**KAJIAN**  
**KEBIJAKAN PENGADAAN OBAT**  
UNTUK  
PROGRAM JAMINAN  
KESEHATAN NASIONAL  
2014-2018

---



## **KAJIAN KEBIJAKAN PENGADAAN OBAT UNTUK PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL 2014-2018**

Cetakan Pertama, April 2020

ISBN: 978-602-275-202-8

Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

© 2020 Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan

Sumber foto cover: <https://www.123rf.com/mkphotoshu>

Anda dipersilakan untuk menyalin, menyebarkan dan mengirimkan karya ini untuk tujuan non-komersial.

Untuk meminta salinan publikasi ini atau keterangan lebih lanjut mengenai publikasi ini, silakan hubungi TNP2K.

### **TIM NASIONAL PERCEPATAN PENANGGULANGAN KEMISKINAN**

**Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia**

Jl. Kebon Sirih No. 14, Jakarta Pusat 10110

Telepon : (021) 3912812

Faksimili : (021) 3912511

E-mail : [info@tnp2k.go.id](mailto:info@tnp2k.go.id)

Situs : [www.tnp2k.go.id](http://www.tnp2k.go.id)

# Kata Pengantar

Setelah volume *e-Purchasing* sempat turun pada 2017—suatu hal yang mengkhawatirkan mengingat jumlah peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) maupun fasilitas kesehatan yang menjalin kontrak dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan terus bertambah—pengadaan obat secara *online* melalui *e-Katalog* tersebut kembali meningkat pada 2018. Bahkan volume maupun nilai *e-Purchasing* pada 2018 lebih tinggi daripada 2016. Artinya, secara makro tren pengadaan obat JKN telah kembali normal—*e-Katalog* telah kembali pada jalur yang benar.

Namun demikian, hasil analisis yang lebih mendalam menunjukkan hal yang sebaliknya, seperti yang akan disampaikan di bagian selanjutnya dalam Laporan ini. Seperti laporan terdahulu, laporan akhir penelitian bertajuk *Kajian Kebijakan Pengadaan Obat untuk Jaminan Kesehatan Nasional 2014-2018* ini—sebuah penelitian yang dilakukan untuk *TNP2K Health Protection Working Group* dan didukung oleh MAHKOTA—dibagi menjadi enam bab ditambah daftar pustaka. Beberapa bab mengalami penambahan subbab guna menampung analisis yang lebih rinci. Sistematika Laporan ini sebagai berikut:

- **Bab 1. Pendahuluan**

Bab pembuka ini menyajikan latar belakang, tujuan umum dan khusus, serta lingkup penelitian.

- **Bab 2. Kajian Pustaka**

Berisi kajian yang diambil dari kepustakaan yang relevan, bab ini dikelompokkan menjadi tiga topik utama, yaitu: (i) sistem pengadaan obat JKN; (ii) pemasokan dan distribusi; dan (iii) pembelian strategis dan pembayaran.

- **Bab 3. Metodologi Riset**

Bagian ini menyajikan berbagai isu dalam metodologi yang digunakan. Aspek yang disampaikan terdiri dari rancangan penelitian dan pendekatan lain yang digunakan, tipe data yang diambil, informan yang diwawancarai, manajemen dan analisis data, serta jaminan kualitas.

- **Bab 4. Potret Umum Pengadaan Obat JKN 2018**

Bab ini menampilkan gambaran proses pengadaan obat JKN pada 2018 dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya. Termasuk dalam gambaran umum adalah kesenjangan antara Formularium Nasional (Fornas) dan *e-Katalog* serta antara rencana kebutuhan obat (RKO) dan *e-Order*, baik yang dipenuhi (*e-Purchasing*) maupun tidak.

- **Bab 5. Pengadaan Obat JKN dan Kebijakan Terkait**

Bagian ini membahas temuan penelitian, yaitu data dan informasi yang terkait dengan proses pengadaan obat JKN, dari perencanaan dan pemesanan obat hingga proses pemenuhan pesanan dan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan. Pembahasan difokuskan pada peningkatan kebijakan pengadaan obat JKN guna mencegah ketidaktersediaan yang—dalam Laporan ini dikaji lebih rinci—dapat mengundang masuknya obat-obat yang substandar dan/atau rusak (*degraded*).

- **Bab 6. Simpulan dan Rekomendasi**

Bab ini menjelaskan simpulan yang digali dari temuan penelitian dan memberikan rekomendasi berdasarkan temuan yang telah ditelaah itu dengan fokus meningkatkan kebijakan pengadaan obat JKN.

- **Daftar Pustaka**

Bagian ini menampilkan daftar dari pustaka yang digunakan.

Penambahan subbab juga menuntut penambahan poin yang harus dianalisis dan dibahas, serta penambahan hal-hal yang harus disimpulkan dan direkomendasikan. Hal tersebut membuat Laporan ini menjadi sedikit lebih panjang, namun diharapkan jauh lebih komprehensif.

Jakarta, April 2020



# Ucapan Terima Kasih

Publikasi ini dipersiapkan oleh Kelompok Kerja Kesehatan pada Sekretariat TNP2K. Dukungan terhadap produksi publikasi ini diberikan oleh Pemerintah Australia melalui program MAHKOTA (*Toward a Strong and Prosperous Indonesia Society*).

Tim penyiapan Laporan ini meliputi: Prastuti Soewondo (Ketua Pokja Kesehatan, Sekretariat TNP2K), Prih Sarnianto (Peneliti Utama), Dwi Oktiana Irawati (Peneliti), dan Retno Pujisubekti (Peneliti).

Terima kasih dihaturkan pula untuk Dr. Bambang Widiyanto (Sekretaris Eksekutif TNP2K) atas dukungan yang diberikan, Sarah Sadiqa, S.H., M.Sc. (Deputi Bidang Monitoring, Evaluasi dan Pengembangan Sistem Informasi LKPP) atas data dan informasi yang komprehensif, dan seluruh nara sumber dari Kementerian Kesehatan, industri farmasi, rumah sakit, PP IAI, dan Fakultas Farmasi Universitas Pancasila yang tidak dapat disebut Namanya satu persatu.

# DAFTAR ISI

<b>Kata Pengantar</b>	<b>i-ii</b>
<b>Ucapan Terima Kasih</b>	<b>iii</b>
<b>Daftar Isi</b>	<b>iv-v</b>
<b>Daftar Tabel</b>	<b>vi</b>
<b>Daftar Gambar</b>	<b>vii</b>
<b>Daftar Foto</b>	<b>vii</b>
<b>Daftar Singkatan dan Akronim</b>	<b>viii-ix</b>
<b><i>Executive Summary</i></b>	<b>1-10</b>
<b>1. Pendahuluan</b>	<b>2</b>
<b>2. Proses Pengadaan Obat JKN</b>	<b>2-7</b>
2.1. Dari Fornas sampai <i>e-Order</i> dan <i>e-Purchasing</i>	2-3
2.2. Perencanaan dan Penganggaran Pengadaan Obat JKN	4
2.3. <i>e-Purchasing</i> dan Pengiriman Obat	4-5
2.4. <i>Lead time</i> dan <i>e-Order</i> yang Tak Dipenuhi	5-7
2.5. Insentif dan Disinsentif	7
<b>3. Rekomendasi</b>	<b>7-10</b>
<b>BAB I</b>	
<b>Pendahuluan</b>	<b>11-14</b>
1.1 Latar Belakang	12-13
1.2 Tujuan Penelitian	14
1.3 Lingkup Penelitian	14
<b>BAB II</b>	
<b>Kajian Pustaka</b>	<b>15-33</b>
2.1 Sistem Pengadaan Obat JKN	25-28
2.1.1 Dari RKO Sampai HPS	25-27
2.1.2 Penetapan Harga Obat <i>e-Katalog</i> dan Obat JKN	27-28
2.2 Pemasokan dan Distribusi	28-32
2.2.1 Pengadaan Obat di Fasilitas Pelayanan Kesehatan	30-31
2.2.2 Pengiriman Obat JKN Oleh Distributor	31-32
2.3 <i>Strategic Purchasing</i> dan Pembayaran	32-33

## **BAB III**

<b>Metodologi Penelitian</b>	<b>34-72</b>
3.1 Rancangan Penelitian	36
3.2 Sumber Data	36
3.3 Validasi Metoda	37
3.4 Instrumen Penelitian	37
3.5 Manajemen dan Analisis Data	37-38
3.5.1. Data Kuantatif	37-38
3.5.2. Data Kualitatif	38
3.6 Jaminan Kualitas Penelitian	38

## **BAB IV**

<b>Potret Umum Pengadaan Obat JKN 2017</b>	<b>39-72</b>
4.1 Kajian Kuantitatif	42-57
4.1.1 Rasio <i>e-Purchasing</i> terhadap RKO	43-45
4.1.2 Rasio <i>e-Katalog</i> terhadap RKO	46-50
4.1.3. Rasio <i>e-Purchasing</i> terhadap RKO	50-51
4.1.4 Penolakan <i>e-Order</i> oleh Industri Farmasi	52-57
4.2 Kajian Kualitatif	57-72
4.2.1 Rencana Kebutuhan Obat (RKO)	59-62
4.2.2 Dari Harga Perkiraan Sendiri sampai Penetapan <i>e-Katalog</i>	62-64
4.2.3 Pengadaan Obat JKN oleh Faskes	64-72

## **BAB V**

<b>Pengadaan Obat JKN dan Kebijakan Terkait</b>	<b>73-93</b>
5.1 Kebijakan terkait Rencana Kebutuhan Obat	77-82
5.2 Kebijakan terkait HPS dan Penetapan Harga <i>e-Katalog</i>	82-88
5.3 Kebijakan terkait Pemesanan dan Pengiriman Obat	88-90
5.4 Ketersediaan Obat JKN dan Pembayaran oleh BPJS Kesehatan	90-93

## **BAB VI**

<b>Simpulan dan Rekomendasi</b>	<b>94-111</b>
6.1 Simpulan	96-102
6.2 Rekomendasi Kebijakan	102-110
6.3 Rekomendasi untuk Kajian Lanjut	110-111

<b>Daftar Pustaka</b>	<b>114-116</b>
-----------------------	----------------



## DAFTAR **TABEL**

### **Tabel 2.1**

Obat dalam Fornas dan *e-Katalog* 2014-2017 18

### **Tabel 2.2**

Top 50 Obat *e-Katalog* Menurut RKO 2014-2017 19

### **Tabel 2.3**

Top 25 Obat Menurut *e-Order* yang Ditolak 2017 22

### **Tabel 2.4**

Alasan Penolakan *e-Order* oleh Pemenang *e-Katalog* 2017 23

### **Tabel 4.1**

Obat dalam Fornas dan *e-Katalog* 2014-2018 43

### **Tabel 4.2**

Top 50 Obat *e-Katalog* Menurut RKO 2014-2018 47

### **Tabel 4.3**

Top 25 Obat Penyakit Kronis menurut RKO 2014-2018 48

### **Tabel 4.4**

Top 25 Obat Antikanker Menurut RKO 2014-2018 49

### **Tabel 4.5**

Top 25 Obat Menurut *e-Order* yang Ditolak 2018 52

### **Tabel 4.6**

Alasan Penolakan *e-Order* oleh Pemenang *e-Katalog* 2018 56





## DAFTAR GAMBAR

### Gambar 2.1

Perkembangan Cakupan Kepesertaan Program JKN 2014-2018 16

### Gambar 2.2

Perkembangan FKTP dan FKRTL dalam Program JKN 2014-2018 17

### Gambar 4.1

Proporsi *e-Purchasing* terhadap RKO pada *e-Katalog* 2016-2018 51

## DAFTAR FOTO

Cover	mkphotoshu/123RF	
Foto 1.	Evanezhina/123RF	1
Foto 2.	Engdao Wichitpunya/123RF	11
Foto 3.	Pixabay	15
Foto 4.	Hafiz Ismail/123RF	20-21
Foto 5.	Az Jan/123RF	34-35
Foto 6.	Wutthichai Luemuang/123RF	39
Foto 7.	TNP2K	54-55
Foto 8.	TNP2K	73
Foto 9.	ockskaymark/123RF	84-85
Foto 10.	intmphoto/123RF	94-95
Foto 11.	TNP2K	112-113

## DAFTAR **SINGKATAN** DAN **AKRONIM**

AIDS	<i>Acquired immune deficiency syndrome</i>
APBD	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
API	<i>Active pharmaceutical ingredient</i>
ARV	Antiretroviral
BLUD	Badan Layanan Umum Daerah
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BPK	Badan Pemeriksaan Keuangan
BPOM	Badan Pengawasan Obat dan Makanan
CPOB	Cara Pembuatan Obat yang Baik
CVD	<i>Cardiovascular disease</i>
DAK	Dana Alokasi Khusus
DPRD	Dewan Perwakilan Rakyat Daerah
DRGs	<i>Diagnosis-related groups</i>
Faskes	Fasilitas kesehatan
FDA	<i>Food and Drugs Agency</i>
FF UP	Fakultas Farmasi Universitas Pancasila
FFS	<i>Fee for service</i>
FKRTL	Fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut
FKTP	Fasilitas kesehatan tingkat pertama
Fornas	Formularium Nasional
GDP	<i>Good distribution practices</i>
HAI	<i>The Human Awareness Institute</i>
HIV	<i>Human immunodeficiency virus</i>
HPS	Harga perkiraan sendiri
IPMG	<i>International Pharmaceutical Manufacturer Group</i>
IRP	<i>International reference price</i>
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
Kemkes	Kementerian Kesehatan
LKPP	Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah
LPLPO	Lembar Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat
MSH	<i>Management Sciences for Health</i>



NCDs	<i>Noncommunicable diseases</i>
NIE	Nomor Izin Edar
ODHA	Orang dengan HIV/AIDS
OGB	Obat Generik Berlogo
PP IAI	Pengurus Pusat Ikatan Apoteker Indonesia
PQ	<i>Prequalification</i>
PRB	Program rujuk-balik
RKO	Rencana kebutuhan obat
RSUD	Rumah Sakit Umum Daerah
RSUP	Rumah Sakit Umum Pemerintah
SDM	Sumber daya manusia
TNP2K	Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan
UHC	<i>Universal health coverage</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>





## RINGKASAN EKSEKUTIF

## 1. Pendahuluan

Secara teoretis, penerapan sistem *e-Procurement* untuk pengadaan obat program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dapat memecahkan berbagai masalah dalam sistem asuransi kesehatan sosial tersebut. Namun kenyataannya, sejak penerapan sistem pengadaan berbasis internet itu terus terjadi kelangkaan obat di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan (faskes). Guna mencegah ketidaktersediaan obat yang dapat menyebabkan pasien tak mendapat terapi sesuai kebutuhan medis, berbagai titik kritis dalam rantai proses pengadaan obat JKN yang berpotensi menyebabkan kesenjangan antara rencana kebutuhan obat (RKO), *e-Katalog*, dan *e-Purchasing* harus diperbaiki, termasuk sistem pengadaan obat di tingkat faskes. Selain itu, sistem penunjang, terutama infrastruktur teknologi informasi dan peraturan perundang-undangan di tingkat daerah, perlu diperkuat.

## 2. Proses Pengadaan Obat JKN

Proses pengadaan obat JKN diawali dengan penyusunan Formularium Nasional (Fornas) yang merupakan dasar untuk penetapan *e-Katalog*—referensi bagi faskes dalam pengadaan obat. Harga obat dalam *e-Katalog* ditetapkan melalui proses lelang nasional terbuka (atau negosiasi jika penyedia obat hanya tiga perusahaan farmasi atau kurang), dengan harga perkiraan sendiri (HPS) dan rencana kebutuhan obat (RKO) yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan sebagai harga dan volume kebutuhan acuan. Masalah dapat muncul dari titik mana pun di sepanjang rantai proses pengadaan obat, seperti yang disampaikan dalam bagian selanjutnya dari ringkasan eksekutif ini.

### 2.1. Dari Fornas sampai *e-Order* dan *e-Purchasing*

Pada lima tahun pertama penerapan JKN, kesenjangan antara Fornas dan RKO serta antara RKO dan *e-Katalog* secara umum terus menyempit. Namun kesenjangan antara RKO dan *e-Purchasing* ternyata semakin lebar. Pada 2018, walau *zero e-Purchasing* menyentuh tingkat terendah, 6,3 persen, proporsi *e-Purchasing* <30% RKO mencapai tingkat tertinggi, 45 persen. Hal ini antara lain mengindikasikan bahwa, walau penetapan RKO telah dilakukan secara *bottom-up* menggunakan data dari faskes dan berbasis Fornas, serta HPS yang ditetapkan Kemenkes juga cukup menarik bagi kalangan industri farmasi untuk mengikuti lelang *e-Katalog*, RKO tersebut belum mencerminkan

kebutuhan aktual faskes. Terus melebarnya kesenjangan antara *e-Katalog* dan *e-Purchasing* tersebut disebabkan oleh:

- Rumus perhitungan umum (*modeling*) yang digunakan untuk menetapkan RKO pada tingkat faskes mengandung kesalahan prinsipil. RKO tersebut menghasilkan data yang sulit untuk akurat, sehingga RKO Nasional yang ditetapkan Kemenkes tak mungkin memiliki akurasi yang baik.
- Sistem teknologi informasi di tingkat faskes kurang memadai—banyak faskes yang terpaksa melakukan *order* secara manual.
- Pada 2018, cukup banyak faskes dengan keandalan teknologi informasi memadai yang melakukan pengadaan melalui *order* secara manual, walau semakin banyak faskes yang boleh melakukan *e-Purchasing* seiring diberikannya akses kepada faskes swasta yang menjalin kontrak dengan BPJS Kesehatan sejak September 2016. Pada 2018, jumlah rumah sakit swasta yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan telah lebih banyak daripada faskes publik, tetapi hanya sedikit yang dapat memenuhi persyaratan untuk melakukan *e-Purchasing*.
- Masih banyak faskes yang tak memiliki farmasis dengan tanggung jawab khusus melakukan pengadaan obat JKN, termasuk mempersiapkan RKO.
- Penolakan *e-Order* yang tinggi seperti pada 2018. Tercatat 27.768 paket *e-Order* (selanjutnya disebut "paket *order*") ditolak oleh perusahaan farmasi pemenang *e-Katalog*. Dalam unit terkecil, volume *e-Order* yang ditolak juga terbilang tinggi. Pada 2018, penolakan atas tablet parasetamol 500mg (*e-Purchasing* = 48,2% RKO), misalnya, mencapai sekitar 90 juta tablet, setara 9,9% RKO, yang terdiri dari 350 paket *order*.
- Perusahaan farmasi non-pemenang *e-Katalog* kian agresif memasarkan produknya sehingga banyak faskes mengalihkan pemesanan untuk memenuhi kebutuhan obat JKN mereka ke perusahaan farmasi yang menawarkan harga bersaing (dan umumnya dalam bentuk paket, *bundling*, dengan obat non-JKN untuk pasien regular) dengan waktu tunggu pemesanan atau *lead time* yang lebih pendek dan pengiriman lebih pasti.

## 2.2. Perencanaan dan Penganggaran Pengadaan Obat JKN

Salah satu penyebab utama kesenjangan antara *e-Katalog* dan *e-Purchasing* adalah ketidaksesuaian antara RKO (di tingkat dinas kesehatan) dan anggaran (yang disetujui Dewan Perwakilan Rakyat Daerah). Pada penetapan secara *bottom-up*, RKO harus diserahkan oleh faskes pada April, sedangkan anggarannya baru disetujui pada Agustus hingga Oktober. Anggaran yang disetujui biasanya lebih kecil daripada anggaran yang diajukan. Karena itu, dinas kesehatan dan faskes (puskesmas) cenderung mengajukan angka lebih besar dari kebutuhan aktual, termasuk dalam bentuk RKO yang lebih tinggi, guna mengantisipasi pemangkasan oleh DPRD provinsi atau DPRD kabupaten/kota.

Dengan data RKO dari tingkat faskes yang tidak mencerminkan kebutuhan aktual dan sistem *e-Monev* yang belum andal, Kemenkes tidak memiliki data yang cukup baik untuk menetapkan RKO secara akurat. Proporsi *e-Purchasing* terhadap RKO yang “fluktuatif”—ditandai kecenderungan *under e-Purchasing* pada 2014 dan 2015, diikuti *over e-Purchasing* pada 2016, dan kembali *under e-Purchasing* pada 2017 dan 2018—mengindikasikan bahwa sampai tahun kelima penerapan *e-Katalog*, Kemenkes belum memiliki metode yang andal untuk mengoreksi data yang diterimanya guna menetapkan RKO Nasional yang akurat.

Lebih jauh lagi, sistem *e-Monev* Kemenkes juga tak kunjung memadai dan belum juga terkoneksi dengan sistem teknologi informasi milik Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang dan Jasa Pemerintah (LKPP). Semua ini, ditambah dengan langkanya personel ahli di bidang teknis pengadaan dan lelang di Kemenkes dan tidak adanya personel dengan pengetahuan yang memadai akan produk farmasi di LKPP, membuat kerja sama—bahkan komunikasi—antara kedua lembaga strategis itu tidak semulus yang diharapkan.

## 2.3. *e-Purchasing* dan Pengiriman Obat

Walau menyederhanakan proses pengadaan dan meningkatkan transparansi harga serta tata kelola dan akuntabilitas, *e-Purchasing* melalui *e-Katalog* tidak mudah dijalankan oleh sebagian besar faskes dan dinas kesehatan, terutama yang berada di kawasan dengan koneksi internet dan sumber daya manusia (SDM) yang kurang memadai. Kendala dalam melakukan *e-Purchasing* tersebut, ditambah dengan upaya pemasaran perusahaan farmasi non-pemenang *e-Katalog* yang kian agresif, seperti seperti memberi

diskon besar sehingga harga produknya bersaing dengan obat *e-Katalog* dengan waktu tunggu lebih jauh pendek dan pasti, mendorong banyak faskes, terutama klinik dan rumah sakit swasta yang pengelolaan keuangannya lebih fleksibel, beralih ke obat hasil produksi non-pemenang. Naiknya proporsi *e-Purchasing* <30% RKO dari tahun ke tahun setidaknya sebagian disebabkan oleh kedua hal di atas.

Peningkatan proporsi *e-Purchasing* yang sangat rendah tersebut—menjadi 45 persen pada 2018 dari 42 persen (pada 2017) dan 30 persen (2016)—terjadi di tengah perkembangan berikut:

- Jumlah obat *e-Katalog* mengalami penurunan pada 2018, yaitu menjadi 980 jenis dari 988 *item* obat pada tahun sebelumnya.
- Kepesertaan JKN tumbuh cukup tinggi, 10,7 persen, menjadi 208 juta dari sekitar 188 juta penduduk pada tahun sebelumnya, sehingga kebutuhan akan obat JKN juga meningkat.
- Jumlah faskes yang memiliki akses terhadap *e-Purchasing* meningkat tinggi dengan dibukanya akses *e-Katalog* kepada faskes swasta sejak September 2016. Pada 2018, jumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL) yang bermitra dengan BPJS Kesehatan masing-masing meningkat 7,1 persen dan 8,2 persen dibandingkan dengan tahun sebelumnya.

Kenyataan bahwa di tengah perkembangan tersebut proporsi *e-Purchasing* <30% RKO mengalami peningkatan, mengindikasikan bahwa kepercayaan para pemangku kepentingan, terutama penyedia dan pengguna obat JKN, terhadap *e-Katalog* secara umum terus menurun.

#### 2.4. Waktu tunggu dan *e-Order* yang Tak Dipenuhi

Pada 2018, waktu tunggu pesanan untuk *e-Purchasing* melalui *e-Katalog* masih panjang, antara 2-8 bulan dengan rerata 3 bulan—jauh lebih panjang dibandingkan dengan waktu tunggu obat yang dipesan secara manual dari non-pemenang *e-Katalog* atau obat dengan harga regular dari pemenang *e-Katalog* yang hanya 1-7 hari. Masalah waktu tunggu yang panjang dan *e-Order* yang tak terpenuhi ini menjadi kendala karena:

- Perusahaan farmasi pemenang *e-Katalog* baru memesan bahan baku yang 90 persen lebih harus diimpor setelah ada *e-Order* (dan/atau *order* manual) riil dengan volume memadai, walau kontrak telah ditandatangani sebelum *e-Katalog* ditayangkan.



Dengan kata lain, karena satu dan lain hal, kepercayaan dari industri farmasi terhadap sistem *e-Katalog* sangat rendah.

- Beberapa perusahaan farmasi pemenang *e-Katalog* yang memasukkan harga penawaran kelewat rendah enggan atau tak mampu memenuhi seluruh *order* karena berbagai alasan. Penolakan ini dapat mengikis kepercayaan faskes terhadap *e-Katalog*. Data LKPP menunjukkan bahwa alasan penolakan *e-Order* yang terkait dengan kapasitas produksi mencapai 23,6 persen dari total jumlah obat yang ditolak, yang terdiri dari:
  - i. Waktu pengiriman kurang jumlah obat dan/atau stok terbatas (6,9 persen)
  - ii. Penyedia menolak pesanan (5,3 persen)
  - iii. Obat tidak tersedia (4,0 persen)
  - iv. Tidak ada respons dari penyedia (3,0 persen)
  - v. Ada masalah dengan distributor (2,4 persen)
  - vi. Obat yang dipesan tidak dapat dikirim (2,0 persen)
  
- Distributor kesulitan melakukan pengiriman tepat waktu, terutama karena faktor infrastruktur transportasi yang kurang mendukung dan volume *order* di bawah skala ekonomi yang menguntungkan.

Beberapa alasan lain penolakan *e-Order* yang tercatat dalam data dari LKPP adalah pemesan melakukan revisi pesanan (32,5 persen), ada duplikasi pesanan (17,6 persen), dan jumlah pesanan tidak sesuai kelipatan kemasan (1,8 persen). Tingginya penolakan karena alasan kesalahan pemesanan yang sepele tersebut mengindikasikan bahwa setelah penerapan *e-Katalog* berjalan selama lima tahun, faskes masih memerlukan pelatihan cara melakukan *e-Order* secara benar. Satu temuan yang mungkin tak terduga mengingat lambatnya pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan adalah alasan penolakan karena "masih ada obat yang belum dibayar" sangat rendah, kurang dari 1,8 persen, sehingga kalau pun ada dikelompokkan ke dalam "alasan lain-lain". Hal ini mungkin karena faskes yang merasa masih memiliki utang obat tahu diri untuk tidak melakukan *e-Order*.

Dengan demikian, tingginya penolakan *e-Order* lebih terkait dengan keengganan perusahaan farmasi pemenang *e-Katalog* menyiapkan produk sejak dini. Di sisi lain, masih adanya kesalahan "sepele" setelah program JKN berjalan lima tahun memperkuat indikasi bahwa kepercayaan terhadap *e-Katalog* di kalangan pemangku kepentingan

utama, yaitu penyedia dan pengguna obat JKN, memang perlu ditingkatkan.

## 2.5. Insentif dan Disinsentif

Hingga 2018, tidak ada insentif bagi kalangan industri farmasi yang memiliki rekam-jejak baik dan, terutama, tak ada disinsentif bagi perusahaan farmasi maupun distributor yang tidak memenuhi kontrak *e-Katalog*. Di sisi lain, faskes juga bebas melakukan *e-Order* yang meleset jauh dari RKO yang mereka sampaikan dan tidak ada pula disinsentif bagi manajemen BPJS Kesehatan yang lamban membayar klaim maupun tidak mampu menarik iuran dari peserta mandiri.

Tidak adanya insentif dan disinsentif tersebut telah dipersepsikan oleh kalangan industri farmasi dan faskes sebagai indikator bahwa pemerintah dan semua pemangku kepentingan tidak serius mengembangkan *e-Katalog* untuk pengadaan obat JKN. Tidak mengherankan bila kemudian kepercayaan terhadap sistem *e-Katalog* di kalangan industri farmasi sebagai penyedia dan faskes sebagai pengguna obat JKN terus menurun.

## 3. Rekomendasi

Dari hasil kajian ini dapat disampaikan sejumlah rekomendasi kebijakan. Berikut adalah beberapa rekomendasi utama, yaitu rekomendasi yang dapat memberikan dampak positif langsung terhadap peningkatan pengadaan obat JKN:

- i. Pada tingkat makro (strategis), sudah seharusnya Kemenkes memiliki instrumen peraturan perundang-undangan guna:
  - Memastikan bahwa semua faskes yang menjalin kontrak dengan BPJS Kesehatan memiliki farmasis yang khusus bertanggung jawab atas pengadaan obat JKN, termasuk menetapkan RKO yang akurat. Rekomendasi ini memperluas tugas dan wewenang Kemenkes dalam mengupayakan ketersediaan SDM kefarmasian berkualitas dalam jumlah yang cukup dan terdistribusi baik di seluruh Indonesia. Selain itu, karena farmasis yang khusus bertanggung jawab atas pengadaan obat harus memiliki sertifikasi tertentu, rekomendasi ini juga memperluas tugas dan wewenang Kemenkes dalam mengupayakan pengembangan kompetensi farmasis, termasuk menyederhanakan prosedur sertifikasi dan prosedur administratif lainnya yang masih dinilai terlalu rumit oleh sebagian besar faskes.

- Mengatur agar satuan kerja lebih bertanggung jawab atas RKO yang mereka tetapkan sehingga dapat memberikan kepastian *order* kepada industri farmasi pemenang *e-Katalog*, dengan cara:
  - Mewajibkan setiap faskes yang bermitra dengan BPJS Kesehatan untuk memiliki tenaga farmasis khusus yang bertanggung jawab mengelola pengadaan obat JKN, termasuk menetapkan RKO.
  - Melalui koordinasi dengan Kementerian Dalam Negeri, Kemenkes mewajibkan dinas kesehatan kabupaten/kota yang melakukan *e-Purchasing* untuk puskesmas yang non-badan layanan umum daerah (BLUD) dan rumah sakit umum daerah (RSUD) yang sudah BLUD untuk merealisasikan RKO yang mereka laporkan atau, setidaknya, proporsi yang wajar (misalnya 60 persen) dari RKO yang mereka laporkan.
  - Mewajibkan rumah sakit vertikal, yakni rumah sakit umum pusat (RSUP), yang langsung di bawah kendalinya untuk merealisasikan sebagian RKO yang mereka laporkan atau, setidaknya, proporsi yang wajar (misalnya 60 persen) dari RKO yang mereka laporkan.
  - Di sisi lain, dengan penerapan insentif (*reward*) dan disinsentif (*punishment*) yang jelas, Kemenkes mewajibkan perusahaan pemenang *e-Katalog* memastikan ketersediaan obat JKN yang mereka menangkan dalam lelang sehingga *order* dari faskes dapat mereka penuhi dengan waktu tunggu yang wajar—tidak terlalu lama.
- Menerapkan kriteria dengan mempertimbangkan rekam-jejak dan reputasi lainnya—selain berbagai kriteria teknis seperti cara pembuatan obat yang baik (CPOB), kapasitas produksi, sistem teknologi informasi, pengendalian operasional dan administratif (misalnya kepatuhan terhadap prosedur, upaya bisnis, dan komitmen manajemen dan organisasi)—dalam penetapan pemenang lelang *e-Katalog*. Evaluasi holistik ini, yang bukan hanya berdasarkan pada harga terendah, akan memberikan insentif bagi perusahaan farmasi pemenang *e-Katalog* untuk memenuhi *order* sesuai kontrak.
- Meningkatkan sistem *e-Monev* dan memastikan sistem milik Kemenkes ini dapat berkomunikasi lancar dengan sistem LKPP maupun BPJS Kesehatan, seraya meningkatkan keandalan jaringan internet dan SDM yang dimiliki.

- Bersama BPJS Kesehatan memastikan agar FKRTL yang menerima cicilan pembayaran klaim dari BPJS Kesehatan segera membayar utang obat dan perbekalan kesehatan lainnya secara proporsional sehingga tidak terjadi penolakan *order* dan akhirnya kepercayaan terhadap sistem *e-Katalog* tetap terjaga.
- ii. Pada tingkat meso (regional), sudah seharusnya dinas kesehatan kabupaten/kota dan dinas kesehatan provinsi berpegang pada instrumen peraturan perundang-undangan untuk:
- Membantu Kemenkes dalam memastikan bahwa setiap faskes yang bermitra dengan BPJS Kesehatan memiliki tenaga farmasis khusus yang bertanggung jawab mengelola pengadaan obat JKN, termasuk menetapkan RKO. Dinas kesehatan bukan hanya memiliki kendali langsung atas RSUD, melainkan juga mendapat tugas dan wewenang membina seluruh faskes, termasuk milik swasta, di wilayah administratif masing-masing.
  - Memastikan agar laporan RKO yang diunggah seakurat mungkin agar data yang ada dapat digunakan oleh Kemenkes untuk menetapkan RKO Nasional secara akurat pula.
  - Melakukan *e-Purchasing* sesuai dengan RKO yang dilaporkan sehingga perusahaan farmasi pemenang *e-Katalog* memiliki kepastian untuk menyediakan obat yang mereka menangkan dalam lelang dan waktu tunggu tidak terlalu panjang. Kepastian *order* dan waktu tunggu yang wajar diharapkan akan menumbuhkan kembali kepercayaan terhadap *e-Katalog*.
  - Meningkatkan kapasitas sumber daya manusia dalam pengisian RKO maupun *order*, sehingga data RKO lebih akurat dan *e-Purchasing* tidak lagi mendapat penolakan karena alasan administratif yang sepele, seperti "jumlah pesanan tidak sesuai tidak sesuai kelipatan kemasan."
  - Meningkatkan sistem teknologi informasi, termasuk yang terkait infrastruktur (perangkat keras dan lunak serta konektivitas), mengintegrasikan sistem tersebut baik ke sistem *e-Monev* Kemenkes, sistem dinas kesehatan lainnya, maupun



sistem faskes di wilayah administratif masing-masing.

- Memastikan agar setiap faskes yang bermitra dengan BPJS Kesehatan memiliki tenaga farmasis khusus yang bertanggung jawab mengelola pengadaan obat JKN, termasuk menetapkan RKO.

iii. Pada tingkat mikro (operasional), sudah semestinya satuan kerja, terutama kalangan faskes, memiliki kelengkapan dan/atau prosedur operasional standar berikut:

- Setiap faskes yang bermitra dengan BPJS Kesehatan memiliki tenaga farmasis khusus yang bertanggung jawab mengelola pengadaan obat JKN, termasuk menetapkan RKO. Tanpa farmasis khusus, sulit diharapkan pengadaan obat JKN di faskes berjalan baik. Ketersediaan obat yang terganggu akan membuat pasien tidak mendapat obat sesuai kebutuhan medisnya sehingga biaya kesehatan menjadi lebih tinggi.
- Kalangan faskes terus meningkatkan kapasitas sumber daya manusia dalam pengisian RKO maupun *order*, sehingga data RKO lebih akurat dan *e-Purchasing* tidak lagi mendapat penolakan karena alasan administratif yang sepele, seperti "jumlah pesanan tidak sesuai tidak sesuai kelipatan kemasan."
- Kalangan faskes akan meningkatkan sistem teknologi informasi, termasuk yang terkait infrastruktur (perangkat keras dan lunak serta konektivitas), mengintegrasikan sistem mereka baik secara internal (di antara bagian di dalam faskes tersebut) maupun secara eksternal (dengan sistem dinas kesehatan kabupaten/kota dan dinas kesehatan provinsi di atasnya).
- BPJS Kesehatan meningkatkan sumber daya (manusia, teknologi, dan peralatan) sehingga verifikasi lebih cepat dan pembayaran klaim lebih lancar.
- Bersama Kemenkes, BPJS Kesehatan memberikan arahan agar FKRTL yang menerima cicilan pembayaran klaim segera membayar utang obat dan perbekalan kesehatan lainnya secara proporsional, sehingga tidak terjadi penolakan *order* dan pada akhirnya akan meningkatkan kepercayaan terhadap sistem *e-Katalog*.



Sumber foto: <https://www.123rf.com/Engdao/Wichitpunya>



# PENDAHULUAN



## 1.1. Latar Belakang

Obat merupakan *input* penting dalam sistem pelayanan kesehatan, termasuk dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Kekosongan obat di tingkat fasilitas pelayanan kesehatan (faskes) dapat menyebabkan pasien tidak mendapatkan obat yang sesuai kebutuhan medis sehingga membahayakan kesehatan dan bahkan dapat mengancam jiwa pasien, atau mengharuskan perawatan yang lebih intensif, dan berujung pada meningkatnya biaya dan beban kerja tenaga kesehatan (Besançon dan Chaar, 2013). Risiko pada kesehatan masyarakat ini membuat Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) menaruh perhatian besar terhadap ketersediaan obat JKN, sejak sistem jaminan kesehatan berbasis asuransi kesehatan sosial tersebut diterapkan pada 2014.

Hasil kajian TNP2K menunjukkan bahwa secara umum pengadaan obat bagi peserta asuransi kesehatan sosial terbesar di dunia itu terus mengalami perkembangan positif pada tiga tahun pertama penerapan JKN. Pada periode 2014-2016 itu, pembelian obat JKN yang dilakukan faskes secara *online* melalui *e-Katalog* terus meningkat, baik dalam volume maupun nilai. Di sisi lain, proporsi obat *e-Katalog* yang tidak menerima *e-Purchasing* terus menurun. Namun pada tahun keempat penerapan JKN, tren yang mengindikasikan bahwa pengadaan obat JKN telah berada pada jalur yang benar tersebut mengalami pembalikan. Pada 2017, untuk kali pertama terjadi penurunan *e-Purchasing*—dan bukan hanya dalam nilai, melainkan juga dalam volume (TNP2K, 2018).

Penurunan *e-Purchasing* dalam nilai, walau tidak diharapkan, masih dapat diterima karena program JKN mengutamakan penggunaan obat generik yang relatif murah. Namun tidak demikian halnya penurunan *e-Purchasing* dalam volume karena secara teoretis penawaran (*supply*) maupun permintaan (*demand*) obat JKN terus meningkat. Di sisi penawaran, pada 2017 jumlah obat dalam *e-Katalog* yang mencapai 988 jenis, lebih banyak dibanding pada tahun sebelumnya yang hanya 941 jenis (TNP2K, 2018). Kemudian, di sisi permintaan, jumlah peserta JKN maupun faskes yang dapat mengakses *e-Katalog* secara *online* juga terus bertambah.

Ihwal kepesertaan, pada 2017 cakupan JKN telah mencapai 187.982.949 jiwa, meningkat 9,3 persen dibandingkan dengan tahun sebelumnya (BPJS Kesehatan, 2018). Terkait dengan faskes, selain jumlah faskes yang bermitra dengan BPJS Kesehatan terus

meningkat, faskes swasta diberi akses untuk melakukan *e-Purchasing* sejak September 2016. Sementara itu, berbagai hal lain yang secara langsung maupun tak langsung dapat berpengaruh terhadap pengadaan obat JKN—mulai dari penetapan rencana kebutuhan obat (RKO) dan harga perkiraan sendiri (HPS) sampai proses monitoring dan evaluasi (*e-Monev*) oleh Kementerian Kesehatan dan ketentuan lelang oleh Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah (LKPP)—tidak berubah (TNP2K, 2018).

Hal lain yang menjadi catatan negatif pada pengadaan obat JKN adalah masih banyaknya obat *e-Katalog* dengan pembelian secara *online* yang jauh di bawah 60 persen dari RKO, bahkan *zero e-Purchasing*. Pada 2017, dari 988 *item* obat yang ditawarkan melalui *e-Katalog*, tercatat 323 *item* obat (23,5 persen) tidak mendapat *e-Purchasing* sama sekali. Proporsi *item* obat *e-Katalog* yang pada 2017 mengalami *zero e-Purchasing* ini memang lebih rendah daripada 2016 (31,9 persen), tetapi masih jauh lebih tinggi dibandingkan dengan 2015 (16,5 persen) (TNP2K, 2018).

Dengan banyaknya faktor yang meningkatkan penawaran dan permintaan terhadap obat JKN tersebut, kenyataan bahwa *e-Purchasing* justru menurun dapat mengindikasikan bahwa *trust* para pemangku kepentingan—baik pihak industri dan distributor farmasi sebagai pemasok maupun kalangan faskes sebagai pengguna obat—telah hilang atau sangat menurun. Kemungkinan lain penyebab penurunan volume *e-Purchasing* adalah kendala dalam proses lelang untuk penetapan jumlah obat *e-Katalog*. Pada penetapan obat *e-Katalog* 2017 memang dilakukan lelang-ulang terhadap sejumlah obat. Terganggunya ketersediaan di tingkat pemasok dapat membuat *e-Purchasing* berbagai obat terganggu dan, jika berbagai faktor lain tak berubah, secara makro dapat pula tercermin pada penurunan volume *e-Purchasing*.

Kajian ini, yang merupakan penelitian lanjutan yang dimaksudkan untuk melihat perkembangan yang terjadi pada 2018. Dengan mencermati perkembangan makro dan mikro pengadaan obat JKN, diharapkan dapat dilakukan upaya untuk mengembalikan kepercayaan para pemangku kepentingan sehingga ketersediaan obat JKN terjamin dan, dengan demikian, kebutuhan obat peserta JKN terpenuhi.

## 1.2. Tujuan Penelitian

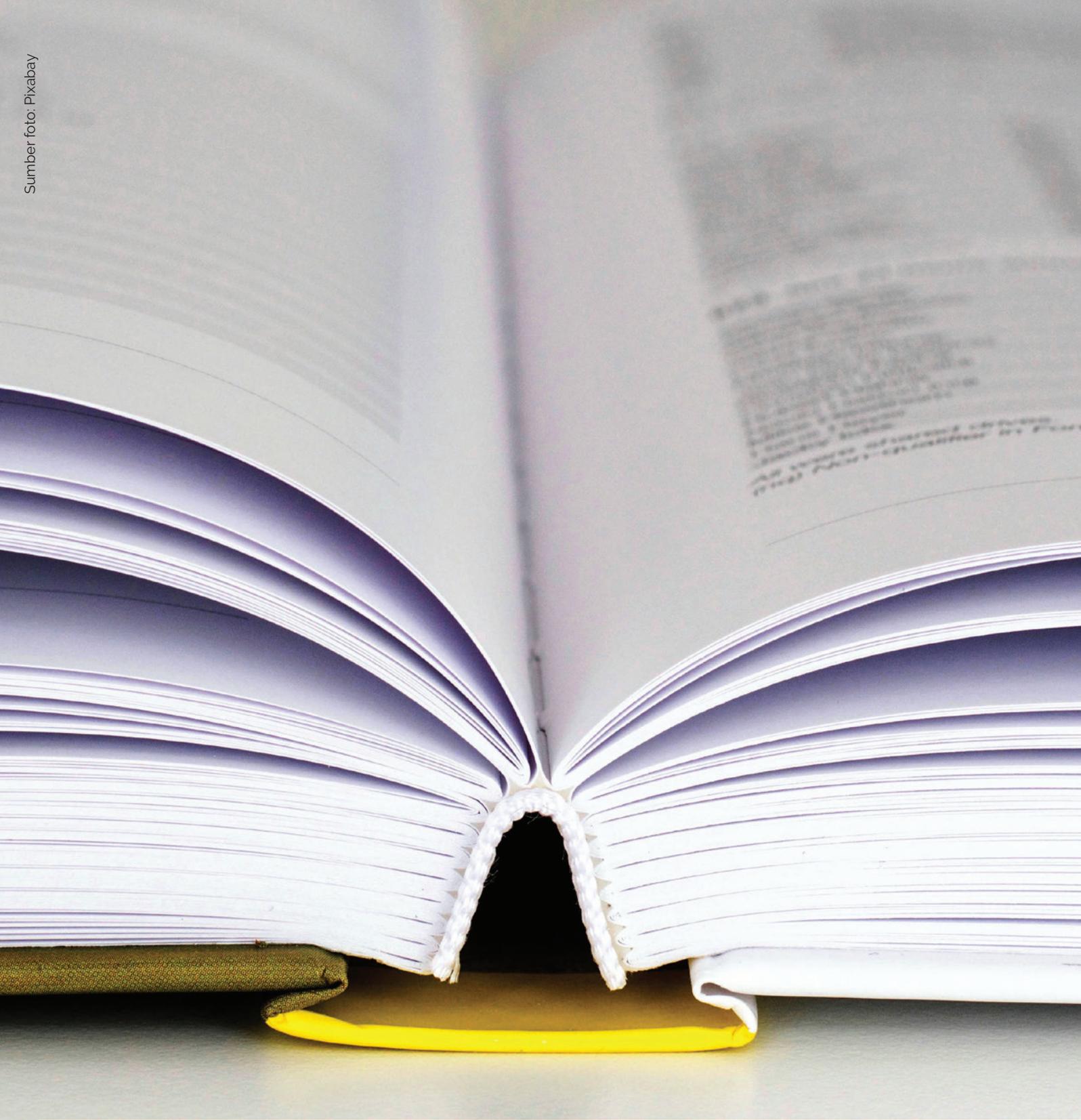
Tujuan utama kajian ini adalah untuk menganalisis perkembangan pengadaan obat JKN melalui *e-Katalog* sejak diluncurkan pada 2014 hingga 2018, dengan fokus untuk mencermati perkembangan yang terjadi setelah pengadaan obat melalui *e-Purchasing* mengalami penurunan dalam volume pada 2017. Selain itu, melalui wawancara dengan berbagai pemangku kepentingan, terutama LKPP dan faskes, ingin diketahui pula mengapa perkembangan tersebut terjadi.

Tujuan khusus kajian ini adalah untuk mendapatkan gambaran terkini mengenai berbagai aspek yang terkait dengan pengadaan obat JKN—Formularium Nasional (Fornas), RKO, HPS sebagai harga acuan, lelang harga *e-Katalog*, dan *e-Purchasing*—serta perubahannya pada periode 2014-2018. Dengan demikian, tujuan khusus kajian ini adalah:

1. Mengetahui perubahan makro pada Fornas, RKO, HPS, *e-Katalog*, dan *e-Purchasing*, pada 2014-2018 dengan periode dua tahun terakhir sebagai fokus.
2. Mengetahui perubahan RKO dan *e-Purchasing* obat JKN secara keseluruhan dan pada kelompok obat dengan RKO tertinggi—"Top 50 Obat", "Top 25 Obat Penyakit Kronis", dan "Top 25 Obat Antikanker"—pada 2014-2018 dengan periode dua tahun terakhir sebagai fokus.
3. Mengetahui mengapa berbagai hal tersebut terjadi, terutama yang terkait dengan pembalikan tren penggunaan *e-Katalog* pada 2017 dan hal-hal yang terjadi kemudian pada 2018, dari berbagai perspektif, terutama rumah sakit, dan industri farmasi, selain dari perspektif LKPP dan Kemenkes.

## 1.3. Lingkup Penelitian

Penelitian ini mengkaji berbagai isu seputar RKO dan realisasi pengadaan obat JKN oleh faskes, terutama yang melalui *e-Purchasing*, serta berbagai faktor penyebab kesenjangan antara RKO dan *e-Purchasing* tersebut. Dengan lingkup yang berfokus pada *e-Purchasing*, kajian yang dilakukan diharapkan dapat memberikan rekomendasi kebijakan yang diperlukan untuk meningkatkan lebih lanjut sistem *e-Katalog* yang merupakan salah satu pilar penting sistem JKN secara keseluruhan.

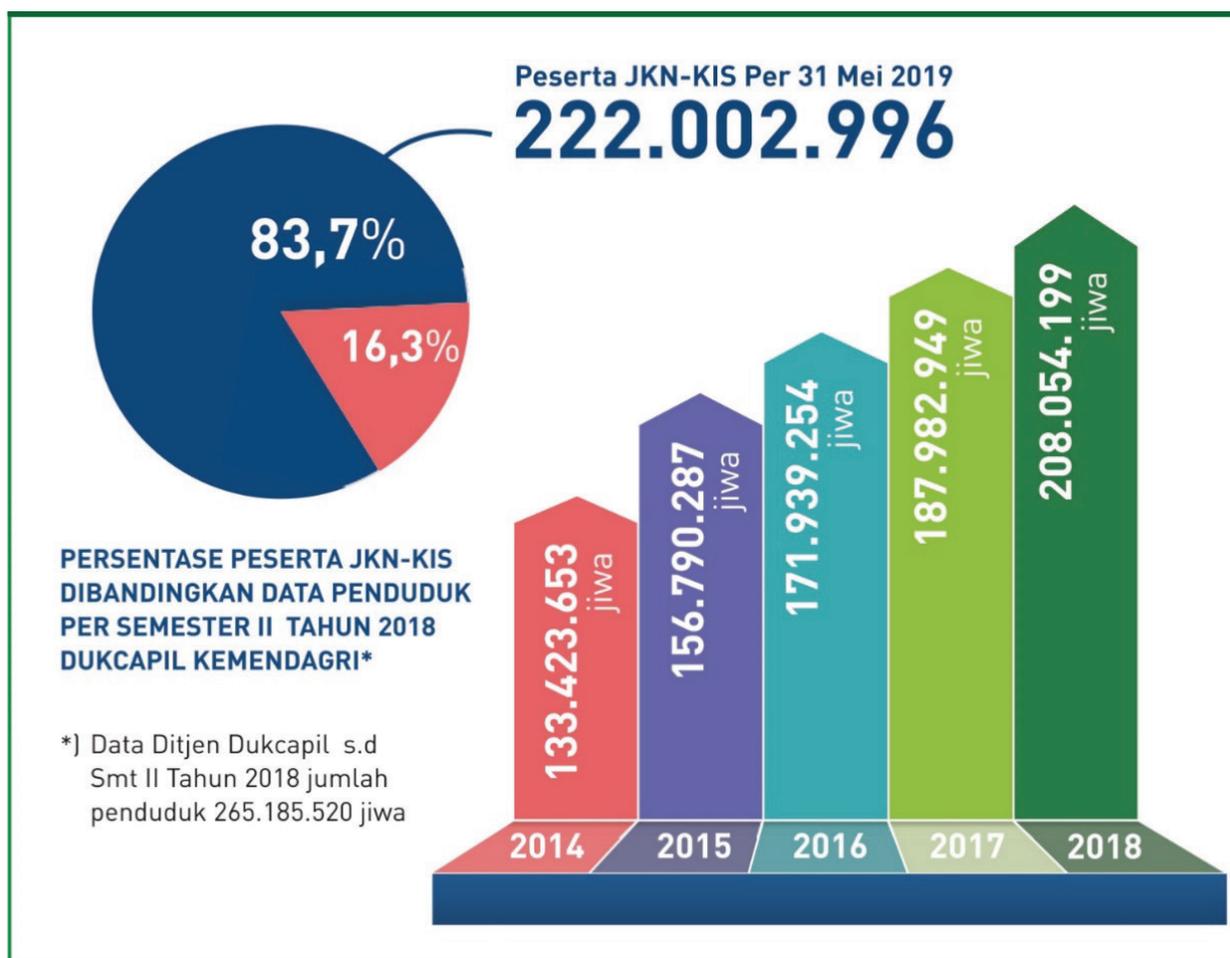


# 2

## KAJIAN PUSTAKA



Program JKN telah mencatat berbagai prestasi walau masih menghadapi sejumlah kendala. Sejak diterapkan pada 2014, jumlah peserta program jaminan kesehatan terbesar di dunia ini terus meningkat meski belum mencapai target cakupan semesta. Pada akhir 2018, jumlah peserta JKN tercatat 208.054.199 jiwa, sekitar 78,5 persen dari jumlah penduduk Indonesia yang diperkirakan 265 juta. Per 31 Mei 2019 setidaknya 16,3 persen penduduk masih belum terjangkau menjadi peserta jaminan kesehatan berbasis asuransi sosial tersebut, seperti terlihat pada **Gambar 2.1**.

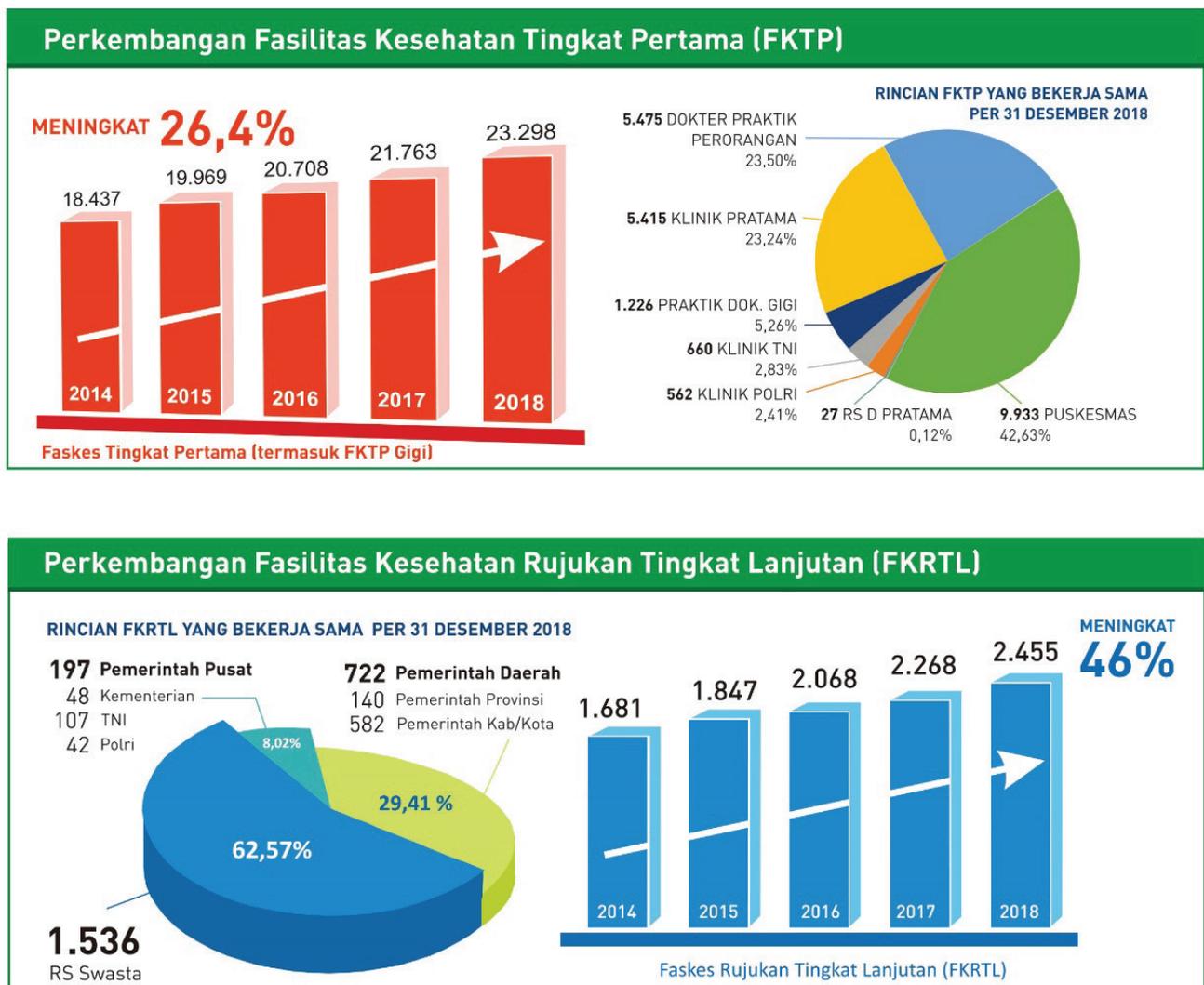


**Gambar 2.1. Perkembangan Cakupan Kepesertaan Program JKN 2014-2018**

Sumber: BPJS Kesehatan (2019)

Dalam hal jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang bersedia bekerja sama, BPJS Kesehatan sebagai pelaksana tunggal program JKN membukukan prestasi yang luar biasa. Dalam lima tahun pertama penerapan JKN, fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) yang bermitra dengan BPJS Kesehatan meningkat 26,4 persen menjadi

23.298 unit dan lebih dari separuhnya merupakan FKTP swasta. Untuk fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL), pada 2018 itu jumlahnya meningkat 46 persen menjadi 2.455 unit dibandingkan dengan 2014—dengan proporsi FKRTL yang lebih tinggi (**Gambar 2.2.**). Terkait dengan pengadaan obat JKN, sejak September 2016 faskes swasta yang menjalin kontrak dengan BPJS Kesehatan diberi akses untuk melakukan *e-Purchasing*, pembelian obat secara *online* melalui *e-Katalog*.



**Gambar 2.2. Perkembangan FKTP dan FKRTL dalam Program JKN 2014-2018**

Sumber: BPJS Kesehatan (2019)

Dengan meningkatnya jumlah faskes yang mendapat akses dan jumlah penduduk yang dapat mengakses pelayanan kesehatan di FKTP dan FKRTL yang bermitra dengan BPJS Kesehatan, *e-Purchasing* seharusnya meningkat dari tahun ke tahun, setidaknya

dalam volume. Apalagi, jumlah obat yang ditawarkan melalui *e-Katalog* juga bertambah banyak. Tetapi kenyataannya, peningkatan hanya terjadi pada tiga tahun pertama penerapan JKN.

Hingga 2016, seiring peningkatan jumlah *item* obat yang tercakup dalam Formularium Nasional (Fornas) dan digunakan secara riil di faskes sehingga ada dalam RKO dan masuk *e-Katalog*, *e-Purchasing* semakin tinggi, baik dalam volume maupun nilai. Namun memasuki tahun keempat, tren tersebut mengalami pembalikan. Pada 2017, *e-Purchasing* mengalami penurunan dalam nilai maupun volume (**Tabel 2.1**). Penurunan dalam nilai, walau cukup tinggi, yaitu 16,8 persen, dapat dimengerti karena dengan penetapan harga sistem *e-Katalog* yang melalui lelang, rerata harga obat JKN cenderung menurun. Namun tidak demikian halnya dengan penurunan volume (walau hanya 8,1 persen) karena, seperti yang telah disampaikan di bagian atas, jumlah *item* obat yang ditawarkan dan potensi kebutuhan obat serta jumlah faskes yang mendapat akses *e-Purchasing*, terus meningkat.

**Tabel 2.1. Jumlah *Item* Obat dalam Fornas dan *e-Katalog* 2014–2017**

Keterangan	2014			2015			2016			2017		
	F/RKO*	e-Katalog	%	F/RKO*	e-Katalog	%	F/RKO*	e-Katalog	%	F/RKO*	e-Katalog	%
Jumlah <i>item</i> obat	923/800	724	100,0	930/795	781	100,0	983/947	941	100,0	1.018/865	988	100,0
Ada <i>e-Purchasing</i>		388	53,6		650	83,5		641	68,1		756	76,5
Zero <i>e-Purchasing</i>		336	46,4		131	16,5		300	31,9		323	23,5
API [molekul obat]		410			441			502			459	
Perusahaan farmasi		73			79			79			85	
<i>e-Purchasing</i>												
Volume**		1.928,50			3.175,78			6.661,23			6.118,38	
Nilai***		1.199.034,87			3.201.442,82			6.048.976,76			5.034.655,91	

Keterangan: \* F/RKO = Fornas/RKO

\*\*dalam juta unit terkecil

\*\*\*dalam juta rupiah

Sumber: TNP2K (2018)

Dari data pada **Tabel 2.1.** dapat dilihat pula bahwa pada 2017 proporsi obat JKN yang tidak mendapat pembelian secara *online* oleh faskes, *zero e-Purchasing*, mengalami penurunan (menjadi 23,5 persen) dibandingkan dengan tahun sebelumnya (yang mencapai 31,9 persen). Perbaikan di tengah penurunan volume *e-Purchasing* secara total tersebut mengindikasikan bahwa proporsi jumlah obat dengan *e-Purchasing* rendah—yaitu <30% RKO atau, setidaknya, <60% RKO—pada 2017 itu mengalami peningkatan. Data pada **Tabel 2.2.** menunjukkan hal ini.

Tabel 2.2. Top 50 Obat e-Katalog menurut RKO 2014–2017

No.	Obat	2014		Obat	2015		Obat	2016		Obat	2017	
		RKO	e-Pur		RKO	e-Pur		RKO	e-Pur		RKO	e-Pur
1	Asam mefenamat 500	1.249.981.785	4,5	Parasetamol 500	809.708.943	44,1	Besi [II] sulfat + folat	1.379.904.245	1,7	Parasetamol 500	780.148.662	72,5
2	Parasetamol 500	763.599.036	25,2	CTM 4	645.129.609	22,6	Parasetamol 500	398.720.840	171,2	Besi [II] fumarat + folat	699.747.162	133,9
3	CTM 4	623.495.752	0,2	Amoksisilin 500	620.650.077	25,4	Amoksisilin 500	340.609.581	132,4	Amoksisilin 500	604.787.077	48,4
4	Gliseril guaiakolat 100	548.901.167	~0	Vitamin B kompleks	432.796.601	32,9	CTM 4	261.434.723	177,5	CTM 4	560.487.891	43,7
5	Amoksisilin 500	527.318.839	38,6	Deksametason	392.010.034	33,8	Vitamin B kompleks	250.470.811	118,2	Vitamin B kompleks	376.888.388	55,2
6	Vitamin B kompleks	439.531.634	27,6	Antasida DOEN I	379.906.695	35,3	Deksametason	218.421.973	126,0	Antasida DOEN I	354.012.665	54,2
7	Antasida DOEN I	355.621.068	0,2	Vitamin C 50	352.598.146	27,1	Antasida DOEN I	200.714.557	150,1	Asam mefenamat 500	348.134.280	56,4
8	Deksametason 0,5	342.729.731	20,1	Tiamin 50	318.245.383	1,2	Vitamin C 50	197.108.224	92,6	Deksametason	329.737.733	63,1
9	Kalsium laktat 500	337.260.020	3,7	Asam mefenamat 500	295.654.918	9,5	Asam mefenamat 500	194.836.481	148,1	Kotrimoksasol DOEN I	267.399.130	23,0
10	Besi [II] sulfat + folat	332.550.872	~0	Piridoksin 10	275.638.482	12,7	Piridoksin 10	165.089.980	96,3	Vitamin C 50	252.770.214	49,7
11	Vitamin C 50	308.976.438	39,7	Kalsium laktat 500	231.403.459	1,6	Ranitidin 150	129.604.516	102,8	Tiamin 50	206.601.570	52,7
12	Piridoksin 10	246.395.285	~0	Prednison 5	207.815.095	34,6	Kalsium laktat 500	128.330.710	114,4	Metformin 500	203.427.225	42,4
13	Tiamin 50	234.792.108	5,0	Besi [II] sulfat + folat	157.336.221	27,1	Prednison 5	109.452.379	45,7	Ranitidin 150	198.143.860	63,1
14	Metampiron 500	204.581.436	0,1	Kaptopril 25	142.568.345	~0	Kaptopril 25	97.583.281	37,7	Piridoksin 10	197.236.341	41,7
15	Prednison 5	202.219.724	~0	Dietilkarbamazin 100	138.548.520	111,0	Retinol 200.000 IU	96.117.458	1,4	Kalsium laktat 500	184.781.586	58,6
16	Dekstrometorfan 15	186.429.586	~0	Ranitidin	133.922.407	39,6	Tiamin 50	95.027.469	182,1	Prednison 5	147.816.022	62,8
17	Sianokobalamin 50 µg	137.815.053	~0	Kotrimoksasol DOEN I	133.646.717	13,4	Sianokobalamin 50 µg	94.823.108	41,2	Amlodipin 10	146.681.251	50,9
18	Kotrimoksasol DOEN I	124.333.607	0,4	Sianokobalamin 50 µg	118.615.698	51,4	Metformin 500	91.370.955	103,0	Kaptopril 25	128.125.555	49,4
19	Kaptopril 25	116.468.264	43,6	Ibuprofen 400	103.629.248	34,2	Kotrimoksasol DOEN I	84.730.314	105,4	Ibuprofen 400	124.494.527	64,4
20	Ranitidin 150	104.350.274	50,1	Siprofloksasin 500	101.790.222	33,0	Ibuprofen 400	77.642.084	145,3	Amlodipin 10	122.824.996	33,2
21	Ibuprofen 400	97.556.415	16,7	Kaptopril 12,5	90.230.029	53,7	Siprofloksasin 500	77.451.434	102,5	Siprofloksasin 500	109.808.566	47,7
22	Amoksisilin 250	91.969.561	14,8	Besi [II] sulfat 300	83.811.338	1,5	Triheksifenidil 2	66.494.336	72,4	Retinol 200.000 IU	107.989.097	44,2
23	Siprofloksasin 500	88.633.251	18,9	Metformin 500	81.520.567	33,1	Kaptopril 12,5	66.375.233	81,7	Sianokobalamin 50 µg	91.295.970	78,2
24	Ambroksol 30	80.728.069	0,4	Triheksifenidil 2	75.611.464	208,4	Besi [II] sulfat 300	59.899.786	~0	Na diklofenak 50	90.057.238	58,8
25	CHKM cairan	80.715.320	~0	Ibuprofen 200	66.938.570	41,3	Albendazol 400	59.899.055	93,8	Omeprazol 20	81.563.472	54,2
26	Tiamin 100	79.040.601	14,8	Na diklofenak 50	66.357.803	~0	Alopurinol 100	59.639.216	100,0	Kaptopril 12,5	78.185.953	66,0
27	Kaptopril 12,5	74.274.254	48,7	Kloramfenikol 250	65.872.195	40,5	Amlodipin 5	59.068.276	118,4	Alopurinol 100	77.602.634	64,6
28	Metformin 500	59.531.274	30,9	Retinol 200.000 IU	65.330.744	46,1	Zinc dispersible 20	53.869.006	81,2	Triheksifenidil 2	72.646.859	75,8
29	Ibuprofen 200	58.715.014	27,1	Metronidazol 500	62.478.870	8,7	Na diklofenak 50	53.705.400	120,3	Simvastatin 10	70.682.187	58,9
30	Kloramfenikol 250	58.288.240	9,6	Alopurinol 100	56.405.466	92,7	Ibuprofen 200	52.976.079	96,4	Metilprednisolon 4	69.623.390	59,0
31	Retinol 200.000 IU	55.687.318	35,7	Tetrasiklin 250	54.893.254	35,7	Sefadrokasil 500	47.942.020	107,2	Furosemid 40	63.666.742	44,6
32	Efedrin 25	54.166.309	~0	Glibenklamid 5	53.166.614	56,0	Amlodipin 10	46.106.215	95,2	Isosorbid dinitrat 5	61.387.129	40,0
33	Tetrasiklin 250	53.824.149	24,0	Zinc dispersible 20	51.449.458	12,9	Salbutamol 2	45.759.538	67,1	Salbutamol 2	61.189.369	51,1
34	Alopurinol 100	52.670.910	43,5	Amlodipin 5	50.813.452	27,1	Garam Oralit I	45.466.045	77,8	Glibenklamid 5	60.738.499	~0
35	Sefadrokasil 500	50.677.807	25,5	Salbutamol 2	48.954.808	62,3	Simvastatin 10	43.803.818	116,9	Ringer laktat infus	59.823.005	29,3
36	Metronidazol 500	48.974.046	42,4	Metilprednisolon 4	46.950.403	66,1	Glibenklamid 5	43.619.270	~0	Ibuprofen 200	59.692.872	63,7
37	Glibenklamida 5	48.626.213	0,2	Tetrasiklin 500	45.817.188	51,5	Omeprazol 20	43.432.508	119,8	Asam asetil salisilat 80	58.219.081	41,2
38	Piroksikam 10	45.837.515	1,2	Vitamin C 250	45.578.967	28,7	Kloramfenikol 250	42.959.979	0,5	Domperidon 10	56.528.817	44,7
39	Triheksifenidil 2	45.321.326	~0	Garam Oralit I	45.045.201	23,3	3TC-AZT 300/150*	40.533.223	119,4	Asam folat 1	54.416.805	51,7
40	Na bikarbonat 500	45.092.727	~0	Na bikarbonat 500	45.028.838	19,3	Isosorbid dinitrat 5	39.624.147	47,6	Zinc dispersible 20	54.145.477	71,6
41	Na diklofenak 50	43.454.364	55,3	Diazepam 2	42.440.839	56,4	Furosemid 40	38.445.516	67,6	Amoksisilin 250	54.018.369	67,0
42	Diazepam 2	43.451.313	4,2	Hidroklortiazid 25	41.194.059	~0	Metilprednisolon 4	36.766.352	108,4	Salbutamol 4	51.269.683	42,7
43	Garam Oralit I	40.059.019	48,6	Domperidon 10	39.676.322	25,2	Ringer laktat infus	35.947.939	80,1	Metronidazol 500	48.677.171	71,2
44	Zinc dispersible 20	39.906.647	74,1	Omeprazol 20	38.988.063	13,6	Dietilkarbamazin 100	35.805.698	384,1	Lansoprazol 30	43.099.942	47,6
45	Besi [II] sulfat 200	39.547.785	118,6	Salbutamol 4	38.498.717	44,9	Asam folat 1	35.410.458	17,1	Diazepam 2	42.206.145	~0
46	Fenobarbital 30	39.446.504	~0	Simvastatin 10	38.394.140	53,3	Diazepam 2	34.670.189	12,7	Kloramfenikol 250	40.680.779	~0
47	Salbutamol 2	38.899.932	22,9	Griseofulvin 125	38.265.313	27,7	Risperidon 2	33.150.575	48,0	Glimepiride 2	36.893.592	42,6
48	Hidroklortiazid 25	37.384.872	~0	Amlodipin 10	37.348.093	53,9	Domperidon 10	33.130.201	105,9	Sefadrokasil 500	35.796.675	102,4
49	Parasetamol 100	37.155.421	0,1	Furosemid 40	36.597.481	26,4	Klorpromazin 100	32.451.230	62,3	NaCl 0.9% infus	35.496.818	33,2
50	Ringer laktat infus	34.341.244	26,3	Asam folat 1	35.327.614	61,8	Hidroklortiazid 25	30.468.932	59,2	Dietilkarbamazin 100	35.433.098	38,6

e-Pur = e-Purchasing dalam persentase terhadap RKO

\*3TC = lamivudine, AZT = zidovudine

Sumber: TNP2K (2018)

Pada 2016, di antara "Top 50 Obat e-Katalog menurut RKO" hanya 13 *item* obat (26 persen) dengan *e-Purchasing* <60% RKO. Sementara itu, pada 2017 proporsi obat JKN dengan *e-Purchasing* <60% RKO meningkat jadi 35 *item* obat (70 persen). Di sisi lain, seperti terlihat pada **Tabel 2.2**, pada 2017 itu hanya dua *item* obat (4 persen) dengan *e-Purchasing* mencapai >100% RKO, menurun tajam dari 24 *item* obat (48 persen) pada tahun sebelumnya. Pembalikan tren yang terjadi—kembali ke proporsi *under e-Purchasing* yang tinggi pada 2017 dari proporsi *over e-Purchasing* yang tinggi pada tahun sebelumnya—sekali lagi mengindikasikan bahwa mekanisme penetapan RKO masih harus diperbaiki.





Peningkatan proporsi obat JKN dengan *e-Purchasing* <60% RKO diperkirakan bukan hanya terjadi pada "50 Obat *e-Katalog* Terpenting menurut RKO", melainkan juga pada keseluruhan obat *e-Katalog* 2017. *e-Purchasing* yang secara umum terus menurun ini, jika benar terjadi, mengindikasikan bahwa kepercayaan para pemangku kepentingan terhadap *e-Katalog* semakin rendah (TNP2K, 2018). Batasan *e-Purchasing* <60% RKO tersebut memiliki arti penting. Kalangan industri farmasi menyatakan bahwa jika obat JKN yang telah mereka sediakan secara murah dapat terserap sampai 60 persen dari volume yang dijanjikan menurut RKO, sisanya sebanyak 40 persen akan dicarikan pasarnya sehingga mereka tidak menanggung kerugian (TNP2K, 2016).

Kenyataan bahwa pada 2017 penolakan *e-Order* meningkat di tengah peningkatan proporsi jumlah obat JKN dengan *e-Purchasing* rendah, memperkuat indikasi meredupnya kepercayaan di antara para pemangku kepentingan terhadap *e-Katalog*. Data *e-Purchasing* dan penolakan *e-Order* tablet parasetamol 500mg (analgesik) dan amoksisilin 500mg (antibiotik) yang merupakan dua obat yang banyak digunakan di faskes, memberikan gambaran yang menarik mengenai hal tersebut. Pada 2017, penyedia analgesik dan antibiotik yang secara berturut-turut menerima *e-Purchasing* 72,5% dan 48,4% RKO itu (**Tabel 2.2**) diketahui telah melakukan penolakan *e-Order* sebesar 24,7 persen dan 17,7 persen dari masing-masing RKO dihitung menurut volume (**Tabel 2.3**).

No.	Penolakan menurut item obat			Penolakan menurut paket e-Order	
	Obat	Volume [unit terkecil]	% RKO	Obat	Kuantitas [paket order]
1	Parasetamol 500	192.524.348	24,7	Amlodipin 5	1.341
2	Amoksisilin 500	107.005.201	17,7	Simvastatin 10	962
3	Asam mefenamat 500	95.654.404	27,5	Asam mefenamat 500	955
4	Antasida DOEN I	72.711.601	20,5	Betahistin 6	901
5	Amlodipin 5	59.345.635	40,5	Amlodipin 10	873
6	Kalsium laktat 500	55.134.421	29,8	Parasetamol 500	859
7	Kaptopril 25	35.766.200	27,9	Parasetamol sirup 120 mg/5 mg	765
8	Vitamin B kompleks	30.896.402	8,2	Kalsium laktat 500	761
9	Amlodipin 10	30.131.247	24,5	Kaptopril 25	732
10	Simvastatin 10	27.135.132	38,4	Amoksisilin sirup kering 125 mg/5 mg	709
11	Kotrimoksazol 480	27.022.481	10,1	Antasida DOEN I	667
12	Tiamin 50	21.308.602	10,3	Amoksisilin 500	656
13	Vitamin C 50	17.453.823	6,9	Domperidon 10	651
14	Piridoksin 10	15.268.001	7,7	Ranitidin injeksi 25 mg/ml	631
15	Levonogestrel-etinilestradiol 150/30	14.594.071	49,6	Sefadrokasil 500	599
16	Besi [II] fumarat + folat	14.317.931	2,1	Kotrimoksazol 480	579
17	Sefadrokasil 500	14.236.501	39,8	Klindamisin 300	565
18	Omeprazol 20	13.424.364	16,5	Nifedipin 10	543
19	CTM 4	12.844.689	2,3	Deksametason injeksi 5 mg/ml	523
20	Siprofloksasin 500	11.639.401	10,6	Asetosal 80	493
21	Deksametason 0,5	11.564.326	3,5	Omeprazol 20	489
22	Betahistin 6	11.412.444	66,9	Vitamin B kompleks	483
23	Ranitidin 150	11.001.900	5,6	Klopidogrel 75	479
24	Domperidon 10	10.114.071	17,9	Klorpromazin HCl 100	479
25	Asetosal 80	10.025.095	17,2	Antasida DOEN II	466

Sumber: TNP2K (2018)

Penolakan *e-Order* pada tablet parasetamol 500mg dan amoksisilin 500mg tersebut masing-masing terdiri dari 859 dan 656 paket *order*. Jika setiap paket *order* merupakan *e-Order* dari satu faskes tertentu, berarti perusahaan pemenang lelang untuk obat tablet parasetamol 500mg telah menolak *e-Order* dari 859 faskes, sementara pemenang lelang untuk obat tablet amoksisilin 500mg menolak *e-Order* dari 656 faskes. Kedua penolakan *e-Order* ini saja memberi peluang bagi kalangan perusahaan farmasi non-pemenang *e-Katalog* untuk memasarkan produk mereka ke lebih dari 1.500 faskes tertolak yang kebutuhan obatnya tak dapat ditunda karena harus terus melakukan pelayanan guna memenuhi kebutuhan medis pasien.

Data selanjutnya menunjukkan bahwa secara keseluruhan pada 2017 terjadi 60.639 penolakan (**Tabel 2.4**). Dari banyak penolakan tersebut, alasan yang paling sering dikemukakan adalah "jumlah *order* tidak sesuai kelipatan kemasan" yang mencapai 27.603 (45,5 persen). Jika ini merupakan alasan yang sebenarnya, berarti sampai tahun keempat pemberlakuan *e-Katalog* masih banyak faskes yang perlu mendapatkan pelatihan tentang cara melakukan pemesanan melalui elektronik, *e-Order*, secara benar.

**Tabel 2.4. Alasan Penolakan *e-Order* oleh Pemenang *e-Katalog* 2017**

No.	Alasan penolakan	Frekuensi penolakan	Proporsi, %
1	Jumlah order tidak sesuai kelipatan kemasan	27.603	45,5
2	Stok tidak tersedia	10.097	15,7
3		6.801	11,2
4	Waktu pengiriman kurang	4.932	8,1
5	Pemesan menambah jumlah order	3.317	5,5
6	Stok terbatas, penyedia membatasi kuantitas order	2.452	4,0
7	Masih ada obat yang belum dibayar	1.932	3,2
8	Pemesan melakukan revisi pesanan	628	1,0
9	Tanggal kadaluwarsa kurang dari dua tahun	438	0,7
10	Obat hanya untuk rumah sakit	326	0,5
11	Alasan lain	2.113	3,5
<b>Total</b>		<b>60.639</b>	<b>100</b>

Sumber: TNP2K (2018)

Beberapa alasan penolakan lainnya—stok tidak tersedia (15,7 persen), waktu pengiriman kurang (8,1 persen), pemesanan menambah jumlah *order* (5,5 persen), stok terbatas (4 persen), pemesan melakukan revisi pesanan (1 persen)—agakny dapat dikelompokkan menjadi satu kelompok alasan besar, yaitu perusahaan pemenang lelang *e-Katalog* tidak memiliki stok cukup yang siap kirim. Namun, bukan tak mungkin alasan tersebut hanya untuk menutupi motivasi yang sesungguhnya, yakni keengganan memenuhi *e-Order* guna mengurangi kerugian. Akibat dari keengganan memasok



sesuai RKO tersebut, sejak awal penerapan *e-Katalog* pada 2014, beberapa obat tertentu mengalami kekosongan di tingkat faskes, di banyak daerah.

Obat JKN yang sering mengalami kekosongan di antaranya obat yang harganya terlalu rendah—biasanya obat “kuno” berbahan “sederhana” dan dimenangi oleh perusahaan farmasi yang jarang terdengar namanya—dan obat yang harganya terpaut jauh dari harga reguler. Untuk kasus pertama, perusahaan pemenang lelang ditengarai melakukan *predatory pricing* dengan menawarkan harga di bawah biaya produksi guna masuk *e-Katalog*. Dengan memasang harga kelewat rendah untuk memenangi lelang di seluruh provinsi, perusahaan farmasi yang menggunakan “jual rugi” sebagai strategi pemasaran tersebut lalu membatasi kerugiannya. Contoh lain dari kasus ini, terutama terjadi di kawasan dengan infrastruktur yang kurang memadai, adalah distributor tidak bersedia mengirim obat yang dipesan (TNP2K, 2016). Dilakukan secara berulang sejak tahun pertama pemberlakuan *e-Katalog*, ketidaksediaan memenuhi kontrak memasok obat JKN sesuai RKO bukan saja telah mengikis kepercayaan faskes terhadap pemasok tersebut, melainkan juga pada sistem *e-Katalog* secara keseluruhan (TNP2K, 2018).

Pada kasus kedua, perusahaan farmasi pemenang lelang menolak *e-Order* dengan alasan untuk mencegah obat yang dilepas dengan harga *e-Katalog* itu dijual kembali oleh faskes ke pasien non-JKN dengan harga reguler. Kasus ini mengindikasikan ketidakpercayaan beberapa perusahaan farmasi terhadap faskes, bahkan pada sistem *e-Katalog* (TNP2K, 2016).

Fenomena menarik lain yang dapat dilihat pada **Tabel 2.2** adalah kenyataan bahwa obat HIV/AIDS yang pada 2016 sempat masuk ke dalam jajaran “50 Obat JKN Terpenting menurut RKO”, yaitu 3TC-AZT 300/150mg (peringkat ke-39, dengan RKO 40,53 juta tablet), pada 2017 keluar dari daftar tersebut. Bahkan obat antiretroviral (ARV) kombinasi dosis tetap (*fixed-dose combination*, FDC) dengan komposisi *lamivudine* (3TC, 300mg) dan *zidovudine* (AZT, 150mg) tersebut tidak masuk pula ke dalam “Top 25 Obat Penyakit Kronis menurut RKO” pada 2017.

Dengan pola *e-Purchasing* yang fluktuatif, keluhan ketidaktersediaan obat di tingkat faskes masih terus terdengar. Faktor penyebabnya mungkin masih sama seperti yang *ditemukan* pada Kajian Kebijakan Pengadaan Obat JKN terdahulu, utamanya kajian pada 2017, tetapi mungkin juga ada faktor penyebab yang baru. Guna

memastikannya, seperti pada tahun-tahun sebelumnya, pelacakan harus dilakukan seturut proses pengadaan obat JKN yang berbasis *e-Katalog*.

## 2.1. Sistem Pengadaan Obat JKN

Pada program JKN, pengadaan obat dan bahan medis habis pakai (BMHP) diarahkan melalui sistem *e-Katalog*. Tujuannya untuk memastikan ketersediaan dan keterjangkauan obat yang aman, berkhasiat, dan bermutu di faskes dengan cara yang transparan, efektif, efisien dan akuntabel. Penggunaan *e-Katalog* untuk pengadaan obat JKN diatur dengan Peraturan Presiden Nomor 4 Tahun 2015 tentang Amandemen Keempat Perpres Nomor 54 Tahun 2010 tentang Pengadaan Barang/Jasa dan Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor 167 Tahun 2014. Sementara itu, proses penetapan *e-Katalog* didasarkan pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 523 Tahun 2015 yang diperkuat dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 137 Tahun 2016 tentang Formularium Nasional.

Pembatasan jumlah obat JKN menggunakan sebuah formularium nasional, menurut data berbagai penelitian WHO dan HAI Global, merupakan cara yang cukup efektif untuk mengendalikan biaya obat dan penggunaan obat yang tidak hemat biaya (Faden, Vialle-Valentin, Ross-Degnan, dan Wagner, 2011). Obat yang terdaftar dalam formularium diperbarui secara berkala. Pembaruan berkala ini penting untuk menyesuaikan obat yang digunakan dalam JKN dengan data terkini, walau juga dapat menyebabkan "efek samping" negatif. Salah satunya, yang terjadi di sini, karena Fornas menjadi dasar untuk pembayaran klaim faskes ke BPJS Kesehatan, waktu pembaruan yang kurang sinkron dengan proses lelang harga dan penayangan *e-Katalog* dapat berpengaruh pada pembayaran klaim dan ketersediaan obat di faskes.

### 2.1.1. Dari RKO sampai HPS

Proses penetapan *e-Katalog* dimulai dari penetapan RKO Nasional untuk sistem JKN. Pada penetapan RKO Nasional ini, Kemenkes mengkompilasi data RKO dari dinas kesehatan provinsi dan rumah sakit vertikal, yakni rumah sakit umum pusat (RSUP), di seluruh Indonesia. RKO yang dikirim dinas kesehatan provinsi itu merupakan kompilasi RKO dari dinas kesehatan kabupaten/kota dan rumah sakit umum daerah (RSUD) serta sejumlah rumah sakit dan klinik swasta di seluruh provinsi. Sementara itu, RKO dari dinas kesehatan kabupaten/kota disusun dari RKO yang dilaporkan oleh puskesmas,



klinik swasta, dan dokter praktik yang bermitra dengan BPJS Kesehatan di wilayah administratifnya. Semua rumah sakit, klinik, dan dokter yang menjadi mitra wajib melaporkan RKO ke dinas kesehatan—faskes yang tidak melaporkan RKO terancam tidak dilayani bila memesan obat *e-Katalog*. Obat dalam RKO untuk sistem JKN tersebut dibatasi hanya obat yang terdaftar dalam Fornas.

Proses yang panjang dan berjenjang serta akurasi data dari faskes (rumah sakit, puskesmas, klinik, dan dokter praktik) dan dinas kesehatan kabupaten/kota menentukan akurasi RKO Nasional yang disusun Kemenkes. Berbagai perubahan selanjutnya terkait dengan penyesuaian anggaran yang merupakan hasil negosiasi antara DPRD dan pemerintah daerah, baik di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota, juga akan berdampak pada pengadaan obat riil dan realisasi pembelian obat di tingkat faskes, baik melalui *e-Order* maupun *order* manual.

Pada 2017, cara penetapan RKO Nasional masih seperti pada tahun-tahun sebelumnya—secara *bottom-up*. Data RKO berasal dari pengguna tingkat terendah, yaitu puskesmas dan klinik yang bermitra dengan BPJS Kesehatan, sampai rumah sakit vertikal dan rumah sakit khusus yang merupakan faskes tertinggi. Di FKTP, misalnya, dari sekitar 9.700 puskesmas di seluruh Indonesia, tidak sampai 300 puskesmas yang berstatus badan layanan umum daerah (BLUD). Pengadaan obat JKN di FKTP dan FKRTL milik pemerintah yang non-BLUD, yang proporsinya lebih dari 95 persen itu, harus dilakukan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota. Untuk itu, ada dua sumber dana yang digunakan, yakni Dana Alokasi Khusus (DAK) dan Anggaran Pembangunan dan Belanja Daerah (APBD) dengan komposisi DAK dan APBD yang berbeda-beda di tiap daerah. Besaran salah satu sumber dana tersebut, APBD, harus dinegosiasikan setiap tahun dengan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah. Karena masa sidang DPRD adalah Agustus-Oktober, anggaran untuk belanja obat faskes non-BLUD baru diketahui paling cepat pada pertengahan Agustus, sedangkan RKO harus dimasukkan setidaknya lima bulan sebelumnya, yakni pada April tahun berjalan. Maka, guna mencegah pemangkasan anggaran yang dapat mengganggu kecukupan dana, faskes cenderung memasukkan RKO yang lebih tinggi dari yang seharusnya.

Data yang dimasukkan oleh faskes setiap April itu adalah rerata penggunaan bulanan dari setiap obat JKN pada tahun sebelumnya. Oleh sistem, data tersebut secara otomatis dikalikan 18 bulan, yaitu kebutuhan setahun (12 bulan) ditambah *buffer stock*

atau stok penyangga (6 bulan). Rumus perhitungan (*modeling*) yang berlaku umum ini—yang tak membedakan obat yang *fast moving* dan *slow moving*, yang masa kedaluwarsanya relatif panjang dan hanya sesuai persyaratan minimal dua tahun, serta yang bersifat vital (termasuk *life-saving* atau gawat darurat) dan non-esensial—membuat keakuratan RKO tingkat faskes tak dapat diharapkan. Hingga 2017, sistem *e-Monev* yang ada juga belum memungkinkan Kemenkes untuk melakukan “koreksi” yang diperlukan. Apalagi, seperti pada tahun-tahun sebelumnya, data mentah yang dimasukkan faskes telah digelembungkan dan, di sisi lain, proporsi pemangkasan anggaran yang dilakukan DPRD tidak dapat ditebak.

Perlu dicatat, RKO Nasional digunakan oleh Kemenkes sebagai dasar untuk penetapan HPS obat JKN. Dengan demikian, RKO yang kelewat tinggi akan cenderung menyebabkan penetapan HPS yang lebih rendah dari yang seharusnya dan, sebaliknya, RKO yang terlalu rendah akan mendongkrak HPS menjadi lebih tinggi dari yang semestinya.

### **2.1.2. Penetapan Harga Obat *e-Katalog* dan Obat JKN**

Sejak penerapan JKN pada 2014, pembelian secara *online* melalui *e-Katalog*, yaitu *e-Purchasing*, merupakan moda utama pengadaan obat bagi faskes yang bermitra dengan BPJS Kesehatan. Pada pengadaan obat JKN, *e-Katalog* setidaknya menjadi referensi harga obat. *e-Katalog* pada dasarnya adalah perjanjian payung (*framework agreement*) mengenai harga obat antara industri farmasi dan LKPP. Harga obat dalam *e-Katalog* ditetapkan melalui proses lelang secara nasional.

Dalam lelang terbuka itu, Kemenkes menetapkan harga tertinggi (HPS) dan volume obat yang diperlukan faskes penyedia jasa JKN pada tahun berjalan (RKO). Hingga 2018, untuk setiap obat yang dialokasikan bagi suatu provinsi ditetapkan hanya ada satu pemenang. Namun sebuah perusahaan farmasi dapat memenangi lelang suatu obat di lebih dari satu provinsi. Para pemenang lelang, yaitu perusahaan farmasi yang mengajukan penawaran harga terendah untuk suatu obat di satu atau lebih provinsi, kemudian menandatangani kontrak payung (*framework contract*) dengan LKPP sebagai lembaga pemerintah yang bertanggung jawab mengelola lelang *e-Katalog*.

Hingga pengadaan obat JKN 2018, satu-satunya persyaratan bagi sebuah



perusahaan farmasi untuk ikut dalam lelang terbuka *e-Katalog* adalah obat yang ditawarkan memiliki nomor izin edar (NIE) yang valid dari Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM)—tidak ada persyaratan lain. Pemenang lelang juga masih perusahaan yang menawarkan harga termurah, dan harga masih merupakan satu-satunya kriteria untuk memenangi lelang. Untuk obat-obat yang masih dilindungi paten (*in-patent*) yang umumnya diproduksi oleh satu perusahaan farmasi, atau obat tertentu dengan pemasok terbatas, yaitu tiga perusahaan farmasi atau kurang, harga *e-Katalog* ditetapkan melalui negosiasi dengan LKPP dan Kemenkes. Pada negosiasi tersebut, HPS dari Kemenkes juga menjadi harga acuan. Jika tercapai kesepakatan harga, obat tersebut dan pemasoknya akan masuk ke dalam daftar *e-Katalog*.

Satu-satunya perubahan, pada 2017 mulai diberlakukan *system multiyear*, dengan lelang dilakukan untuk penetapan *e-Katalog* 2018 dan 2019. Dengan sistem ini diharapkan perusahaan farmasi pemenang lelang lebih mudah merencanakan pengadaan bahan baku obat sehingga produksi lebih efisien dan ketersediaan obat JKN lebih terjaga—setidaknya pada tahun kedua, 2019. Pada tahun pertama, 2018, masih ada alasan “belum berani mengimpor bahan baku obat karena yakin akan menang lelang, sehingga *lead-time* dapat mencapai 3 bulan.”

Untuk obat yang belum terdaftar di BPOM namun sangat diperlukan, misalnya obat-obat buat penyakit langka atau *orphan drugs*, pengadaan dilakukan seperti pada tahun-tahun sebelumnya, yaitu melalui mekanisme khusus. Obat-obat tersebut, antara lain ARV untuk terapi HIV/AIDS yang merupakan obat program, dapat diimpor oleh Kemenkes melalui *special access scheme* (SAS), dengan harga yang ditetapkan melalui negosiasi. Sampai 2018, obat program masih dipasok oleh Badan Usaha Milik Negara di bidang farmasi yang dipilih melalui lelang terbuka ataupun lewat penunjukan langsung oleh Kemenkes.

## 2.2. Pemasokan dan Distribusi

Hingga 2017, untuk setiap obat yang dialokasikan bagi suatu provinsi hanya ada satu perusahaan farmasi yang menjadi pemenang. Dengan demikian, pada *e-Katalog* 2018 hanya ada satu perusahaan farmasi pemenang untuk setiap obat bagi satu atau lebih provinsi, yaitu perusahaan yang menawarkan harga terendah dalam lelang atau yang berhasil mencapai kesepakatan harga dalam negosiasi dengan Kemenkes.

Sistem pemasok tunggal tersebut, seperti yang ditunjukkan oleh hasil sebuah penelitian di Malawi, meningkatkan risiko kegagalan dalam proses pengadaan obat oleh faskes sehingga dapat menyebabkan kekosongan obat yang persisten. Hal ini meningkatkan risiko kematian pada pasien atau, walaupun tak sampai menyebabkan kematian, dapat memperburuk kesehatan pasien, membuat rancu pelayanan kesehatan di faskes, dan menyebabkan pemindahan pasien ke faskes lain (Kanyoma, Khomba, Sankulani, dan Hanif, 2013). Di sejumlah negara maju, seperti di Eropa, ketidaktersediaan obat biasanya disebabkan oleh perbedaan harga yang relatif lebar dan hambatan dalam proses lelang (Bogaert, Bochenek, Prokop, dan Pilc, 2015).

Dalam pengadaan obat, pemilihan pemasok merupakan faktor krusial (Lu, 2011). Sebab itu, pemilihan pemasok sebaiknya menggunakan kriteria yang lebih luas guna memastikan pemenang lelang adalah para pemasok terbaik, yang mampu menyediakan obat bermutu dalam kuantitas memadai pada saat obat tersebut diperlukan, dengan harga wajar. Untuk mendapatkan pemasok yang andal seperti itu, Lu (2011) menyarankan penggunaan pendekatan kuantitatif, yaitu metode kategorikal (*categorical method*), metode rasio biaya (*cost-ratio method*), dan metode rerata linear (*average linear method*).

Pada metode kategorikal dan metode rasio biaya, beragam variabel yang digunakan diperlakukan setara dalam proses pemilihan pemasok. Abdolshah (2013) membagi variabel untuk pemilihan pemasok ke dalam empat kelompok, yakni luar biasa penting (*extreme importance*), sangat penting (*considerable importance*), penting (*average important*), dan cukup penting (*slight importance*). Kelompok variabel yang terpenting, *extreme importance*, terdiri dari kualitas, pengiriman, rekam jejak kinerja, serta kebijakan garansi dan klaim. Harga masuk dalam kelompok variabel kedua terpenting, *considerable importance*, bersama dengan fasilitas dan kapasitas produksi, kemampuan teknis, kemampuan keuangan, kepatuhan terhadap prosedur, sistem komunikasi atau teknologi informasi, reputasi dan posisi di industri farmasi, upaya bisnis, manajemen dan organisasi, serta pengendalian operasional. Kelompok peneliti lain mengusulkan pengelompokan variabel yang agak berbeda, tetapi juga menempatkan mutu—bukan harga— sebagai variabel terpenting dalam pemilihan perusahaan farmasi pemasok obat (Enyinda, Dunu, dan Bell-Hanyes, 2010).

Dalam sistem pengadaan obat JKN yang masih berlaku sampai 2018, perusahaan farmasi pemenang *e-Katalog* dapat menunjuk satu atau lebih distributor



untuk mendistribusikan obatnya ke faskes dan dinas kesehatan. Sementara itu, suatu distributor boleh mendistribusikan berbagai produk dari satu atau lebih perusahaan farmasi. Pengiriman obat ke faskes biasanya dilakukan secara bertahap sesuai permintaan karena faskes umumnya memiliki gudang dengan kapasitas terbatas. Ongkos distribusi biasanya dalam persentase yang tetap terhadap nilai obat yang dikirimkan ke faskes. Dengan struktur biaya seperti itu, permintaan obat dalam jumlah kecil dapat menyebabkan inefisiensi, terutama di kawasan dengan infrastruktur transportasi kurang memadai, yang dimanfaatkan oleh sebagian distributor sebagai alasan untuk tak memenuhi *order* atau melakukan pengiriman tidak tepat waktu.

### **2.2.1. Pengadaan Obat di Fasilitas Pelayanan Kesehatan**

Untuk pengadaan obat JKN, faskes umumnya lebih suka melakukan pemesanan obat JKN melalui *e-Katalog*. Pelajaran dari beberapa negara Eropa Barat, menurut Bof dan Previtali (2000), menunjukkan bahwa penggunaan sistem *e-Procurement* memberi banyak manfaat, termasuk:

- i. Waktu pemesanan lebih cepat
- ii. Proses pembelian lebih efisien
- iii. Belanja iklan dan promosi lebih rendah
- iv. Proses lebih sederhana dan, karenanya, lebih mudah
- v. Pemantauan pengeluaran publik lebih mudah
- vi. Peningkatan profesionalisme karyawan
- vii. Lebih banyak waktu buat melaksanakan tugas di luar administratif rutin
- viii. Lebih transparan

*e-Procurement* merupakan bagian dari rantai pasok yang menghubungkan produsen dengan pengguna akhir barang dan/atau jasa. Rantai pasok terbentuk dari partisipasi dua atau lebih pihak independen yang berkomitmen menciptakan nilai tambah pada produk dalam mengirim produk tersebut sampai ke tangan pengguna akhir (Lu, 2011; Ripin *et al.*, 2014). Bagian paling ujung dari rantai pasok adalah para pengguna akhir di pasar dan, karenanya, kualitas rantai pasok dapat dinilai oleh pengguna akhir sebagai penerima paling ujung barang dan/atau jasa yang dipasok. Kualitas rantai pasok tergantung pada seberapa baik kerja sama antara berbagai pihak dalam suatu aliansi strategis—seberapa mulus tanggung jawab yang telah diatur secara formal maupun informal dijalankan oleh perusahaan-perusahaan yang berpartisipasi dalam rantai pasok

tersebut. Tanpa memadukan sumber daya dan kemampuan seluruh perusahaan dalam aliansi strategis yang ada, kualitas pengiriman barang dan jasa yang memuaskan tak akan tercapai (Lu, 2011).

Tanpa aliansi strategis, misalnya karena faskes tidak menganggap *e-Procurement* sebagai bagian integral dari rantai pasok obat mereka, realisasi dari *e-Order* menjadi *e-Purchasing* dapat dipastikan akan rendah. Secara umum, menurut hasil kajian TNP2K (2016), faskes yang melayani JKN sangat menerima kehadiran sistem *e-Katalog*. Penerimaan yang tinggi ini, sesuai hasil penelitian Pasipoulos et al. (2013), telah mendorong faskes untuk menggunakan *e-Procurement* dalam pengadaan obatnya. Namun berbagai faktor lain, terutama masalah yang bersifat eksternal, termasuk lambatnya koneksi internet serta langkanya SDM yang menguasai teknologi informasi dan memiliki lisensi pengadaan, seperti yang ditemukan oleh Ronald dan Omwenga (2015), membuat penggunaan *e-Procurement* terkendala.

Menurut hasil penelitian Kritchandai (2012), tidak terbentuknya aliansi strategis dalam pengadaan obat tidak hanya akan menyebabkan kerugian secara ekonomi, melainkan juga menimbulkan dampak negatif terhadap keselamatan pasien. Aliansi strategis sulit untuk terbentuk jika tidak ada kepastian dalam pemesanan oleh faskes atau, sebaliknya, pemenuhan pesanan obat oleh industri farmasi sebagai pemasok. Selain itu, aliansi strategis juga tidak akan terbentuk jika tidak ada kepastian terkait pembayaran obat yang telah dikirim. Tanpa aliansi strategis, ketersediaan obat di tingkat faskes tidak akan terjamin.

### **2.2.2. Pengiriman Obat JKN oleh Distributor**

Di kota-kota besar, seringkali *order* namun masing-masing dalam kuantitas kecil mungkin tidak menjadi masalah berarti bagi distributor karena jumlah faskes yang dilayani cukup banyak dan lokasinya relatif berdekatan, sehingga skala keekonomian tercapai. Selain itu, kota besar di Indonesia umumnya memiliki infrastruktur transportasi yang memadai. Namun di kota-kota kecil, terutama di kawasan timur Indonesia, *order* dalam jumlah kecil yang jauh di bawah kapasitas moda transportasi membuat biaya pengiriman menjadi mahal, bahkan terkadang melebihi harga obat yang dikirim (TNP2K, 2016).



Guna mencegah kerugian, distributor terpaksa menunda pengiriman sampai skala ekonominya tercapai. Penundaan pengiriman tersebut dapat menyebabkan faskes kekurangan, bahkan mengalami kekosongan, persediaan obat. Jika ketidaktersediaan obat tidak diatasi dengan baik, faskes tak akan dapat memberikan pelayanan kesehatan yang memenuhi kebutuhan medis pasien. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketidaktersediaan obat (seperti *furosemide*, HCT, dan amlodipine) yang berkepanjangan—sekitar 3-5 bulan—dapat meningkatkan jumlah pasien penyakit kronis, dalam hal ini hipertensi, di rumah sakit (Sulistiyono, 2019).

### 2.3. *Strategic Purchasing* dan Pembayaran

Sistem JKN pada dasarnya adalah sistem pembelian pelayanan kesehatan, bukan sekadar pemberian pelayanan kesehatan, yang berbeda dari sistem sebelumnya. Pada era pra-JKN, pembelian pelayanan kesehatan pada umumnya dilakukan oleh perorangan dengan sistem pembayaran berbasis biaya untuk layanan atau *fee for service* (FFS). Adapun pada sistem JKN pembelian (*strategic purchasing*) dilakukan oleh BPJS Kesehatan dengan pembayaran bersifat prospektif.

Untuk pelayanan kesehatan primer, BPJS Kesehatan melakukan *strategic purchasing* atau pembelian strategis ke FKTP, yaitu puskesmas dan klinik mitra, menggunakan sistem kapitasi. Dengan sistem kapitasi, FKTP menerima pembayaran bulanan berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar, tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Karena pembayaran dilakukan di muka oleh BPJS Kesehatan dengan tarif yang telah disepakati, pada sistem kapitasi tidak ada masalah keterlambatan pembayaran. Namun demikian, kebebasan penggunaan dana kapitasi untuk pembelian obat yang diperlukan belum tentu sama di setiap puskesmas karena dukungan peraturan daerah yang tidak selalu sama. Tanpa payung hukum dari pemerintah daerah, puskesmas cenderung tidak berani membelanjakan dana kapitasi untuk penyediaan obat yang masih kurang atau telah habis digunakan (TNP2K, 2016).

Untuk pelayanan kesehatan lanjutan, *sekunder* maupun *tersier*, pembayaran oleh BPJS Kesehatan dilakukan menggunakan sistem berbasis kelompok diagnosis terkait atau *diagnosis-related group* (DRG). Pembayaran klaim yang tertunda lama, bahkan sampai lebih dari setahun, membuat FKRTL kesulitan melunasi obat yang telah dibeli dari pemasok. Pelunasan yang tertunda ke pemasok membuat rumah sakit tersebut



kesulitan melakukan pengadaan obat JKN melalui *e-Purchasing* maupun secara manual ke perusahaan farmasi pemenang *e-Katalog* (TNP2K, 2016).





# 3

## METODOLOGI PENELITIAN

### 3.1. Rancangan Penelitian

Sebagai sebuah penelitian lanjutan, kajian ini menganalisis secara deskriptif data terkait *e-Katalog* 2018 dan mencermati perubahan kebijakan pengadaan obat JKN yang berpengaruh terhadap ketersediaan obat di tingkat fasilitas pelayanan kesehatan pada 2018. Sebagai sumber data utama, data terkait *e-Katalog*, diperoleh dari LKPP. Pada pendekatan kualitatif, pengumpulan data primer dilakukan melalui wawancara mendalam dengan berbagai pemangku kepentingan dan pencarian data sekunder berupa beragam dokumen terutama di internet. Data primer lain diperoleh melalui wawancara informal, terutama dengan para farmasis yang bekerja di faskes dan pabrik farmasi, yang menjadi kolega di Pengurus Pusat Ikatan Apoteker Indonesia (PP IAI) dan mahasiswa Program Magister Farmasi di Fakultas Farmasi Universitas Pancasila (FF UP), Jakarta.

### 3.2. Sumber Data

Data sekunder yang digunakan dalam kajian ini utamanya adalah data RKO dan *e-Purchasing* yang terkait dengan *e-Katalog* 2018, yang diperoleh dari LKPP. Data sekunder lain diperoleh melalui pencarian ke situs resmi berbagai lembaga pemerintah terkait, termasuk Kemenkes, BPJS Kesehatan, dan pemangku kepentingan lainnya. Selain itu digunakan pula data dari beberapa pemangku kepentingan nonpemerintah, seperti Gabungan Perusahaan Farmasi Indonesia dan *International Pharmaceutical Manufacturers Group* (IPMG), yang diperoleh dalam berbagai kesempatan resmi, termasuk rapat dengar pendapat di Dewan Perwakilan Rakyat.

Guna mengeksplorasi dan mengidentifikasi permasalahan dari perspektif para pemangku kepentingan, sejumlah wawancara mendalam dilakukan, terutama dengan praktisi di industri farmasi, kolega farmasis senior di PP IAI, dan sejawat peneliti di FF UP. Selain itu, dilakukan pula diskusi informal dengan para farmasis yang bekerja di berbagai faskes, baik FKTP (puskesmas dan klinik swasta yang bermitra dengan BPJS Kesehatan) maupun FKRTL (rumah sakit publik dan rumah sakit swasta mitra), yang sebagian besar adalah mahasiswa Program Magister Farmasi di FF UP guna menggali berbagai fakta baru di lapangan.

### 3.3. Validasi Metoda

Validasi dilakukan melalui triangulasi, yaitu dengan mengecek data melalui pendalaman berbagai sumber dan teori dengan beragam cara (wawancara dengan informan berbeda dan riset data lanjutan) di waktu yang berbeda (Bungin, 2007; Sugiyono, 2012). Pada kajian ini, guna memastikan validitas data, triangulasi yang dilakukan meliputi:

- i. Triangulasi sumber data, yaitu melakukan pengecekan-silang data yang diperoleh dengan informasi dan fakta dari sumber lain.
- ii. Triangulasi metode dilakukan dengan menggunakan lebih dari satu metode untuk pengumpulan data kualitatif, yaitu wawancara mendalam dan riset berbagai dokumen pengadaan, penggunaan, dan inventori obat JKN, termasuk RKO, *e-Purchasing*, ketidaktersediaan obat, dan formularium.
- iii. Triangulasi teori, yaitu dengan menggunakan beberapa teori untuk menginterpretasikan data pengadaan, penggunaan, dan inventori obat JKN.

### 3.4. Instrumen Penelitian

Instrumen utama untuk pengumpulan data pada kajian ini adalah kuesioner semi-terstruktur sebagai panduan wawancara mendalam yang dilakukan.

### 3.5. Manajemen dan Analisis Data

#### 3.5.1. Data Kuantitatif

Data kuantitatif yang dikumpulkan dan dianalisis adalah data pengadaan obat JKN dari LKPP dan Kemenkes, terutama yang terkait dengan Fornas dan *e-Katalog*, serta RKO dan *e-Purchasing*. Manajemen dan analisis data kuantitatif dilakukan oleh tim riset inti, menggunakan perangkat lunak *spreadsheet* Microsoft Excel. Tahapannya meliputi:

- i. Proses manajemen data dilakukan segera setelah data diperoleh. Termasuk dalam manajemen data adalah pembersihan data (*data cleaning*).
- ii. Data yang telah "bersih" dianalisis sesuai tujuan penelitian, terutama menggunakan analisis statistik deskriptif.
- iii. Hasil analisis kuantitatif dari data yang diperoleh kemudian dikombinasikan dengan hasil analisis kualitatif.



Dengan pendekatan campuran kuantitatif dan kualitatif, kajian ini diharapkan dapat memberikan hasil yang lebih kaya dan komprehensif dan menghasilkan rekomendasi kebijakan yang sesuai.

### **3.5.2. Data Kualitatif**

Kajian ini menggunakan data primer, yaitu data yang diperoleh langsung dari para informan, terutama melalui wawancara informal dengan para farmasis yang bekerja di faskes dan pabrik farmasi. Selain itu, digunakan pula data *sekunder* yang diperoleh melalui penelusuran peraturan perundang-undangan serta berbagai publikasi kajian dan dokumen lain yang terkait dengan pengadaan dan ketersediaan obat JKN.

Data kualitatif dari berbagai informan dideskripsikan secara rinci. Data *sekunder* dalam bentuk dokumen resmi, peraturan dan perundang-undangan, serta beragam laporan, dipelajari dan dikaji, kemudian diambil intinya menjadi ringkasan yang lengkap mewakili konten dokumen aslinya. Ringkasan tersebut kemudian dikategorisasikan dan diklasifikasikan sesuai karakteristiknya dan ditampilkan dalam bentuk yang sesuai.

Pada analisis konten, istilah atau kata-kata relevan yang paling sering muncul dalam ringkasan yang telah dikategorisasikan tersebut diberi kode dan diklasifikasikan lebih lanjut. Terhadap setiap kategori konten dilakukan analisis hubungan guna mendapatkan arti dan tujuan di balik narasi yang ada.

### **3.6. Jaminan Kualitas Penelitian**

Guna menjamin kualitas penelitian lanjutan ini, dibentuk tim riset kecil yang diambil dari personel inti, yang telah bekerja sama dalam empat tahun terakhir. Dengan seluruh anggota tim telah memahami tugas dan fungsi masing-masing, semua elemen kunci dari pengendalian mutu penelitian diharapkan terjaga dengan baik.



# 4

## POTRET UMUM PENGADAAN OBAT JKN 2018



Hingga 2017, ketika dilakukan penetapan *e-Katalog* untuk pengadaan obat JKN pada 2018, sistem restriksi untuk pengendalian biaya yang diterapkan dalam JKN secara umum masih sama dengan tahun sebelumnya. Akses terhadap sistem *e-Purchasing* melalui *e-Katalog* yang sejak September 2016 telah dibuka untuk faskes swasta yang jumlahnya lebih banyak daripada faskes publik, diharapkan dapat meningkatkan pengadaan obat JKN melalui cara utama tersebut—dalam volume maupun nilai. Apalagi, pada 2017 tak terjadi masalah yang menyebabkan banyak gagal lelang, yang menjadi alasan terjadinya penurunan *e-Purchasing*.

Masih di bawah pengelolaan LKPP, cara penetapan *e-Katalog* yang berisi daftar obat yang diambil dari Fornas, harga masing-masing obat, dan perusahaan farmasi pemenang lelang, tidak mengalami perubahan. Pada lelang obat secara nasional tersebut, LKPP menggunakan RKO dan HPS yang ditetapkan oleh Kemenkes sebagai dasar bagi kalangan industri farmasi untuk mengajukan penawaran harga. Untuk setiap obat yang dialokasikan bagi satu provinsi tertentu, ditetapkan hanya satu pemenang, yakni perusahaan farmasi yang mengajukan harga terendah. Karena harga masih merupakan kriteria tunggal untuk menjadi pemenang lelang *e-Katalog*, RKO dan—terutama—HPS masih menjadi faktor kunci dalam penetapan daftar yang digunakan sebagai referensi bagi faskes untuk pengadaan obat. RKO dan/atau HPS yang terlalu rendah dapat membuat suatu obat tidak menarik bagi perusahaan farmasi untuk mengajukan penawaran harga, sehingga tidak akan masuk dalam *e-Katalog*.

Di tingkat nasional, RKO untuk setiap provinsi ditetapkan oleh Kemenkes yang melakukan kompilasi seluruh RKO yang dikirim oleh dinas kesehatan provinsi dan rumah sakit vertikal (RSUP). Berdasarkan RKO tersebut, Kemenkes menetapkan HPS untuk setiap provinsi sebagai harga acuan lelang. Dalam menetapkan RKO, rumah sakit vertikal mendasarkan pada rerata bulanan penggunaan obat pada tahun sebelumnya. Dinas kesehatan provinsi menetapkan RKO dengan melakukan kompilasi RKO yang dilaporkan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota dan RSUD di wilayahnya. Sementara itu, dinas kesehatan kabupaten/kota menetapkan RKO dengan mengkompilasi RKO dari puskesmas dan klinik di wilayahnya.

Dalam penetapan HPS, Kemenkes memperhitungkan biaya distribusi yang bervariasi, yang tergantung faktor geografi setiap provinsi. Namun demikian, jika RKO tingkat provinsi tidak akurat, HPS yang ditetapkan juga akan jauh dari harga wajar—terlalu rendah atau

kelewat tinggi. RKO yang terlalu tinggi akan menyebabkan HPS yang kelewat rendah sehingga tidak menarik bagi industri farmasi. RKO yang terlalu rendah dan tidak diimbangi HPS yang cukup tinggi juga tidak akan menarik karena biaya kesempatan (*opportunity cost*) yang tinggi.

Pada 2017, seperti yang telah disampaikan, untuk kali pertama diberlakukan sistem *multiyear*. Dengan sistem ini perusahaan pemenang lelang tidak hanya menjadi pemasok resmi obat JKN untuk 2018, tetapi juga masuk dalam *e-Katalog* 2019. Sistem "tahun jamak" itu diharapkan dapat meningkatkan efisiensi pengadaan obat JKN karena pemenang lelang *e-Katalog* dapat menyiapkan bahan baku obat yang sebagian besar masih harus diimpor untuk dua tahun sekaligus, sehingga lebih murah dan, yang lebih penting, ketersediaannya menjadi lebih terjamin. Namun, ketersediaan yang lebih terjamin tersebut secara teoretis hanya dapat diharapkan untuk tahun kedua, atau pada 2019, dan tidak berpengaruh terhadap pengadaan obat JKN pada 2018, yang menjadi fokus kajian ini. Demikian pula sistem *multi-winner* dan *multi-criteria* yang keduanya direncanakan akan diterapkan Kemenkes pada tahun mendatang, 2020, tidak akan berpengaruh terhadap pengadaan dan ketersediaan obat JKN pada 2018.

Terkait penggunaan *e-Katalog* untuk pengadaan obat JKN, seperti pada tahun-tahun sebelumnya, faskes umumnya mengaku masih lebih suka melakukan *e-Order* atau pemesanan secara *online*. *e-Order* tersebut belum tentu disetujui oleh perusahaan farmasi dan distributornya—*e-Order* yang disetujui dan dipenuhi dalam Laporan ini disebut sebagai *e-Purchasing*. Satu hal yang perlu dicatat, karena masih ada yang melakukan *order* secara manual, *e-Purchasing* (atau *e-Order* yang dipenuhi oleh industri farmasi) hanya mencerminkan sebagian pengadaan obat JKN.

Penolakan *e-Order* harus disertai alasan yang jelas. Jawaban yang diberikan oleh perusahaan farmasi pemenang lelang *e-Katalog*, baik berupa penolakan maupun penerimaan, harus disampaikan dalam waktu tidak lebih dari dua pekan agar faskes dapat mengupayakan pengadaan dari sumber lain sehingga tidak terjadi kekosongan obat. Untuk *e-Order* yang diterima, perusahaan farmasi harus melakukan pengiriman produknya dalam volume sesuai kesepakatan, pada tanggal yang telah disepakati, sesuai harga pada *e-Katalog*, melalui distributor tertentu yang ditunjuk.

## 4.1. Kajian Kuantitatif

Pada penelitian ini, kajian kuantitatif terutama didasarkan pada data *sekunder* dari LKPP. Dari data tersebut dapat dilihat bahwa pada 2018 terjadi peningkatan jumlah obat Fornas, yaitu menjadi 1.031 dari 1.018 *item* pada tahun sebelumnya. Untuk jumlah obat yang diminta tersedia oleh faskes—yang ditandai dengan adanya RKO—juga terjadi peningkatan walau, seperti pada 2017, masih terdapat paradoks karena jumlah obat dengan RKO *lebih rendah* daripada jumlah obat yang masuk *e-Katalog*.

Perlu dicatat bahwa untuk dapat diikuti dalam lelang atau negosiasi harga guna penetapan *e-Katalog*, suatu obat harus memiliki RKO yang ditetapkan oleh Kemenkes berdasarkan permintaan dari faskes dan HPS yang ditetapkan antara lain berdasarkan RKO. Jumlah obat dengan RKO yang lebih rendah dibandingkan dengan jumlah obat *e-Katalog* dapat ditafsirkan sebagai adanya obat tanpa RKO yang ditawarkan ke industri farmasi dan adanya perusahaan yang bersedia menjadi pemasok obat tersebut—suatu hal yang tak mungkin karena tidak sesuai dengan proses dan mekanisme penetapan *e-Katalog*.

Pada analisis-ulang oleh beberapa analis yang berbeda *ditemukan* bahwa, menurut data yang diperoleh, jumlah obat dengan RKO memang lebih kecil daripada jumlah obat yang masuk *e-Katalog*, baik untuk penyediaan obat JKN pada 2017 maupun 2018. Paradoks ini mungkin berakar dari permasalahan yang terjadi pada 2017, yaitu adanya perubahan pada obat yang masuk dalam Fornas dan kedua data tersebut berasal dari versi Fornas yang berbeda, sehingga berpotensi menyulitkan faskes dalam melakukan klaim ke BPJS Kesehatan.

Selain paradoks RKO tersebut, *e-Katalog* yang menjadi dasar pengadaan obat JKN secara umum telah membentuk tren yang diharapkan. Pada lima tahun pertama penerapan *e-Katalog*, dari 2014 hingga 2018, jumlah *item* obat yang masuk Fornas selalu meningkat. Satu-satunya hal yang di luar harapan adalah jumlah *item* obat *e-Katalog* justru mengalami penurunan 0,8%, dari 988 menjadi 980, walau pada 2018 jumlah *item* obat Fornas meningkat 1,3 persen, dari 1.018 menjadi 1.031 (**Tabel 4.1.1**).

#### 4.1.1. Potret Makro Pengadaan Obat JKN

Secara umum, pengadaan obat JKN telah kembali ke jalur yang seharusnya. Pada 2018, *e-Purchasing* telah kembali mengalami peningkatan dalam nilai maupun volume. Pada 2018 itu, nilai pembelian obat oleh faskes secara *online* bahkan melonjak sampai 81,7 persen menjadi Rp9,15 triliun, sementara volume *e-Purchasing* meningkat 29,1 persen menjadi 7.897,73 juta unit. Namun patut diingat bahwa nilai penjualan obat JKN yang mencapai Rp9,15 triliun hanya sekitar 11 persen dari pasar farmasi nasional yang pada 2018 mencapai Rp83 triliun.

Tabel 4.1. Obat dalam Fornas dan e-Katalog 2014–2018

Keterangan	2014			2015			2016			2017			2018		
	F/RKO*	e-Katalog	%	F/RKO*	e-Katalog	%	F/RKO*	e-Katalog	%	F/RKO*	e-Katalog	%	F/RKO*	e-Katalog	%
<b>Obat</b>	923/800	724	100,0	930/795	781	100,0	983/947	941	100,0	1.018/865	988	100,0	1.031/921	980	100,0
<i>Zero e-Purchasing</i>		388	53,6		650	83,5		641	68,1		756	76,5		918	93,7
API [molekul obat]		336	46,4		131	16,5		300	31,9		323	23,5		62	6,3
Perusahaan farmasi		410			441			502			459			586	
		73			79			79			85			96	
<b>e-Purchasing</b>															
Volume**		1.928,50			3.175,78			6.661,23			6.118,38			7.897,73	
Nilai***		1.199.034,87			3.201.442,82			6.048.976,76			5.034.655,91			9.145.753,45	

Keterangan: \* F/RKO = Fornas/RKO

\*\*dalam juta unit terkecil

\*\*\*dalam juta rupiah

Sumber: LKPP (2019), diolah

Peningkatan nilai *e-Purchasing* yang jauh lebih tinggi daripada peningkatan volume itu mengindikasikan bahwa rerata harga obat JKN pada 2018 mengalami peningkatan yang tinggi pula, dari Rp822,87 menjadi Rp1.158,02 per unit terkecil. Dengan sistem lelang yang pada penetapan *e-Katalog* 2018 masih menggunakan harga sebagai satu-satunya kriteria, peningkatan rerata harga obat JKN yang cukup tinggi tersebut (40,7 persen) diperkirakan lebih disebabkan oleh tingginya proporsi *e-Purchasing* obat-obat mahal daripada kenaikan harga obat secara umum. Meningkatnya jenis molekul obat (*active pharmaceutical ingredient*, API) dan jumlah perusahaan farmasi yang masuk *e-Katalog* 2018 mengindikasikan hal ini.

Pada *e-Katalog* 2018 itu, jumlah API tercatat mencapai 586 molekul yang berasal dari 96 perusahaan farmasi pemasok—masing-masing meningkat 27,7 persen dan 12,9 persen dari 459 molekul yang berasal dari 85 perusahaan farmasi pada tahun sebelumnya. Lebih jauh lagi, meningkatnya jumlah perusahaan farmasi pemasok obat



JKN di tengah penurunan jumlah obat yang masuk *e-Katalog* 2018 secara tidak langsung mengindikasikan peningkatan jumlah obat yang hanya dapat disediakan oleh perusahaan farmasi tertentu. Padahal, obat dengan jumlah pemasok yang terbatas biasanya adalah obat paten (pemasok tunggal) dan obat dengan teknologi pengolahan yang tinggi atau belum lama habis masa patennya (kurang dari tiga pemasok), sehingga penetapan harga *e-Katalog* dilakukan melalui negosiasi.

Hal lain yang perlu mendapat perhatian, jika dibandingkan dengan 2016, sebelum terjadi penurunan *e-Purchasing*, penjualan obat JKN secara *online* pada 2018 meningkat 21 persen, dari 6.661,23 juta menjadi 7.897,73 juta unit terkecil. Pada periode yang sama, jumlah peserta BPJS Kesehatan bertambah 18,6 persen, dari 171,94 juta menjadi 208,05 juta jiwa. Peningkatan volume *e-Purchasing* yang terbilang marginal secara relatif terhadap penambahan jumlah peserta tersebut dapat mengindikasikan penurunan penggunaan obat oleh pasien BPJS Kesehatan. Hal ini, jika benar terjadi, pada gilirannya menunjukkan semakin banyaknya pemberian obat yang subterapeutik, seperti yang dirasakan oleh industri farmasi sejak 2014. Kenyataannya, perubahan status obat dan perbekalan kesehatan lain dari *profit center* di era pra-JKN menjadi *cost center* di era JKN memberikan disintensif kepada faskes yang khawatir merugi jika untuk memberikan obat selengkap mungkin kepada pasien JKN.

Analisis deskriptif lebih lanjut terhadap obat dengan RKO tertinggi, "Top 50" obat secara umum dan "Top 25" obat kategori tertentu, memperkuat indikasi bahwa hingga 2017 cara penetapan RKO yang digunakan untuk penetapan *e-Katalog* 2018 belum memberikan data kebutuhan obat yang akurat. Secara umum, pada lima tahun pertama penerapan JKN itu, kesenjangan antara Fornas dan RKO, RKO dan *e-Katalog*, serta RKO dan *e-Purchasing* masih tetap lebar. Selain itu, tren kesenjangan antara Fornas, RKO, dan *e-Katalog* yang tidak mengikuti pola yang jelas, menunjukkan bahwa metode penetapan RKO yang ada masih jauh dari layak.

Pada 2014, di antara *item* obat yang terdaftar di Fornas (923), sekitar 86,7 persen (800) memiliki RKO dan 78,4 persen (724) masuk *e-Katalog*. Kesenjangan melebar pada 2015, dengan hanya 85,5 persen (795 dari 930) obat Fornas yang memiliki RKO dan 74 persen (781) masuk *e-Katalog*, kemudian menyempit pada 2016, yang ditunjukkan oleh meningkatnya obat Fornas dengan RKO menjadi 96,3 persen (947 dari 983) dan masuk *e-Katalog* 95,7 persen (941). Setelah itu, kesenjangan berubah lagi secara fluktuatif. Pada



2017, kesenjangan melebar karena dari jumlah *item* obat yang terdaftar di Fornas (1.018) hanya 86,9 persen (885) yang memiliki RKO, namun 97,1 persen (988) masuk *e-Katalog*. Adapun pada 2018, kesenjangan kembali menyempit karena dari jumlah *item* obat yang terdaftar di Fornas (1.031), proporsi yang memiliki RKO maupun yang masuk *e-Katalog* menurun, masing-masing menjadi 89,3 persen (921) dan 95 persen (980).

Secara teoretis, RKO yang tinggi mencerminkan histori penggunaan yang tinggi dari suatu obat di faskes, walau mungkin tidak betul-betul akurat. Dengan demikian, hasil analisis deskriptif dari data "Top 50" dan "Top 25" menurut RKO dapat dikatakan merupakan potret pengadaan obat JKN. Potret tersebut diharapkan dapat menangkap dengan cukup jelas permasalahan yang merundung pengadaan obat yang digunakan dalam sistem jaminan kesehatan sosial yang telah berjalan selama lima tahun ini.

Kesenjangan yang cenderung menyempit antara Fornas dan *e-Katalog*, dari 21,6 persen (pada 2014) menjadi 4,3 persen (2016), lalu 2,9 persen (2017) dan 4,9 persen (2018) menunjukkan keberhasilan LKPP dalam mengelola lelang harga terbuka *e-Katalog* yang berskala nasional tersebut. Sementara itu, peningkatan proporsi dan jumlah *item* obat yang terdaftar di Fornas dan masuk *e-Katalog*, yaitu dari 78,4 persen (724 dari 923) pada 2014 menjadi 95,1 persen (980 dari 1.031) pada 2018, mencerminkan peningkatan jumlah obat yang mendapat penawaran dari industri farmasi, yang berarti HPS yang ditetapkan Kemenkes semakin menarik. Namun demikian, dari sisi permintaan gambaran umum yang terbentuk agak berbeda.

Pada 2015, proporsi obat *e-Katalog* (781) yang memperoleh *e-Purchasing* mencapai 83,5 persen (650), lebih tinggi daripada 2014. Pada 2015 itu, dari 724 obat yang terdaftar dalam *e-Katalog* hanya 53,6 persennya (388) yang mendapat *e-Purchasing*. Artinya, pada 2015 kesenjangan antara *e-Katalog* dan *e-Purchasing* menyempit dengan menurunnya proporsi *zero e-Purchasing* menjadi 16,5 persen dari 41,4 persen pada tahun sebelumnya. Namun pada 2016 secara makro kesenjangan melebar lagi. Proporsi *zero e-Purchasing* meningkat menjadi 31,9 persen karena dari obat yang masuk *e-Katalog* (941), hanya 68,1 persen (641) yang memperoleh *e-Purchasing* dari faskes. Setelah itu, dilihat dari proporsi *zero e-Purchasing*, kesenjangan menyempit menjadi 23,5 persen pada 2017 dan 6,3 persen pada 2018.

#### 4.1.2. Pengadaan Obat JKN menurut RKO

Pada tingkat mikro, dalam obat "Top 50" menurut RKO gambarannya tidak lebih baik (**Tabel 4.2**). Pada tiga tahun pertama penerapan JKN, jumlah maupun proporsi *zero e-Purchasing* memang menurun, dari 12 *item* obat (24 persen) pada 2014 menjadi 3 *item* obat (6 persen) pada 2015 dan 2 *item* obat (4 persen) pada 2016. Selain itu, *e-Purchasing* yang rendah, <60% RKO, juga menurun, dari 48 *item* obat (96 persen) pada 2014 menjadi 44 *item* obat (88 persen) pada 2015 dan 13 *item* obat (26 persen) pada 2016.

Namun pada 2017, *zero e-Purchasing* kembali meningkat menjadi 3 *item* obat (6 persen) dan *e-Purchasing* <60% RKO melonjak menjadi 35 *item* obat (70 persen). Di sisi lain, obat dengan proporsi *e-Purchasing* yang terlalu tinggi, >100% RKO, mengalami penurunan menjadi hanya 2 *item* obat (4 persen) dari 23 *item* obat (46 persen) pada tahun sebelumnya. Kemudian, pada 2018, *zero e-Purchasing* hilang dari daftar "Top 50 Obat Menurut RKO" dan *e-Purchasing* <60% RKO menurun jadi 23 *item* obat (56 persen), sementara obat dengan proporsi *e-Purchasing* >100% RKO menurun jadi 2 *item* obat (4 persen). Kesenjangan yang persisten antara RKO dan *e-Purchasing* dan dengan pola berubah-ubah ini mengindikasikan bahwa cara penetapan RKO yang digunakan sejak 2014 itu masih jauh dari akurat. Kemenkes belum memiliki sistem *e-Monev* yang baik untuk mengoreksi data yang diperoleh dari faskes.

Tabel 4.2. Top 50 Item Obat e-Katalog menurut RKO. 2014-2018

No.	Item obat	2014		2015		2016		2017		2018	
		RKO	e-Pur	RKO	e-Pur	RKO	e-Pur	RKO	e-Pur	RKO	e-Pur
1	Asam mefenamat 500	1.249.981.785	4,5	809.708.943	44,1	1.379.904.245	1,7	780.148.862	72,5	1.047.711.445	25,1
2	Parasetamol 500	763.599.036	25,2	645.129.609	22,6	398.720.840	171,2	699.747.162	133,9	909.409.609	78,7
3	CTM 4	623.495.752	0,2	620.650.077	25,4	340.609.581	132,4	604.787.077	48,4	598.394.356	48,2
4	Giliseril guaiaiolat 100	548.901.167	-0	432.798.601	32,9	261.434.723	177,5	560.487.891	43,7	553.797.903	68,6
5	Amoksisilin 500	527.318.839	38,6	382.010.034	33,8	250.470.811	118,2	376.888.388	55,2	450.878.382	55,6
6	Vitamin B kompleks	439.531.634	27,6	379.906.695	35,3	218.421.973	126,0	354.012.865	54,2	472.812.628	167,7
7	Antiasida DOEN I	355.621.068	0,2	352.598.146	27,1	200.714.557	150,1	348.134.280	56,4	369.041.193	2,2
8	Deksametason 0,5	342.729.731	20,1	318.245.383	1,2	197.108.224	92,6	329.737.733	63,1	361.546.467	76,2
9	Kalsium laktat 500	337.280.020	3,7	295.654.918	9,5	194.836.481	148,1	267.399.130	23,0	310.519.462	30,9
10	Besi (II) sulfat + folat	332.550.872	-0	275.638.482	12,7	165.089.980	96,3	252.770.214	49,7	282.148.529	22,5
11	Vitamin C 50	308.976.438	39,7	231.403.459	1,6	129.604.516	102,8	206.601.570	52,7	274.657.469	71,8
12	Pindoksin 10	246.395.285	-0	207.815.095	27,1	128.330.710	114,4	203.427.225	42,4	200.542.430	61,9
13	Tiamin 50	234.792.108	5,0	157.338.221	34,6	109.452.379	45,7	198.143.860	63,1	193.213.432	72,7
14	Metamprion 500	204.581.436	0,1	142.568.345	-0	97.583.281	37,7	197.236.341	41,7	188.351.773	79,0
15	Prednison 5	202.219.724	-0	138.548.520	111,0	96.117.458	1,4	184.781.586	58,6	183.124.296	71,5
16	Diklofenak 50	186.429.586	-0	133.922.047	39,6	95.027.469	182,1	147.816.022	62,8	159.782.703	64,0
17	Sianokobalamin 50 µg	137.815.053	-0	133.646.717	13,4	94.823.108	41,2	146.681.251	50,9	148.456.487	56,2
18	Kotrimoksazol DOEN I	124.333.607	0,4	118.615.698	51,4	91.370.955	103,0	128.125.555	49,4	142.415.741	31,7
19	Kaptopril 25	116.468.264	43,6	103.628.248	34,2	84.730.314	105,4	124.494.527	64,4	142.259.219	81,8
20	Ranitidin 150	104.350.274	50,1	101.750.222	33,0	77.642.084	145,3	122.824.966	33,2	134.702.962	60,6
21	Ibuprofen 400	97.556.415	16,7	90.230.029	53,7	77.451.434	102,5	109.808.566	47,7	132.001.369	48,4
22	Amoksisilin 250	91.969.581	14,8	83.811.338	1,5	66.494.336	72,4	107.989.097	44,2	121.191.062	68,4
23	Siprofloksasin 500	88.633.251	18,9	81.520.567	33,1	66.375.233	81,7	91.295.970	78,2	114.985.915	85,3
24	Ambroskol 30	80.728.069	0,4	75.611.464	208,4	59.899.786	-0	90.057.238	58,8	110.037.143	80,5
25	CHKM cairan	80.715.320	-0	66.938.570	41,3	59.895.055	93,8	81.563.472	54,2	110.035.114	34,5
26	Tiamin 100	79.040.601	14,8	66.357.803	-0	59.639.216	100,0	78.185.953	66,0	109.437.732	55,4
27	Kaptopril 12,5	74.274.254	48,7	65.872.195	40,5	59.068.276	118,4	77.602.634	64,6	104.532.139	53,3
28	Metformin 500	59.531.274	30,9	65.330.744	46,1	53.869.006	81,2	72.646.959	75,8	100.737.586	18,9
29	Ibuprofen 200	58.715.014	27,1	62.478.870	8,7	53.705.400	120,3	70.682.187	58,9	100.079.303	67,8
30	Kloramfenikol 250	58.288.240	9,6	56.405.466	92,7	52.976.079	96,4	69.623.390	59,0	99.993.661	46,7
31	Retinol/200.000 IU	55.687.318	35,7	54.893.254	35,7	47.942.020	107,2	63.666.742	44,6	96.044.369	79,4
32	Efedrin 25	54.166.309	-0	53.168.614	56,0	46.106.215	95,2	61.387.729	40,0	92.795.587	63,9
33	Tetrasklin 250	53.824.149	24,0	51.449.458	12,9	45.759.538	67,1	61.189.369	51,1	88.121.866	41,0
34	Aloprumol 100	52.670.910	43,5	50.813.452	27,1	45.466.045	77,8	60.738.499	-29,3	88.014.925	39,1
35	Sefadrosil 500	50.677.807	25,5	48.954.808	62,3	43.803.818	116,9	59.823.005	66,9	83.716.059	66,9
36	Metronidazol 500	48.974.046	42,4	46.950.403	66,1	43.619.270	-0	59.692.972	63,7	79.530.024	5,2
37	Glibenklamida 5	48.626.213	0,2	45.817.188	51,5	43.432.508	119,8	58.219.081	41,2	77.808.653	47,9
38	Proksikam 10	45.837.515	1,2	45.576.967	28,7	42.959.979	0,5	56.528.817	54,7	71.420.003	56,4
39	Triheksfenidil 2	45.321.326	-0	45.045.201	23,3	40.533.223	119,4	54.416.805	41,7	75.288.798	69,3
40	Na bikarbonat 500	45.092.727	-0	45.028.838	19,3	39.624.147	47,6	54.145.477	71,6	72.366.401	51,4
41	Na diklofenak 50	43.454.364	55,3	42.448.839	56,4	38.445.516	67,6	54.018.969	67,0	72.212.832	59,0
42	Diazepam 2	43.451.313	4,2	41.194.059	-0	36.766.352	108,4	51.269.883	42,7	70.661.144	61,8
43	Garam Oralit I	40.059.019	48,6	39.676.322	25,2	35.947.939	80,1	48.677.171	71,2	65.840.977	68,1
44	Zinc sulfat dispersible 20	39.906.647	74,1	38.988.063	13,6	35.805.698	384,1	43.099.942	47,6	64.583.064	162,1
45	Besi (II) sulfat 200	39.547.785	118,6	38.498.717	44,9	35.410.458	17,1	42.206.145	-0	63.776.263	61,0
46	Fenobarbital 30	39.446.504	-0	38.394.140	53,3	34.670.189	12,7	40.680.779	-0	62.522.288	72,8
47	Salbutamol 2	38.899.932	22,9	38.265.313	27,7	33.150.575	48,0	36.893.592	42,6	62.166.881	83,5
48	Hidrokloridazol 25	37.384.872	-0	37.348.093	53,9	33.130.201	105,9	35.796.675	102,4	60.398.972	105,6
49	Parasetamol 100	37.155.421	0,1	36.597.481	26,4	32.451.230	62,3	35.496.818	33,2	59.715.573	48,1
50	Ringer laktat infus 500mL	34.341.244	26,3	35.327.614	61,8	30.468.932	59,2	35.433.088	38,6	59.151.502	47,1

Keterangan: e-Pur = e-Purchasing dalam persentase terhadap RKO

\*3TC = lamivudine. AZT = zidovudine

Sumber: LKPP (2019)

Terkait obat untuk penyakit-penyakit kronis noninfeksi atau *non-communicable diseases* (NCDs), kesesuaian *e-Purchasing* terhadap RKO pada 2018 lebih baik dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Jika pada 2017 di antara "Top 25 Obat Penyakit Kronis" hanya 2 *item* obat (8 persen) yang memperoleh *e-Purchasing* seperti yang diharapkan oleh industri farmasi, pada 2018 obat dengan *e-Purchasing* 60-100% RKO itu meningkat jadi 7 *item* obat (28 persen), termasuk tablet triheksifenidil 2mg (68,4 persen) yang pada tahun sebelumnya juga memperoleh *e-Purchasing* cukup tinggi, 75,8 persen. Namun demikian, pada 2018 masih ada obat dengan *e-Purchasing* <30% RKO, yaitu tablet lisinopril 10mg (5,2 persen), tablet aminofilin 200mg (6 persen), dan tablet nifedipin 10mg (3 persen), walau tidak ada lagi yang mendapat *zero e-Purchasing* (Tabel 4.3).

**Tabel 4.3. Top 25 Item Obat Penyakit Kronis menurut RKO. 2014–2018**

No.	Item obat	2014		Item obat	2015		Item obat	2016		Item obat	2017		Item obat	2018	
		RKO	e-Pur		RKO	e-Pur		RKO	e-Pur		RKO	e-Pur		RKO	e-Pur
1	Kaptopril 25*	116.468,264	43,6	Kaptopril 25*	142.588,345	39,6	Kaptopril 25*	97.583,281	37,7	Metformin 500**	203.427,225	42,4	Metformin 500**	310.519,462	30,9
2	Kaptopril 12.5*	74.274,254	48,7	Kaptopril 12.5*	90.230,029	33,1	Metformin 500**	91.370,955	103,0	Amlodipin 5*	146.681,251	50,9	Amlodipin 5*	193.213,432	72,7
3	Metformin 500**	59.531,274	30,9	Metformin 500**	91.520,567	41,3	Triheksifenidil 2***	66.494,336	72,5	Kaptopril 25*	128.125,555	49,4	Amlodipin 10*	159.782,703	64,0
4	Glibenklamida 5**	48.628,213	0,2	Triheksifenidil 2***	75.611,464	-0	Kaptopril 12.5*	68.375,233	81,7	Amlodipin 10*	122.804,596	33,2	Furosemid 40*	142.415,741	31,7
5	Triheksifenidil 2***	45.321,326	-0	Glibenklamida 5**	53.166,614	27,1	Amlodipin 5*	59.068,276	118,4	Kaptopril 12.5*	78.185,953	66,0	Kaptopril 25*	134.702,962	60,6
6	Simvastatin 10*	33.327,613	19,4	Amlodipin 5*	50.814,452	66,1	Amlodipin 10*	48.106,215	95,2	Triheksifenidil 2***	72.646,859	75,8	Triheksifenidil 2***	121.191,062	68,4
7	Furosemid 40*	32.560,482	34,3	Simvastatin 10*	38.394,140	53,9	Simvastatin 10*	43.803,818	116,9	Simvastatin 10*	70.682,187	58,9	Asetosal 80*	99.993,661	46,7
8	Nifedipin 10*	28.869,554	45,0	Amlodipin 10*	37.348,093	55,6	Glibenklamida 5**	43.619,270	-0	Furosemid 40*	63.686,742	44,6	Simvastatin 10*	92.795,587	63,9
9	Amlodipin 5*	28.771,743	81,7	Nifedipin 10*	31.909,360	44,7	Isosorbid dinitrat 5*	39.624,147	47,6	Isosorbid dinitrat 5*	61.387,129	40,0	Kaptopril 12.5*	88.121,886	41,0
10	Isosorbid dinitrat 5*	25.282,600	36,7	Isosorbid dinitrat 5*	30.693,530	39,0	Furosemid 40*	38.445,516	67,5	Glibenklamida 5**	60.738,399	-0	Isosorbid dinitrat 5*	88.014,925	39,1
11	Amlodipin 10*	20.897,044	58,2	Asetosal 80*	19.063,906	59,2	Hidroklorotiazid 25*	30.468,932	59,2	Glimepirid 2**	36.893,592	42,6	Lisinopril 10*	79.530,024	5,2
12	Hidroklorotiazid 25*	19.340,585	-0	Digoksin 0.25*	15.374,307	43,3	Asetosal 80*	28.454,248	61,8	Spirolonaktin 25*	31.603,802	42,7	Glibenklamida 5**	65.840,977	68,1
13	Digoksin 0.25*	15.068,173	29,4	Propiltiourasil 100*	14.855,795	30,9	Nifedipin 10*	27.373,981	80,4	Klopidogrel 75*	31.150,062	40,6	Glimepirid 2**	59.715,573	48,1
14	Propiltiourasil 100***	12.644,582	5,5	Asetosal 100*	13.825,769	28,4	Bisoprolol 5*	18.459,708	59,4	Simvastatin 20*	31.089,732	56,3	Simvastatin 20*	59.141,502	47,1
15	Asetosal 80*	11.177,112	10,8	Simvastatin 20*	13.222,544	27,9	Asetosal 100*	18.445,802	40,8	Nifedipin 10*	29.680,310	40,2	Bisoprolol 5*	58.398,539	42,0
16	Bisoprolol 5*	8.917,461	34,3	Glimepirid 2**	12.971,783	47,1	Digoksin 0.25*	15.608,127	61,8	Hidroklorotiazid 25*	28.228,485	36,1	Spirolonaktin 25*	54.671,807	37,1
17	Propranolol 40*	7.935,415	0,2	Propranolol 10*	12.830,345	24,3	Glimepirid 2**	15.012,819	102,9	Kandesartan 8*	26.555,349	46,5	Valsartan 80*	51.257,603	18,4
18	Asetosal 100*	7.527,778	20,4	Bisoprolol 5*	12.417,032	49,5	Klopidogrel 75*	14.943,496	52,8	Valsartan 80*	26.304,078	-0	Klopidogrel 75*	50.812,947	49,0
19	Propranolol 10*	6.925,426	38,7	Klopidogrel 75*	8.870,901	33,9	Propiltiourasil 100*	14.319,265	27,1	Akarbose 50**	20.586,029	38,1	Fenitoin 100**	48.673,869	35,4
20	Gemfibrozil 300**	6.846,884	25,0	Kaptopril 50*	8.751,585	22,9	Simvastatin 20*	13.880,472	151,3	Asetosal 100*	20.191,436	22,0	Kandesartan 8*	48.589,419	46,4
21	Furosemid injeksi 10*	5.776,052	19,9	Metformin 850**	7.793,416	23,5	Akarbose 50**	13.821,975	53,3	Propranolol 10*	19.463,581	47,8	Risperidon 2**	45.728,777	73,6
22	Simvastatin 20*	5.350,740	17,1	Valsartan 80*	7.479,272	60,7	Valsartan 80*	12.900,956	63,1	Propiltiourasil 100*	19.125,047	-0	Aminofilin 200	43.158,685	6,0
23	Kaptopril 50*	5.085,680	47,7	Akarbose 50**	7.133,642	51,4	Propanolol 10*	12.158,299	68,2	Kandesartan 16*	17.894,307	53,8	Bisoprolol 2.5*	39.285,282	53,4
24	Diltiazem HCl 30*	5.065,076	30,7	Glimepirid 1**	6.469,228	47,3	Kandesartan 8*	10.775,325	64,1	Glimepirid 1**	16.761,615	47,4	Nifedipin 10*	37.139,756	3,0
25	Glimepirid 2**	4.993,381	72,1	Kandesartan 8*	5.326,328	68,3	Glimepirid 1**	8.804,110	78,0	Glikudon 30**	15.479,374	30,5	Propranolol 10*	36.712,612	30,7

Keterangan: e-Pur = *e-Purchasing* dalam persentase terhadap RKO \* = obat penyakit kardiovaskular \*\* = antidiabetes \*\*\* = Psikotropik ^ = anti[hormon]tiroid ^^ = anticonvulsant

Sumber: LKPP (2019)

Di antara "Top 25 Obat Penyakit Kronis 2018" itu, sebagian besar (72 persen) adalah obat penyakit kardiovaskular (CVD) sebanyak 18 *item* obat yang terdiri dari antihipertensi (13 obat atau 52 persen), diikuti antiagregasi platelet, antihiperlipidemia, antiaritmia, antianginal, dan obat untuk gagal jantung. Kenyataan bahwa pada tahun-tahun sebelumnya di antara "Top 25 Obat Penyakit Kronis" tersebut sebagian besar juga obat CVD—18 *item* obat (71 persen) pada 2016, 17 *item* obat (68 persen) pada 2015, dan 20 *item* obat (80 persen) pada 2014—menunjukkan bahwa CVD telah cukup lama menjadi penyakit kronis dengan prevalensi tertinggi di Indonesia.

Untuk obat HIV/AIDS, seperti pada 2017, tablet 3ATC-AZT 300/150mg yang pada 2016 masuk dalam "Top 50 Obat Menurut RKO" tidak dimasukkan dalam "Top 25

Obat Penyakit Kronis 2018". Hal ini dilakukan karena obat antiretroviral atau ARV untuk pengobatan HIV/AIDS itu termasuk dalam obat program yang sampai dengan 2018 pengadaannya tersendiri—hanya melibatkan satu pemasok yang ditunjuk langsung oleh Kemenkes. Obat ARV untuk pasien ODHA umumnya mahal. Pada 2018, dengan RKO yang hanya 39,92 juta tablet, 3ATC-AZT 300/150mg menduduki peringkat ketujuh menurut nilai, yaitu mencapai Rp155,43 miliar. Pada tahun sebelumnya, 3ATC-AZT 300/150mg menduduki peringkat keenam dengan nilai Rp104,73 miliar untuk 27,97 juta tablet. ARV dan obat mahal lainnya akan dibahas pada bagian selanjutnya dari laporan ini.

Hal lain yang perlu dicatat, di antara "Top 25 Obat Penyakit Kronis" pada 2018 juga tidak terdapat obat antikanker, walau sejak 2008 penyakit ganas ini menjadi penyebab kematian utama di Indonesia setelah penyakit kardiovaskular (WHO, 2011). Karena obat antikanker merupakan kelas terapi yang besar dan penting, "Top 25 Obat Antikanker menurut RKO" ditampilkan tersendiri. Sebagian besar "Top 25 Obat Antikanker dalam e-Katalog 2018" masih dari subkelas terapi sitotoksik, mencapai 13 item obat (52 persen). Pada tahun-tahun sebelumnya, obat antikanker dalam e-Katalog paling banyak oleh sitotoksika, masing-masing 52 persen pada 2017, 56 persen (2016), 44 persen (2015), dan 72 persen (2014) (Tabel 4.4).

Tabel 4.4. Top 25 Item Obat Antikanker menurut RKO. 2014–2018

No.	Item obat	2014		Item obat	2015		Item obat	2016		Item obat	2017		Item obat	2018	
		RKO	e-Pur		RKO	e-Pur		RKO	e-Pur		RKO	e-Pur		RKO	e-Pur
1	Tamoksifen 20*	676.197	-0	Kapesitabin 500**	979.568	86,8	Kapesitabin 500**	1.606.850	105,2	Kapesitabin 500**	2.577.773	51,3	Kapesitabin 500**	3.342.927	50,2
2	Siklofosfamid 200 inj**	589.977	0,7	Tamoksifen 20*	702.880	3,2	Tamoksifen 20*	1.517.759	1,9	Hidroksi urea 500**	1.453.025	40,1	Tamoksifen 10*	2.659.812	75,8
3	Metotreksat 2,5***	499.955	-0	Lapatinib 250**	449.186	23,8	Ifostamid 1.000 inj**	1.016.325	2,6	Imatinib mesilat 100**	1.358.901	12,4	Imatinib mesilat 100**	2.043.543	17,4
4	Vinkristin 1 injeksi**	453.575	0,3	Hidroksi urea 500**	387.280	90,3	Hidroksi urea 500**	797.296	65,9	Letrozol 2,5*	1.207.605	29,4	Siklosporin 25***	1.426.456	92,2
5	Sisplatin 10 injeksi**	439.953	1,3	Metotreksat 2,5***	279.175	64,9	Sisplatin 50 injeksi**	764.116	6,4	Anastrozol 1*	732.147	62,0	Hidroksi urea 500**	1.386.899	77,7
6	Hidroksi urea 500**	290.311	10,4	Anastrozol 1*	240.828	83,6	Imatinib mesilat 100**	535.356	70,4	Siklosporin 25***	738.644	88,2	Letrozol 2,5*	987.195	36,4
7	Busulfan 2**	253.814	-0	Mikofenolat mofetil 500***	149.049	152,7	Metotreksat 2,5***	527.328	5,2	Tamoksifen 10*	538.482	287,9	Azatioprin 50***	736.496	84,5
8	Siklosporin 25***	242.927	30,9	Imatinib mesilat 100**	146.390	128,4	Asam ibandronat 6****	511.106	0,8	Lapatinib 250**	430.088	69,7	Mikofenolat mofetil 500***	634.792	81,0
9	Asparaginase injeksi**	206.399	0,8	Siklosporin 5 injeksi**	139.759	30,0	Siklosporin 25***	429.326	152,4	Nilotinib 200**	415.540	13,3	Ekssemetan 25*	591.452	120,0
10	Sisplatin 50 injeksi**	205.899	2,2	Letrozol 2,5*	118.044	109,9	Anastrozol 1*	346.192	141,1	Kalsium folinat 3 inj****	367.785	22,8	Lapatinib 250**	545.736	79,5
11	Klorambusil 2**	204.757	-0	Ifostamid 1.000 inj**	113.927	8,7	Gefitinib 250**	315.032	46,4	Mesna 100 injeksi****	348.190	12,6	Doksorubisin 10 injeksi**	486.566	14,5
12	Paklitaksel 30 injeksi**	148.347	4,4	Metotreksat 50 injeksi**	113.097	16,8	Lapatinib 250**	266.838	130,1	Gefitinib 250**	322.318	22,8	Siklosporin 100***	454.125	45,5
13	Siklofosfamid 50**	141.539	-0	Siklosporin 25***	108.830	143,0	Azatioprin 50***	203.505	-0	Siklosporin 100***	318.923	59,4	Nilotinib 200**	443.948	23,9
14	Metotreksat 5 injeksi**	137.516	-0	Takrolimus 1***	105.985	48,1	Doksorubisin 10 injeksi**	202.552	7,7	Azatioprin 50***	318.437	96,9	Siklofosfamid 200 inj**	431.088	6,6
15	Doksorubisin 10 injeksi**	112.877	3,7	Kalsium folinat 3 inj****	99.154	35,0	Mikofenolat mofetil 500***	199.789	129,9	Ekssemetan 25*	307.526	101,9	Gefitinib 250**	386.418	26,8
16	Mellitalan 2**	89.580	18,5	Merkaptopurin 50**	98.481	-0	Paklitaksel 100 inj**	189.820	13,5	Bikalutamid 50*	299.843	37,9	Bikalutamid 50*	356.845	59,8
17	Metotreksat 50 injeksi**	73.661	0,3	Sisplatin 10 injeksi**	97.856	23,4	Oktreotin 10 injeksi*	187.809	0,1	Mikofenolat mofetil 500***	269.989	144,4	Paklitaksel 6 injeksi**	295.471	24,8
18	Sitarabin 100 injeksi**	68.867	0,7	Azatioprin 50***	96.029	-0	Paklitaksel 30 inj**	182.334	59,3	Paklitaksel 30 injeksi**	262.402	36,0	Kalium folinat 10****	232.972	73,7
19	Azatioprin 50***	61.252	-0	Paklitaksel 30 injeksi**	90.681	28,0	Merkaptopurin 50**	145.155	-0	Ritukzimab 10 injeksi*	193.909	-0	Fluorourasil 50 injeksi**	217.617	63,7
20	Merkaptopurin 50**	59.955	-0	Vinkristin 1 injeksi**	82.350	12,7	Takrolimus 1***	144.307	99,1	Doksorubisin 10 injeksi**	161.152	27,8	Takrolimus 1***	195.148	141,8
21	Dosetaksel 20 inj**	59.843	1,1	Klorambusil 2**	75.827	-0	Metotreksat 5 injeksi**	139.507	4,2	Fluorourasil 50 injeksi**	159.931	1,6	Mesna 100 injeksi****	167.167	33,3
22	Kalsium folinat 3 inj****	58.343	-0	Ekssemetan 25*	75.035	72,1	Sisplatin 10 injeksi**	135.133	35,7	Vinorelbine 10 injeksi**	123.866	18,1	Metotreksat 25***	164.050	42,5
23	Bleomisin 15 injeksi**	56.608	3,7	Bikalutamid 50*	73.010	96,3	Nilotinib 200**	125.128	76,3	Ifostamid 2.000 injeksi**	106.529	0,7	Nilotinib 200**	162.804	14,9
24	Doksorubisin 50 injeksi**	52.997	7,4	Doksorubisin 50 injeksi**	71.547	11,5	Fluorourasil 50 injeksi**	114.620	1,1	Dosetaksel 20 injeksi**	104.907	21,4	Doksorubisin 50 injeksi**	157.171	25,7
25	Siklofosfamid 1.000 inj**	43.040	4,8	Siklosporin 100***	69.650	84,1	Leukovorin-Ca 50 inj****	114.238	32,1	Doksorubisin 50 injeksi**	103.186	26,3	Paklitaksel 16,7 injeksi**	131.363	37,4

Keterangan: e-Pur = e-Purchasing dalam persentase terhadap of RKO \* hormon/antihormon \*\* sitotoksika \*\*\*immunosupresant \*\*\*\*lain-lain

Sumber: LKPP (2019)

Secara umum, pada 2018 kesenjangan antara RKO dan e-Purchasing untuk obat antikanker dapat dikatakan menyempit dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Namun pada 2018 itu, di antara "Top 25 Obat Antikanker" sebanyak 8 item obat mendapat e-Purchasing <30% RKO, walau tak ada lagi obat yang mengalami zero e-Purchasing atau tidak memperoleh e-Purchasing sama sekali. Di sisi lain, masih ada pula obat antikanker dengan e-Purchasing



>100% RKO, walau menurun menjadi 2 dari 3 *item* obat pada tahun sebelumnya. Sementara itu, obat antikanker dengan *e-Purchasing* 60-100% RKO meningkat jadi 8 *item* obat dari hanya 4 *item* obat pada tahun sebelumnya.

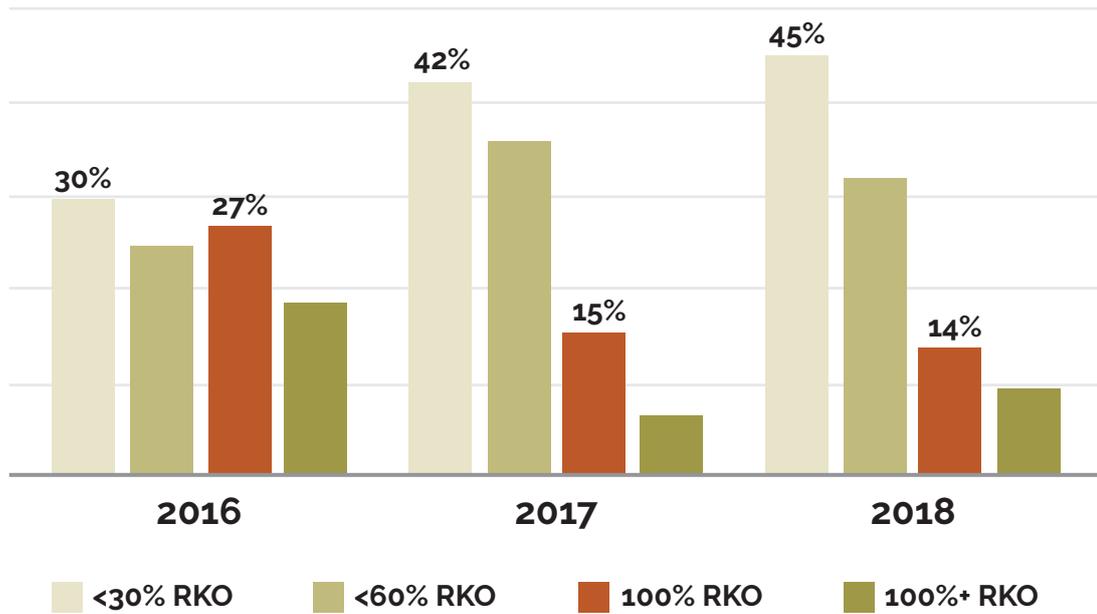
Menurunnya obat dengan *e-Purchasing* yang terlalu tinggi, >100% RKO, merupakan perkembangan yang positif. Dengan bahan baku 90 persen lebih impor, sebuah perusahaan farmasi memerlukan waktu setidaknya tiga bulan untuk mempersiapkan bahan yang dibutuhkan dan memproduksi suatu obat, sehingga *e-Purchasing* >100% RKO dapat menjadi penyebab ketidakterersediaan obat JKN di faskes. Dengan demikian, proporsi *e-Purchasing* yang terlalu tinggi—seperti halnya *e-Purchasing* yang kelewat rendah atau <40% RKO—juga menunjukkan bahwa mekanisme penetapan RKO masih perlu diperbaiki.

#### 4.1.3. Rasio *e-Purchasing* terhadap RKO

Sepintas, pada 2018 kesenjangan antara RKO dan *e-Purchasing* telah menyempit. Secara makro, pada tahun itu proporsi *zero e-Purchasing* mencapai rekor terendah, tinggal 6,3 persen, sejak penerapan JKN pada 2014 (**Tabel 4.1**). Hal ini didukung oleh kenyataan bahwa pada "Top 50" menurut RKO tidak *ditemukan* adanya *zero e-Purchasing* (**Tabel 4.2**). Namun demikian, pada analisis lebih lanjut *ditemukan* bahwa proporsi obat dengan *e-Purchasing* <30% RKO terus meningkat. Jika pada 2016 proporsi obat dengan realisasi *e-Purchasing* yang rendah ini hanya 30 persen, pada tahun-tahun selanjutnya meningkat tinggi jadi 42 persen (2017) dan 45 persen (2018). Di sisi lain, pada periode yang sama, proporsi obat dengan *e-Purchasing* >100% RKO sedikit meningkat jadi 9 persen dari 7 persen pada tahun sebelumnya (**Gambar 4.1**).

Perlu dicatat, perusahaan farmasi pemenang lelang *e-Katalog* berharap bahwa penyerapan obat JKN dari *e-Purchasing* setidaknya 60 persen dari RKO, besaran volume yang dijanjikan dalam lelang. Dengan *e-Purchasing* yang mencapai 60% RKO, perusahaan farmasi pemenang lelang *e-Katalog* tersebut meyakini mampu melempar sisa inventori sebesar 40 persen dari RKO ke pasar, sehingga mereka tak harus menanggung kerugian karena banyaknya produk yang tertahan di gudang.





**Gambar 4.1. Proporsi e-Purchasing terhadap RKO pada e-Katalog 2016-2018**

Sumber: LKPP (2019), diolah

Tingginya proporsi obat dengan *e-Purchasing* rendah tersebut dapat membuat perusahaan farmasi yang telanjur menyediakan produknya dalam jumlah besar merugi. Modal mereka tertahan dalam bentuk obat jadi yang menumpuk di gudang. Menghadapi hal ini, pilihan yang dapat diambil oleh perusahaan farmasi hanyalah menanggung kerugian dalam bentuk *cost of money* atau menjual dengan harga murah di bawah harga *e-Katalog* jika tidak ingin produknya mengalami kedaluwarsa.

Di sisi lain, pada 2018 proporsi obat dengan *e-Purchasing* >100% RKO mengalami sedikit kenaikan, dari 7 persen menjadi 9 persen, walau masih jauh lebih rendah daripada proporsi pada 2016. Tingkat *e-Purchasing* yang terlalu tinggi, >100% RKO, juga menimbulkan permasalahan walau kerugian keuangan yang diakibatkan tidak sebesar *over-inventory* pada *e-Purchasing* <60% RKO. Permintaan yang terlalu tinggi membuat perusahaan pemenang lelang *e-Katalog* sulit memenuhinya secara tepat waktu dengan efisien. Sebagian besar bahan baku industri farmasi nasional masih harus diimpor. Untuk mendatangkan bahan baku tersebut dari pabriknya di India, China, atau negara lain itu diperlukan waktu lama—sampai tiga bulan. Di sisi lain, walaupun seluruh bahan baku tersedia, kapasitas produksi yang terbatas membuat waktu produksi sulit diprediksi, sementara jika dilakukan alih produksi ke perusahaan farmasi lain akan menurunkan efisiensi produksi yang tentunya menekan tingkat keuntungan yang sudah sangat tipis.

#### 4.1.4. Penolakan e-Order oleh Industri Farmasi

Tingginya proporsi obat dengan *e-Purchasing* rendah tampaknya dipengaruhi banyaknya penolakan *e-Order* oleh industri farmasi pemenang lelang *e-Katalog*. Pada 2018, walau tidak setinggi pada tahun sebelumnya, penolakan parasetamol 500mg, misalnya, mencapai 102,67 juta tablet, setara 17,2% RKO. Contoh lain, penolakan atas *e-Order* antasida DOEN I mencapai 40,87 juta tablet, setara 11,1% RKO (**Tabel 4.5**). Padahal, pada tahun itu realisasi *e-Order* tablet untuk menetralkan asam lambung ini, seperti dapat dilihat pada data *e-Purchasing* di **Tabel 4.2**, hanya 2,2% RKO.

Penolakan pada tablet parasetamol 500mg dan antasida DOEN I masing-masing terdiri dari 350 dan 288 paket *order*. Jika setiap paket *order* merupakan *e-Order* dari satu faskes tertentu, berarti perusahaan farmasi pemenang lelang *e-Katalog* untuk tablet parasetamol 500mg saja telah menolak *e-Order* dari 350 faskes, sementara pemenang lelang *e-Katalog* untuk tablet antasida DOEN I menolak *e-Order* dari 288 faskes. Penolakan *e-Order* tersebut memberi peluang kepada sejumlah perusahaan farmasi non-pemenang *e-Katalog* untuk menawarkan produk mereka ke ratusan faskes tertolak yang kebutuhan obatnya tak dapat ditunda karena harus terus melakukan pelayanan kepada pasien sesuai kebutuhan medisnya. Tak sedikit perusahaan non-pemenang yang, dengan kesepakatan bisnis tertentu, bersedia memberi harga yang mendekati harga di *e-Katalog*, bahkan lebih rendah.

**Tabel 4.5. Top 25 Item Obat Ditolak menurut e-Order, 2017 dan 2018**

No.	Penolakan oleh Penyedia, 2017				Penolakan oleh Penyedia, 2018					
	Item obat	Volume*	% RKO	Paket obat	Kuantitas**	Item obat	Volume*	% RKO	Paket obat	Kuantitas**
1	Parasetamol 500	192.524.348	24,7	Amlodipin 5	1.341	Parasetamol 500	102.670.807	17,2	Parasetamol 500	350
2	Amoksisilin 500	107.005.201	17,7	Simvastatin 10	962	Amoksisilin 500	89.991.966	9,9	Amoksisilin 500	333
3	Asam mefenamat 500	95.654.404	27,5	Asam mefenamat 500	955	Asam mefenamat 500	42.911.565	4,1	Sefadroskil 500	299
4	Antasida DOEN I	72.711.601	20,5	Betahistin 6	901	Antasida DOEN I	40.871.437	11,1	Antasida DOEN I	288
5	Amlodipin 5	59.345.635	40,5	Amlodipin 10	873	Besi [II] fumarat + folat 60/0,4	25.641.567	5,7	Amoksisilin 250	276
6	Kalsium laktat 500	55.134.421	29,8	Parasetamol 500	859	CTM 4	20.343.199	3,7	Metronidazol 500	252
7	Kaptopril 25	35.766.200	27,9	Parasetamol sirup 120mg/5mL	765	Deksametason 0,5	16.913.032	4,7	Kaptopril 25	251
8	Vitamin B kompleks	30.896.402	8,2	Kalsium laktat 500	761	Vitamin B kompleks	14.334.196	3,0	Parasetamol 120	237
9	Amlodipin 10	30.131.247	24,5	Kaptopril 25	732	Vitamin C 50	14.224.251	5,2	Ibuprofen 400	232
10	Simvastatin 10	27.135.132	38,4	Amoksisilin sirup kering 125mg/5mL	709	Amlodipin 5	12.485.782	6,5	Amlodipin 10	225
11	Kotrimoksazol 480	27.022.481	10,1	Antasida DOEN I	667	Kotrimoksazol 480	12.326.692	9,3	Amoksisilin 125	221
12	Tiamin 50	21.308.802	10,3	Amoksisilin 500	656	Kalsium laktat 500	12.169.427	6,5	Amlodipin 5	210
13	Vitamin C 50	17.453.823	6,9	Domperidon 10	651	Amlodipin 10	11.210.673	7,0	Kalsium laktat 500	201
14	Pindoksilin 10	15.268.001	7,7	Ranitidin injeksi 25mg/mL	631	Ibuprofen 400	10.457.602	7,4	Kotrimoksazol 480	199
15	Levonogestrel-etinilestradiol 150/30	14.594.071	49,6	Sefadroskil 500	599	Triheksifenidil 2	10.343.304	8,5	Alopurinol 100	185
16	Besi [II] fumarat + folat 60/0,4	14.317.931	2,1	Kotrimoksazol 480	579	Kaptopril 25	10.265.564	7,6	Kotrimoksazol 5	172
17	Sefadroskil 500	14.236.501	39,8	Klindamisin 300	565	Sefadroskil 500	9.191.078	14,7	Omeprasol 20	171
18	Omeprasol 20	13.424.364	16,5	Nifedipin 10	543	Amoksisilin 250	8.912.603	11,8	Simvastatin 10	167
19	CTM 4	12.844.689	2,3	Deksametason injeksi 5mg/mL	523	Simvastatin 10	6.972.546	7,5	Betahistin 6	165
20	Siprofloksasin 500	11.639.401	10,6	Asetosal 80	493	Metformin 500	6.783.297	2,2	Diazepam enema 5	164
21	Deksametason 0,5	11.564.326	3,5	Omeprasol 20	489	Alopurinol 100	6.255.651	5,7	Vitamin B kompleks	163
22	Betahistin 6	11.412.444	66,9	Vitamin B kompleks	483	Pindoksilin 10	6.117.528	3,1	Parasetamol 100	160
23	Ranitidin 150	11.001.900	5,6	Klopidoqrel 75	479	Tiamin 50	5.879.772	3,2	Domperidon 10	156
24	Domperidon 10	10.114.071	17,9	Klorpromazin HCl 100	479	Omeprasol 20	5.656.241	4,9	Ringer laktat 500 mL	148
25	Asetosal 80	10.025.095	17,2	Antasida DOEN II	466	Amitriptilin 25	5.579.505	16,1	NaCl 500 mL [infus]	144

Keterangan: \* Volume dalam unit terkecil

\*\* Kuantitas dalam paket *order*

Sumber: LKPP (2019), diolah

Penolakan lain yang menarik terjadi pada tablet sefadroksil 500mg. Pada 2018, penolakan terhadap produk tablet antibiotik sefalosporin generasi pertama ini tercatat 14,7% RKO—sangat menurun dibandingkan dengan penolakan pada 2017 yang mencapai 39,8% RKO. Data ini menunjukkan bahwa secara makro, pada 2018 tingkat penolakan terhadap tablet sefadroksil 500mg mengalami perbaikan. Namun tidak demikian halnya jika dianalisis lebih mendalam dari perspektif tingkat *e-Purchasing* terhadap RKO. Pada 2017, penolakan terbilang wajar karena, dengan penolakan yang hampir 40% RKO yang terdiri atas 599 paket *order* itu, tingkat *e-Purchasing* tablet sefadroksil 500mg masih sangat tinggi, mencapai 102,4% RKO. Di sisi lain pada 2018, dengan penolakan yang tidak sampai 15% RKO dan terdiri atas 299 paket *order*, tingkat *e-Purchasing* tablet antibiotik spektrum luas tersebut masih cukup jauh di bawah RKO, yaitu hanya 72,8% RKO. Hal ini mengindikasikan bahwa, pada 2018, perusahaan farmasi pemenang *e-Katalog* untuk produk tablet sefadroksil 500mg tersebut, karena satu dan lain hal, tidak bersedia memenuhi RKO yang merupakan batas atas kuantitas yang dijanjikan dalam kontrak payung dengan LKPP.

Ratusan penolakan yang menjadi contoh di atas hanya terhadap tiga *item* obat. Secara keseluruhan, menurut data LKPP, pada 2018 terjadi penolakan terhadap 27.768 paket *order*—masih tinggi, walau telah jauh menurun dari 60.639 paket *order* pada tahun sebelumnya (**Tabel 4.6**). Dari banyak penolakan tersebut, alasan penolakan yang paling sering dikemukakan serupa—meski tak sama persis—dengan alasan pada tahun sebelumnya.

Pada 2018 itu, alasan yang paling banyak diberikan oleh kalangan industri farmasi adalah “pemesan melakukan revisi pesanan”, yang mencapai 9.035 paket *order* (32,5 persen), dan “ada duplikasi pemesanan”, sebanyak 4.890 paket *order* (17,6 persen). Jika kesalahan pesanan tersebut merupakan alasan yang sebenarnya, berarti hingga tahun kelima pemberlakuan *e-Katalog* masih banyak faskes yang perlu mendapat pelatihan melakukan pemesanan obat JKN melalui sistem *online* atau *e-Order* secara benar. Musabab lainnya, masih banyak faskes yang tidak memiliki cukup farmasis atau tidak memiliki cukup komitmen untuk mengelola *e-Purchasing* pengadaan obat JKN secara baik dan benar.





**Tabel 4.6. Alasan Penolakan e-Order oleh Pemenang e-Katalog 2017 dan 2018**

No.	Penolakan oleh Penyedia, 2017			Penolakan oleh Penyedia, 2018		
	Alasan penolakan	Frekuensi	Proporsi, %	Alasan penolakan	Frekuensi	Proporsi, %
1	Jumlah order tidak sesuai kelipatan kemasan	27.603	45,5	Pemesan melakukan revisi pesanan	9.035	32,5
2	Tidak tersedia	10.097	15,7	Ada duplikasi pemesanan	4.890	17,6
3	Item obat dipisahkan	6.801	11,2	Waktu pengiriman kurang	1.925	6,9
4	Waktu pengiriman kurang	4.932	8,1	Penyedia menolak pesanan	1.462	5,3
5	Pemesan menambah jumlah order	3.317	5,5	Tidak tersedia	1.122	4,0
6	Stok terbatas, penyedia membatasi kuantitas order	2.452	4,0	Pemesan menambah jumlah order	954	3,4
7	Masih ada obat yang belum dibayar	1.932	3,2	Tidak ada respons dari penyedia	825	3,0
8	Pemesan melakukan revisi pesanan	628	1,0	Order dibatalkan oleh pemesan	744	2,7
9	Tanggal kadaluwarsa kurang dari dua tahun	438	0,7	Ada masalah dengan distributor	669	2,4
10	Obat hanya untuk rumah sakit	326	0,5	Ada permasalahan anggaran	605	2,2
11	Alasan lain	2.113	3,5	Obat yang dipesan tidak dikirim	548	2,0
12	-	-	-	Jumlah order tidak sesuai kelipatan kemasan	496	1,8
13	-	-	-	Alasan lain	4.493	16,2
	<b>Total</b>	<b>60.639</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>27.768</b>	<b>100</b>

Sumber: LKPP (2019), diolah

Pada analisis lebih lanjut dapat dilihat bahwa alasan yang mengindikasikan ketidaksiapan perusahaan farmasi pemenang lelang *e-Katalog* dalam memenuhi *e-Order* juga terbilang tinggi. Termasuk dalam kelompok ini adalah alasan "waktu pengiriman kurang" (6,9 persen), "penyedia menolak pesanan" (5,3 persen), "tidak tersedia" (4 persen), "tidak ada respons dari penyedia" (3 persen), "ada masalah dengan distributor" (2,4 persen), dan "obat yang dipesan tidak dapat dikirim" (2 persen) yang jika digabung mencapai 23,6 persen. Proporsi penolakan karena masalah internal perusahaan pemenang *e-Katalog* yang tinggi ini secara tak langsung menunjukkan lemahnya komitmen pihak pemasok.

Jika analisis tersebut benar, berarti setidaknya komitmen dua pemangku kepentingan utama *e-Katalog*—faskes sebagai pengguna obat dan industri farmasi sebagai pemasok—dalam melakukan pengadaan obat JKN melalui pemesanan secara *online* patut diragukan. Lebih jauh lagi, keterlambatan yang persisten dalam pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan atas pelayanan yang telah diberikan oleh faskes mengindikasikan lemahnya komitmen pemangku kepentingan lainnya, dalam hal ini pemerintah. Sementara itu, kurang lancarnya pembayaran premi terutama oleh para peserta mandiri menandakan kurang kuatnya komitmen masyarakat dalam memenuhi kewajiban sebagai peserta asuransi kesehatan sosial dan, di sisi lain, rendahnya kinerja BPJS Kesehatan dalam menjalankan tugas sebagai penyelenggara tunggal program JKN.

Analisis mengenai komitmen para pemangku kepentingan dan kendala lain yang membelit berbagai titik kritis di sepanjang proses pengadaan obat JKN akan disampaikan

secara lebih komprehensif dalam kajian kualitatif pada bagian selanjutnya.

## 4.2. Kajian Kualitatif

Pada penelitian ini, kajian kualitatif dilakukan berdasarkan data *sekunder* yang diperoleh melalui penelusuran pustaka dan dokumen resmi, termasuk peraturan perundang-undangan, terutama untuk verifikasi-ulang hasil penelitian sebelumnya. Pemutakhiran dilakukan berdasarkan data primer yang terutama diperoleh dari wawancara informal dengan para praktisi di beberapa industri farmasi dan faskes, kolega farmasis senior di PP IAI, serta sejawat peneliti di FF UP.

Dari data *sekunder* diketahui bahwa pada 2017 dan 2018, ketika *e-Katalog* 2018 ditetapkan dan diberlakukan, aturan main pengadaan obat JKN dan kondisi lainnya secara umum masih sama dengan tahun-tahun sebelumnya—namun pemenang *e-Katalog* 2018 sekaligus menjadi pemenang *e-Katalog* 2019. Aturan main lama yang masih berlaku pada penetapan *e-Katalog* 2018 adalah sebagai berikut:

1. Proses penetapan *item* obat yang masuk *e-Katalog* masih diawali dengan penetapan *item* obat yang masuk Fornas, penyusunan RKO Nasional dan HPS oleh Kemenkes, dan penetapan pemenang yang masih melalui lelang nasional terbuka oleh LKPP. Untuk *item* obat dengan jumlah pemasok yang terbatas, tiga perusahaan farmasi atau kurang, penetapan pemenang dan/atau harga dilakukan melalui negosiasi antara perusahaan farmasi, LKPP, dan Kemenkes. Dengan demikian, kemungkinan terjadinya penetapan RKO yang lebih tinggi dari yang seharusnya dan HPS yang kelewat rendah masih cukup besar. Ragam *item* obat dalam *e-Katalog* 2018 yang lebih sedikit dibanding pada tahun sebelumnya, yaitu 988 *item* obat, atau berkurang 0,8 persen dari tahun sebelumnya (**Tabel 4.1**) mengindikasikan terjadinya peningkatan jumlah *item* obat dengan HPS yang kurang menarik bagi industri farmasi.
2. Pemenang lelang masih tunggal, hanya satu perusahaan farmasi untuk satu *item* obat di suatu provinsi, yang didasarkan pada kriteria tunggal, yakni penawaran harga terendah. Suatu perusahaan farmasi dapat memenangkan lelang lebih dari satu *item* obat di satu atau beberapa provinsi, tetapi pemenang lelang untuk suatu *item* obat di setiap provinsi hanya satu perusahaan farmasi.
3. Pengiriman obat dilakukan melalui distributor yang ditunjuk oleh perusahaan farmasi,



dengan satu *item* obat di suatu provinsi hanya didistribusikan oleh satu distributor. Namun suatu distributor boleh mendistribusikan lebih dari satu *item* obat di suatu provinsi, termasuk *item* obat JKN dari perusahaan farmasi lain, dan dapat pula mendistribusikan *item* obat tersebut di lebih dari satu provinsi.

Ketika *e-Katalog* 2018 ditetapkan dan digunakan sebagai dasar pengadaan obat JKN, kondisi dan peraturanan perundang-undangan tentang faskes pun masih sama atau tak jauh beda dari tahun sebelumnya, yaitu:

1. Untuk FKTP, dari 9.825 puskesmas per 31 Desember 2017 hanya sebagian kecil, tak sampai 5 persen, yang sudah berstatus BLUD. Dengan demikian, pada 2018 pengadaan obat JKN untuk puskesmas sebagian besar masih dilakukan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota. Puskesmas umumnya hanya melakukan pengadaan obat JKN yang masih kurang atau habis, yang biasanya dalam jumlah kecil, menggunakan dana kapitasi.
2. Terkait dengan faskes swasta yang bermitra dengan BPJS Kesehatan, pemberian akses untuk melakukan *e-Purchasing* sejak September 2016 masih berlaku pada 2018. Namun, klinik dan rumah sakit swasta, apalagi yang baru bergabung dengan sistem JKN, karena sejumlah alasan, terutama kendala keuangan akibat keterlambatan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan, umumnya melakukan pengadaan obat JKN secara "*just in time*" sesuai kebutuhan jangka pendek. Padahal, perlu dicatat, jumlah faskes swasta yang bermitra telah lebih banyak daripada faskes publik dan sebagian besar berlokasi di kawasan dengan infrastruktur yang relatif baik.

Dengan aturan main yang secara umum tidak mengalami perubahan berarti, mestinya masalah dalam pengadaan obat JKN di tingkat faskes secara kualitatif juga tetap sama. Kalaupun terjadi perubahan, mestinya perubahan tersebut ke arah yang lebih baik karena masa pembelajaran telah panjang. Dengan kata lain, penetapan HPS yang terlalu rendah sehingga menurunkan jumlah *item* obat yang masuk *e-Katalog* seharusnya tak perlu terjadi. Perubahan yang tidak sesuai dengan yang seharusnya terjadi ini merupakan paradoks. Akibat dari penurunan jumlah *item* obat di *e-Katalog* adalah, *item* obat yang tidak lagi masuk dalam *e-Katalog* sulit mendapatkan penggantian dari BPJS Kesehatan karena tidak adanya harga acuan yang disepakati. Adanya klaim yang tidak dibayar, bukan sekadar terlambat bayar, membuat faskes menderita kerugian sehingga kemampuannya semakin turun dalam menyediakan obat secara lengkap dan, karena itu, sulit memenuhi

kebutuhan medis pasien yang beragam.

#### 4.2.1. Rencana Kebutuhan Obat (RKO)

Penetapan RKO Nasional yang digunakan untuk penetapan *e-Katalog* 2018 masih sama dengan tahun-tahun sebelumnya. Menggunakan proses yang bersifat *bottom-up*, RKO Nasional ditetapkan oleh Kemenkes berdasarkan data RKO yang dikumpulkan dari faskes tingkat terendah, yaitu puskesmas dan klinik mitra, hingga rumah sakit vertikal dan rumah sakit khusus yang merupakan faskes tertinggi. Untuk puskesmas, yang lebih dari 95 persen belum berbentuk BLUD, pengadaan sebagian besar obat JKN juga masih dilakukan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota yang umumnya menggunakan dua sumber dana, yaitu DAK dan APBD, dengan komposisi DAK dan APBD yang berbeda-beda di tiap daerah. Dengan cara pengadaan dan pembiayaan obat JKN yang masih sama, pelaporan data RKO oleh puskesmas ke dinas kesehatan kabupaten/kota juga tak berubah.

Untuk penetapan RKO tahun yang akan datang, misalnya, puskesmas harus mengirim laporan RKO ke dinas kesehatan kabupaten/kota masing-masing pada April tahun berjalan. Data yang digunakan adalah rerata penggunaan obat bulanan pada tahun sebelumnya. Artinya, untuk 2018, RKO puskesmas berasal dari rerata penggunaan obat bulanan pada 2016 yang dilaporkan puskesmas tersebut pada April 2017. Data rerata penggunaan obat bulanan tersebut diambil dari data pada Lembar Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat (LPLPO). Oleh program *spreadsheet* dari dinas kesehatan kabupaten/kota, seluruh data rerata penggunaan obat bulanan yang dimasukkan berbagai puskesmas secara otomatis dikalikan dengan 18 bulan guna memperhitungkan peningkatan penggunaan dan stok penyangga. Dalam hal ini, tak ada perbedaan antara obat *fast-moving* dan *slow-moving*.

Sementara itu, mata anggaran di APBD untuk tahun mendatang baru disetujui oleh DPRD antara Agustus-Oktober, atau 4-6 bulan setelah pelaporan RKO. Karena anggaran APBD yang disetujui DPRD biasanya lebih kecil dari yang diusulkan, puskesmas yang belum berstatus BLUD cenderung memasukkan data yang lebih besar dari yang sesungguhnya guna mengantisipasi pemangkasan anggaran yang diusulkan ketika melaporkan RKO. Hal ini akan membuat RKO yang dilaporkan di tingkat provinsi maupun nasional, jika tidak dilakukan koreksi, menjadi lebih tinggi dari kebutuhan riil dan pada gilirannya berpotensi menyebabkan *e-Purchasing* lebih rendah dari RKO yang digunakan oleh industri farmasi



untuk memprakirakan permintaan dan tingkat produksi mereka.

Cara pengumpulan data RKO dari faskes yang tidak berubah membuat kesalahan yang secara inheren ada dalam proses penetapan RKO Nasional oleh Kemenkes sulit dihindari, bahkan dihilangkan. Tren kesenjangan antara RKO dan *e-Purchasing* fluktuatif. Banyak *e-Purchasing* rendah (<60% RKO) pada 2014 dan 2015 menjadi cenderung tinggi (>100% RKO) pada 2016. Namun kembali banyak *e-Purchasing* rendah pada 2017 dan sedikit membaik pada 2018. Hal ini mungkin karena hingga awal 2018, ketika RKO 2018 ditetapkan, sistem pengawasan dan evaluasi *online (e-Monev)* obat JKN yang dimiliki Kemenkes belum berjalan baik.

Tanpa data *e-Monev* yang akurat sulit dilakukan koreksi terhadap data RKO yang diperoleh secara *bottom-up* dengan metode yang mengandung kelemahan mendasar itu. Setidaknya, hingga 2018, untuk mengoreksi data yang tidak akurat itu paling hanya digunakan data *e-Purchasing* terdahulu. Jika pada tahun sebelumnya terjadi *under e-Purchasing* suatu obat sehingga banyak yang tak terserap ke sistem JKN, RKO untuk obat tersebut ditetapkan lebih rendah dari data RKO *bottom-up*. Sebaliknya, jika pada tahun sebelumnya terjadi *over e-Purchasing* suatu obat sehingga perusahaan farmasi terkait kesulitan memenuhi *order*, RKO untuk obat tersebut ditetapkan lebih tinggi dari data RKO *bottom-up*.

Cara *adjustment* atau koreksi yang dilakukan tersebut secara teoretis cukup logis. Namun jika "faktor koreksi" yang digunakan, baik untuk pemangkasan maupun penambahan, tidak didasarkan pada data yang akurat sehingga hanya berupa perkiraan, RKO yang dihasilkan melalui cara tersebut tentu sulit diharapkan untuk akurat. Kemungkinan logisnya, obat yang pada tahun sebelumnya tercatat *over e-Purchasing* menjadi *under e-Purchasing* karena dipangkas terlalu banyak. Sebaliknya, obat yang pada tahun sebelumnya mengalami *under e-Purchasing* jadi *over e-Purchasing* karena digelembungkan kelewat besar. Pada analisis data, hal ini ditunjukkan oleh fluktuasi proporsi *e-Purchasing* terhadap RKO yang terjadi selama tiga tahun pertama sejak pemberlakuan *e-Katalog—under e-Purchasing* pada 2015, diikuti *over e-Purchasing* (2016), dan kembali *under e-Purchasing* (2017). Kemungkinan penyebabnya, sekali lagi, karena selain data *e-Monev* yang tak dapat diandalkan, tidak tersedia data lain untuk melakukan *adjustment*.

Pola kebijakan "pangkas RKO jumlah obat yang pada tahun sebelumnya *over e-Purchasing* dan gelembungkan RKO jumlah obat yang *under e-Purchasing*" terlihat dengan jelas pada data "Top 50 Obat Menurut RKO" (**Tabel 4.1**). Sebagai contoh, obat tablet CTM 4mg. Pada 2015, dengan RKO 645,13 juta tablet, obat antihistamin ini mendapat *e-Purchasing* 22,6 persen dari RKO (*under e-Purchasing*). Pada tahun berikutnya, RKO tablet CTM 4mg itu dipangkas sekitar 60 persen menjadi 261,43 juta dan mendapat *e-Purchasing* sampai 177,5 persen dari RKO (*over e-Purchasing*). Pada 2017, RKO tablet CTM 4mg tersebut digelembungkan lagi hingga dua kali lipat lebih menjadi 560,49 juta dan, akibatnya, hanya memperoleh *e-Purchasing* sebesar 43,7% RKO (kembali *under e-Purchasing*). Pada periode 2015-2017 tersebut, banyak *item* obat lain dalam daftar "Top 50" menunjukkan pola perubahan RKO dan *e-Purchasing* serupa.

Untuk mencegah atau mengurangi tingkat *under e-Purchasing* memang tak mudah karena memerlukan upaya yang komprehensif. Formula yang digunakan di tingkat faskes, yaitu rerata penggunaan bulanan tahun sebelumnya dikalikan 18 bulan, agaknya perlu dimodifikasi karena belum tentu berlaku sama antara obat *slow moving* dan *fast moving*. Selama ini, upaya yang dilakukan Kemenkes untuk mencegah atau mengurangi tingkat *over e-Purchasing* baru dengan kebijakan bahwa hanya faskes yang menyerahkan RKO secara tepat waktu yang dibolehkan melakukan *e-Purchasing* obat JKN, sedangkan *e-Order* dari faskes yang tak menyerahkan RKO tidak dilayani.

Setelah semua kelemahan di atas diperbaiki, masih ada faktor lain yang membuat rancu. Salah satunya, kecenderungan berlebihan menggunakan data LPLPO tanpa mempertimbangkan asal-usul data dari setiap obat yang masuk. Sebagai gambaran, misalnya, pada 2016 sebuah puskesmas selama beberapa bulan kehabisan tablet ibuprofen 200mg dan dalam kurun waktu tersebut memberikan sirup ibuprofen dengan dosis setara kepada pasien sebagai pengganti. Pada 2016 itu, rerata penggunaan bulanan sirup ibuprofen tentu akan meningkat dan, sebaliknya, rerata penggunaan bulanan tablet ibuprofen 200mg hanya akan mencapai tingkat tertentu. Penggunaan data LPLPO 2016 yang kelewat "taat" pada 2017, ketika puskesmas tersebut menyusun RKO untuk *e-Katalog* 2018, akan membuat RKO untuk sirup ibuprofen menjadi lebih tinggi dari yang seharusnya dan RKO untuk tablet ibuprofen 200mg jadi lebih rendah dari yang semestinya.

Kasus di atas bukan sekadar ilustrasi, tetapi benar-benar *ditemukan* di beberapa



puskesmas dan rumah sakit, dan bukan hanya pada sediaan obat dengan ibuprofen sebagai bahan obat aktif. Secara teoretis, semakin banyak faskes yang pada 2016 tidak memperoleh tablet ibuprofen 200mg dengan kuantitas yang cukup, makin banyak pula pasien yang mendapatkan sirup ibuprofen sebagai pengganti. Dengan demikian, kian besar perbedaan antara RKO yang seharusnya dan RKO yang diajukan untuk 2018—dengan RKO tablet ibuprofen 200mg menjadi semakin *under-estimate* dan, sebaliknya, RKO sirup ibuprofen makin *over-estimate*. Kesalahan penggunaan data seperti ini dapat membuat perbedaan antara RKO dan *e-Purchasing* sulit dieliminasi, bahkan bila sistem *e-Monev* telah ditingkatkan.

Selanjutnya, RKO yang tidak akurat sulit diharapkan memberikan nilai yang wajar untuk digunakan sebagai salah satu dasar dalam penetapan HPS. Padahal, dalam perdagangan, harga selalu dipengaruhi oleh volume. Semakin tinggi volume suatu produk atau layanan, makin rendah harga per unitnya. Dalam kasus ibuprofen di atas, volume tablet ibuprofen 200mg yang *under-estimate* pada penetapan RKO 2018 dapat membuat HPS tablet ibuprofen 200mg tersebut lebih tinggi dari harga wajar. Sebaliknya, volume sirup ibuprofen yang *over-estimate* membuat HPS sirup ibuprofen tersebut lebih rendah dari harga wajar. Lebih jauh lagi, HPS yang tinggi dapat membuat harga dalam *e-Katalog* lebih tinggi dari harga wajar sehingga faskes harus menanggung biaya obat lebih tinggi. Sementara itu, HPS yang rendah berpotensi membuat ketersediaan obat terhambat karena pemasok tidak memiliki insentif yang cukup untuk menenuhi pesanan dari faskes. Bahkan jika HPS terlalu rendah, industri farmasi tidak memberikan penawaran pada lelang sehingga obat tersebut tidak masuk ke dalam *e-Katalog*.

#### **4.2.2. Dari HPS sampai Penetapan *e-Katalog***

Harga patokan obat JKN untuk lelang *e-Katalog*, yakni HPS, ditetapkan oleh Kemenkes. Penetapan HPS yang menggunakan teknik referensi internal-eksternal tersebut, jika tidak tersedia data harga patokan internasional atau *international reference price* (IRP), menggunakan teknik penetapan harga biaya-plus (*cost-plus pricing technique*). Data dan referensi lain yang digunakan Kemenkes dalam penetapan HPS adalah harga *e-Katalog* pada tahun sebelumnya, perkiraan tingkat inflasi, dan RKO.

Untuk faktor penentu yang disebut terakhir itu, RKO yang terlalu tinggi akan menekan HPS sehingga harga patokan lelang ini berpotensi menjadi terlalu rendah—tidak menarik



bagi industri farmasi. Tetapi, kenyataan bahwa dari tahun ke tahun kesenjangan antara jumlah obat yang memiliki RKO dan jumlah obat yang masuk dalam *e-Katalog* terus menyempit menunjukkan bahwa penetapan HPS oleh Kemenkes semakin menarik—tidak terlalu rendah. HPS yang berhasil menarik industri farmasi untuk memasukkan penawaran harga tersebut merupakan indikasi bahwa RKO yang ditetapkan secara umum tidak terlalu tinggi. Atau, walaupun RKO cukup tinggi, Kemenkes berhasil memanfaatkan data yang ada, menggunakannya dalam rumus perhitungan yang baik dalam penetapan HPS.

Kemungkinan lain, sebenarnya HPS untuk obat tertentu sudah terlalu rendah untuk memberikan laba yang wajar. Tetapi ada perusahaan farmasi yang mempertimbangkan keuntungan bisnis dalam bentuk lain. Perusahaan farmasi baru dan/atau yang kemampuan bersaingnya tidak terlalu tinggi sehingga kurang dikenal, misalnya, memiliki kecenderungan untuk memanfaatkan *e-Katalog* sebagai sarana pemasaran perusahaan. Dengan bersedia menerima laba sekadarnya, bahkan rela menanggung kerugian sampai batas tertentu, perusahaan farmasi yang ingin dikenal tersebut mungkin saja berkeras memenangi lelang dengan menawarkan harga yang bagi perusahaan lain yang telah mapan tidak masuk akal—di bawah biaya produksi—atau, istilahnya, melakukan *predatory pricing*.

Semua itu, ditambah syarat penetapan pemenang lelang yang sampai dengan *e-Katalog* 2018 masih menggunakan kriteria tunggal, yakni hanya harga termurah, membuat harga obat *e-Katalog* terus tertekan. Beberapa obat, terutama obat-obat “kuno” seperti tablet parasetamol 500mg, misalnya, bahkan sampai menyentuh tingkat harga yang tidak terbayangkan: Hanya Rp50 per tablet. Harga ini jauh lebih rendah daripada harga kerupuk (Rp1.000 per buah), produk makanan yang pembuatannya tidak wajib memenuhi persyaratan current *Good Manufacturing Practices* (cGMP) yang ketat dan tidak memerlukan tenaga farmasis yang mahal. Harga yang kelewat rendah tersebut akan membuat perusahaan farmasi yang memenangi *e-Katalog* membatasi kerugian dengan hanya memenuhi sebagian pesanan yang masuk sampai sejumlah tertentu.

Pada daftar “Top 25 Obat yang Ditolak” terlihat bahwa obat semacam tablet parasetamol 500mg, yang bahan obat aktifnya sudah tidak dilindungi paten sehingga pemasoknya banyak dan teknologi pengolahannya menjadi tablet terbilang rendah dan karenanya jumlah pesaingnya sebagai obat generik berlogo (OGB) juga banyak, ada di



peringkat atas, baik pada 2017 maupun 2018. Tidak satu pun di antara “Top 25 Obat yang Ditolak” tersebut mengandung molekul zat aktif yang baru saja habis masa patennya maupun obat injeksi atau bentuk sediaan jadi lain yang produksinya memerlukan teknologi relatif tinggi, kecuali sediaan infus sederhana yang merupakan komoditas lama, yaitu larutan ringer laktat 500ml dan larutan NaCl 500 ml.

Ditetapkan melalui sistem lelang dengan HPS yang umumnya relatif rendah sebagai harga acuan, harga obat *e-Katalog* umumnya lebih rendah, bahkan jauh lebih rendah, daripada harga regular obat sejenis. Sebab itu, faskes, termasuk klinik dan rumah sakit swasta yang bermitra dengan BPJS Kesehatan, cenderung memprioritaskan obat *e-Katalog* untuk obat buat pasien JKN. Sebagian pembelian obat *e-Katalog* tersebut mungkin saja dilakukan melalui *order* manual. Namun dengan diberikannya akses *e-Purchasing* kepada faskes swasta yang bermitra dengan BPJS Kesehatan—yang jumlahnya lebih banyak daripada faskes publik—sejak September 2016, seharusnya *e-Purchasing* terus meningkat dari tahun ke tahun, setidaknya dalam volume. Kenyataan bahwa *e-Purchasing* pada 2017 secara umum menurun menunjukkan bahwa akar masalah yang membelit sistem *e-Katalog* mungkin bukan hanya pada RKO yang terlalu tinggi. Pada 2018, volume *e-Purchasing* kembali meningkat, bahkan hingga melebihi volume *e-Purchasing* pada 2016. Artinya, secara umum tren *e-Purchasing* telah kembali ke jalur seperti pada tahun-tahun sebelumnya. Untuk mengetahui apakah tren tersebut telah berada pada jalur yang benar perlu dilakukan analisis yang lebih komprehensif terhadap pengadaan obat JKN oleh faskes.

### 4.2.3. Pengadaan Obat JKN oleh Faskes

Dalam berbagai pertemuan resmi dan dalam wawancara informal untuk kajian ini, faskes menyatakan bahwa *e-Purchasing* atau pembelian obat dengan pemesanan secara *online* melalui *e-Katalog* masih merupakan cara utama dalam pengadaan obat JKN sehingga paling banyak dilakukan. Ragam obat dalam *e-Katalog* juga kian lengkap, yang antara lain ditandai oleh semakin tingginya proporsi jumlah *item* obat yang masuk *e-Katalog* terhadap jumlah *item* obat yang terdaftar di Fornas maupun yang memiliki RKO. Dengan *e-Purchasing*, harga obat JKN lebih murah dan proses pemesanannya pun lebih sederhana sehingga pengadaan obat lebih efisien. Ditambah dengan akuntabilitas yang tinggi, antara lain, karena harga *e-Katalog* yang transparan, hal ini membuat faskes publik lebih mudah mempertanggungjawabkan laporan keuangan mereka yang secara berkala

diaudit oleh Badan Pemeriksa Keuangan (BPK). Artinya, jika sebuah faskes, terutama kalangan faskes publik yang pertanggungjawaban keuangannya ketat, tidak melakukan pengadaan obat JKN melalui sistem *e-Purchasing* apalagi sampai mengalihkan pengadaan ke obat-obat *non-e-Katalog*, cara pengadaan obat yang digunakan pasti didasarkan pada alasan yang kuat.

Untuk faskes semacam puskesmas di kawasan dengan jaringan internet yang lambat dan SDM kurang memadai seperti di kawasan timur Indonesia, melakukan *e-Order* memang tidak mudah. Namun hal itu masih dapat disiasati dengan berbagai cara, termasuk memasukkan *e-Order* pada malam hari ketika jaringan internet tidak terlalu sibuk sehingga koneksinya tak terlalu lambat. Dengan kondisi yang demikian, *e-Purchasing* setidaknya digunakan untuk pengadaan dalam volume dan nilai besar, yang biasanya sekali setahun (pengadaan tahunan) atau dua kali setahun (pengadaan semesteran) atau, jika kapasitas gudang obat milik faskes terbatas, tiga-empat kali per tahun (pengadaan kuartalan). Pengadaan selebihnya untuk menutup kekurangan inventori, baik karena pengadaan berkala utama (tahunan, semesteran, atau kuartalan) yang kurang tepat maupun untuk menyesuaikan inventori karena kebutuhan obat tertentu di lapangan ternyata melebihi perkiraan, dilakukan saat diperlukan dengan menggunakan dana kapitasi (untuk FKTP) atau pembayaran klaim dari BPJS Kesehatan (FKTRL). Untuk pembelian semacam ini yang biasanya dalam volume dan nilai tidak terlalu besar sering dilakukan melalui *order* secara manual.

Dengan bertambahnya jumlah faskes yang memiliki akses *e-Purchasing*, pada 2017 mestinya *e-Order* dan *e-Purchasing* meningkat dan, secara mikro, jumlah maupun proporsi *e-Purchasing* <30% RKO, termasuk *zero e-Purchasing*, terus mengalami penurunan. Apalagi, jumlah peserta JKN juga terus meningkat. Jika pada 2016 jumlah penduduk yang menerima jaminan kesehatan berjumlah 171,94 juta, pada 2017 jumlahnya menjadi 187,98 juta dan mencapai 208,05 juta pada 2018. Dengan demikian, kebutuhan obat JKN dipastikan terus meningkat. Kenyataannya, terjadi hal yang sebaliknya, setidaknya pada 2017.

Pada 2017 itu, nilai maupun volume *e-Purchasing* secara makro menurun, seiring peningkatan jumlah dan proporsi *zero e-Purchasing*. Selanjutnya, pada 2018, terjadi peningkatan kembali *e-Purchasing* dalam nilai dan volume. Di sisi lain, jumlah maupun proporsi *zero e-Purchasing* menurun. Namun penurunan *zero e-Purchasing*



hingga menyentuh tingkat terendah itu tampaknya belum menurunkan proporsi *e-Purchasing* yang rendah, seperti yang ditunjukkan oleh terus meningkatnya proporsi obat dengan *e-Purchasing* <30% RKO pada tiga tahun terakhir sejak 2016. Hal tersebut mengindikasikan:

- i. Tak seperti pada *e-Katalog* 2017 yang lambat tayang sehingga proporsi *zero e-Purchasing* tinggi, pada 2018 proses lelang yang masih dilakukan oleh LKPP berjalan lebih baik. Dengan obat JKN tayang tepat waktu, secara umum pada tahun itu terjadi peningkatan *e-Purchasing* dalam nilai dan volume yang lebih tinggi daripada 2016.
- ii. Penetapan *e-Katalog* 2018 yang berjalan baik juga menyebabkan lebih banyak obat memperoleh *e-Order* yang sebagian besar berujung pada *e-Purchasing*, seperti yang diindikasikan oleh menurunnya volume dan jumlah paket obat JKN yang mendapat penolakan dari industri farmasi. Hal ini membuat jumlah *item* obat yang mengalami *zero e-Purchasing* pada 2018 menurun drastis, sehingga proporsinya mencapai tingkat terendah.
- iii. Penurunan *zero e-Purchasing* pada 2018 ternyata tidak diikuti oleh penurunan proporsi *item* obat dengan *e-Purchasing* rendah. Peningkatan jumlah *item* obat dengan *e-Purchasing* <30% RKO mengindikasikan bahwa, karena satu dan lain hal, banyak faskes yang mengalihkan pengadaan obat JKN mereka ke obat non-*e-Katalog*. Pada 2018 itu, menurut informasi dari LKPP, pada tiga bulan pertama penayangan *e-Katalog* perusahaan farmasi pemenang lelang masih banyak yang belum dapat memenuhi *order* dari faskes. Pengalihan pengadaan ke obat non-*e-Katalog*, jika benar terjadi, akan ditandai dengan peningkatan volume pengadaan obat JKN secara keseluruhan melalui *e-Purchasing* dan *order* manual yang tidak sebanding dengan peningkatan jumlah faskes mitra ataupun peningkatan jumlah peserta JKN. Sayangnya, data untuk *order* manual tidak tercatat dalam sistem LKPP sehingga harus dikumpulkan melalui survei lapangan yang mahal, yang memerlukan penelitian tersendiri.

Terus meningkatnya proporsi obat dengan *e-Purchasing* <30% RKO mengindikasikan bahwa pengalihan dari *e-Order* menjadi *order* secara manual, bahkan pengalihan pengadaan obat JKN ke obat sejenis dari perusahaan non-pemenang lelang *e-Katalog*, cenderung meningkat. Dengan kata lain, bahkan untuk pengadaan obat JKN,

faskes cenderung meninggalkan *e-Katalog*.

Kecenderungan faskes menjauh dari *e-Katalog* seperti yang ditunjukkan oleh temuan dari kajian yang dilakukan pada 2016, berakar jauh ke belakang—bahkan dari awal penerapan sistem *e-Katalog* pada 2014. Pada tahun pertama penerapan *e-Katalog* itu, begitu ditetapkan sebagai pemenang lelang pada awal April, nama seluruh perusahaan farmasi yang menawarkan harga terendah langsung ditayangkan dalam *e-Katalog*, tanpa notifikasi dini. Karena sebelumnya tidak merasa pasti menang lelang, perusahaan farmasi tersebut umumnya tak memiliki cukup inventori guna memenuhi *e-Order* ataupun order manual dari faskes. Bahkan para pemenang lelang itu, menurut informasi dari LKPP, umumnya belum menyediakan cukup bahan baku untuk memenuhi RKO yang jauh lebih tinggi daripada penjualan tahunan mereka sebelumnya untuk *item* obat yang dimenangi tersebut. Karena lebih dari 90 persen bahan baku industri farmasi harus diimpor, diperlukan waktu lama—mencapai 2-5 bulan di Jawa dan Sumatera, bahkan 3-8 bulan di kawasan timur Indonesia—untuk menyediakan obat JKN yang dimenangi dalam kuantitas yang cukup.

Waktu tunggu pesanan (*lead time*) yang mencapai bulanan tersebut jelas terlalu panjang bagi faskes yang setiap hari harus menyediakan obat sesuai kebutuhan medis pasien. Maka, guna memenuhi kebutuhan yang tak dapat ditunda tersebut, faskes yang melayani peserta JKN harus mencari input pelayanan kesehatan yang tidak tergantung itu dari sumber lain—apa pun alasan terjadinya kekosongan obat *e-Katalog*. Untuk itu, FKTP dan FKRTL yang terdesak kebutuhan tersebut harus menghubungi satu atau lebih perusahaan farmasi lain. Peluang ini dimanfaatkan oleh perusahaan bukan pemenang *e-Katalog* untuk menawarkan obat sejenis dengan harga yang sama atau mendekati harga *e-Katalog*. Bahkan, menurut pengakuan pihak faskes, ada saja obat dan perbekalan kesehatan yang ditawarkan dengan harga bersaing, dan kadang harganya lebih rendah—biasanya *item* obat yang memiliki masa kedaluwarsa relatif pendek atau produk perusahaan farmasi tertentu yang harus melakukan upaya promosi lebih keras karena belum terlalu dikenal.

Selain itu, tidak jarang pula perusahaan farmasi ternama bersedia melepas beberapa produk obatnya dengan harga yang bersaing dengan obat *e-Katalog*, walau *item* obat tersebut tidak memiliki tenggat kedaluwarsa yang pendek. Untuk penawaran demikian, perusahaan farmasi ternama biasanya mensyaratkan pembelian secara



*bundling*—faskes harus juga membeli obat lain dalam jumlah minimal tertentu dengan harga normal. Pihak faskes, terutama swasta, sering menerima dengan baik penawaran tersebut karena memerlukan berbagai obat non-*e-Katalog* untuk pasien reguler, baik yang membayar secara mandiri maupun peserta asuransi swasta. Apalagi, pembelian *bundling* umumnya juga memberikan kemudahan lain, yakni pemenuhan order yang lebih pasti dan jauh lebih cepat, hanya 1-7 hari. Ikatan kontrak di antara mereka membuat pada tahun pertama penerapan *e-Katalog* banyak faskes tidak perlu melakukan *e-Order*, sehingga proporsi obat yang mengalami *zero e-Purchasing* pada 2014 mencapai 46,4 persen.

Masuknya perusahaan farmasi non-pemenang lelang melalui pintu belakang ke pasar obat *e-Katalog* dapat menimbulkan konsekuensi yang luas dan panjang terhadap *e-Katalog*. Pengalaman mendapat kemudahan dalam mengakses obat dari perusahaan farmasi non-pemenang dengan harga *e-Katalog* dapat membuat banyak faskes, terutama swasta yang hanya bertanggung jawab kepada pemegang saham, untuk mengulanginya sehingga meninggalkan *e-Katalog*—setidaknya untuk *item* obat tertentu yang ketersediaannya kurang. Jika hal ini berkelanjutan, *e-Katalog* akan kian ditinggalkan oleh faskes. Apalagi jumlah faskes swasta yang bermitra dengan BPJS Kesehatan lebih banyak daripada faskes publik.

Lebih jauh lagi, faskes yang merasa tak memiliki ketergantungan lagi dengan *e-Katalog* akan cenderung merasa tidak perlu lagi melaporkan RKO ke dinas kesehatan. Volume kebutuhan obat dalam RKO yang tercatat lebih kecil dari seharusnya akan menurunkan daya tarik obat tersebut bagi industri farmasi. Apalagi dengan harga *e-Katalog* dalam beberapa tahun ini yang terus tertekan, tidak mudah bagi Kemenkes untuk meningkatkan HPS secara cukup signifikan sehingga, walau RKO yang kecil, HPS yang ditawarkan rendah. Jika tak diwaspadai, tren penurunan pembelian obat *e-Katalog* dan RKO lambat atau cepat akan membuat *e-Katalog* benar-benar ditinggalkan oleh industri farmasi sebagai penyedia obat maupun faskes sebagai pengguna obat.

Pada tahun kedua penerapan *e-Katalog*, harapan terhadap *e-Katalog* sempat meningkat. Hasil kajian kualitatif menunjukkan bahwa, pada 2015, baik industri farmasi maupun faskes menerima dengan baik kehadiran sistem yang dinilai membuat pengadaan obat menjadi lebih sederhana dan transparan tersebut. Dengan adanya *e-Katalog*, faskes yang bermitra dengan BPJS Kesehatan tidak perlu mengadakan lelang sendiri-sendiri



untuk pengadaan obat. Sementara itu, bagi industri farmasi, *e-Katalog* membuka peluang pasar yang besar. Pada 2015 agaknya industri farmasi telah mengantisipasi apa yang harus dilakukan jika menang lelang sehingga waktu tunggu tidak lagi terlalu lama. Sebaliknya, faskes juga telah dapat menyasati waktu tunggu obat *e-Katalog* yang lama, 2-3 bulan hingga 5-8 bulan, tergantung provinsi lokasi faskes. Hal ini ditandai dengan menurunnya *zero e-Purchasing* sehingga proporsi *item* obat yang tidak mendapat *e-Order* pada 2015 tinggal 16,5 persen.

Namun pada tahun ketiga penerapannya, kembali terjadi masalah pada *e-Katalog* seperti diindikasikan oleh peningkatan tinggi proporsi *zero e-Purchasing* menjadi 31,9 persen. Pada 2016 itu terjadi masalah dalam proses lelang sehingga dilakukan lelang-ulang yang menyebabkan banyak obat baru tayang jauh setelah April. Dengan banyaknya obat yang terkena lelang-ulang—yang juga berarti banyak perusahaan farmasi yang batal masuk *e-Katalog*—pada tahun-tahun selanjutnya para pemenang lelang enggan menyediakan obat JKN yang mereka menangi sebelum ada pesanan riil dalam kuantitas yang memadai dari faskes. Dengan kata lain, sejak 2016 itu kepercayaan industri farmasi terhadap terhadap *e-Katalog* telah mulai terkikis.

Di sisi lain, keterlambatan tayang *e-Katalog* 2016 juga memperkuat persepsi faskes bahwa ketersediaan obat JKN melalui *e-Katalog* tidak terlalu dapat diandalkan. Sebab itu, semakin banyak FKTP dan FKRTL, terutama swasta, yang lebih terbuka terhadap penawaran dari perusahaan farmasi non-pemenang *e-Katalog* yang memberi pelayanan jauh lebih baik—memenuhi order hanya dalam bilangan hari—walau memasang harga lebih mahal. Lebih dari itu, pembayaran klaim yang sangat terlambat oleh BPJS Kesehatan membuat lebih banyak faskes, termasuk FKTP dan FKRTL publik yang karena aksesnya ke obat *e-Katalog* menjadi terkunci, mengalihkan pengadaan obat mereka ke perusahaan farmasi non-pemenang *e-Katalog*. Jadi, seperti pada industri farmasi, sejak 2016 itu kepercayaan faskes terhadap terhadap *e-Katalog* juga tergerus.

Perlu dicatat, industri farmasi umumnya “mengunci” atau secara otomatis menolak order faskes yang menunggak pembayaran obat selama lebih dari tiga bulan guna menghindari kerugian akibat gagal bayar. Padahal, menurut faskes, klaim sering kali baru dibayar oleh BPJS Kesehatan setelah lebih dari setahun. Keterlambatan pembayaran klaim tersebut sebenarnya telah terjadi setidaknya pada tahun kedua penerapan JKN, yaitu pada 2015. Keterlambatan pembayaran klaim kepada banyak faskes dan dalam



periode yang semakin lama mengindikasikan bahwa defisit keuangan BPJS Kesehatan bersifat sistemik, sehingga berdampak luas.

Pada data LKPP, alasan penolakan karena “ada obat yang belum dibayar” tersebut tidak banyak tercatat karena faskes penunggak umumnya tahu diri untuk tidak lagi melakukan *e-Order* ke perusahaan pemenang *e-Katalog*, setidaknya sampai mampu melunasi tagihan terdahulu. Tetapi, bagaimana pun, tertutupnya akses ke *e-Katalog* membuat faskes yang “terkunci” tadi harus mencari pemasok lain. Hal ini membuka lebih luas peluang perusahaan farmasi non-pemenang *e-Katalog* untuk merebut faskes yang bermitra dengan BPJS Kesehatan sebagai pelanggan mereka, termasuk dalam pengadaan obat JKN.

Hal lain yang dapat menjadi alasan pengalihan order ke obat non-*e-Katalog* adalah turunnya kepercayaan faskes terhadap obat *e-Katalog*. Penyebabnya, kekosongan obat *e-Katalog* yang kerap terjadi telah mendorong faskes untuk membandingkan efektivitas biaya berbagai *item* obat *e-Katalog* dengan padanannya. Hal ini membuka peluang, terutama bagi faskes swasta yang lebih bebas dalam pengadaan obat dan perbekalan kesehatan lainnya, untuk memilih obat-obat yang walau lebih mahal namun memberikan kesembuhan lebih cepat sehingga rerata rawat inap (*length of stay*, LoS) lebih pendek. Dengan demikian, rerata biaya total pelayanan kesehatan pasien menjadi lebih rendah. Biaya total yang lebih rendah untuk mendapatkan hasil terapi sebanding yang menjadi ukuran efektivitas biaya ini merupakan faktor pertimbangan penting di era JKN. Hal ini dapat dimengerti karena, menggunakan sistem pembayaran prospektif—kapitasi untuk FKTP dan Indonesia Case-Based Groups (Ina-CBGs) untuk FKRTL—pada pelayanan kesehatan untuk peserta JKN, obat dan perbekalan kesehatan lain merupakan *cost-center*, bukan lagi *profit-center* seperti pada era sebelumnya.

Dengan semakin banyaknya faskes JKN yang tidak lagi mengandalkan penyediaan obatnya pada *e-Katalog*, kewajiban melaporkan RKO makin dianggap sebagai beban yang tak perlu. Di tengah terbatasnya tenaga farmasis, hal ini membuat kian banyak FKTP dan FKRTL, terutama milik swasta yang tidak harus mempertanggungjawabkan keuangannya ke negara, memasukkan data RKO seadanya. Laporan RKO faskes yang sembarang itu pada gilirannya membuat RKO Nasional yang dikompilasi secara *bottom-up* semakin sulit diharapkan untuk akurat.

Penetapan RKO yang tidak akurat, sekali lagi, dapat membuat HPS yang ditetapkan jauh dari harga wajar. Jika RKO terlalu tinggi, HPS cenderung kelewat rendah. Hal ini tampaknya terjadi pada lelang harga untuk penetapan *e-Katalog* 2017 sehingga terjadi lebih banyak lelang-ulang yang menyebabkan lebih banyak obat JKN yang terlambat tayang dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya. Dalam keadaan seperti ini, fenomena telah terkikisnya kepercayaan, baik di faskes sebagai pengguna obat maupun industri farmasi sebagai pemasok, terlihat jelas.

Pada 2017, untuk kali pertama terjadi paradoks pada data *e-Katalog* yang diterima dari LKPP. Jika pada tiga tahun pertama sejak 2014 jumlah *item* obat yang masuk *e-Katalog* selalu lebih rendah dari jumlah *item* obat yang memiliki RKO, pada *e-Katalog* 2017 terjadi hal yang sebaliknya. Hal ini dikatakan paradoks karena *item* obat yang dilelang untuk *e-Katalog* oleh LKPP adalah *item* obat dalam Fornas yang memiliki RKO sehingga mestinya jumlah *item* obat *e-Katalog* tidak lebih tinggi dari jumlah *item* obat yang memiliki RKO. Jumlah *item* obat *e-Katalog* yang lebih rendah itu disebabkan oleh adanya *item* obat yang tidak mendapat penawaran dari perusahaan farmasi karena HPS yang tidak menarik, yang salah satu penyebabnya adalah RKO yang terlalu tinggi.

Banyaknya *item* obat yang tidak masuk *e-Katalog* bukan saja menyulitkan klaim oleh faskes, melainkan juga membuat ketersediaan obat JKN tersebut di faskes menjadi langka. Pada 2017, di atas kertas jumlah *item* obat yang masuk dalam *e-Katalog* tetap meningkat walau *item* obat yang memiliki RKO mengalami penurunan. Namun demikian, data lapangan menunjukkan bahwa ketersediaan obat di faskes mengalami penurunan. Pada 2017 itu, ragam obat yang sempat kosong di puskesmas Jakarta yang semuanya berstatus BLUD, misalnya, lebih banyak daripada tahun sebelumnya dan dalam durasi yang lebih panjang, terutama di puskesmas-puskesmas yang tidak melakukan pengadaan melalui lelang guna menutup kekurangan inventori obat yang tidak dapat mereka peroleh melalui *e-Purchasing* (Sutiyono, 2019).

Jika puskesmas BLUD di kawasan yang dekat sentra produksi dan memiliki infrastruktur, seperti transportasi dan internet, yang baik saja mengalami kesulitan melakukan *e-Purchasing*, dapat dipastikan faskes non-BLUD di kawasan yang lebih jauh dan infrastruktur lebih buruk, lebih banyak yang gagal melakukan pembelian obat JKN secara *online* melalui *e-Katalog*. Hal inilah yang agaknya menjadi penyebab terjadinya paradoks lain pada *e-Katalog* 2017: penurunan nilai dan volume *e-Purchasing*.



Penurunan *e-Purchasing* ini, terutama dalam volume, disebut paradoks karena pada 2017 itu kebutuhan obat JKN dan jumlah faskes yang dapat melakukan *e-Order* meningkat signifikan dibandingkan dengan tahun sebelumnya.

Walau tidak ada data pasti kuantitas pengadaan obat JKN karena tidak tersedianya data pengadaan melalui order secara manual, penurunan *e-Purchasing* pada *e-Katalog* 2017 sedikit-banyak mengindikasikan kian tipisnya kepercayaan di antara pemangku kepentingan kunci *e-Katalog*, yaitu pengguna dan pemasok obat JKN.





# 5

## PENGADAAN OBAT JKN DAN KEBIJAKAN TERKAIT



Dengan membandingkan data kuantitatif dan kualitatif yang diperoleh, kajian 2018 ini menemukan bahwa, pada lima tahun pertama penerapan JKN, kesenjangan antara daftar obat Fornas dan *e-Katalog* cenderung menyempit. Jika pada 2014 proporsi jumlah *item* obat Fornas yang masuk *e-Katalog* hanya 78,4 persen, pada 2015 meningkat jadi 84 persen, kemudian 95,7 persen (2016), 97 persen (2017), dan 95,1 persen (2018). Data yang disampaikan pada **Tabel 4.1** tersebut secara umum mengindikasikan keberhasilan Kemenkes dalam mengupayakan agar ragam obat dengan efektivitas-biaya tinggi dan sesuai dengan kondisi epidemiologis Indonesia dapat tersedia selengkap mungkin untuk program JKN. Secara khusus, data tersebut juga menunjukkan keberhasilan Kemenkes dalam menetapkan HPS yang menarik bagi industri farmasi untuk melakukan penawaran serta keberhasilan LKPP dalam mengelola lelang harga obat skala nasional dalam penetapan *e-Katalog*.

Dibandingkan dengan sebelumnya, tahun 2018 mencatatkan setidaknya dua keberhasilan signifikan. Pertama, keberhasilan dalam menurunkan proporsi *zero e-Purchasing*—rasio obat dengan *zero e-Purchasing* terhadap obat yang tercatat dalam *e-Katalog*—hingga menyentuh tingkat terendah, 6,3 persen. Kedua, pada 2018 secara makro *e-Purchasing* kembali tumbuh setelah pada 2017 mengalami penurunan. Pertumbuhan yang cukup tinggi itu membuat nilai dan volume *e-Purchasing* pada 2018 lebih tinggi daripada pada 2016 sehingga dapat dikatakan bahwa perkembangan pengadaan obat JKN telah kembali ke jalur yang benar.

Pada lima tahun pertama penerapan *e-Katalog*, proporsi *zero e-Purchasing* sangat fluktuatif. Pada 2014, tahun pertama penerapan *e-Katalog*, proporsi *zero e-Purchasing* mencapai 46,4 persen, lalu mengalami perbaikan yang sangat berarti, menjadi tinggal 16,5 persen, pada tahun berikutnya. Namun, pada 2016 proporsi *zero e-Purchasing* meningkat hingga mencapai 31,9 persen untuk kembali membaik jadi 23,5 persen pada 2017 dan, untuk kali pertama, menjadi hanya satu digit, yaitu 6,3 persen, pada 2018.

Tren *zero e-Purchasing* yang cenderung menurun tersebut memperkuat tren peningkatan nilai dan volume *e-Purchasing*, yang mengindikasikan bahwa secara umum pertumbuhan pengadaan obat JKN secara *e-Order* melalui *e-Katalog* telah berada pada jalur yang benar. Namun, analisis yang lebih mendalam mengenai rasio *e-Purchasing* terhadap RKO menunjukkan hal yang sebaliknya. Proporsi *e-Purchasing* yang sangat rendah (<30% RKO) terus meningkat. Pada 2018, ketika proporsi *zero e-Purchasing*



mencapai tingkat terendah, proporsi obat dengan *e-Purchasing* <30% RKO justru mencapai tingkat tertinggi, yakni 45 persen, meningkat dari 30 persen (2016) dan 42 persen (2017) (**Gambar 4.1.**)

Mengingat bahwa *e-Purchasing* rendah (<60% RKO) dapat menyebabkan kerugian karena inventori yang tersisa memaksa perusahaan farmasi pemenang *e-Katalog* menjual dengan harga yang lebih rendah agar produk tidak terbuang akibat kedaluwarsa, kepercayaan industri farmasi terhadap RKO menjadi tergerus. Apalagi, seperti yang terlihat pada **Tabel 4.2**, rasio *e-Purchasing* terhadap RKO sangat fluktuatif. Pada 2014, tahun pertama penerapan *e-Katalog*, hampir seluruh obat pada "Top 50 Obat Menurut RKO" mengalami *e-Purchasing* rendah atau sangat rendah. Rasio *e-Purchasing* terhadap RKO tersebut membaik pada 2015, walau sebagian besar masih under *e-Purchasing*. Hal ini terjadi karena Kemenkes menurunkan RKO Nasional. Penurunan lebih lanjut RKO Nasional pada 2016 membuat 23 *item* obat (46 persen) di antara "Top 50" mendapat *e-Purchasing* sangat tinggi, >100% RKO. Kemudian pada 2017, dengan peningkatan kembali RKO Nasional oleh Kemenkes terjadi pembalikan. Dalam daftar "Top 50", hanya dua *item* obat (4 persen) yang mengalami *over e-Purchasing* dan, di sisi lain, proporsi obat dengan *e-Purchasing* sangat rendah atau <30% RKO melonjak. Selanjutnya pada 2018, perubahan RKO Nasional oleh Kemenkes kembali menyebabkan peningkatan proporsi *item* obat dengan *e-Purchasing* >100% RKO. Namun proporsi *item* obat dengan *e-Purchasing* <30% RKO juga meningkat.

Analisis yang lebih rinci menunjukkan pula bahwa pada 2018, proporsi *item* obat dengan RKO kurang dari 60 persen di antara "Top 50" masih cukup tinggi, yakni 46 persen. Dengan demikian, walau telah mengalami perbaikan dibandingkan dengan 2017 yang mencapai 70 persen, proporsi *e-Purchasing* yang di bawah tingkat menguntungkan bagi industri farmasi tersebut masih lebih tinggi daripada 2016 yang hanya 26 persen. Pada dua tahun pertama penerapan *e-Katalog*, proporsi *item* obat dengan RKO <60% di antara "Top 50" mencapai 96 persen (2014) dan 88 persen (2015).

Rasio *e-Purchasing* terhadap RKO yang sangat fluktuatif tersebut—dari keadaan sangat under *e-Purchasing* pada 2014 dan 2015 menjadi sangat *over e-Purchasing* pada 2016, lalu kembali under *e-Purchasing* pada 2017 dan 2018—mengindikasikan bahwa sampai tahun kelima pemberlakuan *e-Katalog*, Kemenkes belum memiliki metode baku yang tepat dalam penetapan RKO. Artinya, dengan *e-Monev* yang telah dikembangkan



sejak 2015, Kemenkes masih belum mampu memperkirakan secara cukup akurat kebutuhan riil faskes terhadap obat JKN. Ketidakakuratan RKO yang terjadi dari tahun ke tahun tersebut dapat mengurangi kepercayaan para pelaku pasar, baik di faskes sebagai pengguna maupun industri farmasi sebagai penyedia obat dan perbekalan kesehatan lainnya.

Angka *e-Purchasing* <60% RKO dikatakan rendah karena untuk meraih laba yang wajar, menurut industri farmasi, sebuah perusahaan farmasi harus mendapat order pasti setidaknya 60 persen dari volume obat JKN yang diproduksi—setara 60% RKO obat *e-Katalog* tersebut. Namun *e-Purchasing* yang terlalu tinggi, >100% RKO, juga tidak dikehendaki, karena selain 90 persen bahan baku industri farmasi masih harus diimpor, produksi yang melebihi tingkat optimal, sesuai hukum hasil-lebih yang semakin menurun (*law of diminishing returns*), dapat menyebabkan margin laba lebih rendah. Untuk obat JKN yang menjanjikan margin sangat tipis, walaupun tidak mengharuskan sebuah perusahaan farmasi melakukan alih-daya (*toll-out manufacturing*), permintaan yang terlalu tinggi dapat menekan proporsi penjualan produk lain yang bermargin tinggi, menggerus laba perusahaan farmasi tersebut secara keseluruhan.

Di antara "Top 25", kesenjangan antara *e-Purchasing* dan RKO juga cenderung melebar. Di antara "Top 25 Obat untuk Penyakit Kronis Menurut RKO", walau proporsi *e-Purchasing* <60% RKO pada 2018 telah menurun jadi 72 persen dari tahun sebelumnya yang mencapai 92 persen, tetapi masih jauh lebih tinggi daripada 2016 yang hanya 36 persen (**Tabel 4.3.**). Demikian pula di antara "Top 25 Obat Antikanker Menurut RKO", walau pada 2018 proporsi obat dengan *e-Purchasing* <60% RKO mengalami penurunan dari 78 persen (2016) dan 76 persen (2017), tingkat *e-Purchasing* yang tidak menguntungkan tersebut masih terbilang tinggi, mencapai 60 persen (**Tabel 4.4.**).

Kesenjangan antara *item* obat *e-Purchasing* dan RKO yang melebar atau setidaknya tetap tinggi tersebut, baik pada "Top 50" maupun pada "Top 25", merupakan indikasi bahwa mekanisme penetapan RKO Nasional perlu terus diperbaiki. Secara teoretis, RKO yang akurat hanya akan dapat tercapai bila tersedia data yang akurat dan rumus perhitungan yang benar. Untuk itu, *e-Monev* yang dikelola Kemenkes harus dibenahi.

Pada 2018, seperti terlihat pada **Tabel 4.1**, *e-Purchasing* secara umum mengalami peningkatan sehingga, baik nilai maupun volume, telah lebih tinggi daripada *e-Purchasing*

2016, sebelum terjadi penurunan untuk pertama kali. Namun demikian, nilai pembelian obat JKN oleh faskes secara *online* yang tercatat Rp9,15 triliun itu baru sekitar 11 persen pasar farmasi nasional pada 2018 yang mencapai Rp83 triliun. Hal ini secara tak langsung menunjukkan masih tingginya *under e-Purchasing* pada 2018 itu. Artinya, sampai tahun kelima penerapannya, pemanfaatan *e-Katalog* oleh faskes yang bermitra dengan BPJS Kesehatan masih jauh dari optimal.

Pada kajian ini, penelitian kualitatif yang dilakukan dimaksudkan untuk mengetahui mengapa sistem pengadaan obat JKN yang diakui oleh semua pemangku kepentingan punya banyak kelebihan—mudah, efisien, dan transparan—tak berkembang seperti yang diharapkan, sehingga kekosongan obat di tingkat faskes masih terus terjadi. Tidak dilakukannya penelitian yang komprehensif seperti pada 2016 karena praktis tak ada perubahan kebijakan yang berarti dalam pengadaan obat JKN pada 2017 dan 2018.

### 5.1. Kebijakan terkait Rencana Kebutuhan Obat

Rencana Kebutuhan Obat (RKO) merupakan satu dari dua data pokok untuk menetapkan *e-Katalog*. Seperti pada tahun-tahun sebelumnya, RKO Nasional ditetapkan oleh Kemenkes berdasarkan data penggunaan obat JKN yang diambil secara *bottom-up*—mulai dari faskes tingkat paling bawah—seperti yang telah diuraikan secara lengkap pada *Laporan Kajian 2016* dan secara ringkas di bagian sebelumnya dari Laporan ini. Cara pengumpulan data yang tak berubah membuat kesalahan yang secara inheren terdapat dalam proses penetapan RKO tidak dapat dihindari, apalagi dieliminasi. Terjadinya kesenjangan antara RKO dan *e-Purchasing* yang fluktuatif—banyak *e-Purchasing* rendah (<60% RKO) pada *e-Katalog* 2014 dan 2015, lalu cenderung tinggi (>100% RKO) pada 2016, dan kembali rendah pada 2017 dan 2018—mungkin karena hingga 2017, ketika RKO untuk pengadaan obat JKN 2018 ditetapkan, sistem *e-Monev* yang dimiliki Kemenkes belum berjalan baik.

Tanpa data *e-Monev* yang akurat, sulit bagi Kemenkes untuk melakukan koreksi terhadap data RKO yang diperoleh secara *bottom-up* dengan metode yang secara inheren mengandung kelemahan mendasar. Apalagi tidak ada pula insentif bagi RKO yang akurat dan tidak ada disinsentif jika RKO yang ditetapkan ternyata jauh dari volume kebutuhan riil. Atau, walaupun ada sanksi “order obat *e-Katalog* tidak akan dilayani bagi faskes yang tak mengirim RKO”, ancaman tersebut sudah tidak memberikan efek jera lagi.



Ketidakmampuan pemenang *e-Katalog* memenuhi pesanan segera setelah nama mereka ditayangkan, ditambah keterlambatan kronis pembayaran klaim sehingga akses ke obat *e-Katalog* terkunci, membuat banyak faskes, terutama faskes swasta, tidak lagi terlalu berharap pada obat *e-Katalog*. Mereka telah mengalihkan pengadaan obat, termasuk yang untuk peserta JKN, ke perusahaan non-pemenang *e-Katalog* yang memberikan pelayanan lebih cepat. Faskes tersebut menyampaikan RKO sekadar memenuhi permintaan dinas kesehatan setempat sehingga cenderung seadanya.

Selain itu, banyak pula faskes yang tidak memiliki farmasis dengan tugas khusus melakukan pengadaan obat JKN, termasuk menyusun RKO. Dari faskes semacam ini, termasuk FKTP dan FKRTL publik, sulit diharapkan data RKO yang cukup akurat. Seperti ditunjukkan oleh hasil penelitian Sutiyono (2019) di DKI Jakarta, tidak adanya farmasis yang khusus menangani pengadaan obat JKN bahkan membuat puskesmas yang telah berstatus BLUD dan berlokasi di kawasan dengan infrastruktur yang baik dan dekat dengan lokasi sebagian besar pabrik farmasi pemenang *e-Katalog* tidak dapat memenuhi kebutuhan obat JKN melalui *e-Purchasing*. Selain itu, puskesmas tanpa farmasis khusus pengadaan obat tersebut cenderung tidak melakukan pembelian melalui lelang guna menutupi kekurangan pengadaan melalui *e-Katalog* sehingga lebih mungkin mengalami kekosongan obat dibanding puskesmas yang memiliki farmasis penanggung jawab pengadaan obat.

Pada 2018, salah satu kategori obat yang kosong dalam durasi cukup lama, 2-6 bulan, di 7 dari 23 puskesmas yang diteliti adalah berbagai tablet antihipertensi, yaitu amlodipine 10mg, kaptopril 12,5mg, furosemide 40mg, dan hidroklorotiazida 25mg. Akibatnya, masih menurut hasil penelitian Sutiyono (2019), rerata tingkat rujukan pasien hipertensi dari 7 puskesmas yang mengalami kekosongan obat tersebut mencapai 12 persen—jauh lebih tinggi daripada rerata tingkat rujukan pada 13 puskesmas lainnya yang memiliki ketersediaan obat. Selanjutnya, jika berpegang pada LPLPO 2018, puskesmas yang mengalami kekosongan obat tersebut kemungkinan akan memasukkan RKO yang tidak mencerminkan kebutuhan sebenarnya. Kemungkinan memasukkan RKO yang tidak akurat ini cukup besar mengingat puskesmas memang harus menggunakan LPLPO sebagai dasar pembuatan RKO dan 7 puskesmas tersebut tidak memiliki farmasis khusus yang bertugas memastikan bahwa RKO yang dibuat sungguh akurat.

Selama ini, pihak yang menanggung akibat ketidakakuratan RKO hanya industri



farmasi. Jika *e-Purchasing* lebih rendah dari RKO dan obat *e-Katalog* yang telah disediakan tak terserap pasar, perusahaan farmasi pemenang *e-Katalog* itu sendiri yang harus menanggung kerugian finansial. Sebaliknya, kalau terjadi *over e-Order* sehingga tidak semua permintaan dapat dipenuhi, perusahaan farmasi pemenang *e-Katalog* itu pula yang menanggung akibatnya.

Setelah *e-Katalog* diterapkan beberapa tahun, tetap saja RKO tidak akurat sehingga membuat kepercayaan perusahaan farmasi tergerus. Apalagi, setelah penerapan pada tahun pertama yang kurang persiapan sehingga hampir 50 persen obat yang ditawarkan dalam *e-Katalog* 2014 sama sekali tidak mendapat *e-Purchasing*, penetapan *e-Katalog* 2015 dilakukan lelang-ulang untuk sejumlah obat dengan membatalkan pemenang lelang sebelumnya. Hal ini membuat kepercayaan industri farmasi kian tergerus, yang ditunjukkan oleh para pemenang lelang *e-Katalog* dengan keengganan menyediakan inventori sebelum mendapat order riil dari faskes walau mereka telah menandatangani kontrak payung dengan LKPP.

Tergerusnya kepercayaan dan tidak adanya sanksi tegas terhadap perusahaan farmasi yang tak memenuhi *e-Order* sesuai kontrak mendorong perusahaan farmasi yang kurang bertanggung jawab kian berani menolak order dari faskes. Selama ini, perusahaan farmasi dengan reputasi meragukan itu leluasa masuk *e-Katalog* karena, sekali lagi, kriteria untuk ikut dan memenangi lelang hanyalah nomor izin edar (NIE) dan penawaran harga terendah. Rekam jejak, kapasitas produksi, bahkan kualitas produk, tidak menjadi prasyarat. Sampai saat ini, seluruh obat yang memiliki NIE dari BPOM dianggap telah memenuhi persyaratan kualitas. Padahal pada pengawasan pasca-pemasaran, pemeriksaan hanya dilakukan terhadap kualitas produk akhir terkait kadar API dan beberapa persyaratan fisiko-kimia sesuai bentuk sediaan.

Pada sediaan berbentuk tablet, misalnya, yang diperiksa hanyalah rerata bobot, kekerasan dan kerapuhan tablet, serta disolusi—tidak dilakukan asesmen terhadap kemanjuran (*efficacy*) dan keamanan (*safety*) API yang terkandung dalam tablet tersebut, seperti aktivitas farmakologis dan toksisitas cemaran yang berbahaya bagi kesehatan. Sumber daya (manusia, dana, dan peralatan) yang kurang memadai membuat pengawasan pasca-pemasaran yang longgar tersebut sulit diharapkan menjamin kualitas obat *e-Katalog* yang sebagian besar harganya jauh di bawah harga reguler.



Harga obat *e-Katalog* yang murah dan cenderung turun dapat dipastikan akan mendorong industri farmasi untuk terus meningkatkan efisiensi. Sebagai upaya efisiensi, penghematan diutamakan pada input produksi dengan proporsi biaya paling tinggi, yang dalam produk obat adalah API. Karena biaya termahal dari pembuatan suatu produk kimia, termasuk API, adalah proses pemurnian, API yang terlalu murah cenderung memiliki residu (*impurities*) lebih tinggi. Hal ini tidak saja berpengaruh negatif pada aktivitas farmakologis (*efficacy*) melainkan juga toksisitas dan efek samping lain (*safety*) bahan obat aktif tersebut. Penarikan tiga "sartan"—berbagai sediaan obat antihipertensi yang mengandung valsartan, irbesartan, dan/atau losartan dengan API dari Zhejiang Huahai Pharmaceuticals—oleh BPOM menunjukkan bahwa kekhawatiran terhadap keamanan dan kemanjuran obat yang terlalu "murah" bukan tanpa dasar. Ketiga "sartan" buatan pabrik bahan baku obat di Linhai, China, itu telah dibuktikan oleh Badan Pengawas Obat dan Makanan Amerika Serikat (FDA) mengandung cemaran yang bersifat karsinogenik, dapat memicu kanker.

Komponen lain dari sediaan obat yang memiliki proporsi biaya tinggi adalah kemasan. Penggunaan kemasan primer yang substandar dikhawatirkan tidak dapat melindungi sediaan obat jadi dari pengaruh lingkungan—panas, kelembaban, sinar matahari, benturan—yang dapat menyebabkan kerusakan pada distribusi dan/atau penyimpanan. Hasil penelitian lapangan pada 2016 menunjukkan bahwa sejumlah faskes, terutama di kawasan timur Indonesia, mendapat obat JKN yang telah rusak secara fisik, termasuk tablet yang sebagian hancur dan emulsi yang pecah. Penarikan tablet ranitidin oleh BPOM juga menunjukkan bahwa kekhawatiran terhadap *safety* dan *efficacy* obat akibat degradasi API selama dalam peredaran bukanlah hal yang tidak berdasar. Pada kasus tablet ranitidin, cemaran karsinogenik yang *ditemukan* oleh FDA bukan berasal dari residu bahan baku obat, melainkan kerusakan API setelah obat beredar di pasar—suatu hal yang dapat dicegah. Guna mencegah degradasi tersebut, setidaknya dua hal yang harus dilakukan, yakni menggunakan kemasan primer yang sesuai standar dan memilih distributor yang menerapkan sistem distribusi yang memenuhi *good distribution practices* (GDP). Kedua upaya ini memerlukan biaya, sehingga sulit dipenuhi jika harga obat terlalu rendah.

Pada sistem *e-Katalog*, pembentukan harga suatu obat dimulai dari penetapan HPS oleh Kemenkes, yang prosesnya sangat dipengaruhi oleh besaran RKO Nasional. Jika RKO terlalu tinggi, HPS akan cenderung lebih rendah dari tingkat harga yang wajar.

Sebaliknya, jika RKO terlalu rendah, HPS akan cenderung lebih tinggi. Artinya, guna mendapatkan HPS yang wajar sehingga diperoleh harga *e-Katalog* yang juga wajar, RKO harus cukup akurat. Agar dapat menetapkan RKO dengan cukup akurat, perlu dipastikan tiga hal krusial berikut:

- i. Kemenkes harus memiliki data yang cukup akurat sebagai dasar dalam penetapan RKO Nasional. Karena data yang akurat hanya dapat diperoleh melalui sistem pengawasan dan evaluasi yang baik, sistem *e-Monev* Kemenkes harus disempurnakan sehingga data yang terkumpul adalah data riil yang sesuai kebutuhan obat JKN di tingkat faskes.
- ii. Kemenkes harus memiliki sistem, metode, dan/atau pemodelan yang baik dalam memperkirakan kebutuhan obat berdasarkan data yang dimiliki, yakni data RKO dari laporan resmi faskes dan dinas kesehatan yang dikumpulkan secara *bottom-up*, data *e-Monev*, data restrospektif *e-Purchasing* dari sistem *e-Katalog* yang sampai 2018 masih dikelola LKPP, data epidemiologis berbagai kawasan, dan data lain yang relevan. Tanpa sistem prakiraan yang andal, sulit diharapkan penetapan RKO Nasional yang akurat.
- iii. Kemenkes harus dapat memberi kepastian bahwa sejumlah volume tertentu dari RKO tersebut, setidaknya 60 persen dari RKO, terserap oleh sistem JKN melalui *e-Purchasing*. Tanpa kepastian yang jelas, kepercayaan industri farmasi terhadap RKO yang sudah lemah akan kian berkurang. Pada 2018 masih banyak perusahaan farmasi yang mulai menyiapkan produksi obat JKN setelah ada order yang masuk sehingga waktu tunggu menjadi panjang. Waktu tunggu yang panjang ini akan mendorong faskes memesan obat yang dibutuhkan segera ke perusahaan non pemenang *e-Katalog*, sehingga *e-Purchasing* menurun dan pada gilirannya akan semakin mengurangi kepercayaan industri farmasi. Jika hal ini tidak segera diatasi, bukan tak mungkin kepercayaan penyedia dan pengguna obat JKN ambruk, sehingga lambat atau cepat *e-Katalog* akan ditinggalkan. Data menunjukkan bahwa dalam tiga tahun terakhir sejak 2016, proporsi *e-Purchasing* sangat rendah (<30% RKO) terus meningkat hingga mencapai 45 persen pada 2018.

Dalam menjamin kepastian bahwa *item* obat yang disediakan oleh para pemenang lelang *e-Katalog* akan diserap oleh sistem JKN, Kemenkes memang tidak memiliki pengaruh yang cukup besar, kecuali terhadap rumah sakit vertikal (RSUP) yang



dapat secara langsung diwajibkan memenuhi setidaknya sebagian, misalnya 60 persen, dari RKO yang dilaporkan. Di luar RSUP, dinas kesehatan kabupaten/kota yang berperan besar dalam pengumpulan data RKO secara *bottom-up* sekaligus melakukan pengadaan obat JKN untuk puskesmas yang berstatus non-BLUD di wilayah masing-masing, secara struktural berada di bawah pemerintah kabupaten/kota. Namun, melalui koordinasi dengan Kementerian Dalam Negeri, agaknya Kemenkes akan dapat mewajibkan dinas kesehatan kabupaten/kota—dan RSUD kabupaten/kota serta RSUD provinsi—untuk melakukan pengadaan sesuai RKO yang mereka kirim.

Di sisi lain, kebijakan yang memberi kepastian order tersebut perlu dibarengi dengan sanksi yang tegas terhadap perusahaan farmasi pemenang *e-Katalog* yang menolak order atau, walaupun memenuhi pesanan, waktu tungguya melebihi batas waktu yang wajar. Dengan kebijakan terpadu semacam ini diharapkan kepercayaan penyedia maupun pengguna obat JKN terhadap *e-Katalog* dapat dikembalikan, bahkan ditingkatkan sehingga semakin kuat.

## 5.2. Kebijakan Seputar HPS dan Penetapan Harga *e-Katalog*

Harga Perkiraan Sendiri (HPS), menurut pengakuan Kemenkes, ditetapkan dengan menggunakan metode yang menjadi praktik terbaik secara internasional, yaitu teknik acuan internal-eksternal (*internal-external reference technique*). Untuk obat yang tidak tersedia data harga acuan internasionalnya, digunakan teknik harga biaya-plus (*cost-plus pricing technique*). Pada penetapan HPS, Kemenkes mempertimbangkan pula inflasi, selain RKO.

Dengan teknik penetapan HPS yang secara teoretis sesuai praktik terbaik tersebut, setidaknya Kemenkes berhasil menetapkan harga patokan lelang yang cukup menarik bagi industri farmasi di Indonesia. Sejak penerapan *e-Katalog*, jumlah *item* obat yang terdaftar di *e-Katalog* cenderung meningkat, dari 724 *item* obat (2014) menjadi 988 *item* obat (2017), kemudian sedikit menurun menjadi 980 *item* obat (2018). Selain itu, kesenjangan terhadap *item* obat yang terdaftar di Fornas cenderung menyempit, yaitu dari 78,4 persen (2014) menjadi 97,1 persen (2017) dan 95,1 persen (2018). Padahal, pada periode 2014-2018 tersebut jumlah *item* obat Fornas terus bertambah, dari 923 menjadi 1.031 *item* obat.



Secara umum, harga obat *e-Katalog* terus mengalami penurunan, walau ada sebagian kecil obat yang harganya meningkat. Pada 2017, dari 340 *item* obat JKN yang memiliki *international reference price* (IRP), 268 *item* obat (78,8 persen) mengalami penurunan harga. Selebihnya, 72 *item* obat (21,2 persen), mengalami peningkatan harga. Dari 268 *item* obat yang mengalami penurunan harga tersebut, sebagian besar adalah *item* obat yang harganya telah relatif murah, yaitu 68 *item* obat (25,4 persen) harganya kurang dari atau setara median IRP, dan 126 *item* obat (47,0 persen) harganya sampai dua kali lipat median IRP, pada 2013 (sebelum penerapan *e-Katalog*). Di sisi lain, dari 72 *item* obat yang mengalami peningkatan harga, ada yang harganya sudah relatif mahal, yaitu 6 *item* obat (8,3 persen) harganya lebih dari dua kali lipat median IRP, 4 *item* obat (5,6 persen) harganya lebih dari tiga kali lipat median IRP, dan bahkan ada 1 *item* obat yang harganya telah mencapai lebih besar atau setara lima kali lipat median IRP, pada 2013 (Anggriani *et al.*, 2019). Sebagai catatan, untuk kondisi geografis Indonesia, harga obat yang wajar adalah sekitar 2-2,5 kali lipat median IRP. Salah satu sumber data IRP yang paling banyak digunakan adalah pangkalan data Management Sciences for Health (MSH).

Banyaknya *item* obat relatif murah yang harganya turun menunjukkan bahwa sistem *e-Katalog* yang hanya mempertimbangkan harga sebagai kriteria untuk penetapan pemenang lelang tampaknya telah membuat Kemenkes sulit meningkatkan HPS secara berarti. *Item* obat *e-Katalog* dengan harga yang terlalu rendah tersebut umumnya adalah obat-obat dengan API yang banyak pemasoknya dan dalam bentuk sediaan yang teknologi pengolahannya rendah. Dengan demikian, dalam persaingan harga yang sangat ketat, umumnya pemenang lelang adalah perusahaan farmasi yang bersedia banting harga, bahkan menawarkan harga lebih rendah dari biaya produksi, untuk masuk *e-Katalog* agar namanya lebih dikenal. Dengan memenangi lelang untuk seluruh atau sebagian besar provinsi, perusahaan farmasi yang melakukan *predatory pricing* atau "jual rugi" tersebut biasanya tidak menepati kontrak untuk memenuhi order sesuai RKO guna meminimalkan kerugian. Hal ini antara lain terlihat dari ragam obat yang tercatat mengalami *under e-Procurement*, yang sebagian besar adalah obat "kuno" dengan bentuk sediaan sederhana (tablet, kaplet, ataupun kapsul).

Di sisi lain, beberapa *item* obat yang relatif mahal terus meningkat harganya dalam *e-Katalog*, walau volume kebutuhannya meningkat. *Item* obat mahal dengan RKO yang bertumbuh namun harganya terus melambung ini biasanya obat-obat paten atau obat dengan teknologi pengolahan yang tinggi sehingga terbatas jumlah pemasoknya.

Rx

Prescription:



Patient Name:  
Patient Address:

Sumber foto: <https://www.123rf.com/ocskay/mark>





Harga *e-Katalog* yang terus melambung mengindikasikan adanya kesulitan dalam menetapkan HPS yang wajar, tidak terlalu tinggi, dan/atau keterbatasan kemampuan dalam melakukan negosiasi harga. Perlu dicatat, penetapan harga *e-Katalog* untuk obat dengan jumlah pemasok yang terbatas, kurang dari tiga perusahaan farmasi, harus dilakukan melalui negosiasi tertutup, tidak dapat melalui lelang nasional terbuka.

Guna mengatasi dua permasalahan yang bertolak belakang di atas, yakni harga obat *e-Katalog* yang terlalu rendah namun ketersediaannya tak terjamin dan obat yang harganya kelewat tinggi sehingga memberatkan BPJS Kesehatan sebagai pembayar, perlu dipastikan lima hal penting berikut:

- i. Kemenkes harus menetapkan kualitas minimal obat yang boleh ikut dalam lelang harga *e-Katalog*, terutama keamanan dan kemanjurannya. Karena kualitas API sangat berpengaruh terhadap keamanan dan kemanjuran sediaan obat yang diproduksi, agaknya perlu disyaratkan bahwa API obat yang ditawarkan harus berasal dari pemasok yang telah memenuhi kualifikasi tertentu yang diakui secara internasional, misalnya prakualifikasi (PQ) WHO. Penerbitan daftar positif pemasok API yang memenuhi persyaratan dapat membantu kalangan industri farmasi untuk menghitung dengan lebih baik harga yang layak untuk obat yang mereka tawarkan.
2. Jika diberlakukan persyaratan kualitas minimal, HPS harus ditetapkan pada tingkat yang wajar—tidak dapat lagi terlalu rendah—agar ada perusahaan farmasi yang bersedia mengajukan penawaran harga. Dengan HPS yang selama ini telah sangat rendah namun terus mendapat harga penawaran yang lebih rendah oleh perusahaan farmasi tertentu yang ingin memanfaatkan *e-Katalog* sebagai sarana pemasaran, Kemenkes mengaku sulit menetapkan HPS di tingkat yang cukup tinggi. Penetapan HPS yang wajar sebetulnya sangat dimungkinkan. Undang Nomor 5 Tahun 1999 tentang Larangan Praktek Monopoli dan Persaingan Usaha Tidak Sehat, misalnya, pada Pasal 20 menyatakan: "... melarang pemasokan barang dan atau jasa dengan cara jual rugi atau menetapkan harga yang sangat rendah...."
3. Lelang harga *e-Katalog* hendaknya menggunakan multikriteria untuk menentukan pemenang, bukan hanya harga termurah. Kriteria lain yang perlu diberi bobot tinggi itu termasuk rekam jejak, reputasi, dan integritas perusahaan, serta persyaratan teknis seperti CPOB dan kapasitas produksi.

4. Kemenkes harus memiliki data yang akurat agar teknik acuan internal-eksternal dan teknik harga biaya-plus yang digunakan (untuk *item* obat yang tidak ada IRP) dapat memberikan HPS yang wajar. Salah satu cara mendapatkan data yang akurat, terutama untuk obat-obat paten dengan pemasok tunggal atau terbatas sehingga harganya relatif mahal, adalah melalui pengembangan jejaring dengan otoritas pengadaan obat negara-negara yang memiliki tingkat perekonomian setara, yaitu negara berpendapatan menengah ke bawah (*lower-middle income countries*, LMICs), dan negara-negara yang secara geografis dan kultural mirip, seperti ASEAN.
  
5. Agar tugas rutin penetapan HPS yang membutuhkan SDM ahli dapat dilakukan dengan baik dan lancar, Kemenkes perlu mengembangkan sebuah panduan yang komprehensif, selain membangun kapasitas dalam penetapan HPS dan negosiasi harga. Kemampuan negosiasi tim pemerintah ini sangat krusial. Pengalaman berbagai berkembang di Afrika dan Amerika Latin menunjukkan bahwa, kecuali ada masalah konflik kepentingan pada tim pengadaan, kemampuan negosiasi lebih utama untuk mendapatkan harga yang rendah dalam pengadaan obat ARV daripada volume kebutuhan obat untuk terapi HIV/AIDS tersebut.

Dari kelima hal di atas, penetapan kualitas minimal dan HPS yang wajar serta penggunaan multikriteria akan dapat menjamin kualitas obat JKN, terutama dalam keamanan dan kemanjuran, dan mencegah masuknya perusahaan farmasi yang kurang bertanggung jawab dalam lelang *e-Katalog*. Dengan demikian, harga obat *e-Katalog* yang terbentuk tidak akan kelewat rendah sehingga membahayakan keberlanjutan bisnis perusahaan farmasi nasional dan, di sisi lain, berpotensi menurunkan kualitas obat bahkan mengundang masuknya obat substandar yang dapat membahayakan kesehatan masyarakat. Sementara itu, pengembangan jejaring yang erat dengan otoritas pengadaan obat dari berbagai negara berpendapatan menengah ke bawah dan negara tetangga ASEAN—serta peningkatan kemampuan negosiasi tim penetapan harga *e-Katalog*—diharapkan akan menurunkan harga obat mahal yang selama ini jauh lebih tinggi daripada IRP ke tingkat yang wajar.

Harga obat *e-Katalog* yang wajar, dengan kepastian order dan pengiriman yang jelas, diharapkan akan menjaga kepercayaan penyedia maupun pengguna obat JKN terhadap *e-Katalog* sehingga sistem yang mempermudah pengadaan obat ini terjamin keberlanjutannya. Bahkan, lebih dari itu, harga obat JKN yang wajar pada gilirannya

akan dapat membantu memastikan tercapainya cakupan jaminan kesehatan semesta (*universal health coverage*, UHC) yang berkelanjutan.

### 5.3. Kebijakan terkait Pemesanan dan Pengiriman Obat

Pada sistem JKN, faskes publik dan faskes swasta yang bermitra dengan BPJS Kesehatan didorong untuk melakukan pengadaan obat dan alat kesehatan melalui *e-Purchasing*. Dengan pengadaan secara *online* melalui *e-Katalog*, faskes akan memperoleh obat dengan harga yang umumnya lebih murah daripada harga reguler. Hal ini membuat faskes, baik FKTP maupun FKTRL, umumnya memilih *e-Purchasing* sebagai cara utama pengadaan obat JKN, terutama faskes publik yang diwajibkan untuk menggunakan obat *e-Katalog* dan diaudit oleh Badan Pemeriksa Keuangan (BPK).

Namun demikian, dengan lamanya waktu tunggu—bahkan semakin banyak pula perusahaan farmasi pemenang *e-Katalog* yang menolak order—faskes, terutama puskesmas, dan dinas kesehatan kabupaten/kota yang melakukan pengadaan obat atas nama puskesmas, umumnya hanya melakukan *e-Purchasing* sekali setahun. Sementara itu, karena kapasitas gudang yang biasanya terbatas, rumah sakit publik umumnya meminta pengiriman dilakukan tidak sekaligus, walau FKRTL tersebut melakukan *e-Purchasing* dalam jumlah besar, sekali setahun. Cara lain yang dilakukan faskes untuk menyasati kapasitas gudang adalah dengan melakukan *e-Purchasing* secara berkala, dua sampai empat kali setahun.

Jika obat sudah tidak tersedia atau menipis di instalasi farmasi, sedangkan kebutuhan medis pasien JKN tak dapat ditunda, faskes publik dapat melakukan order ke perusahaan non-pemenang *e-Katalog*. Untuk itu, harga *e-Katalog* menjadi acuan. Jika harga yang ditawarkan lebih tinggi dari harga *e-Katalog*, faskes publik umumnya harus melakukan lelang terbuka. Tetapi jika harga yang ditawarkan sama atau lebih murah, dapat dilakukan pembelian langsung, kecuali jika ada peraturan lain.

Pengadaan obat non-*e-Katalog* umumnya lebih merepotkan bagi faskes publik, terutama jika harus melalui lelang terbuka, dan bagi faskes yang tidak memiliki cukup farmasis untuk menjadi penanggung jawab pengadaan. Namun, di sisi lain, dengan pengadaan obat non-*e-Katalog* kebutuhan lebih cepat terlayani karena waktu tunggu jauh lebih pendek dan, karena praktis, dapat dilakukan sewaktu-waktu. Hal ini sangat

membantu dalam mengatasi kekosongan obat karena suatu hal, termasuk waktu tunggu yang panjang atau adanya hambatan pada *e-Procurement*. Pemesanan obat non-*e-Katalog* yang umumnya dilakukan secara manual juga dinilai sebagai suatu kemudahan, setidaknya bagi faskes di kawasan dengan koneksi internet yang kurang memadai.

Waktu tunggu tampaknya tidak sepenuhnya dipengaruhi oleh faktor geografi. Kenyataannya, faskes di Jawa dan Sumatera yang umumnya menikmati fasilitas dan infrastruktur transportasi memadai juga harus menunggu lama, sampai tiga bulan, untuk mendapat obat *e-Katalog* yang dipesan. Artinya, untuk memangkas waktu tunggu pesanan tersebut diperlukan sebuah upaya terpadu. Salah satunya, yang lebih bersifat administratif, adalah dengan memastikan bahwa RKO yang menjadi dasar penetapan *e-Katalog* mendapat order dalam jumlah yang memadai, seperti yang telah disampaikan di bagian depan dari Laporan ini. Dengan demikian, perusahaan farmasi pemenang *e-Katalog* berani menyiapkan inventori obat yang dimenangi dalam lelang sehingga, jika tenggat antara penetapan pemenang dan penayangan *e-Katalog* cukup panjang, waktu tunggu tidak akan terlalu lama. Didorong dengan sistem sanksi dan penghargaan yang jelas, pemenang *e-Katalog* dapat dipastikan akan memiliki motivasi lebih untuk menyiapkan inventori sehingga waktu tunggu akan lebih terjaga.

Selama ini, dengan tingginya proporsi *e-Purchasing* sangat rendah, perusahaan pemenang *e-Katalog* umumnya baru menyiapkan bahan baku yang kerap harus diimpor setelah ada order riil dalam volume yang memadai dari faskes. Faktor "ketidakberanian" menyiapkan inventori inilah, karena kurangnya kepercayaan industri farmasi terhadap RKO, yang berpengaruh paling besar dalam menyebabkan waktu tunggu yang panjang.

Peningkatan infrastruktur transportasi akan memangkas waktu tunggu; tetapi pemangkasan waktu tunggu yang dapat diharapkan mungkin hanya akan cukup signifikan di kawasan dengan infrastruktur kurang memadai dan kepadatan faskes yang cukup tinggi. Di kawasan dengan faskes tersebar luas, pemesanan dengan kuantitas kecil mungkin masih sulit untuk dipenuhi segera karena ongkosnya terlalu mahal sehingga distributor menunda pengiriman, sehingga mereka menunggu order lain hingga volume total obat yang harus dikirim mencapai skala ekonomi yang memadai. Sementara itu, di kawasan dengan infrastruktur yang telah sangat memadai seperti DKI Jakarta, peningkatan infrastruktur transportasi lebih lanjut dipastikan tidak akan membantu memangkas waktu

tunggu secara berarti.

#### 5.4. Ketersediaan Obat JKN dan Pembayaran oleh BPJS Kesehatan

Ketersediaan obat yang tepat, pada saat yang tepat, dan dengan harga yang wajar merupakan keharusan agar sistem JKN dapat berjalan dengan baik. Tetapi, hingga 2018, kekosongan obat JKN masih terjadi walau tidak untuk semua *item* obat dan hanya untuk sementara waktu (yang pada kenyataannya dapat cukup panjang, mencapai enam bulan, bahkan di puskesmas DKI Jakarta). Kekosongan obat ini membuat pasien tidak dapat menerima obat yang sesuai dengan kebutuhan medisnya, sehingga memperlama terapi dan meningkatkan biaya—bahkan meningkatkan potensi terpicunya penyakit katastrofik yang membutuhkan biaya sangat mahal. Penggantian obat JKN dengan obat non-JKN yang harganya reguler juga dapat meningkatkan biaya. Jika masalah ketidakterediaan obat ini tidak segera diatasi, dikhawatirkan dapat berpengaruh negatif terhadap pencapaian UHC, setidaknya dalam jangka panjang.

Dari data dan analisis di bagian terdahulu pada Laporan ini, masalah mendasar dari ketidakterediaan obat adalah keengganan perusahaan farmasi pemenang *e-Katalog* untuk menanggung risiko dengan menyediakan obat JKN yang mereka menangi dalam lelang sebelum ada order dari faskes. Pada 2018, menurut sumber di LKPP dan faskes, masih banyak perusahaan farmasi pemenang *e-Katalog* yang baru mempersiapkan produksi setelah ada order riil dalam volume yang memadai dari faskes. Hal ini bukan hanya menimbulkan waktu tunggu yang panjang, melainkan juga penolakan order oleh perusahaan farmasi pemenang *e-Katalog*. Pada 2018 tercatat sebanyak 27.768 paket order ditolak, yang sebagian besar diperkirakan karena perusahaan farmasi belum siap memenuhi order yang masuk walau alasan yang dikemukakan untuk penolakan beragam (**Tabel 4.6**).

Keengganan atau tepatnya kurangnya kepercayaan perusahaan farmasi pemenang *e-Katalog* tersebut dapat dimengerti karena data menunjukkan bahwa order yang masuk lebih banyak meleset dari RKO dalam kontrak. Pada 2016, dari 941 obat *e-Katalog*, 300 obat (31,9 persen) tidak mendapat *e-Purchasing*. Hal ini hanya mungkin jika tidak ada *e-Order* yang masuk di bawah nilai keekonomian sehingga ditolak. Pada 2017, di tengah penolakan order yang tinggi, *zero e-Purchasing* juga tinggi, mencapai 323 dari 988 obat yang terdaftar dalam *e-Katalog* atau 23,5 persen (**Tabel 4.2**). Hal ini terjadi karena

pada 2017 itu dilakukan lelang-ulang sehingga banyak obat JKN yang sangat terlambat tayang di *e-Katalog*. Pada 2018, proporsi zero *e-Purchasing* memang turun sampai ke tingkat terendah, 6,3 persen. Namun demikian, kenyataan bahwa proporsi *e-Purchasing* <30% RKO justru mencapai tingkat tertinggi, yakni 45 persen (**Gambar 4.1**), mengindikasikan bahwa masalah yang membelit *e-Katalog* bersifat sistemik dan karenanya sangat persisten.

Masalah yang membelit *e-Katalog* tampaknya semacam lingkaran setan, yang hanya dapat dihilangkan jika kepercayaan para pemangku kepentingan, terutama para penyedia dan pengguna obat JKN, dapat dipulihkan dan ditumbuhkan lebih besar dan kuat. Caranya, seperti yang telah disampaikan di bagian depan dari Laporan ini, yaitu dengan memastikan bahwa obat JKN yang telah disiapkan sesuai RKO oleh industri farmasi dapat diserap oleh faskes yang melayani pasien JKN dalam volume atau proporsi yang memadai. Untuk itu, Kemenkes perlu berkoordinasi dengan Kemendagri untuk memberlakukan peraturan yang mewajibkan dinas kesehatan kabupaten/kota dan RSUD kabupaten/kota serta RSUD provinsi menepati, sampai batas minimal tertentu, RKO yang mereka laporkan ke Kemenkes. Dinas kesehatan kabupaten/kota dan RSUD tersebut harus merealisasikan setidaknya sebagian yang cukup wajar dari RKO untuk didistribusikan ke puskesmas di wilayah administratifnya—misalnya minimal 60 persen dari RKO masing-masing obat. Di sisi lain, agar kepastian order terjaga, perusahaan farmasi pemenang *e-Katalog* harus dapat memenuhi order dari dinas kesehatan kabupaten/kota dan faskes secara tepat waktu. Ketidakmampuan memenuhi order dicatat sebagai rekam jejak negatif yang, dengan pemberlakuan multikriteria, akan menjadi salah satu pertimbangan dalam penetapan pemenang lelang *e-Katalog* selanjutnya.

Pemenuhan *e-Order* dipengaruhi pula oleh pembayaran faskes atas obat yang sebelumnya telah mereka terima. Untuk FKRTL, pembayaran tersebut sangat tergantung pada pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan. Informasi dari pihak faskes, termasuk apotek program rujuk balik (PRB), yang melayani pemberian obat kepada pasien rujuk balik, mengindikasikan bahwa dalam lima tahun pertama penerapan JKN, penundaan pembayaran klaim semakin lama seiring proses verifikasi yang makin lama karena berbagai alasan yang dinilai dibuat-buat, seperti kekurangan tenaga verifikator (karena verifikator BPJS Kesehatan dibebani pekerjaan lain) dan kekurangan peralatan (laptop bagi petugas dan komputer di kantor). Alasan ini terkesan dicari-cari, hanya untuk mengulur waktu pembayaran, karena selain dapat diantisipasi, juga tetap saja verifikasi memerlukan



waktu berbulan-bulan walau faskes memberikan pinjaman laptop untuk dibawa oleh petugas BPJS Kesehatan.

Hal lain yang sangat berpengaruh terhadap pembayaran klaim adalah jika suatu obat dikeluarkan dari Fornas atau tidak masuk *e-Katalog*. Perubahan seperti ini bahkan dapat membuat klaim atas obat tersebut tidak dilayani, sehingga obat yang telah diberikan kepada pasien tidak mendapat penggantian. Jika tidak masuk *e-Katalog*, suatu obat tidak memiliki harga referensi untuk penggantian. Dengan demikian, terjadinya lelang-ulang dapat dipastikan akan memperpanjang waktu pembayaran klaim. Di sisi lain, harga *e-Katalog* yang lebih rendah menyebabkan kerugian bagi faskes yang membeli obat terkait dengan harga lebih tinggi pada periode *e-Katalog* sebelumnya. Sementara itu, obat yang tidak masuk Fornas berarti tidak dapat masuk *e-Katalog* sehingga sulit mendapatkan penggantian dari BPJS Kesehatan. Keterlambatan, apalagi penolakan pembayaran klaim, pada gilirannya akan membuat faskes terhambat melakukan pembayaran kepada industri farmasi.

Pada 2018, penolakan *e-Order* karena alasan “masih ada obat yang belum dibayar” sangat sedikit, tidak termasuk dalam daftar “12 Alasan Penolakan *e-Order* oleh Pemenang *e-Katalog*” (**Tabel 4.6**). Tetapi bukan tak mungkin rendahnya alasan penolakan tersebut karena FKRTL yang belum melunasi utang obatnya enggan melakukan *e-Order*—mereka tahu bahwa order tersebut akan ditolak. Jika demikian halnya, berarti penunggakan pembayaran obat yang disebabkan oleh keterlambatan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan berpengaruh terhadap tingkat *e-Order* dan terhadap peningkatan terjadinya under *e-Purchasing*.

Dalam sistem JKN, kedudukan industri farmasi terbilang lemah. Sebagai pemasok obat, posisi perusahaan farmasi hanyalah subkontraktor—faskes-lah yang menjalin kontrak langsung dengan BPJS Kesehatan. Karena itu, jika terjadi keterlambatan pembayaran klaim, BPJS Kesehatan juga hanya dapat memberi kompensasi kepada faskes. Kompensasi berupa denda yang dibayar oleh BPJS Kesehatan tersebut bukan saja tidak menetes sedikit pun ke perusahaan farmasi yang juga mengalami keterlambatan pembayaran sehingga menanggung *cost of money* yang lebih tinggi dari yang seharusnya. Lebih dari itu, karena tidak ada peraturan yang mewajibkan faskes membayar atau menyicil sebagian utang obat secara proporsional dari cicilan klaim yang telah dibayar oleh BPJS Kesehatan, pelunasan utang faskes ke perusahaan farmasi cenderung tertunda lebih

lama, sehingga banyak perusahaan farmasi yang terganggu arus kasnya dan terganggu pula proses bisnisnya, bahkan sampai ada yang terancam bangkrut.

Kepincangan yang terjadi dapat mengganggu penyediaan obat JKN oleh industri farmasi. Setidaknya hal ini tercermin dari penolakan order oleh perusahaan farmasi pemenang *e-Katalog* dan semakin meningkatnya *under e-Purchasing* karena faskes yang belum mampu melunasi utang obatnya terpaksa tidak melakukan atau mengurangi *e-Order* sehingga jauh di bawah kebutuhan riil mereka, baik dalam keragaman volume maupun *item* obat.

Lebih jauh lagi, menurut hasil penelitian Pisani (2019) di empat negara berpendapatan menengah-bawah yang menyelenggarakan jaminan kesehatan nasional (*national health insurance/NHI*), yaitu Indonesia, China, Turki, dan Rumania, ketidaktersediaan obat untuk program jaminan sosial membuka peluang bagi masuknya obat-obat substandar dan/atau rusak (*degraded*) ke faskes. Penggunaan obat-obat yang kemanjuran dan keamanannya dipertanyakan tersebut dapat menyebabkan waktu penyembuhan lebih lama bahkan, bagi penderita penyakit kronis seperti diabetes dan hipertensi, berpotensi memicu penyakit katastrofik, sehingga biaya pengobatan menjadi jauh lebih mahal. Diabetes dan hipertensi diketahui merupakan faktor risiko berbagai penyakit yang penanganannya menjadi salah satu penyebab membengkaknya defisit BPJS Kesehatan, termasuk penyakit jantung, *stroke*, dan gagal ginjal kronis.

Di Indonesia, menurut sejumlah farmasis dalam sebuah diskusi informal, salah satu kelompok obat murah—yang harganya sering ditawarkan lebih rendah dari harga obat *e-Katalog*—adalah obat-obat yang menggunakan API yang ditolak oleh perusahaan farmasi bereputasi. Oleh importirnya, API yang tak memenuhi persyaratan mutu perusahaan farmasi besar yang menerapkan standar kualitas tinggi itu biasanya diujakan dengan harga sangat murah ke perusahaan farmasi tertentu yang lebih mengandalkan harga rendah dalam persaingan yang kian ketat. Seperti yang telah disampaikan, ketika terjadi kelangkaan pasok obat *e-Katalog*, sediaan obat dengan API yang substandar tersebut menemukan jalan untuk masuk ke faskes dan sampai ke tangan pasien yang umumnya awam.





# 6

## SIMPULAN DAN REKOMENDASI

## 6.1. Simpulan

Kajian Kebijakan Pengadaan Obat untuk Program Jaminan Kesehatan Nasional 2014-2018 telah dilakukan. Pada kajian ini dievaluasi secara komprehensif data sekunder dari LKPP serta berbagai data dari penelusuran pustaka dan dokumen. Selain itu, dievaluasi pula data primer yang diperoleh melalui wawancara mendalam dengan personel kunci dari LKPP dan industri farmasi, serta wawancara informal dengan personel yang terlibat dalam pengelolaan obat JKN di berbagai FKRTL, baik rumah sakit publik maupun swasta, dan para farmasis senior dengan beragam latar belakang pekerjaan dan keahlian yang relevan.

Secara umum ditemukan bahwa *e-Procurement* melalui *e-Katalog* telah dan masih memegang peran penting dalam pengendalian biaya, yang memungkinkan pemberian pelayanan kesehatan program JKN berjalan lancar di tengah kepesertaan yang berkembang pesat. Namun target jaminan kesehatan semesta (UHC) pada akhir 2018 seperti yang diamanatkan oleh undang-undang, dipastikan tidak tercapai.

Terkait dengan obat, dalam lima tahun pertama penerapan sistem *e-Katalog* sejak 2014, efisiensi pengadaan obat dapat dianggap telah tercapai. Harga obat secara umum telah mengalami penurunan drastis dibandingkan dengan era pra-JKN, sebelum penerapan *e-Katalog*. Hal ini ditunjukkan oleh hasil analisis beragam data sekunder dan dipastikan dalam wawancara dengan para farmasis senior dari PP IAI, FF UP, beragam faskes, serta sejumlah perusahaan farmasi dan distributor di Jakarta. Namun, hingga akhir 2018, sistem pengadaan obat berbasis elektronik itu masih terjerat berbagai masalah yang menyebabkan ketidaktersediaan beragam obat di faskes, sehingga sejumlah pasien JKN tidak mendapatkan obat sesuai kebutuhan medisnya.

Di bawah peraturan perundang-undangan yang tak mengalami perubahan dari tahun-tahun sebelumnya, beberapa hal yang pada 2018 teridentifikasi di berbagai titik proses pengadaan obat JKN adalah:

- i. Jumlah obat yang terangkum dalam Fornas terus bertambah, sementara itu kesenjangan antara Fornas dan RKO Nasional, serta antara RKO dan *zero e-Purchasing*, terus menyempit, yang mencapai proporsi terendah pada 2018. Namun demikian, kesenjangan antara RKO dan *e-Katalog* serta antara RKO dan *e-Purchasing* yang sangat rendah, <30% RKO, sedikit melebar, setidaknya dalam tiga

tahun terakhir sejak 2016. Hal ini berarti:

- Daftar *item* obat dalam Fornas semakin lengkap dan penggunaan obat di faskes makin sesuai Fornas. Namun demikian, masih ada *item* obat yang dikeluarkan dari Fornas sehingga tidak dapat masuk ke *e-Katalog* 2018 dan, karenanya, tidak mendapat penggantian dari BPJS Kesehatan. Selain itu, pengadaan riil obat dengan pemesanan secara *online* melalui *e-Katalog* cenderung menurun, yang meningkatkan kemungkinan terjadinya kekosongan obat di faskes.
- Pada 2018, HPS yang ditetapkan Kemenkes tidak semenarik tahun sebelumnya bagi industri. Banyaknya lelang-ulang yang dilakukan dengan HPS lebih tinggi mengindikasikan hal ini.
- Kenyataan bahwa kesenjangan antara RKO dan *e-Purchasing* bersifat fluktuatif—*under e-Purchasing* pada 2014-2015 menjadi cenderung *over e-Purchasing* pada 2016, dan kembali *under e-Purchasing* pada 2017 dan 2018—menunjukkan bahwa Kemenkes belum dapat menetapkan RKO sesuai kebutuhan aktual faskes. Akar penyebab RKO yang masih jauh dari akurat dan memiliki kecenderungan berlawanan tersebut adalah:
  - ❖ Rumus perhitungan umum RKO yang digunakan faskes (FKTP, FKRTL) dan dinas kesehatan kabupaten/kota dan provinsi tidak tepat, sehingga RKO yang mereka tetapkan secara inheren tak mungkin akurat.
  - ❖ Banyak faskes yang tidak memiliki farmasis dengan tanggung jawab khusus melakukan pengadaan obat JKN, termasuk membuat dan melaporkan RKO.
  - ❖ Sebagian besar faskes belum memiliki sistem teknologi informasi yang andal, yang terpadu antarbagian dan terkoneksi dengan instansi kesehatan terkait. Hal ini meningkatkan kemungkinan terjadinya ketidaksesuaian antara RKO dan kebutuhan aktual obat JKN.
  - ❖ Ketergantungan faskes swasta yang bermitra dengan BPJS Kesehatan—yang jumlahnya lebih besar dari faskes publik—terhadap obat *e-Katalog* menurun, sehingga faskes tersebut tidak merasa perlu melaporkan RKO seakurat mungkin dan hanya melaporkan seadanya untuk memenuhi permintaan dinas kesehatan kabupaten/kota.

- 
- ii. Masih terjadi ketidaksesuaian antara RKO dan anggaran pengadaan obat karena RKO harus dilaporkan pada bulan April oleh faskes dan dinas kesehatan kabupaten/kota, sedangkan anggaran baru disetujui pada bulan Agustus hingga Oktober oleh pemerintah kabupaten/kota/provinsi. Anggaran yang disetujui hampir selalu lebih rendah dari anggaran yang diusulkan yang didasarkan pada RKO dan, karenanya, dinas kesehatan kabupaten/kota dan faskes, terutama yang masih non-BLUD, cenderung mengajukan anggaran yang lebih tinggi dari kebutuhan aktual. Jika anggaran yang disetujui lebih rendah dari kebutuhan, dapat dipastikan *e-Purchasing* juga akan lebih rendah dari RKO.
- iii. Sampai 2018, sistem pengawasan dan evaluasi secara *online* (*e-Monev*) yang dikembangkan Kemenkes masih jauh dari sempurna. Selain tidak terkoneksi dengan sistem LKPP dan BPJS Kesehatan, *e-Monev* yang digunakan sejak awal 2016 itu juga belum terintegrasi dengan sistem teknologi informasi di daerah, mulai dari faskes sampai ke dinas kesehatan provinsi. Dengan sistem *e-Monev* yang kurang memadai, Kemenkes tak cukup andal untuk mengoreksi data yang diperoleh secara *bottom-up*. Dengan demikian, pada penetapan RKO Kemenkes hanya dapat melakukan koreksi dengan cara "seadanya", tanpa dasar yang jelas, yakni dengan memangkas RKO jika pada tahun sebelumnya terjadi *under e-Purchasing* dan, sebaliknya, menggelembungkan RKO jika pada tahun sebelumnya *over e-Purchasing*.
- iv. Kerja sama atau komunikasi antara Kemenkes dan LKPP belum mulus. Kemenkes kekurangan personel ahli di bidang teknis pengadaan dan lelang, sedangkan LKPP tak memiliki personel dengan pemahaman memadai mengenai produk farmasi. Pembatalan beberapa hasil lelang pada *e-Katalog* 2016 dan lelang-ulang pada 2017, membuat kepercayaan industri farmasi yang telah rendah oleh ketidakakuratan RKO menjadi kian rendah. Dengan demikian, sampai dengan 2018, perusahaan farmasi masih enggan menyiapkan obat yang mereka menangi dalam lelang *e-Katalog* sebelum mendapat order riil dari faskes.
- v. Faskes masih kesulitan melakukan *e-Purchasing* melalui *e-Katalog* karena berbagai masalah teknis:
- Order harus dilakukan dengan melakukan *input* satu demi satu untuk setiap *item* obat dan sering *e-Order* harus dikirim berkali-kali sehingga menghabiskan waktu.
  - Jaringan internet lambat dan kerap *down*, sehingga *e-Order* melalui *e-Katalog*

- sering harus dilakukan pada tengah malam, di luar jam kerja.
- Personel yang memiliki sertifikasi pengadaan masih langka sehingga banyak faskes tidak memiliki tenaga farmasi yang bertanggung jawab untuk pengadaan obat JKN.
  - Walau telah diundangkan bahwa faskes swasta boleh menggunakan *e-Purchasing* untuk pengadaan obat JKN sejak September 2016, proses pemberian izin yang rumit membuat banyak klinik dan rumah sakit non-publik belum dapat melakukan pemesanan obat *e-Katalog* secara *online*.
  - Obat yang dipesan kemungkinan belum tersedia sehingga untuk memenuhi kebutuhan yang mendesak, harus dipesan ke perusahaan farmasi di luar *e-Katalog*. Peluang ini digunakan oleh perusahaan farmasi non-pemenang *e-Katalog* untuk menjalankan strategi pemasaran yang agresif, yakni dengan melepas *item* obat yang dimaksudkan untuk pasien JKN dengan harga *e-Katalog* namun secara *bundling* dengan *item* obat lain yang ditawarkan dengan harga reguler. Pengiriman yang jauh lebih cepat dan pasti membuat banyak faskes yang tertarik menjalin kontrak dengan mereka sehingga, untuk *item* obat tertentu, faskes meninggalkan *e-Katalog*. Dengan kata lain, kepercayaan faskes terhadap *e-Katalog* yang telah cukup rendah menjadi kian tergerus.
- vi. Waktu tunggu pada *e-Procurement* melalui *e-Katalog* sangat panjang, berkisar 2-8 bulan dengan rerata tiga bulan—jauh lebih lama dari waktu tunggu pesanan obat dengan harga reguler melalui order secara manual yang hanya 1-7 hari. Waktu tunggu yang sangat lama ini antara lain disebabkan oleh:
- Perusahaan farmasi pemenang *e-Katalog* belum siap memenuhi *e-Order* karena merasa tidak ada kepastian mengenai volume obat JKN yang akan terserap, padahal untuk memproduksi obat yang lebih dari 90 persen bahan bakunya harus diimpor itu membutuhkan waktu setidaknya tiga bulan.
  - Perusahaan farmasi pemenang *e-Katalog* mungkin saja tidak mampu memenuhi seluruh *e-Order* karena kapasitas produksinya yang relatif rendah daripada RKO total, atau untuk membatasi kerugian yang diderita karena untuk memenangi lelang menetapkan harga terlalu rendah. Patut dicatat, dengan menawarkan harga kelewat rendah, sebuah perusahaan farmasi akan memenangi terlalu banyak provinsi, bahkan mungkin seluruh Indonesia, untuk *item* obat tersebut sehingga RKO jauh melebihi kapasitas produksi dan/atau kemampuan finansial mereka.



- Distributor mengalami kesulitan dalam mengirimkan obat secara tepat-waktu akibat kendala infrastruktur transportasi, volume *e-Order* yang jauh di bawah skala ekonomi, atau berbagai alasan lain.
- vii. Tingkat penolakan *e-Order* yang masih tinggi oleh perusahaan farmasi pemenang *e-Katalog*—pada 2018 tercatat 27.768 paket order. Dalam unit terkecil, volume *e-Order* yang ditolak juga terbilang tinggi. Penolakan atas tablet parasetamol 500mg (*e-Purchasing* = 48.2% RKO), misalnya, mencapai sekitar 90 juta tablet, setara 9.9% RKO, terdiri dari 350 paket order. Tingginya penolakan *e-Order* ini mengindikasikan rendahnya minat riil industri farmasi pemenang lelang terhadap *e-Katalog*.
- viii. Alasan penolakan *e-Order* yang sebagian besar, 32,5 persen, karena “pemesan melakukan revisi pesanan” yang diikuti oleh “ada duplikasi pemesanan” (17,6 persen), menunjukkan bahwa masih banyak faskes yang perlu mendapat pelatihan cara melakukan *e-Order* secara benar. Kenyataan ini juga mengindikasikan bahwa banyak faskes yang tidak memiliki farmasis yang khusus bertanggung jawab atas pengadaan obat JKN. Di sisi lain, alasan penolakan seperti “waktu pengiriman kurang”, “penyedia menolak pesanan”, “obat tidak tersedia”, “tidak ada respons dari penyedia”, “ada masalah dengan distributor”, “obat yang dipesan tidak dikirim”—yang jika digabung mencapai 23,6%—memperkuat indikasi ketidaksiapan atau keengganan perusahaan farmasi pemenang *e-Katalog* dalam memenuhi *e-Order* obat JKN yang umumnya murah, menjanjikan margin tipis dibandingkan dengan obat reguler.
- ix. Secara umum, tingginya penolakan *e-Order* dan, di sisi lain, rendahnya *e-Purchasing* mengindikasikan rendahnya tingkat kepercayaan di kalangan penyedia maupun pengguna *e-Katalog*. Rendahnya kepercayaan ini, yang membuat perusahaan farmasi pemenang *e-Katalog* tidak mau menyediakan obat yang dimenangkan dalam lelang sebelum ada order riil, tercermin pada alasan penolakan yang terkait dengan produksi dan distribusi yang proporsinya sangat tinggi, mencapai 75,5 persen dari seluruh obat yang ditolak, yang terdiri dari:
- Pemesan melakukan revisi pesanan
  - Ada duplikasi pemesanan
  - Waktu pengiriman kurang
  - Penyedia menolak pesanan
  - Obat tidak tersedia



- Tidak ada respons dari penyedia
- Ada masalah dengan distributor
- Obat yang dipesan tidak dikirim
- Jumlah order tidak sesuai kelipatan kemasan

Dari seluruh alasan penolakan yang tercatat dalam sistem LKPP, hanya dua yang dianggap merupakan alasan faskes, yaitu "order dibatalkan oleh pemesan" (2,7 persen) dan "ada masalah dengan anggaran" (2,2 persen). Sementara itu, alasan "adanya revisi pesanan" (32,5 persen) dan "jumlah order tidak sesuai kemasan" (1,8 persen) kemungkinan hanya merupakan alasan yang dicari-cari oleh perusahaan farmasi pemenang *e-Katalog* untuk menolak *e-Order*.

- x. Rendahnya kepercayaan terhadap sistem *e-Katalog* secara makro juga tercermin pada meningkatnya proporsi *e-Purchasing* sangat rendah (<30% RKO) yang pada 2018 mencapai 45 persen, dari 42 persen (pada 2017) dan 30 persen (2016).
- xi. Sampai 2018, belum ada disinsentif atau sanksi dengan efek jera bagi perusahaan farmasi dan distributor yang tidak memenuhi kontrak *e-Katalog* mereka, yaitu memenuhi *e-Order* dalam kuantitas yang disepakati (setidaknya sampai RKO obat terkait). Selain itu, belum ada pula disinsentif bagi faskes yang melakukan *e-Order* jauh lebih kecil dari RKO yang mereka masukkan, tanpa alasan yang sah (misalnya, karena klaim belum dibayar sehingga terpaksa menunggak pembayaran obat).
- xii. Verifikasi atas klaim faskes oleh BPJS Kesehatan yang berlarut-larut membuat pembayaran klaim tertunda lama, sehingga faskes yang tidak dapat melakukan *e-Order* harus menggunakan obat yang ada, yang mungkin memiliki efektivitas biaya lebih rendah atau harus membeli obat yang sesuai dengan harga lebih mahal. Untuk keterlambatan pembayaran klaim tersebut, BPJS Kesehatan memberikan kompensasi berupa denda yang dibayarkan kepada faskes, tetapi perusahaan farmasi sebagai pemasok yang juga mengalami keterlambatan pembayaran akibat keterlambatan pembayaran klaim tidak mendapat kompensasi apa pun. Bahkan, karena tidak ada peraturan yang mewajibkan faskes membayar atau menyicil utang obat secara proporsional dari pembayaran klaim yang telah mereka terima dari BPJS Kesehatan, pelunasan utang obat ke perusahaan farmasi tertunda lebih lama sehingga menyebabkan kepercayaan industri farmasi terhadap sistem *e-Katalog* kian rendah.

xiii. Ketidaktersediaan sejumlah item obat *e-Katalog* membuka peluang masuknya obat substandar dan rusak ke faskes. API yang ditolak oleh perusahaan farmasi bereputasi diterima sebagai bahan baku obat murah oleh perusahaan farmasi yang bersaing berdasarkan harga. Jika hal ini meluas, pasien yang tidak mendapatkan obat yang memenuhi persyaratan keamanan, kualitas, dan kemanjuran akan membutuhkan perawatan lebih lama—bahkan mungkin mengalami komplikasi—sehingga meningkatkan biaya kesehatan dan dapat mengancam keberlangsungan seluruh program JKN.

## 6.2. Rekomendasi Kebijakan

Dari hasil kajian ini, direkomendasikan beberapa hal berikut:

- i. Terkait dengan Fornas, RKO Nasional, dan *e-Katalog*:
  - Pada tingkat makro (strategis):
    - ❖ Sebelum pemberlakuan Fornas versi baru hendaknya Kemenkes melakukan sosialisasi yang cukup dengan tenggat yang memadai agar faskes tidak terlanjur memberikan obat yang ternyata dikeluarkan dari Fornas sehingga mengalami kerugian karena klaim atas obat tersebut ditolak oleh BPJS Kesehatan.
    - ❖ Kemenkes mengembangkan sistem yang terintegrasi, yang memungkinkan penetapan RKO secara akurat, mulai dari pemodelan yang sesuai untuk setiap kategori obat, *fast moving* maupun *slow moving*, hingga sistem *e-Monev* yang baik. Dengan sistem yang digunakan saat ini terbukti bahwa banyak RKO yang meleset dari kebutuhan aktual di tingkat faskes sehingga merugikan penyedia obat JKN. RKO yang akurat dapat membantu penetapan HPS yang wajar sehingga secara umum membantu menjaga efektivitas biaya (*cost-effectiveness*) sistem *e-Katalog* tetap tinggi.
    - ❖ Kemenkes dan/atau BPOM menetapkan secara jelas persyaratan kualitas minimal obat yang layak *e-Katalog*—bahkan kualitas minimal obat yang layak beredar di Indonesia—sehingga efektivitas-biaya obat JKN terjamin. Salah satu pendekatannya dengan membuat daftar positif (*positive list*) pemasok bahan aktif obat (API) sehingga sistem pengawasan pasca-pemasaran yang hanya memeriksa kesesuaian persyaratan sediaan jadi

dapat menjamin keamanan, kualitas, dan kemanjuran obat JKN yang secara umum harganya ditekan rendah. Untuk penetapan *positive list*, daftar prakualifikasi (PQ) WHO yang telah diterima secara internasional dapat digunakan. Penggunaan bahan baku yang berkualitas dapat dibuktikan dengan menunjukkan dokumen impor dan kualitas sediaan jadi diawasi melalui pengawasan pasca-pemasaran yang ketat oleh BPOM.

- ❖ Kemenkes dan LKPP memberlakukan multikriteria untuk menetapkan pemenang lelang *e-Katalog*, bukan hanya berdasarkan harga penawaran terendah. Evaluasi menyeluruh terhadap berbagai kriteria tersebut, termasuk rekam jejak dan reputasi lainnya—selain kriteria teknis (seperti CPOB, kapasitas produksi, sistem teknologi informasi, dan pengendalian operasional) serta administratif (misalnya kepatuhan terhadap prosedur, upaya bisnis, serta komitmen manajemen dan organisasi)—dalam penetapan pemenang lelang akan memberikan insentif bagi perusahaan farmasi pemenang *e-Katalog* untuk memenuhi order sesuai kontrak.
- ❖ Berkoordinasi dengan Kemendagri, Kemenkes memberlakukan peraturan yang memberi kepastian bagi penyedia obat JKN bahwa RKO yang dijanjikan dalam *e-Katalog* akan terserap dalam proporsi yang wajar oleh faskes yang melayani pasien JKN. Sebaliknya, perlu diberlakukan pula peraturan yang mewajibkan perusahaan farmasi pemenang *e-Katalog* memenuhi *e-Order* dalam jumlah yang sesuai dan dengan waktu tunggu yang wajar—dengan *reward* dan *punishment* yang jelas—sehingga faskes mendapat kepastian bahwa kebutuhan obat JKN mereka terpenuhi. Kepastian bagi pemasok dan pengguna obat JKN dapat diharapkan akan mencegah terjadinya *zero e-Purchasing* dan meminimalkan *under e-Purchasing*. Dengan kebijakan terpadu ini dapat diharapkan kepercayaan dua pemangku kepentingan utama sistem *e-Katalog*, yaitu faskes dan industri farmasi, dapat dikembalikan.
- Pada tingkat meso (regional) dan mikro (operasional):
  - ❖ Seluruh pemangku kepentingan yang melakukan pengadaan obat, terutama faskes, harus dipastikan memiliki farmasis yang bertanggung jawab khusus atas pengadaan obat JKN, termasuk pelaporan RKO secara



akurat yang sesuai kebutuhan aktual. Selain itu, harus dipastikan pula bahwa faskes memiliki SDM yang memadai untuk membuat anggaran penyediaan obat JKN dan melakukan *e-Purchasing*.

- ❖ Seluruh pemangku kepentingan harus dipastikan melaporkan data RKO secara akurat, sesuai kebutuhan riil di tingkat faskes. Data RKO tersebut merupakan data dasar bagi Kemenkes untuk menentukan RKO Nasional, sehingga akan menentukan HPS dan integritas sistem *e-Katalog* secara keseluruhan. RKO yang tidak akurat akan membuat HPS menjadi tidak wajar dan kesenjangan antara RKO dan *e-Purchasing* menjadi lebar, sehingga kepercayaan terhadap sistem *e-Katalog* menurun, yang pada gilirannya akan merugikan seluruh pemangku kepentingan.
- ❖ Seluruh pemangku kepentingan yang berhak melakukan *e-Purchasing*—terutama dinas kesehatan kabupaten/kota dan faskes publik berstatus BLUD—harus dipastikan lebih bertanggung jawab atas RKO yang mereka laporkan dengan merealisasikan setidaknya sebagian dari RKO tersebut. Dengan kepastian *e-Purchasing* atas, misalnya 60% RKO untuk sektor publik, *zero e-Purchasing* akan tereliminasi dan peluang terjadinya *under e-Purchasing* akan turun, sehingga kepercayaan industri farmasi terhadap *e-Katalog* akan terbangun. Guna membangun kembali kepercayaan faskes, perusahaan farmasi pemenang lelang *e-Katalog* juga harus dipastikan menyediakan inventori yang cukup sehingga dapat memenuhi *e-Order* dari pengguna obat JKN tersebut dalam kuantitas yang cukup dan waktu tunggu yang wajar.
- ❖ Seluruh pemangku kepentingan harus dipastikan meningkatkan pemahaman mengenai pengadaan obat *e-Katalog*, terutama mengenai order secara *online*. Dengan pemahaman yang lebih baik tentang *e-Purchasing* diharapkan penolakan *e-Order* karena alasan administratif semacam “pemesan melakukan revisi pesanan” dan “ada duplikasi pesanan”—yang proporsinya pada 2018 mencapai 50,1 persen dari seluruh penolakan *e-Order* oleh perusahaan farmasi pemenang *e-Katalog*—tidak ada lagi. Alasan sepele lain yang mungkin akan tereliminasi adalah “jumlah order tidak sesuai kelipatan kemasan” (1,8 persen). Dengan demikian, upaya

pembangunan kapasitas dalam *e-Purchasing* berpotensi mengeliminasi 51,9 persen penolakan *e-Order*.

- ❖ Dinas kesehatan kabupaten/kota/provinsi dan faskes harus meningkatkan sistem teknologi informasi, termasuk infrastruktur (perangkat keras dan lunak, serta konektivitas) dan sumber daya manusia (bidang teknis maupun legal).
  - ❖ Dinas kesehatan kabupaten/kota/provinsi dan faskes harus memiliki setidaknya seorang farmasis yang bertanggung jawab khusus atas pengadaan obat JKN, termasuk memastikan keakuratan RKO dan kesesuaian penyediaan obat JKN dengan RKO maupun kondisi epidemiologis di daerah administratifnya.
- ii. Terkait dengan anggaran untuk pengadaan obat JKN:
- Pada tingkat meso (regional) dan mikro (operasional):  
Seluruh pemangku kepentingan harus memastikan bahwa pengadaan obat JKN melalui *e-Purchasing* semaksimal mungkin sesuai dengan RKO yang telah mereka laporkan, yang tentunya dengan mempertimbangkan anggaran yang disetujui.
- iii. Terkait dengan koordinasi, kooperasi, dan konektivitas antarlembaga:
- Pada tingkat makro (strategis):
    - ❖ Dalam penetapan *e-Katalog* yang merupakan salah satu pilar besar dalam sistem JKN, koordinasi dan kerja sama harus dilakukan secara erat oleh semua lembaga strategis terkait—Kemenkes, LKPP, dan BPOM—guna menjamin agar pemenang lelang *e-Katalog* adalah perusahaan farmasi yang mampu menyediakan obat dengan efektivitas biaya terbaik; memenuhi persyaratan *safety*, *quality*, dan *efficacy*; dan dalam kuantitas yang cukup dengan waktu tunggu yang wajar.
    - ❖ Sistem *e-Monev* Kemenkes harus dipastikan terkoneksi dengan sistem *e-Katalog* LKPP dan sistem pembayaran klaim BPJS Kesehatan. Dengan demikian, berbagai kebijakan strategis, termasuk RKO dan HPS, dapat ditetapkan berdasarkan data yang akurat, dengan bukti yang andal.

- ❖ Semua lembaga strategis terkait harus melakukan pembangunan kapasitas di bidang yang menjadi kelemahan masing-masing—misalnya, Kemenkes dalam hal pengadaan dan LKPP dalam hal kefarmasian—sehingga komunikasi antarlembaga menjadi lebih baik dan berjalan lebih mulus. Jika pada 2020 pengelolaan *e-Katalog* jadi dialihkan dari LKPP, harus dipastikan bahwa Kemenkes memiliki sumber daya yang diperlukan, baik SDM maupun infrastruktur (perangkat keras dan lunak, koneksi internet dengan *bandwidth* memadai, ruang khusus untuk negosiasi, standar operasional prosedur, dan sistem administrasi lainnya).
- Pada tingkat meso (regional) dan mikro (operasional):
  - ❖ Guna menjamin bahwa penyediaan obat di tingkat faskes sesuai dengan kebutuhan medis pasien, harus dipastikan terjalin koordinasi yang baik antara dinas kesehatan kabupaten/kota sebagai lembaga yang melakukan *e-Purchasing* dan puskesmas non-BLUD sebagai pengguna obat *e-Katalog* di wilayah administratif masing-masing.
  - ❖ Sistem teknologi informasi dinas kesehatan kabupaten/kota harus dipastikan terintegrasi—setidaknya terkoneksi—dengan sistem teknologi informasi dinas kesehatan provinsi dan sistem *e-Monev* Kemenkes, serta dengan sistem teknologi informasi faskes di wilayah masing-masing. Demikian pula, sistem teknologi informasi antarbagian di faskes harus terintegrasi sehingga pengelolaan data, termasuk untuk pelaporan RKO, dapat dijalankan dengan baik.
- iv. Terkait dengan Fornas, RKO Nasional, dan *e-Katalog*:
  - Pada tingkat makro (strategis):
    - ❖ Pastikan bahwa pemenang lelang *e-Katalog* ditetapkan berdasarkan kriteria yang cukup luas, melalui proses evaluasi menyeluruh, yang memungkinkan perusahaan farmasi peserta lelang terbaik, dengan kemampuan yang andal dan rekam jejak yang solid, memenangi kontrak. Beri mereka insentif (*reward*) dan disinsentif (*punishment*) yang jelas dan tegas.
    - ❖ Pastikan bahwa kontrak payung bagi perusahaan farmasi pemenang

lelang telah ditandatangani setidaknya tiga bulan sebelum *e-Katalog* ditayangkan, sehingga tersedia cukup waktu untuk menyediakan obat JKN yang dimenangi dalam kuantitas yang memadai untuk memenuhi order.

- ❖ Jika perlu, libatkan pihak distributor dalam penandatanganan kontrak payung dengan LKPP sehingga mereka lebih merasa bertanggung jawab. Beri insentif keuangan yang menarik kepada para distributor berupa *fee* distribusi yang lebih tinggi (dalam persentase terhadap harga) untuk obat JKN yang murah dan/atau RKO atau order volume rendah, dan/atau di kawasan dengan kondisi kurang menguntungkan (misalnya, infrastruktur transportasi buruk ataupun lokasi faskesnya tersebar luas). Sebaliknya, beri mereka disinsentif yang jelas dan tegas bila distributor tidak melaksanakan kewajiban dan tanggung jawabnya.
- ❖ Sederhanakan proses *e-Purchasing* guna memperkecil kesalahan yang menyebabkan penolakan *e-Order* dan tingkatkan keandalan jaringan internet.
- Pada tingkat meso (regional) dan mikro (operasional):
  - ❖ Tingkatkan sistem teknologi informasi, baik perangkat keras, perangkat lunak, maupun konektivitas.
  - ❖ Tingkatkan sumber daya manusia dalam hal *e-Purchasing* sehingga petugas yang memiliki sertifikasi pengadaan lebih banyak dan lebih andal, baik di dinas kesehatan kabupaten/kota maupun faskes berstatus BLUD.
  - ❖ Upayakan dinas kesehatan kabupaten/kota dan/atau faskes melakukan *e-Order* secara dini sehingga obat JKN tersedia ketika dibutuhkan, dan dalam kuantitas yang memenuhi skala ekonomi para distributor—jika perlu, secara gabungan dengan faskes lain.
  - ❖ Guna mengantisipasi kebutuhan darurat, dinas kesehatan menerapkan kebijakan—jika perlu dengan menerbitkan peraturan perundang-undangan yang sesuai—yang memungkinkan faskes di wilayah administratifnya untuk mendapatkan item obat yang dibutuhkan dengan

mudah ketika perusahaan farmasi pemenang *e-Katalog* tidak mampu memasok obat JKN yang dibutuhkan untuk menjamin kebutuhan medis pasien.

v. Terkait dengan pembayaran klaim yang tertunda lama:

Pembayaran secara tepat waktu sulit diharapkan selama kemampuan fiskal BPJS Kesehatan tidak ditingkatkan, secara eksternal (dengan pemberian dana yang cukup dan tepat waktu dari pemerintah) maupun internal (kemampuan BPJS Kesehatan merekrut peserta mandiri dan menarik premi dari mereka). Namun rekomendasi berikut ini setidaknya dapat mengurangi tenggat pembayaran klaim yang menyebabkan kepercayaan perusahaan farmasi pemenang lelang terhadap *e-Katalog* berkurang:

- Pada tingkat makro (strategis):

- ❖ Pastikan bahwa faskes yang telah menerima cicilan pembayaran dari BPJS Kesehatan segera melakukan pembayaran utang obat JKN secara proporsional ke perusahaan farmasi pemenang *e-Katalog*.
- ❖ Sederhanakan proses verifikasi obat JKN.

- Pada tingkat mikro (operasional):

- ❖ Rekrut dan latih lebih banyak verifikator, terutama di kantor cabang BPJS Kesehatan, dan/atau personel yang ditugaskan khusus menangani klaim obat JKN di faskes. Lengkapi mereka dengan perangkat keras maupun lunak yang dibutuhkan.

vi. Terkait dengan penangkalan masuknya obat substandar dan rusak ke faskes:

Masuknya obat substandar dan rusak ke faskes akibat harga yang terlalu rendah dan tidak adanya persyaratan selain adanya NIE pada penetapan pemenang *e-Katalog* dapat melalui dua pintu. *Pertama*, penggunaan API dan kemasan primer murah oleh perusahaan pemenang *e-Katalog* agar biaya produksi dapat ditekan hingga lebih rendah dari harga yang ditawarkan. Tetapi, karena margin yang terlalu tipis tidak menjamin ketersediaan obat JKN dalam kuantitas yang memadai, terbuka pintu bagi masuknya produk murah dari perusahaan farmasi non-pemenang *e-Katalog*. Agar dapat menawarkan obat dengan harga mendekati (atau lebih rendah) dari obat JKN, perusahaan non-pemenang berupaya mencari bahan baku yang lebih murah, sehingga mereka tergiur menggunakan API yang ditolak oleh perusahaan farmasi

lain, yang ditawarkan dengan diskon besar. Inilah pintu *kedua* masuknya obat substandar dan rusak ke faskes. Guna menangkal kedua modus yang berpotensi membuat sistem JKN dimasuki produk yang dapat meningkatkan biaya kesehatan tersebut, direkomendasikan kebijakan berikut:

- Pada tingkat makro (strategis):
  - ❖ Pastikan bahwa industri farmasi hanya menggunakan API dan kemasan primer yang memenuhi persyaratan kualitas minimal, misalnya API yang telah mendapat sertifikasi PQ WHO. Penggunaan API dan kemasan primer yang memenuhi persyaratan kualitas minimal dengan sendirinya akan membuat harga tidak terlalu rendah, sehingga persaingan usaha akan lebih terjaga. Guna memastikan seluruh obat produksi lokal memenuhi persyaratan minimal dari sisi bahan baku, BPOM mesti membuat daftar positif API buatan perusahaan mana saja yang memenuhi persyaratan, yang layak digunakan untuk produksi sediaan obat yang beredar di Indonesia.
  - ❖ BPOM selaku lembaga pengawas harus meningkatkan kapasitas SDM dan mempertajam prioritasnya untuk memastikan bahwa obat JKN yang saat ini telah digunakan oleh mayoritas penduduk Indonesia memenuhi persyaratan keamanan, kualitas, dan kemanjuran. Perusahaan farmasi yang terbukti mengedarkan obat yang substandar dan/atau rusak harus dikenai sanksi tegas yang memberikan efek jera.
- Pada tingkat mikro (operasional):
  - ❖ Para produsen obat generik, baik OGB maupun obat generik bermerek, harus menunjukkan dokumen yang membuktikan bahwa mereka mengimpor API dalam kuantitas cukup untuk digunakan sebagai bahan baku sediaan obat yang akan dipasarkan di wilayah Indonesia.

vii. Terkait dengan harga obat JKN yang tidak wajar:

Secara umum, penerapan *e-Katalog* telah menyebabkan penurunan tajam harga obat, sehingga sebagian besar harga obat yang beredar di Indonesia lebih rendah daripada median harga acuan internasional (IRP). Harga yang terlalu rendah ini—harga obat yang wajar sekitar 2-2,5 kali lipat median IRP—dikhawatirkan akan membuat banyak perusahaan farmasi gulung tikar. Guna mencegah hancurnya industri farmasi nasional dan mencegah kekosongan obat JKN, direkomendasikan kebijakan berikut:

- Pada tingkat makro (strategis):
  - ❖ Pastikan bahwa harga obat *e-Katalog* yang terlalu rendah dinaikkan ke tingkat wajar. Setelah kebijakan yang menetapkan persyaratan minimal sehingga tidak mungkin lagi bagi perusahaan farmasi mana pun untuk menawarkan harga yang terlalu rendah, tetapkan HPS yang wajar. Salah satu cara untuk mengoreksi harga penawaran yang sudah telanjur membuat harga obat sangat rendah adalah dengan menerapkan Undang-Undang Nomor 5 Tahun 1999 tentang Larangan Praktek Monopoli dan Persaingan Usaha Tidak Sehat. Pasal 20 undang-undang tersebut menyatakan, "melarang pemasokan barang dan atau jasa dengan cara jual rugi atau menetapkan harga yang sangat rendah...."

Sistem *e-Katalog* sangat diperlukan untuk melancarkan pengadaan obat dan alat kesehatan, yang merupakan salah satu *input* utama sistem pelayanan kesehatan. Sebab itu, upaya untuk menjaga kepercayaan seluruh pemangku kepentingan, terutama para penyedia dan pengguna obat dan alat kesehatan, harus dilakukan secara maksimal. Tanpa *e-Katalog*, faskes bukan hanya tak memiliki harga referensi yang diterima semua pihak, tetapi juga masing-masing faskes harus melakukan proses lelang yang panjang dan membutuhkan sumber daya yang tidak sedikit. Selain itu, karena *e-Katalog* juga digunakan sebagai referensi untuk pembayaran klaim, tanpa sistem pengadaan obat yang transparan tersebut akan sulit bagi oleh BPJS Kesehatan untuk memperkirakan risiko operasional JKN—sistem asuransi kesehatan sosial yang mereka kelola.

### 6.3. Rekomendasi untuk Kajian Lanjut

Salah satu faktor penentu keberhasilan penerapan program JKN adalah RKO yang hingga tahun kelima pelaksanaan sistem jaminan kesehatan sosial tersebut belum menggambarkan secara akurat kebutuhan aktual obat oleh faskes yang melayani pasien JKN. RKO yang meleset jauh dari kebutuhan riil itu terutama merugikan industri farmasi, sehingga menurunkan kepercayaan pemasok terhadap sistem *e-Katalog*, yang pada gilirannya akan menyebabkan kepercayaan faskes yang kebutuhan obatnya tidak terlayani dengan baik juga menurun.

Salah satu penyebab ketidakakuratan RKO tersebut adalah sistem *e-Monev* Kemenkes yang belum berjalan dengan baik. Padahal, pada 2020, pengelolaan *e-Katalog*



obat akan diserahkan sepenuhnya kepada Kemenkes. Karena itu, sangat penting untuk melakukan kajian terhadap kekurangan yang masih ada dalam proses pengadaan obat JKN agar sistem *e-Katalog* dapat memberikan manfaat maksimum guna menjamin efektivitas biaya penggunaan obat.

Isu lain yang membelit pengadaan obat di Indonesia adalah harga. Harga obat yang terlalu rendah dapat membuat ketersediaan produk yang merupakan *input* penting dalam pelayanan kesehatan itu terganggu. Ketidaktersediaan yang persisten dapat mengundang masuknya obat substandar dan/atau rusak yang akibatnya tidak jauh berbeda dari kekosongan obat, yaitu pasien tidak mendapatkan obat yang sesuai dengan kebutuhan medis. Hal ini akan membuat biaya kesehatan menjadi lebih mahal, baik karena tertundanya kesembuhan maupun terjadinya komplikasi penyakit. Di sisi lain, harga obat yang terlalu tinggi akan membebani keuangan BPJS Kesehatan secara langsung. Dengan demikian, penting pula untuk melakukan kajian lanjutan, terutama terhadap obat-obat mahal.

Harga obat yang wajar, tidak terlalu tinggi, akan membuat keuangan BPJS Kesehatan lebih mudah dikelola. Di sisi lain, harga obat yang wajar, tidak terlalu rendah, akan memberi insentif yang cukup bagi industri farmasi untuk memasok obat JKN berkualitas dalam jumlah yang memadai. Ketersediaan obat berkualitas yang lebih terjaga di tingkat faskes akan memungkinkan peserta JKN mendapat obat yang sesuai kebutuhan medis, dengan biaya yang wajar.

Jika dua isu penting di atas—penetapan RKO yang akurat dan harga obat yang wajar—dapat ditemukan solusinya, keberlanjutan sistem JKN akan lebih terjamin.





## DAFTAR PUSTAKA

- Abdolshah, M. (2013). "A Review of Quality Criteria Supporting Supplier Selection". *Journal of Quality and Reliability Engineering*, 1–9.
- Anggriani, Y., Ramadaniati, H.U., Sarnianto, P., Pontoan, J. & Suryawati, S. (2019). "The Impact of Pharmaceutical Policies on Medicine Procurement Pricing in Indonesia under the Implementation of Indonesia's Social Health Insurance System". *Value in Health, Regional Issues*, 1–8.
- Besançon, L. & Chaar, B. (2013). *Report of the International Summit on Medicines Shortages, Toronto, Canada, 20-21 June 2013*. International Pharmaceutical Federation (FIP), p9.
- Bof, Y. & Previtali, P. (2010). "National Models of Public e-Procurement in Europe". *Journal of e-Government Studies and Best Practices*, 1–14.
- Bogaert, P., Bochenek, T., Prokop, A. & Pilc, A. (2015). "A Qualitative Approach to a Better Understanding of the Problems Underlying Drug Shortage, as a View from Belgian, French, and the European Union's Perspective". *Plos One*, 1–20.
- BPJS Kesehatan (2018). "Membangun Sinergi untuk Meningkatkan Kualitas Hidup Masyarakat Indonesia". *Laporan Pengelolaan Program dan Laporan Keuangan Jaminan Sosial Kesehatan Tahun 2017*, halaman xiv.
- BPJS Kesehatan (2019). *Laporan Pengelolaan Program dan Laporan Keuangan Jaminan Sosial Kesehatan Tahun 2018 (Auditan)*. Tersedia di <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/c8220cd5fa7c067c3b45977fdfecb7a3.pdf> [Diakses pada 12 Oktober 2019].
- Enyinda, C.I., Dunu, E. & Bell-Hanyes, J. (2010). "A Model for Quantifying Strategic Supplier Selection: Evidence from Generic Pharmaceutical Firm Supply Chain". *International Journal of Business Marketing, and Decision Science*, 25–44.

- 
- Faden, L., Vielle-Valentin, C., Ross-Degnan, D. & Wagner, A. (2011). Working Paper 2: *The Role of Health Insurance in the Cost-Effective Use of Medicines. Reviews Series on Pharmaceutical Pricing Policies and Interventions*, WHO/HAI Project on Medicine Prices and Availability.
- Kanyoma, K.E., Khomba, J.K., Sankulani, E.J. & Hanif, R. (2013). "Sourcing Strategy and Supply Chain Risk Management in the Healthcare Sector: A Case Study of Malawi's Public Healthcare Delivery Supply Chain". *Journal of Management and Strategy*, 16–26.
- Kemenkes (2014, September 5). Permenkes Nomor 63 Tahun 2014. Jakarta, Indonesia.
- Kemenkes (2014, Maret 26). Surat Edaran Nomor 167 Tahun 2014. Jakarta, Indonesia.
- Kritchanchai, D. (2012). "A Framework for Healthcare Supply Chain Improvement in Thailand". *Operations and Supply Chain Management*, 5:103–113.
- LKPP. (2015). *Data Realisasi RKO Tahun 2015*. Jakarta.
- LKPP. (2016). *Data Realisasi RKO Tahun 2016*. Jakarta.
- Lu, D. (2011). *Fundamentals of Supply Chain Management*. Dawei Lu & Ventus Publishing Aps.
- MSH. (2012). "Toward Sustainable Acces to Medicines" dalam *M.S. Health, MDS-3: Managing Access to Medicines and Health Technology* (hal. 1.1–1.19). Arlington: Management Science for Health.
- Mwikali, R. & Kavale, S. (2012). "Factors Affecting the Selection of Optimal Suppliers in Procurement Management". *International Journal of Humanities and Social Science*, 189–193.
- Rémuzat, C., Urbinati, D., Mzoughi, O., El Hammi, E., et al. (2015). "Overview of External Reference Pricing System in Europe". *Journal of Market Access & Health Policy* 3:27675. Tersedia di <http://dx.doi.org/10.3402/jmahp.v3.27675> [Diakses pada 30 Mei 2016].



- Pasipoulos, A., Siskou, O., Galanis, P., Prezerakos, P., et al. (2013). "The Implementation of e-Procurement System in the Health Sector in Greece: Attitude of Potential Users and Implication for Hospital Management". *International Journal of Health Research and Innovation*, 1:15–23.
- Pisani E, Nistor AL, Hasnida A, Parmaksis, K, et.al. (2019). "Identifying market risk for substandard and falsified medicines: an analytic framework based on qualitative research in China, Indonesia, Turkey and Romania". *Wellcome Open Research*: 125.
- Ripin, D.J., Jamieson, D., Meyers, A., Warty, U., et al. (2014). "Antiretroviral Procurement and Supply Chain Management". *Antiviral Therapy*, 19:79–89.
- Ronald, N.K. & Omwenga, J.Q. (2015). "Factors Contributing to Adoption of e-Procurement in County Government: A Case Study of County Government of Bomet". *International Journal of Academic Research in Business and Social Science*, 5:233–239.
- Sulistiyono, H. (2019). *Analisis Pengadaan Obat pada Puskesmas Badan Layanan Umum Daerah di Provinsi DKI Jakarta, 2018*. Tesis. Program Magister Ilmu Kefarmasian, Universitas Pancasila, Jakarta, 90 hal.
- WHO (2011). *Noncommunicable Diseases: Country Profiles 2011*. Indonesia, 95. Tersedia di [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_profiles\\_report.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles_report.pdf) [Diakses pada 24 Maret 2013].











**TIM NASIONAL PERCEPATAN PENANGGULANGAN KEMISKINAN**

**Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia**

Jl. Kebon Sirih No. 14, Jakarta Pusat 10110

Telepon : (021) 3912812

Faksimili : (021) 3912511

E-mail : [pokjakesehatan@tnp2k.go.id](mailto:pokjakesehatan@tnp2k.go.id)

Situs : [www.tnp2k.go.id](http://www.tnp2k.go.id)

ISBN 978-602-275-202-8

