

Formularium Nasional (FORNAS) dan *e-Catalogue* Obat Sebagai Upaya Pencegahan Korupsi dalam Tata Kelola Obat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

SYAHDU WINDA

Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK)

syahdu.winda@kpk.go.id

p-ISSN 2477-118X

e-ISSN 2615-7977

ABSTRAK

Dalam era Jaminan Kesehatan Nasional, tata kelola obat harus menerapkan kendali mutu dan kendali biaya. Pemerintah telah menetapkan Formularium Nasional (FORNAS) sebagai kendali mutu dan *E-catalogue* obat sebagai kendali harga. Dalam upaya pencegahan korupsi, FORNAS dan *E-catalogue* diharapkan dapat merombak praktik korupsi dalam persepsian dan pengadaan obat. Melalui FORNAS, telah dipilih obat-obatan yang bermutu dan

cost effective. Penggunaan obat pun diatur untuk setiap tingkat fasilitas kesehatan untuk menghindari penggunaan obat yang tidak rasional. Kondisi ini diharapkan dapat mengurangi korupsi dengan menghilangkan praktik suap/gratifikasi dalam peresepan obat oleh perusahaan farmasi. Di sisi lain, pengadaan obat yang selama ini menjadi objek korupsi, ditutup melalui sistem *E-catalogue*. Sejumlah obat yang dibutuhkan telah dilelang dan dinegosiasikan dengan harga terbaik oleh LKPP untuk kemudian tayang pada *E-catalogue*. Fasilitas kesehatan dapat melaksanakan belanja obat secara langsung dengan mudah dan transparan tanpa perlu lagi melakukan proses lelang yang sangat berpotensi korupsi. Tetapi dalam proses penerapan FORNAS dan *E-catalogue* sebagai kendali mutu, kendali biaya dan alat pencegahan korupsi dalam tata kelola obat, masih ditemukan permasalahan yang mengakibatkannya belum dapat mencapai tujuan secara optimal. Ketidaksiesuaian obat di FORNAS dengan obat yang tayang di *E-catalogue*, perbedaan daftar obat di FORNAS dengan Panduan Praktik Klinik (PPK), belum adanya aturan yang mengatur minimal kesesuaian FORNAS pada formularium Rumah Sakit, keterlambatan proses tayang obat di *E-catalogue* serta kelemahan pada aplikasi *E-catalogue* adalah serangkaian permasalahan yang masih menghambat FORNAS dan *E-catalogue* menjadi solusi pencegahan korupsi di tata kelola obat JKN. Instansi terkait (Kementerian Kesehatan dan LKPP) perlu melakukan perbaikan berupa penyusunan aturan yang mendorong kepatuhan implementasi FORNAS di setiap tingkat fasilitas kesehatan, pemenuhan item obat FORNAS dalam *E-catalogue*, penanyangan obat FORNAS tepat waktu di *E-catalogue* serta perbaikan fitur aplikasi *E-catalogue*.

Kata Kunci: *E-catalogue*, FORNAS, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

ABSTRACT

In the National Health Insurance (JKN), drug governance have to implement quality control and cost control. The Government has published the National Formulary (FORNAS) as quality control and E-catalogue as price control. FORNAS and E-catalogue are expected to minimize corruption practices in drug prescription and drug procurement. Quality and cost effective drugs have been selected in FORNAS. Use of drug and restrictions are also regulated for

each level of health facilities to avoid irrational using. FORNAS is expected to reduce corruption by eliminating bribery/gratification practices to doctors/hospitals by pharmaceutical companies. On the other hand, the corruption holes in the procurement are tried to be reduced through the E-catalogue system. A number of drugs needed have been tendered and negotiated by LKPP at the best price in E-catalogue. Health facilities can carry out drug procurement quickly and transparently without auction process. But in the process of applying FORNAS and E-catalogue as quality control, cost control and to minimize corruption, there are still problems that have not yet been able to reach their goals optimally. Mismatch number of drugs and item of drugs in FORNAS and E-catalogue, differences of drug lists in FORNAS with the Clinical Practice Guidelines (PPK), the absence of rules governing the minimum percentage of FORNAS in Hospital formularies, delays in drug display processes in e-catalogs and weaknesses in E-catalogue application is a series of problems that still hamper FORNAS and E-catalogue as solutions to prevent corruption in JKN drug governance. Relevant agencies (Ministry of Health and LKPP) need to make improvements in the form of regulations that encourage FORNAS compliance at each of the health facility level, fulfillment of FORNAS drug items in E-catalogue, availability of FORNAS in E-catalogue in early year and improvement of E-catalogue application features.

Keywords: *E-catalogue, national formulary (FORNAS), national health insurance (JKN)*

A. PENDAHULUAN

Sebelum era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), belanja obat Indonesia mencapai angka 40 (empat puluh) persen dari belanja kesehatan secara keseluruhan. Biaya tersebut merupakan salah satu yang tertinggi di dunia¹, berbeda dengan negara-negara lain yang lebih maju seperti Amerika Serikat, Inggris, dan Jerman, biaya obat hanya berkisar 11 persen hingga 12 persen dari biaya perawatan kesehatan. Survei pada pelayanan kesehatan di Indonesia juga memperlihatkan penggunaan obat yang tidak rasional cukup tinggi².

1 <http://telusur.metrotvnews.com/read/2015/05/30/131355/makin-kecil-belanja-obat-makin-bagus>, diakses tanggal 12 Februari 2016

2 Kebijakan Obat Nasional, Kementerian Kesehatan, 2006

Selain penggunaan yang tidak rasional, Indonesia dihadapkan pada harga obat yang masih sangat mahal jika dibandingkan dengan beberapa negara lainnya di dunia³. Penelitian juga memperlihatkan bagaimana harga obat generik dengan harga obat merek dagang di Indonesia bisa berbanding 1,37-22,34 kali, sedangkan di Amerika, perbandingan hanya berkisar 1,09-3,88 kali⁴. Kondisi perbandingan harga obat dengan kandungan yang sama ini (versi generik dan bermerek) tentu perlu dikendalikan oleh Pemerintah. Obat dengan merek dagang memang mengepung pasar Indonesia. Berdasarkan data BPOM⁵, proporsinya mencapai lebih dari 80%. Obat generik dengan harga lebih murah dengan khasiat yang sama, proporsinya di pasaran tak lebih 17% saja.

Selain itu, harga obat mahal disebabkan adanya biaya promosi (*marketing fee*) yang tinggi dan pemberian gratifikasi (berupa *sponsorsip* dan/atau fasilitas langsung) kepada dokter dari pabrikan obat akibat persaingan yang tidak sehat. Menurut data Kementerian Kesehatan, jumlah perusahaan farmasi di Indonesia mencapai 210⁶ perusahaan dengan jumlah distributor/Pedagang Besar Farmasi (PBF) sebanyak 2.087. Gambaran ini menunjukkan bahwa terdapat persaingan yang cukup ketat antar penyedia obat sehingga muncul persaingan yang tidak sehat, terutama pada mekanisme kerja sama antara perusahaan farmasi dan PBF dengan dokter. Dalam kerja sama tersebut, dokter akan menerima diskon 10-20 persen penjualan obat dari perusahaan farmasi. Diskon tersebut diberikan dalam bentuk uang dan fasilitas. Hal ini merupakan salah satu faktor yang mengakibatkan harga obat melambung tinggi dan pasien sering mendapat resep yang tidak perlu. Data Majalah Tempo tanggal 2 November 2015 menyebutkan bahwa sebanyak 2.125 dokter dan 151 rumah sakit yang tersebar di lima provinsi diduga menerima suap sebesar Rp131 milyar sejak tahun 2013-2015⁷.

3 <http://binfar.kemkes.go.id/2014/06/mahalnya-harga-obat-di-indonesia>, diakses tanggal 12 Februari 2016

4 Analisis Komponen Harga Obat, Buletin Badan Penelitian Kesehatan 28 (1), Kementerian Kesehatan, 2000

5 Data NIE BPOM, 2017

6 <http://apif.binfar.depkes.go.id/grafik-industrifarmasi.php>, diakses tanggal 12 Mei 2017

7 <http://nasional.tempo.co/read/news/2015/11/02/173715195/eksklusif-2-125-dokter-diduga-terima-suap-obat-rp-131-m>, diakses tanggal 12 Februari 2016

Dari sisi pengadaan, obat merupakan objek pada sektor kesehatan yang paling rawan dikorupsi. Data kasus korupsi kesehatan (tahap penyidikan) 2009-2013 memperlihatkan jumlah kasus terbanyak pada alat kesehatan, pembangunan infrastruktur dan obat. *Mark up* dan penggelembungan harga adalah modus paling umum yang dilakukan oleh pelaku korupsi⁸

Dalam konteks Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang mulai diberlakukan pada Tahun 2014 berdasarkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), Pemerintah dalam menyelenggarakan program JKN harus menerapkan prinsip kendali mutu dan kendali biaya (KMKB), termasuk juga untuk penggunaan dan pembiayaan obat. Pemilihan obat harus bermutu tetapi di sisi lain juga harus *cost effective* serta penggunaannya harus rasional. Oleh karena itu sebagai amanah UU SJSN bahwa Pemerintah harus menetapkan daftar dan harga obat yang dapat dijamin oleh BPJS Kesehatan, sehingga lahirlah Formularium Nasional (FORNAS) dan mekanisme pembelanjaan obat melalui *E-catalogue*.

FORNAS sebagai kendali mutu, adalah daftar obat yang disusun oleh komite nasional yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan, didasarkan pada bukti ilmiah mutakhir berkhasiat, aman, dan dengan harga yang terjangkau yang disediakan serta digunakan sebagai acuan penggunaan obat dalam JKN. Sedangkan *E-catalogue* obat merupakan mekanisme pembelian obat melalui aplikasi *e-purchasing* yang berperan untuk mengendalikan harga obat FORNAS tersebut.

Dalam era JKN, komponen obat merupakan salah satu komponen dalam tarif pelayanan INA-CBGs⁹ yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan dalam satu paket (meliputi biaya konsultasi dokter, biaya obat dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP), biaya pemeriksaan penunjang, akomodasi atau kamar perawatan dan biaya lainnya yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan pasien)¹⁰. Dengan aturan

8 Tren Korupsi Kesehatan 2009-2013, Paparan ICW

9 *Indonesia Case Base Group* (INA-CBGs), sistem tarif klaim pada pelayanan di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL), yang dibentuk berdasarkan pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *grouping* (Permenkes 27 Tahun 2014)

10 Terdapat juga klaim obat di luar paket, seperti obat sitostika dan obat Program Rujuk Balik (PRB) yang dibayarkan berdasarkan acuan harga yang tertera di *E-catalogue* atau daftar harga yang dikeluarkan oleh kementerian Kesehatan.

ini, paradigma pihak fasilitas kesehatan ‘dipaksa’ untuk berubah menjadi efisien jika tidak ingin merugi. Sehingga pada akhirnya acuan FORNAS dan *E-catalogue* dalam tata kelola obat memang menjadi pilihan yang harus diimplementasikan.

Selain sebagai pengendalian mutu dan biaya dalam pelayanan kesehatan, khususnya JKN, perlu dilihat apakah FORNAS dan *E-catalogue* juga dapat menjadi kebijakan yang meminimalisasi potensi korupsi dalam tata kelola obat, apakah permasalahan yang masih menghambat implementasi FORNAS dan *E-catalogue* tersebut agar dapat berjalan optimal serta solusi apa yang diperlukan untuk perbaikan FORNAS dan *E-catalogue* ke depan sehingga dapat menjadi strategi upaya pencegahan korupsi yang efektif dalam pengelolaan obat, khususnya di sistem JKN.

1. Rumusan Masalah

Dengan telah ditetapkannya FORNAS sebagai kendali mutu dan *E-catalogue* sebagai kendali biaya oleh Pemerintah dalam pengelolaan obat JKN, bagaimana implementasi kedua kebijakan tersebut dapat meminimalisasi korupsi dalam tata kelola obat? Apa saja potensi kelemahan dari kedua kebijakan tersebut sehingga pengelolaan obat JKN yang bebas korupsi belum dapat berjalan secara optimal?

2. Tujuan Kajian

Tujuan kajian adalah untuk mengidentifikasi titik-titik rawan korupsi dan permasalahan penerapan FORNAS dan *E-catalogue* dalam sistem tata kelola obat dalam JKN serta memberikan saran perbaikan untuk dalam rangka mencegah terjadinya tindak pidana korupsi.

3. Metode Penelitian

Kegiatan kajian difokuskan memetakan potensi korupsi dalam tata kelola obat pada sistem JKN, khususnya pada penerapan FORNAS dan *E-catalogue*. Beberapa instansi menjadi objek kajian, antara lain:

1. Kementerian Kesehatan
2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan
3. Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah (LKPP)
4. Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM)
5. Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota

6. Fasilitas Kesehatan: Rumah Sakit/Puskesmas/Klinik/Apotik/dll

Pemenuhan data primer didapatkan dari observasi lapangan di daerah/unit sampel. Penetapan daerah/unit sampel dilakukan dengan mempertimbangkan kriteria anggaran kesehatan yang dikelola pemerintah kabupaten/kota/unit sampel, sebaran geografis, dan ketersediaan waktu dari kajian ini.

Dalam kajian ini, observasi dilakukan di beberapa daerah dan unit sampel yang memenuhi salah satu kriteria sebagai penerima anggaran kesehatan terbesar, tingkat kesesuaian FORNAS dan pelaksanaan *E-catalogue*. Observasi lapang dilakukan di 7 (tujuh) daerah kabupaten/kota dengan karakteristik sebagai berikut:

Tabel 1 Daerah Sampling Kajian

NO	NAMA DAERAH	KETERANGAN
1	Kabupaten Banyumas, Prov. Jawa Tengah	Kabupaten Banyumas mewakili Pulau Jawa dekat dengan jumlah penduduk yang besar dan memperoleh cukup besar pendapatan asli daerah yang berasal dari sektor kesehatan yaitu program JKN
2	Kabupaten Gorontalo, Prov. Gorontalo	Kabupaten Gorontalo Pulau Sulawesi, Berdasarkan data yang dimiliki Kementerian Kesehatan merupakan daerah yang memiliki tingkat kesesuaian FORNAS paling tinggi di Indonesia
3	Kabupaten Aceh Besar, Prov. Aceh	Kabupaten Aceh Besar mewakili barat Indonesia dan pulau Sumatera, Termasuk kabupaten percontohan dalam pelaksanaan <i>E-catalogue</i> obat
4	Kota Sorong, Prop. Papua Barat	Kota Sorong, kota yang penduduknya cukup padat di Papua. Mewakili timur Indonesia. Dengan tingkat kesehatan yang rendah dan tunggakan pembayaran premi JKN yang cukup besar ke BPJS
5	Kabupaten Monokwari, Prov. Papua Barat	Kabupaten Monokwari, mewakili timur Indonesia, memiliki rujukan yang tinggi, tingkat kesehatan yang rendah dan tunggakan pembayaran premi JKN yang cukup besar ke BPJS
6	Kota Malang, Prov. Jawa Timur	Kota Malang, mewakili barat Indonesia, wilayah perkotaan dengan penduduk padat, akses terhadap internet dan penyedia obat relatif mudah
7	Kota Surabaya, prov. Jawa Timur	Kota Surabaya, mewakili wilayah perkotaan di barat Indonesia dengan penduduk padat, akses terhadap internet dan penyedia obat relatif mudah

Analisis yang dilakukan dalam kajian ini meliputi:

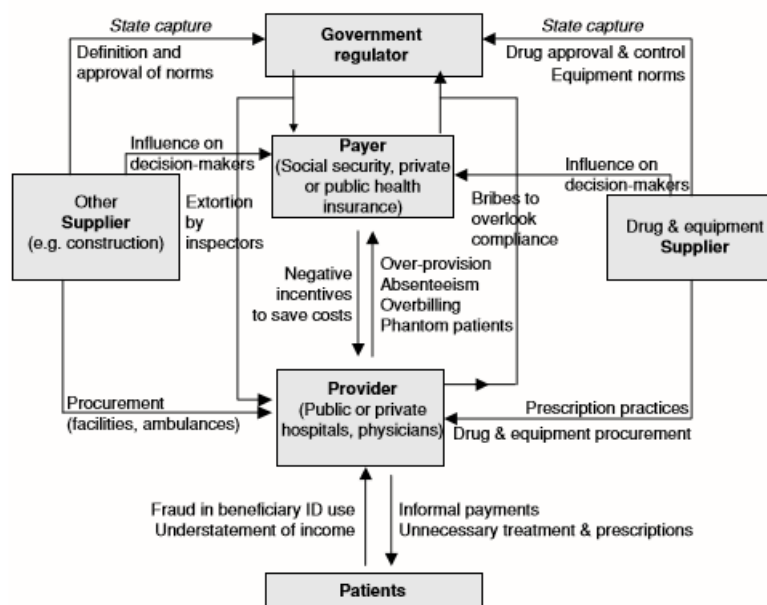
Analisis regulasi, dokumen lain yang relevan dan analisis atas dasar hasil observasi di lapangan

Memperkaya perspektif kajian dengan melakukan *Focus Group Discussion* (FGD) untuk memperoleh hasil analisis dari beberapa pakar atas strategi pencegahan korupsi dan pembenahan tata kelola obat di sektor kesehatan, serta analisis efektivitas FORNAS dalam mengendalikan harga dan mengurangi potensi gratifikasi.

4. Kerangka Teori

Tiga ciri khas sektor kesehatan yang mengakibatkannya berpotensi korupsi adalah adanya asimetri informasi, adanya ketidakpastian, serta tingginya jumlah pemangku kepentingan baik di sektor publik maupun swasta. Hal-hal inilah yang menyulitkan inisiasi penerapan transparansi dan akuntabilitas pada sektor kesehatan. Kompleksitas hubungan sektor kesehatan yang melibatkan aktor yang terdiri atas regulator (*government*), pasien, fasilitas kesehatan, asuransi, *supplier* (*vendor*), dan potensi korupsi pada masing-masing pihak dapat dilihat pada Gambar 1 berikut ini.

Gambar 1 Pemetaan Potensi Korupsi Sektor Kesehatan



Regulator (kementerian kesehatan, parlemen)

Pemerintah/parlemen mempunyai peran untuk melakukan pengawasan dan membuat kebijakan. Pada sektor kesehatan, peranan regulator dapat berupa: perizinan obat dan alat kesehatan agar peredarannya aman dan efektif, pengawasan agar tenaga kesehatan memiliki keterampilan yang telah terbukti, dan pengawasan pemenuhan standar minimal pada fasilitas kesehatan. Dalam perannya sebagai regulator, penyusunan peraturan/regulasi dapat berpotensi

korupsi. Sebagai contoh, perusahaan farmasi dapat menyamarkan studi penelitian, mempengaruhi dan menyuap regulator untuk menyetujui atau mempercepat pemrosesan perizinan. Dari sisi Penyedia layanan kesehatan, mereka dapat membayar regulator untuk mengabdikan perizinan yang tidak memenuhi persyaratan.

Payer/Pembayar (penyelenggara jaminan sosial, perusahaan asuransi kesehatan)

Para pembayar dapat dicurangi oleh pelaku lain atau menjadi pihak yang terlibat dalam praktik korupsi itu sendiri. Sebagai contoh, penyelenggara jaminan sosial dapat melakukan kecurangan dengan menggelapkan dana dan menerima *kickback* dari fasilitas kesehatan atas pengajuan klaim yang tidak benar,

Penyedia layanan kesehatan (rumah sakit, dokter, perawat, apoteker)

Penyedia layanan kesehatan memiliki berbagai peluang untuk terlibat dalam korupsi karena mereka memiliki pengaruh yang kuat atas keputusan medis, termasuk meresepkan obat, menentukan lamanya tinggal di rumah sakit, merujuk pasien untuk konsultasi atau layanan tambahan. Dalam membuat keputusan ini, penyedia layanan kesehatan dapat bertindak bukan demi kepentingan terbaik pasien dengan motivasi untuk mendapatkan keuntungan finansial, peningkatan prestise, atau kondisi kerja yang lebih baik. Pasien umumnya tunduk pada profesional perawatan kesehatan dalam menentukan tindakan apa yang harus diambil untuk mengobati penyakit. Akibatnya, penyedia layanan kesehatan berada dalam posisi istimewa untuk menentukan layanan apa yang dapat diberikan.

Bentuk-bentuk kecurangan dari penyedia layanan kesehatan adalah membuat klaim palsu (*phantom billing*), merujuk pasien ke laboratorium swasta di mana mereka memiliki saham keuangan (*self referral*), atau meresepkan obat mahal dengan imbalan suap atau suap dari perusahaan farmasi.

Pasien/Konsumen

Pasien juga dapat berpartisipasi dalam perilaku korup. Dalam banyak sistem, pasien mencoba mendapatkan perawatan gratis atau bersubsidi dengan melaporkan secara tidak benar pribadi atau keluarga mereka. Jika mengacu dengan sistem JKN saat ini, pasien dapat

melakukan tindakan kecurangan dengan menggunakan kartu peserta palsu atau kartu orang lain untuk mendapatkan pelayanan gratis.

Pemasok (produsen peralatan medis, perusahaan farmasi)

Pemasok peralatan medis dan perusahaan farmasi memiliki informasi istimewa tentang produk mereka. Bentuk kecurangan yang dapat dilakukan pemasok adalah mengemas kembali obat kadaluarsa, menyuap pejabat pengadaan untuk mengotorisasi harga yang lebih tinggi, atau mendorong penyedia untuk menggunakan produk mereka dengan harga yang tinggi meskipun yang lebih murah tersedia.

B. PEMBAHASAN

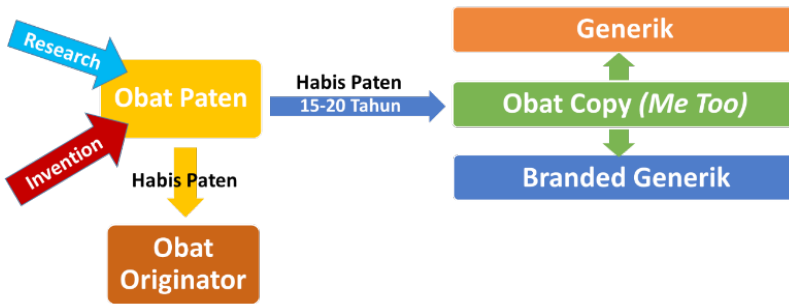
Obat

“Mau obat paten atau generik?” Pilihan inilah yang harus kita hadapi saat pereseapan obat. Dengan mitos bahwa obat generik adalah obat murah dengan mutu jelek dan obat kelas dua, sering kali kita pasti cenderung memilih obat paten dengan berbagai alasan: ada harga ada rupa, mutu lebih baik, serta harapan sembuh lebih cepat.

Sebenarnya apakah yang dimaksud dengan obat paten? Apakah obat paten itu artinya obat bermerek? Inilah salah satu contoh problema informasi yang tak seimbang (*asymmetric information*) pada sektor kesehatan. Pasien sebagai orang awam umumnya tak paham saat dokter meresepkan obat, apakah itu obat paten, generik atau hanya sekadar generik bermerek. Keputusan sepenuhnya berada di tangan dokter. Dokterlah yang punya ‘kuasa’ menuliskan pilihan jenis obat karena memang dokter lah yang berkompeten untuk itu.

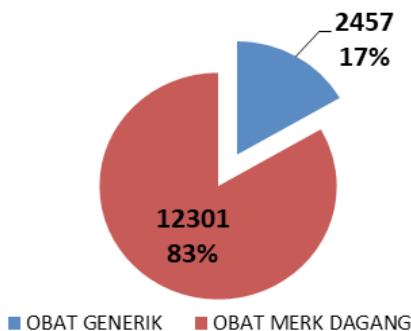
Di Indonesia, obat beredar dapat dibagi menjadi obat bermerek dagang (obat paten dan obat generik bermerek) dan obat generik. Obat paten adalah obat yang masih memiliki hak paten. Obat paten terdaftar atas nama pembuat (penemu), yang dikuasai, dibuat dalam kemasan asli pabrik yang memproduksinya. Umumnya obat paten berlaku 15-20 tahun, dan pabrik farmasi lain tidak boleh memproduksi produk yang serupa hingga selesai masa patennya. Apabila selesai masa patennya (15-20 tahun) maka pabrik lain boleh memproduksinya (obat *copy*/obat *me too*) dengan mengajukan izin lisensi. Setelah masa paten habis, obat paten kemudian disebut sebagai obat originator (*innovator*).

Gambar 1. Tahapan Obat Paten Menjadi Generik



Sedangkan obat generik adalah obat dengan nama resmi *International Non Proprietary Names (INN)* yang ditetapkan dalam Farmakope Indonesia atau buku standar lainnya untuk zat berkhasiat yang dikandungnya. Selain generik dan paten, dikenal juga istilah obat generik bermerek, yang merupakan obat generik dengan nama dagang yang menggunakan nama milik produsen obat yang bersangkutan. Prinsipnya obat generik dan generik bermerek adalah merupakan obat *copy (mee too)* dari obat paten yang ada. Dalam perizinan edarnya di Indonesia yang dikeluarkan oleh BPOM, obat *copy* ini (baik yang bermerek maupun tidak) harus sudah teruji memiliki khasiat yang sama dengan obat originatornya. Sedangkan bagi industri farmasi di Indonesia, yang akan membuat suatu obat *copy* dalam bentuk generik dan generik bermerek maka diharuskan keduanya memiliki spesifikasi yang sama. Kalau begitu, dapat dilihat bahwa sebenarnya tidak ada perbedaan antara obat generik dan generik bermerek.

Gambar 2. Statistik Obat Beredar di Indonesia



Berdasarkan data BPOM 2017¹¹, persentase obat generik yang beredar di Indonesia hanya berkisar 17%, masih kalah jauh dari jumlah peredaran obat dengan merk dagang yang harganya pasti lebih mahal (padahal tidak semua obat bermerk dagang tersebut adalah obat paten/originator, sebagian hanya generik yang diberi merek).

Kondisi mahalnya harga obat akibat kepungan obat *branded* ini dapat dilihat dari perbedaan harga antara obat generik dan obat originator (obat paten yang telah habis masa patennya). Dengan kandungan kimia dan manfaat yang sama, perbedaan harga obat tersebut di Indonesia dapat mencapai 2-85 kali sebagaimana dapat dilihat pada contoh di tabel berikut.

Tabel 2. Perbandingan Harga Generik, Generik Bermerek dan Originator

OBAT GENERIK	RP	ORIGINATOR	RP	SELISIH
Paracetamol 500mg	132	Panadol	260	2.0x
Metformin 500mg	186	Glucophage	1.500	8.2x
Amoxicillin	450	Amoxil	4.000	8.7x
As Mefenamat 500 mg	165	Ponstan	2.400	14.6x
Acyclovyr 200 mg	610	Zovirax	10.100	16.6x
Levofloxacin 500 mg	1.442	Cravit	38.600	26.8x
Captopril 24 mg	175	Capoten	7.990	46.5x
Ciprofloxacin	325	Ciproxin	28.900	85.0x

Obat	Harga*
Generic: Levofloxacin	1.240
Branded Generic:	
Metilev 20.694	Crovax: 24.255
Nislev 43.900	Levoxal 36.760
	Masardal 38.800
Originator: Cravit	47500

HARGA BRANDED GENERIK = HARGA ORIGINATOR

SUMBER: PAPARAN TATA KELOLA OBAT DI INDONESIA, PROF. IWAN DWIPRIHASTO (KETUA TIM FORNAS), 2016

Harga obat pada Tabel 2 memperlihatkan bagaimana obat generik yang hanya dilabeli merek (bukan paten/originator) mempunyai harga berlipat ganda dibandingkan obat generik padahal memiliki kandungan dan manfaat yang sama.

Besarnya selisih harga antara obat generik dan obat bermerk disebabkan oleh besarnya biaya promosi yang dikeluarkan oleh perusahaan farmasi. Berdasarkan penelitian Majalah TEMPO, biaya

11 Sumber BPOM, 2017

promosi obat di Indonesia mencapai angka 40% dari biaya produksi. Biaya promosi tersebut bukan sekadar digunakan untuk iklan tetapi juga untuk membiayai *sponsorship* dokter dalam mengikuti pelatihan/seminar/workshop/kongres serta memberikan gratifikasi/hadiah kepada dokter atas penulisan resep yang telah dilakukan¹². Di samping itu, kebijakan harga obat di Indonesia sampai saat ini masih mengacu pada mekanisme pasar sehingga juga mengakibatkan terjadinya perbedaan harga yang signifikan untuk obat yang berbeda nama tetapi kandungan zat berkhasiat sama¹³.

Formularium Nasional (Fornas)

FORNAS merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan harus tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan dalam rangka pelaksanaan JKN. Dalam hal obat yang diperlukan tidak tercantum dalam FORNAS maka dapat digunakan obat lain secara terbatas berdasarkan persetujuan komite medik atau Direktur Utama Rumah Sakit setempat¹⁴. Obat yang termuat dalam FORNAS adalah obat yang telah dipilih dengan mempertimbangkan mutu, khasiat dan biaya yang paling efisien dan diharapkan mampu mengatasi 80% penyakit yang diderita oleh masyarakat. Selain itu, FORNAS juga telah mengatur jenis obat yang dapat digunakan di setiap tingkatan fasilitas kesehatan (TK1, TK2, TK3), dosis serta peresepan maksimal yang dapat diberikan sebagai upaya untuk mencegah penggunaan obat yang tidak rasional.

Dalam perjalanannya, sejak diterbitkan pertama kali pada 2013, FORNAS telah mengalami beberapa kali perubahan baik penambahan/pengurangan item/sediaan maupun penambahan/pengurangan retriksi penggunaan untuk mengakomodasi kebutuhan JKN. Berikut tabel yang memperlihatkan regulasi FORNAS dan perubahannya.

12 <https://nasional.tempo.co/read/news/2015/11/02/078714995/eksklusif-terkuak-40-persen-dari-harga-obat-buat-menyuap-dokter/1>, diakses tanggal 10 Juni 2016

13 Selma Siahaan, Kebijakan Harga Obat di Indonesia dan Perbandingannya dengan Negara-Negara Lain, Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan kebijakan Kesehatan Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan

14 Kepmenkes No, HK.02.02/MENKES/523/2015 tentang Formularium Nasional, Bagian Memutuskan Diktum Kedua dan Ketiga.

Tabel 3. FORNAS dan Perubahannya

KETERANGAN	FORNAS 2013	ADDENDUM FORNAS 2013 KE-1	ADDENDUM FORNAS 2013 KE-2	FORNAS 2015	ADDENDUM FORNAS 2015	FORNAS 2017
Regulasi	KMK 328/2013	KMK 159/2014	KMK 363/2015	KMK 523/2015	KMK 137/2016	KMK 659/2017
Pemberlakuan	19 Sep 2013	26 Mei 2014	2 Sep 2015	31 Des 2015	1 Jan 2016	1 April 2018
Item Obat	519	521	538	562	573	586
Sediaan/Kekuatan	923	930	961	983	1.018	1.031

Berdasarkan FORNAS 2017 (terbaru) terdapat 1.031 sediaan obat yang dibutuhkan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Jumlah obat pada daftar ini memperlihatkan hanya sekitar 7% dari sediaan obat yang dibutuhkan dari obat yang beredar saat ini. Data di atas dapat mengindikasikan banyak obat beredar di Indonesia saat ini hanya merupakan duplikasi yang kemudian di bandrol dengan harga tinggi (obat generik bermerk).

FORNAS disusun dengan tujuan untuk menjadi acuan bagi fasilitas pelayanan kesehatan dalam menjamin aksesibilitas obat yang berkhasiat, bermutu, aman, dan terjangkau dalam sistem JKN.

Oleh karena itu kepatuhan penggunaan FORNAS di fasilitas kesehatan perlu dipantau. Pada tahun 2016 terdapat **857** rumah sakit pemerintah dan **9.799** Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) milik Pemerintah Daerah yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, sehingga wajib menggunakan FORNAS dalam rangka kendali mutu dan kendali biaya. Berdasarkan pemantauan yang dilakukan oleh Direktorat Pelayanan Kefarmasian-Kementerian Kesehatan pada tahun 2015 atas kesesuaian penggunaan FORNAS di fasilitas kesehatan tersebut dapat dilihat bahwa kesesuaian penggunaan FORNAS pada Rumas Sakit baru berkisar $\pm 70,66\%$ dan kesesuaian penggunaan FORNAS pada FKTP di Dinkes Kab/Kota sebesar $\pm 70,77\%$. Secara rinci hasil pemantauan tersebut dapat dilihat pada Tabel 4.

Tabel 4 Hasil Pemantauan Kesesuaian Obat Dengan Fornas Pada Fasilitas Kesehatan

NO	PERSENTASE KESESUAIAN OBAT DENGAN FORNAS DALAM JKN	TW 2 (%)	TW 3 (%)	TW 4 (%)	RATA-RATA (%)
1	Rumas Sakit (target: 65%)	69,60	71,20	71,20	70,66
2	FKTP di Kab/Kota (target: 70%)	65,18	73,80	73,36	70,77

SUMBER: DIREKTORAT YANFAR, DITJEN FALMAKES 2016

Catatan: Hasil pemantauan disusun hanya berdasarkan laporan dari 16 RS dan 100 Dinkes Kab/Kota

Saat ini kewajiban proporsi kesesuaian penggunaan FORNAS baru terbatas pada Rumah Sakit Kementerian Kesehatan melalui Peraturan Dirjen Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Nomor: HK.02.03/i/2318/2015. Pedoman teknis ini yang mengatur kepatuhan penggunaan FORNAS menjadi salah satu indikator kinerja yang harus dipenuhi. Indikator kinerja kesesuaian FORNAS tersebut dimasukkan kepada indikator area klinis untuk kategori kepatuhan terhadap standar pelayanan¹⁵. Berdasarkan pedoman teknis penilaian kinerja tersebut standar kepatuhan penggunaan FORNAS ditetapkan $\geq 80\%$ dan yang menjadi penanggung jawab adalah Kepala Instalasi Farmasi di Rumah Sakit.

Selain FORNAS, terdapat juga aturan lain terkait penggunaan obat di faskes yang diatur dalam Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK). PNPK adalah pernyataan yang dibuat secara sistematis yang didasarkan pada bukti ilmiah (*scientific evidence*) untuk membantu dokter dan dokter gigi serta pembuat keputusan klinis tentang tata laksana penyakit atau kondisi klinis yang spesifik¹⁶. PNPK berisi tata laksana penyakit berikut obat yang dapat diberikan. PNPK disusun oleh organisasi profesi dan harus disahkan oleh Menteri Kesehatan untuk dijadikan acuan dalam penyusunan Standar Prosedur Operasional (SPO) di faskes. SPO di faskes disusun dalam bentuk Panduan Praktik Klinis (PPK)/*Clinical Practice Guidelines* dan dilengkapi dengan Alur Klinis /*Clinical Pathway*.

Meskipun telah disusun FORNAS, fasilitas kesehatan dapat menggunakan obat di luar FORNAS sebagaimana diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan. Pada pelaksanaan pelayanan kesehatan, penggunaan obat disesuaikan dengan standar pengobatan program terkait dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Apabila dalam pemberian pelayanan kesehatan, pasien membutuhkan obat yang belum tercantum di FORNAS, maka hal ini dapat diberikan dengan ketentuan sebagai berikut¹⁷:

-
- 15 Perdirjen Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Nomor: HK.02.03/i/2318/2015 tentang Pedoman Teknis Penilaian Kinerja Individu Direktur Utama Rumah Sakit Umum/Khusus dan Kepala Balai Di Lingkungan Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, Lampiran 1
 - 16 Peraturan Menteri Kesehatan No. 1438/Menkes/Per/IX/2010 Tentang Standar Pelayanan Kedokteran, Pasal 7
 - 17 *Op.cit*, KMK 524/2015, Lampiran Bab IV. Pengelolaan Obat FORNAS

1. Penggunaan obat di luar FORNAS di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) hanya dimungkinkan setelah mendapat rekomendasi dari Ketua Komite Farmasi dan Terapi (KFT) dengan persetujuan Komite Medik dan Kepala/Direktur Rumah Sakit.
2. Pengajuan permohonan penggunaan obat di luar FORNAS dilakukan dengan mengisi Formulir Permintaan Khusus Obat Non Formularium.
3. Pengajuan permohonan penggunaan obat di luar FORNAS dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:
 - a. Dokter yang hendak meresepkan obat di luar FORNAS harus mengisi Formulir Permintaan Khusus Obat di luar FORNAS.
 - b. Formulir tersebut diserahkan kepada KFT untuk dilakukan pengkajian obat, baik secara farmakologi maupun farmakoekonomi.
 - c. Setelah proses kajian obat selesai, maka KFT akan memberikan catatan rekomendasi pada formulir tersebut dan menyerahkan ke Komite Medik dan Direktur Rumah Sakit.
 - d. Formulir dengan rekomendasi dari KFT diserahkan kepada Komite Medik dan Direktur Rumah Sakit untuk meminta persetujuan
 - e. Setelah mendapat persetujuan dari Komite Medik dan Direktur Rumah Sakit, obat dapat diserahkan ke pasien.

Atas dasar dapat digunakannya obat di luar FORNAS tersebut maka kemudian rumah sakit menyusun Formularium Rumah sakit dan beberapa daerah juga memiliki Formularium Daerah atau Formularium fasilitas kesehatan tertentu (misalnya Formularium Balai Kesehatan).

Formularium Rumah Sakit (RS) adalah dokumen yang selalu diperbaharui secara terus-menerus yang berisi sediaan obat yang terpilih dan Informasi tambahan lainnya yang merefleksikan pertimbangan klinik mutakhir staf medik rumah sakit¹⁸. Formularium RS disusun bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan farmasi serta meningkatkan efisiensi dan efektivitas pemakaian obat di RS.

18 RSUD Banyumas, SOP Penyusunan Formularium Rumah Sakit, 2015

Umumnya proses penyusunan Formularium RS dilakukan melalui: pengusulan formularium oleh Komite Satuan Medis (KSM) ke KFT, analisis dan penyeleksian usulan KSM oleh KFT, dan penetapan formularium oleh Direktur RS.

Selain adanya formularium RS, daerah melalui Dinas Kesehatan juga memiliki formularium daerah atau formularium khusus yang disusun berupa misalnya formularium balai kesehatan untuk daftar obat yang dibutuhkan tetapi tidak ada dalam FORNAS (misal: Balai paru di Kab. Banyumas), SK Kepala Dinas Kesehatan untuk obat di luar FORNAS (Kab. Malang) yang dapat digunakan pada FKTP, Surat persetujuan Dinas Kesehatan untuk penggunaan obat di luar FORNAS dan *E-catalogue* yang diajukan oleh FKTP (Kab. Aceh Besar).

E-Catalogue

Pengadaan obat berdasarkan PMK 63 Tahun 2014 di Satker Kesehatan baik pusat maupun daerah dilakukan melalui aplikasi *e-purchasing*. Melalui aplikasi ini FKTP dan FKRTL milik Pemerintah yang menjadi rekanan BPJS Kesehatan dapat melakukan pembelian secara *on line* atau *off line* dengan menggunakan daftar obat yang tersedia pada *E-catalogue*. Penyedia obat pada *E-catalogue* merupakan perusahaan farmasi terpilih yang telah melewati serangkaian proses pengadaan yang ditetapkan oleh LKPP:

Pemilihan Penyedia *E-catalogue* dilakukan oleh LKPP dalam beberapa tahapan sebagai berikut¹⁹:

1. Tahap Usulan

Kementerian Kesehatan menyampaikan usulan kebutuhan obat kepada LKPP untuk dilakukan pengkajian dan kelayakan atas usulan obat. Kemudian LKPP menetapkan proses pemilihan penyedia barang/jasa.

2. Proses Pemilihan

Proses pemilihan dilakukan oleh Tim Katalog yang ditetapkan LKPP. Proses pemilihan Penyedia obat dapat dilakukan melalui lelang atau non lelang.

3. Proses Penetapan

LKPP melakukan pengkajian dan penilaian prosedur pemilihan, apabila telah memenuhi prosedur, LKPP membuat surat penetapan yang akan dicantumkan dalam katalog elektronik.

19 Peraturan Kepala LKPP Nomor 14 tahun 2015 tentang *E-Purchasing*

4. Kontrak Katalog

Penandatanganan kontrak katalog dilakukan antara Kepala LKPP dengan Penyedia.

5. Penayangan Katalog Elektronik

LKPP menayangkan daftar obat beserta spesifikasi teknis, harga dan jumlah ketersediaan barang/jasa pada katalog elektronik (*E-catalogue*).

Dengan telah tersedianya daftar obat dan penyedia obat pada *E-catalogue* maka FKTP dan FKRTL melalui Kelompok Kerja Unit Layanan Pengadaan (Pokja ULP) dapat melaksanakan pengadaan obat melalui *e-purchasing*. Proses pengadaan obat oleh faskes melalui aplikasi *e-purchasing* dilakukan dengan cara²⁰:

1. Persiapan

Faskes menyampaikan rencana kebutuhan obat kepada Pejabat Pembuat Komitmen untuk menetapkannya menjadi daftar pengadaan obat. Setelah itu PPK akan meneruskannya kepada Pejabat Pengadaan untuk melakukan pengadaan melalui *e-purchasing*.

2. Pengadaan obat dengan prosedur *e-purchasing*

Pejabat pengadaan mengirimkan permintaan pembelian obat kepada penyedia obat (perusahaan farmasi). Setelah diterima dan disetujui oleh perusahaan farmasi, maka perusahaan akan menunjuk distributor/Perusahaan Besar Farmasi (PBF) untuk melaksanakan penyediaan obat sesuai kontrak jual beli yang disepakati. Pejabat Pembuat Komitmen melaporkan item dan jumlah obat yang ditolak atau tidak dipenuhi oleh penyedia obat/perusahaan farmasi kepada Kepala LKPP.

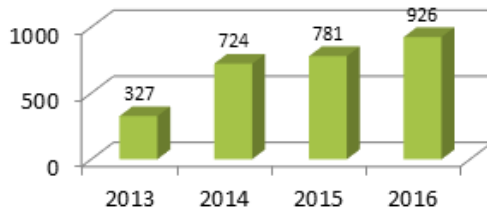
Apabila pengadaan obat secara *on line* terkendala (mengalami gangguan listrik, jaringan atau gangguan aplikasi), maka Pejabat Pengadaan dapat melakukan pengadaan secara manual (*offline*) dengan tahapan sama seperti pengadaan melalui *e-purchasing* hanya saja tidak menggunakan aplikasi.

Apabila proses pengadaan/pembelian obat selesai, industri farmasi diwajibkan untuk melaporkan realisasi pemenuhan permintaan obat dari FKTP atau FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan kepada Kemenkes.

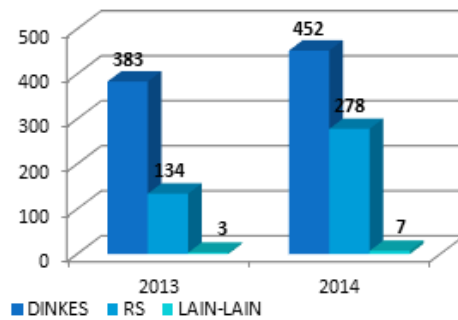
²⁰ Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 63 tahun 2014 tentang Pengadaan Obat Berdasarkan Katalog Elektronik

Sejak dimulainya penggunaan *E-catalogue* obat sejak 2013, telah terjadi peningkatan jumlah sediaan obat yang tayang, peningkatan jumlah pengguna dan transaksi pembelian sebagaimana dapat dilihat pada Gambar 3, 4 dan 5 berikut ini²¹.

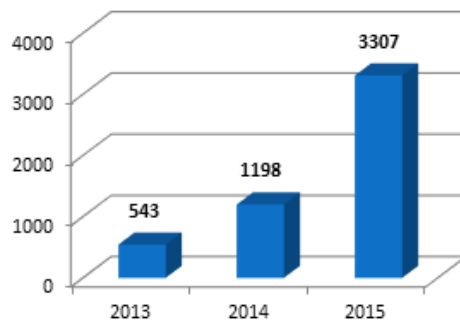
Gambar 3. Perkembangan Transaksi *e-Catalogue* Obat 2013-2015



Gambar 4. Perkembangan Jumlah Pengguna *e-Catalogue*



Gambar 5. Jumlah Transaksi *e-Catalogue* Obat (Miliar Rupiah)



21 Data Kemkes dan LKPP, diolah

Industri Farmasi yang masuk menjadi penyedia di *E-catalogue* pada tahun 2015 berjumlah 78 perusahaan (32,64% dari total industri farmasi yang ada di Indonesia). Untuk menjamin komitmen dan kepatuhan dari industri farmasi sehingga tidak terjadi kekosongan obat maka diatur sanksi yang dapat dikenakan kepada penyedia obat di *e-Catalogue* berdasarkan Perka LKPP 14/2015.

Pengenaan sanksi kepada penyedia obat dilakukan apabila penyedia melakukan wanprestasi terhadap kontrak yang telah disepakati bersama. Penyedia obat memiliki kewajiban untuk menyediakan obat yang tercantum pada katalog elektronik sesuai dengan permintaan *user*. Tabel 5 di bawah ini menerangkan pelanggaran dan sanksi yang dapat dikenakan kepada penyedia.

Tabel 5. Pelanggaran Sanksi Terhadap Penyedia *e-Catalogue*

PELANGGARAN	SANKSI
1. Tidak menanggapi pesanan dalam transaksi melalui <i>e-purchasing</i> ;	Peringatan tertulis (SP1, SP2) dan denda
2. Tidak dapat memenuhi pesanan sesuai dengan kesepakatan dalam transaksi melalui <i>e-Purchasing</i> tanpa disertai alasan yang dapat diterima;	
3. Harga barang/jasa melalui proses <i>e-purchasing</i> lebih mahal dari harga barang/jasa yang dijual selain melalui <i>e-Purchasing</i> pada periode penjualan, jumlah dan tempat serta spesifikasi teknis dan persyaratan yang sama	Penghentian Sementara dari <i>e-Purchasing</i>
4. Membuat dan/atau menyampaikan dokumen dan/atau keterangan lain yang tidak benar untuk memenuhi persyaratan katalog elektronik	Penurunan Pencantuman dari <i>e-Catalogue</i>

Berdasarkan analisis terhadap regulasi dan proses bisnis yang ada terkait FORNAS dan *e-Catalogue*, dapat dilihat bahwa masih ditemukan permasalahan di seputar implementasi penerapan FORNAS dan *e-Catalogue* sebagai upaya kendali mutu, kendali biaya dan meminimalisasi korupsi yang perlu diperbaiki oleh *stakeholder* terkait sebagai berikut:

Ketidaksesuaian Daftar Obat di FORNAS dengan Panduan Praktik Klinis (PPK)

Sebagaimana penjelasan sebelumnya, bahwa acuan penggunaan obat selain FORNAS dapat berupa PNPk atau PPK yang juga dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 5 Tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis (PPK) Bagi Dokter di FKTP, diatur pedoman penatalaksanaan terhadap penyakit yang dijumpai di layanan primer yang di dalamnya salah

satunya mengatur obat yang dapat diberikan untuk suatu penyakit. Selanjutnya untuk kebutuhan JKN, Kemenkes mengeluarkan FORNAS untuk dapat digunakan pada masing-masing tingkat fasilitas pelayanan termasuk di FKTP (Tingkat I). Tingkatan penggunaan obat dalam FORNAS dan PNPK pada faskes, dapat dilihat pada Gambar 6:

Gambar 6 Pedoman Penggunaan Obat



Berdasarkan hasil analisis diketahui bahwa terdapat ketidaksesuaian obat yang dapat digunakan berdasarkan PPK FKTP dengan FORNAS pada FKTP tersebut. Sebagai contoh:

1. Untuk penyakit *Bronchitis Akut*.

Pada PMK 5/2014 diatur bahwa pada penatalaksanaan dapat diberikan ekspektoran berupa GG (Glyceryl Guaiacolate), bromheksin dan ambroksol sedangkan pada FORNAS 2015 tidak terdapat item obat ini.

2. Untuk penyakit *Demam Typhoid*.

Pada PMK 5/2014 diatur pemberian antibiotic ceftriaxone dan cefixime yang di FORNAS penggunaannya untuk faskes Tingkat II dan Tingkat III, bukan pada FKTP serta pemberian thiamfenikol yang tidak terdapat pada FORNAS.

Kondisi di atas mengakibatkan:

1. Ketidakjelasan panduan yang menjadi acuan Dinas Kesehatan dan Puskesmas dalam melaksanakan perencanaan, pengadaan dan penggunaan obat.

2. Kebingungan Dinas Kesehatan dalam melakukan pengadaan obat karena terdapat 2 (dua) pedoman yang bertentangan.

Belum Ada Aturan Minimal Kesesuaian FORNAS pada Formularium RS/Daerah

Berdasarkan KMK No. HK.02.02/MENKES/524/2015 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Formularium Nasional telah juga diatur pelaporan yang harus dilakukan oleh Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit ke Kemenkes terkait persentase kesesuaian penggunaan FORNAS tetapi berdasarkan hasil analisis dapat dilihat bahwa:

1. Belum semua Dinkes dan Rumah Sakit melaporkan kesesuaian penggunaan FORNAS ke Kemenkes berdasarkan KMK 524/2015. Berdasarkan hasil pemantauan yang dilakukan oleh Ditjen Farmalkes Kemenkes tahun 2015, hanya 100 Dinkes dan 116 Rumah Sakit yang melaporkan kesesuaian penggunaan FORNAS. Dari hasil pemantauan tersebut diperoleh hasil implementasi kesesuaian penggunaan FORNAS di Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit baru mencapai angka 70%.
2. Belum ada aturan yang mengatur minimal kesesuaian FORNAS pada formularium RS/Daerah. Saat ini telah terdapat Perdirjen BUK No. HK.02.03/I/2318/2015 yang mengatur *Key Performance Indicator (KPI)* penggunaan FORNAS ($\geq 80\%$) untuk RS Vertikal Kementerian Kesehatan tetapi belum ada panduan yang harus dipatuhi oleh Dinkes, RSUD dan RS Swasta.

Kondisi di atas mengakibatkan:

1. Penggunaan obat di luar FORNAS pada formularium RS dan formularium daerah tidak dapat dikendalikan sehingga berpotensi menimbulkan gratifikasi dari industri farmasi
2. Tujuan FORNAS untuk mengendalikan mutu dan biaya dalam pengadaan obat di faskes, mencegah terjadinya 'marketing fee' kepada tenaga medis dan tenaga kesehatan menjadi tidak dapat tercapai.

Ketidaksesuaian Formularium Nasional (FORNAS) dengan *e-Catalogue*

Berdasarkan hasil analisis dokumen diperoleh fakta adanya ketidaksesuaian antara FORNAS dan *E-catalogue* sebagai berikut:

1. Tidak semua item obat FORNAS tayang di *e-Catalogue*.

Berdasarkan data yang diperoleh di lapangan, dapat dilihat bahwa obat FORNAS belum 100% tersedia di *E-catalogue* untuk memenuhi kebutuhan obat dari faskes meskipun telah terjadi peningkatan setiap tahun. Proporsi obat FORNAS yang tayang di *E-catalogue* dapat dilihat sebagai berikut:

Tabel 6. Perbandingan Sediaan Obat FORNAS dan Obat Tayang di *e-Catalogue*

JUMLAH SEDIAAN OBAT	2013	2014	2015	2016
Jumlah obat FORNAS (sediaan) ¹	(DOEN)	923	930	1018
Jumlah obat tayang di <i>E-catalogue</i> (sediaan) ²	327	724	781	926
% Obat FORNAS tayang di <i>E-catalogue</i>	-	78%	84%	91%

Ket: Diolah berdasarkan data dari FORNAS Kemenkes dan *E-catalogue* LKPP

Salah satu penyebab hal ini terjadi adalah karena tidak akuratnya data (data Rencana Kebutuhan Obat (RKO), Harga Perkiraan Sendiri (HPS), jumlah penyedia) yang disampaikan Kemenkes ke LKPP yang mengakibatkan terjadinya gagal lelang di LKPP sehingga tidak tersedia penyedia untuk obat yang dibutuhkan

2. Sebaliknya, terdapat obat yang tidak masuk dalam FORNAS tetapi tetap tayang di *e-Catalogue* obat, yaitu:

- DHP (dihidroartemisin 40 mg piperakuin 320 mg)
- Zinc tab 20 mg

Saat obat tayang di *e-Catalogue* maka harga obat di *E-catalogue* menjadi referensi harga dalam program JKN. Hal ini telah dinyatakan secara tegas dalam Permenkes No. 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program JKN. Dalam pasal 6 aturan ini dinyatakan bahwa “Harga obat PRB yang ditagihkan kepada BPJS Kesehatan mengacu pada harga dasar obat sesuai *E-catalogue* ditambah biaya kefarmasian”.

Tetapi aturan ini kemudian tidak didukung dengan fakta di lapangan sebagaimana telah dijelaskan pada poin 1 sehingga terdapat sejumlah obat yang tidak memiliki acuan harga sebagai dasar BPJS Kesehatan untuk membayar klaim obat Rumah Sakit/Aptek Rekanan.

Terkait harga obat, sebenarnya Kemenkes telah mengeluarkan beberapa aturan yang mengatur harga pada tahun 2015 sebagai acuan jika obat tidak tayang di *E-catalogue*, yaitu:

1. KMK No. HK.02.20/MENKES/525/2015 tentang HET Obat Generik, yang terbit dan berlaku pada tanggal 31 Desember 2015, berisi harga untuk 197 sediaan obat
2. KMK No. HK. 02.02/MENKES/372/2015 tentang Harga Dasar Obat Program Rujuk Balik, penyakit Kronis dan Sitostika, yang terbit dan berlaku pada 18 September 2015, berisi harga untuk 19 sediaan obat pada Regional I-IV.

Tetapi berdasarkan fakta yang ada pada tahun 2015, dapat dilihat bahwa:

1. Pada peraturan tersebut harga item obat belum mengakomodasi semua obat yang tidak tayang di *e-Catalogue* sehingga tetap menimbulkan kesulitan pembayaran klaim.
2. Waktu terbitnya aturan tersebut tidak dilakukan segera setelah proses pelaksanaan pengadaan penyedia obat di *E-catalogue* selesai dilaksanakan oleh LKPP (antara Januari-Maret) sehingga tidak dapat menjadi acuan secara langsung oleh BPJS Kesehatan untuk membayar klaim obat.
3. Kemenkes tidak melakukan identifikasi data secara periodik atas obat FORNAS yang tidak tayang di *e-Catalogue* sehingga dapat dijadikan dasar evaluasi dan pengambilan kebijakan perbaikan.

Kondisi di atas mengakibatkan:

1. Tidak adanya referensi harga obat yang tidak tayang di *E-catalogue* untuk menjadi acuan bagi BPJS Kesehatan membayar klaim obat Rumah Sakit dan Apotek rekanan sehingga mengakibatkan terjadinya penundaan pembayaran klaim (*claim pending*). Atas hal ini Kemenkes tidak secara langsung menerbitkan aturan acuan harga obat yang tidak tayang di *E-catalogue* sebagai referensi.
2. Kesulitan fasilitas kesehatan untuk melakukan pengadaan obat karena obat yang dibutuhkan tidak tayang di *e-Catalogue* sehingga harus melakukan pengadaan secara regular yang membutuhkan waktu yang lebih lama.
3. Kemenkes tidak mempunyai inputan data yang dapat

dijadikan bahan evaluasi dan acuan perbaikan kebijakan FORNAS dan *E-catalogue*.

Mekanisme Pengadaan Obat melalui *E-catalogue* belum Optimal

Setelah proses penyusunan RKO, HPS obat dan data penyedia obat diselesaikan oleh Kemenkes maka selanjutnya diadakan proses pengadaan obat yang akan tayang di *E-catalogue* oleh LKPP sesuai Perka LKPP No 14 Tahun 2015 tentang *E-purchasing*. Berdasarkan hasil kajian lapangan diperoleh fakta:

1. Masih terjadi keterlambatan dan kegagalan lelang obat oleh LKPP.

Pada pengadaan penyedia obat *E-catalogue* pada tahun 2016, kegagalan lelang terjadi bukan karena tidak adanya penyedia obat yang memasukkan penawaran tetapi karena LKPP membatalkan pemenang lelang 2 (dua) paket obat yang telah diumumkan (Keputusan Kepala LKPP). Hal ini terjadi karena adanya kesalahan prosedur dalam pelaksanaan lelang sebagai berikut:

- a. Adanya penambahan syarat administrasi yang dikeluarkan pada hari terakhir tanggal pemasukan penawaran sehingga banyak penyedia yang tidak terinfokan. Akibatnya hanya penyedia yang aktif *online* yang dapat memenuhi persyaratan tambahan tersebut. Terjadi banyak sanggahan dari penyedia sehingga akhirnya dilakukan pembatalan pemenang lelang dan dilakukan proses lelang ulang.
- b. Setelah proses lelang ulang, kembali terjadi kesalahan pengumuman pemenang. Ada kesalahan teknis dalam penggunaan data excel (.xls) yang mengakibatkan perubahan baris dan kolom file .xls sehingga tidak sesuai antara nama penyedia dan harga obat yang menang lelang.

Dengan kondisi ini maka pada tahun 2016 obat baru dapat tayang di *E-catalogue* pada bulan April 2016.

2. Terdapat kelemahan dalam aplikasi *E-catalogue*, di antaranya:

- a. Tidak tersedianya informasi terkait stok obat dan status pesanan dalam aplikasi *E-catalogue* sehingga faskes tidak dapat menelusuri progres pesanan obat. Saat ini LKPP menggunakan aplikasi *E-catalogue* versi 3
- b. Aplikasi *E-catalogue* sulit diakses oleh faskes pada siang hari

- c. Belum terintegrasinya aplikasi *e-monev* dengan *E-catalogue* sehingga Kemenkes dan LKPP tidak dapat memonitor kesesuaian antara RKO dan realisasi belanja *E-catalogue*

3. Faskes swasta provider JKN tidak diberi akses *e-Catalogue* secara *on line*.

Saat ini faskes yang memperoleh *user* dan *password* untuk mengakses *e-Catalogue* hanya faskes milik Pemerintah. RS Swasta dan apotek belum mendapatkan akses (*user id* dan *password*) untuk melakukan pembelian melalui sistem *e-Catalogue* sehingga pembelian obat dilakukan secara *offline* kepada penyedia di *e-Catalogue* atau belanja di luar penyedia *e-Catalogue*. Untuk faskes milik pemerintah, meskipun telah memiliki akses secara *on line* tetapi masih dimungkinkan untuk belanja secara *offline* apabila aplikasi *e-Catalogue* mengalami kendala operasional. Hal ini berdampak kepada realisasi belanja obat di sistem *e-Catalogue* menjadi tidak akurat karena LKPP tidak mencatat pembelian yang dilakukan secara manual (*offline*). Pembelian secara *offline* ini dapat diklaim oleh IF sebagai pemenuhan komitmen kontrak payung sedangkan di sisi lain tidak ada *record data off line* yang dapat dijadikan acuan.

4. Belum dilakukannya penerapan sanksi bagi industri farmasi penyediaan obat yang wanprestasi oleh LKPP.

Sanksi kepada Industri Farmasi yang wanprestasi telah diatur dalam Perka LKPP Nomor 14 Tahun 2015 Tentang *e-Purchasing* (Pasal 18 ayat 2) tetapi sampai saat ini belum ada laporan terkait penerapan sanksi tersebut meskipun di lapangan terjadi penyedia yang tidak memenuhi komitmennya.

Di daerah yang menjadi sampling, ditemukan beberapa penyedia yang wanprestasi (tidak memenuhi pesanan faskes) dengan alasan sebagai berikut:

- a. Kuota RKO telah melebihi kontrak payung antara LKPP dan industri farmasi. Dasar pemenuhan kuota RKO hanya dilakukan sepihak dari Industri Farmasi. Hal ini karena Industri Farmasi dapat mengklaim pemenuhan kuota dari pembelian *online* dan *offline* sedangkan data pembelian *offline* tidak terekam dengan baik oleh instansi yang berwenang.
- b. Tidak tersedia stok obat di gudang penyedia. Industri farmasi

tidak dapat menyediakan obat seketika saat obat tayang di *e-Catalogue* karena industri farmasi baru dapat memulai proses produksi setelah diumumkan menjadi pemenang. Hal ini terjadi karena proses pengadaan *e-Catalogue* tidak dipersiapkan dengan baik sehingga memberikan waktu industri farmasi untuk memproduksi obat.

Kondisi di atas mengakibatkan:

1. Persentase belanja obat faskes di *e-Catalogue* kurang dari 70%. Berdasarkan hasil kajian lapangan, dapat dilihat bahwa persentase belanja obat tahun 2015 melalui *e-Catalogue* pada faskes yang menjadi sampling kurang dari 70% sebagai berikut:

Tabel 7. Realisasi Belanja Obat Melalui *e-Catalogue*

DINAS KESEHATAN		RSUD	
Kab. Aceh Besar		RSUD Aceh Besar	50.24%
Kota Malang	65.29%	RSUD Malang	N/A
Kota Surabaya	68.27%	RSUD Dr. Mohamad Soewandhi Surabaya	46.13%
Kab. Gorontalo	86.86%	RSUD Dr. MM Dunda Limboto	29.69%
Kab. Manokwari	35.71%	RSUD Manokwari	N/A
Kab. Banyumas	73.00%	RSUD Banyumas	68.25%
Rata-rata	71,52%	Rata-rata	48,58%

SUMBER: DATA SAMPLING DI LAPANGAN

2. Tidak ada insentif bagi faskes swasta untuk menjadi *provider* JKN karena kesulitan melakukan belanja obat melalui *e-Catalogue*
3. Tingkat kepatuhan industri farmasi penyedia obat rendah karena tidak dilakukannya penerapan sanksi wanprestasi

C. PENUTUP

a. Simpulan

Hasil kajian menunjukkan masih ada beberapa kelemahan terkait penerapan FORNAS dan *e-Catalogue* sebagai upaya kendali mutu, kendali biaya serta pencegahan korupsi. Adanya regulasi yang bertentangan terkait penggunaan obat di fasilitas kesehatan padahal dikeluarkan oleh instansi yang sama (Kementerian Kesehatan) sehingga menimbulkan kebingungan acuan di tingkat fasilitas

kesehatan, belum adanya dorongan secara regulasi untuk membuat Rumah Sakit menggunakan FORNAS pada persentase minimal dalam formulariumnya sehingga tujuan kendali mutu dan kendali biaya obat dalam JKN dapat diwujudkan, adalah serangkaian permasalahan terkait FORNAS yang perlu dibenahi.

Sedangkan terkait implementasi *e-Catalogue*, belum semua obat di FORNAS dapat tayang di *e-Catalogue* untuk kemudahan dan meminimalisasi penyimpangan (korupsi) dalam pengadaan serta untuk dasar pembayaran klaim obat oleh BPJS Kesehatan. Selain itu, masih terjadi keterlambatan proses tayang yang menghambat penyediaan obat, belum adanya pengenaan sanksi bagi penyedia 'nakal' serta kelemahan aplikasi *e-Catalogue* (tidak ada informasi stok dan status pemesanan, tidak dibukanya akses bagi faskes swasta sebagai rekanan JKN, tidak terintegrasinya *e-Catalogue* dengan *e-monev* obat Kementerian Kesehatan untuk menghasilkan data valid yang dapat digunakan sebagai dasar monitoring dan evaluasi).

b. Rekomendasi.

Atas hasil analisis kelemahan penerapan FORNAS dan *e-Catalogue* dalam rangka kendali mutu, biaya dan meminimalisasi potensi korupsi, perlu dilakukan perbaikan oleh *stakeholder* terkait sebagai berikut:

Kemenkes untuk:

1. Mempercepat proses penetapan obat FORNAS sehingga *e-Catalogue* sudah dapat diakses pada awal tahun.
2. Menargetkan seluruh item FORNAS masuk ke dalam *e-Catalogue*.
3. Menerbitkan aturan terkait harga obat referensi untuk obat FORNAS yang belum tayang di *e-Catalogue*.
4. Membuat aturan terkait minimal kesesuaian FORNAS pada formularium RS Pemerintah/Daerah.
5. Membuat panduan penyusunan Formularium Rumah Sakit.
6. Sinkronisasi aturan penggunaan obat yang bertentangan.

Sedangkan LKPP, sebagai pengelola portal pengadaan *e-Catalogue* obat untuk:

1. Melakukan proses lelang/negosiasi obat-obat yang akan masuk dalam *e-Catalogue* sebelum tahun berjalan sehingga *e-Catalogue* dapat diakses pada awal tahun.
2. Memperbaiki aplikasi *e-Catalogue* (menjadi *user friendly*,

- memberikan informasi stok dan status pemesanan, memberikan akses kepada faskes swasta provider JKN).
3. Menerbitkan aturan dengan mekanisme pemberian sanksi yang lebih cepat dan mudah untuk diterapkan serta menimbulkan efek jera dengan menerapkannya secara konsisten.
 4. Membangun sistem pengaduan pengadaan obat *e-Catalogue* berikut mekanisme pengelolaannya.

D. REFERENSI

- Buku Kebijakan Obat Nasional, Kementerian Kesehatan, 2006
- Corruption in the health sector, Overview of problems, consequences, and reform directions, U4 Online Training, 2015
- Selma Siahaan, Kebijakan Harga Obat di Indonesia dan Perbandingannya dengan Negara-Negara Lain, Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan
- Sriana Aziz, Rini Sasanti H, Max J. Herma, Analisis Komponen Harga Obat, Buletin Peneliti Kesehatan 28 (1), Badan Litbang Kesehatan, 2000
- Tren Korupsi Kesehatan 2009-2013, Divisi Monitoring Pelayanan Publik, Indonesia Corruption Watch (ICW)
- William D. Savedoff, Karen Hussmann. "Why are health systems prone to corruption?". Transparency International Global Corruption Report.2006.hal. 7.
- Regulasi:
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 1438/Menkes/Per/IX/2010 Tentang Standar Pelayanan Kedokteran
- Peraturan Kepala BPOM No. 3 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Perka BPOM No.HK.03.1.23.10.11.08481 Tahun 2011 tentang Kriteria dan Tata Laksana Registrasi Obat
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 63 tahun 2014 tentang Pengadaan Obat Berdasarkan Katalog Elektronik Kepmenkes No. HK.02.02/MENKES/523/2015 tentang Formularium Nasional
- Perdirjen Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Nomor: HK.02.03/i/2318/2015 tentang Pedoman Teknis Penilaian Kinerja Individu Direktur Utama Rumah Sakit Umum/Khusus

- dan Kepala Balai Di Lingkungan Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, Lampiran 1
- Kepmenkes No. HK.02.02/MENKES/524/2015 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Formularium Nasional
- Peraturan Kepala LKPP Nomor 14 tahun 2015 tentang *E-purchasing*
- Focus Group Discussion (FGD) dan Wawancara
- FGD Tata Kelola Obat di Indonesia di KPK 11 Maret 2016, Narasumber: Prof. Iwan Dwiprihasto, Ketua Tim FORNAS dan Ahli Farmakoekonomi Universitas Gajah Mada (UGM).
- FGD Konflik Kepentingan dalam Pengadaan dan Pemberian Obat di KPK 16 Maret 2016, Narasumber: Prof. Rianto Setiabudy, Wakil Ketua Tim FORNAS dan Ahli Farmakologi Universitas Indonesia (UI)
- Diskusi dan Wawancara dengan Direktorat Tata Kelola Obat Publik – Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan Kementerian Kesehatan, Maret-April 2016
- Diskusi dan Wawancara dengan Deputi Bidang Monitoring Evaluasi dan Pengembangan Sistem Informasi LKPP, 23 Maret 2016
- Diskusi dan Wawancara dengan Dinas Kesehatan Kab. Banyumas dan RSUD Banyumas 1-3 Maret 2016
- Diskusi dan Wawancara dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Besar, RSUD Aceh Besar, RS Ibnu Sina Aceh Besar, Puskesmas Darul Imarah dan Puskesmas Kruen Barona Jaya, 29-31 Maret 2016
- Diskusi dan Wawancara dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Gorontalo, RSUD MM Dunda Limboto, Puskesmas Tibawa dan Puskesmas Limboto, 29-31 Maret 2016
- Diskusi dan Wawancara dengan Dinas Kesehatan Kab. Manokwari, RSUD Manokwari, Puskesmas Amban dan Puskesmas Sanggeng, 9-13 Maret 2016
- Diskusi dan Wawancara dengan Dinas Kesehatan Kota Malang, RSUD Kota Malang, Puskesmas Janti dan Puskesmas Rampai Celaket, 25-27 Mei 2016
- Diskusi dan Wawancara dengan Dinas Kesehatan Kota Surabaya, RSUD Dr. M Soewandhie Kota Surabaya, Puskesmas Wonokusumo dan Puskesmas ketabang Celaket, 25-27 Mei 2016