



**issa**

INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY ASSOCIATION  
ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL  
INTERNATIONALE VEREINIGUNG FÜR SOZIALE SICHERHEIT

## **Bonnes pratiques en sécurité sociale**

Bonne pratique mise en œuvre depuis: 2017

---

### **Vérification électronique des demandes dans le secteur de la santé du système national de sécurité sociale en Indonésie**

**Institution de sécurité sociale pour le secteur de la santé  
Indonésie**

**Publié en 2018**

**[www.issa.int](http://www.issa.int)**

## Résumé

*L'augmentation du nombre d'affiliés au programme d'assurance maladie indonésien a entraîné un accroissement considérable de l'utilisation des services de l'Institution de sécurité sociale pour le secteur de la santé (BPJS Kesehatan) et du nombre de demandes de remboursement reçues. Il a par conséquent été nécessaire de mobiliser une grande quantité de ressources et d'agents supplémentaires pour traiter les demandes. C'est pourquoi la BPJS Kesehatan a lancé une initiative visant à simplifier le traitement et la gestion des demandes et ainsi diminuer les ressources nécessaires. L'initiative a été baptisée VEDIKA, diminutif indonésien de «vérification de demande électronique». Il s'agit d'une application qui permet de gérer le processus de vérification des demandes de remboursement pour les soins prodigués dans les établissements de santé secondaires. VEDIKA a pour objectif d'améliorer les résultats financiers de la BPJS et sa réputation, ainsi que de permettre à l'organisation de respecter l'accord de niveau de service relatif au temps de traitement des demandes, en optimisant les performances du personnel chargé de vérifier les demandes. Après le lancement de VEDIKA, la BPJS Kesehatan est parvenue à diminuer le temps de traitement des demandes de 45 à 15 jours. L'initiative a également permis de faire passer le nombre d'agents nécessaires pour prendre en charge le processus de 1 345 à 961. Les deux principales réussites de VEDIKA concernent le soutien apporté aux prestataires et le système électronique mis en place.*

## Problème ou défi

*Quel problème ou défi votre bonne pratique devait-elle permettre de résoudre ou de relever? Veuillez fournir une brève description.*

L'Institution de sécurité sociale pour le secteur de la santé a été créée par la loi 24 de 2011 et désignée comme organisme d'exécution du système national d'assurance maladie en Indonésie, comme le prévoit la loi 40 de 2004. Le nombre d'affiliés de l'institution a augmenté drastiquement: il est passé de 16 millions en 2014 à plus de 193 millions en mars 2018. La BPJS Kesehatan améliore de façon continue l'accès aux services de santé en passant des contrats avec davantage d'établissements de soins de santé. Le nombre de partenaires de la BPJS Kesehatan est passé de 18 437 établissements de soins de santé primaires et 1 681 établissements de soins de santé secondaires en 2014 à 21 893 établissements primaires et 2 336 établissements secondaires en mars 2018. L'utilisation des services de soins de santé croît à mesure de l'amélioration de l'accès aux soins. Les soins administrés ont grimpé en flèche, passant de 92,3 millions de dossiers fin 2014 à 219,6 millions fin 2017. Cette hausse a eu pour effet d'augmenter la charge de travail liée au traitement des demandes, le nombre d'agents nécessaires ainsi que les coûts opérationnels.

En général, chaque hôpital partenaire se voit attribuer plus d'un agent de la BPJS Kesehatan, qui est chargé d'approuver l'ouverture des droits des affiliés, de fournir des informations mais aussi de gérer les réclamations, l'offre de prestations ainsi que le traitement et la vérification des demandes. Le grand nombre d'agents mobilisés auparavant s'expliquait également par l'impressionnante charge de travail que représentait la vérification manuelle de chaque demande envoyée. Un autre problème résidait dans le non-respect des délais par les hôpitaux, puisque ces derniers envoyaient des documents incomplets sans suivre d'échéances fixes.

En raison de contraintes financières, la BPJS Kesehatan a été forcée de déployer moins d'agents par hôpital partenaire, ce qui a engendré des plaintes des établissements de santé concernant la hausse du temps de traitement des demandes et la baisse de la qualité des opérations de vérification. Cela a bien souvent donné naissance à des conflits entre la BPJS Kesehatan et les

établissements de soins de santé, étant donné que l'accord de niveau de service relatif aux demandes de remboursement n'était pas respecté et que les documents de demande n'étaient pas gérés correctement, au point que certains ont même été perdus. Le système d'informations des demandes posait également problème, car il n'était ni centralisé ni en ligne. Ainsi, les données nécessaires pour la planification financière et l'utilisation des évaluations étaient parfois obsolètes.

## **Relever le défi**

*Quels étaient les principaux objectifs du projet ou de la stratégie mis en œuvre pour résoudre le problème ou relever le défi? Veuillez énumérer et décrire brièvement les principaux éléments de ce projet ou de cette stratégie en mettant plus particulièrement l'accent sur ses aspects innovants et ses effets attendus ou visés.*

VEDIKA a pour principaux objectifs d'améliorer les résultats financiers et la réputation de la BPJS Kesehatan, en respectant la section de l'accord de niveau de service relative au temps de traitement des demandes, et d'optimiser la qualité des services offerts par le personnel chargé de vérifier les demandes:

1. uniformisation du traitement des demandes;
2. accord de niveau de service clair concernant les procédures de remboursement;
3. optimisation du nombre d'agents de vérification;
4. planification claire du paiement des demandes par rapport aux délais et aux coûts;
5. prise en charge des demandes dans le processus de vérification et possibilité d'accéder à des données centralisées et actualisées.

Grâce à VEDIKA, la BPJS Kesehatan a pu réaffecter dans ses agences tout le personnel de vérification qui était auparavant basé dans les hôpitaux partenaires. Cette démarche est motivée par l'idée que le personnel sera plus performant s'il travaille depuis l'agence, car il peut mieux se concentrer et doit subir moins d'interruptions dans ses fonctions administratives et dans sa gestion des réclamations. A l'heure actuelle, aussi bien les hôpitaux partenaires que le service client de la BPJS se chargent de traiter les réclamations.

Etant donné que VEDIKA optimise le remboursement des demandes électroniques, le personnel de vérification prend en charge 30 pour cent des documents de demandes, tandis que les 70 pour cent restants sont vérifiés par le système VEDIKA. Maintenant que le système numérique est en place, les hôpitaux sont tenus d'envoyer les demandes regroupées à échéances fixes.

## **Objectifs à atteindre**

*Quels objectifs quantitatifs et/ou qualitatifs ou indicateurs clés de performance avaient été définis pour le projet ou la stratégie? Veuillez les décrire brièvement.*

### Résultats attendus:

1. La BPJS Kesehatan respecte l'accord de service relatif au traitement des demandes de remboursement. Les paiements sont réalisés dans un délai de 15 jours ouvrables au lieu de 45 jours ouvrables comme c'est le cas actuellement.
2. Le personnel nécessaire pour la vérification a diminué et les agents peuvent donc se voir attribuer d'autres fonctions.

### Evaluation des résultats

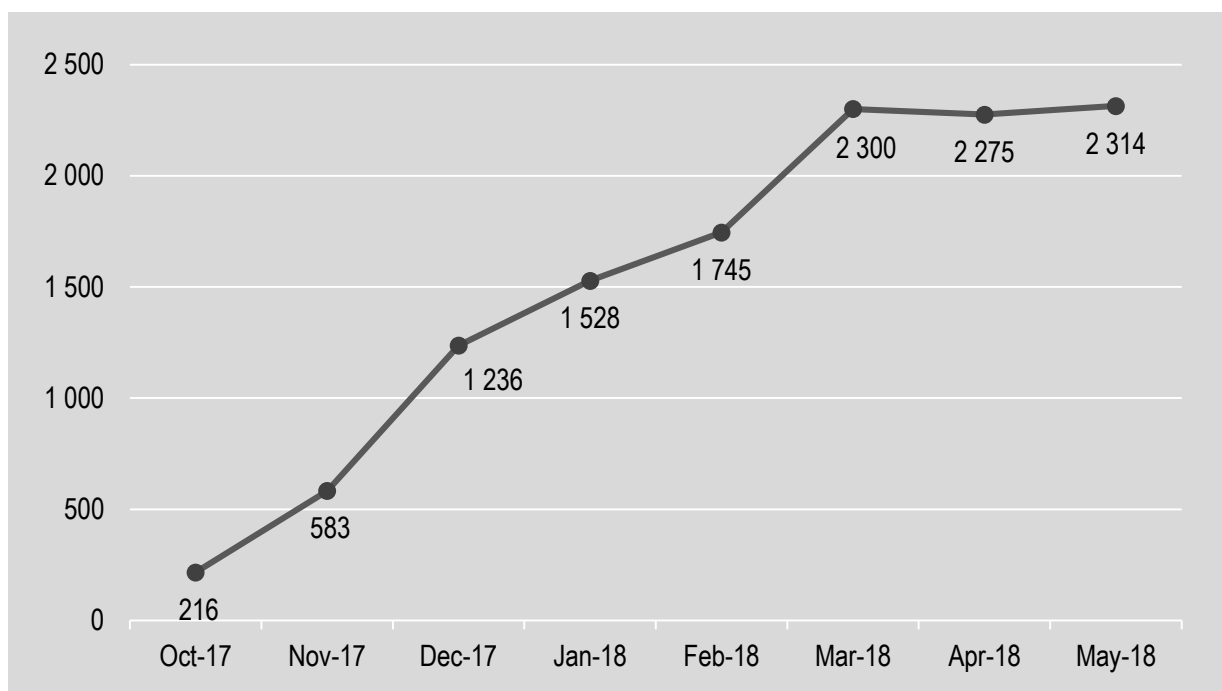
*La bonne pratique a-t-elle été évaluée? Veuillez fournir des données sur l'impact et les résultats de la bonne pratique à partir d'une comparaison entre les objectifs visés et les résultats réellement obtenus, d'indicateurs avant-après et/ou d'autres types de statistiques ou indicateurs.*

Le tableau suivant décrit la différence entre l'ancien système de vérification et VEDIKA:

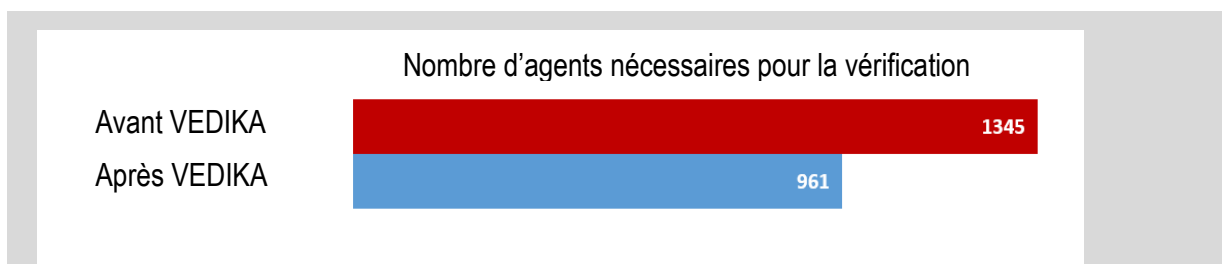
n <sup>os</sup>	Description	Avant VEDIKA	Avec VEDIKA
1.	Vérification des conditions d'ouverture des droits des affiliés	Personnel de la BPJS Kesehatan Personnel des établissements de santé	Personnel des établissements de santé
2.	Information et gestion des plaintes	Personnel de la BPJS Kesehatan Personnel des établissements de santé	Personnel des établissements de santé Service client de la BPJS (par assistance téléphonique)
3.	Lieu de la vérification	Etablissements de santé	Agence de la BPJS Kesehatan
4.	Processus de vérification des demandes	Vérification manuelle des demandes	Echantillonnage des demandes, vérification électronique avec le système de filtration
5.	Délai d'envoi des demandes	Variable, envois partiels tous les jours ou chaque semaine	Les demandes envoyées chaque mois doivent représenter au minimum 75 pour cent des dossiers
6.	Système d'informations	Support informatique localisé et limité, vérifications manuelles prédominantes	Centralisé et sécurisé grâce à IT Logic
7.	Temps écoulé entre la vérification et le paiement	Variable selon les établissements de santé, moyenne de 45 jours	15 jours

### Résultats obtenus avec VEDIKA:

1. Le nombre d'établissements de soins de santé qui appliquent le système VEDIKA a atteint les 100 pour cent en mai 2018. L'augmentation du nombre d'établissements utilisant VEDIKA est représenté sur le graphique suivant:



Le nombre d'agents nécessaires pour la vérification a diminué drastiquement:



## Enseignements tirés

*Veillez, en vous appuyant sur l'expérience de votre organisation, citer trois facteurs au maximum qui, selon vous, sont indispensables à la reproduction de cette bonne pratique. Veillez citer trois risques au maximum qui sont apparus/pourraient apparaître lors de la mise en œuvre de cette bonne pratique. Veillez décrire brièvement ces facteurs et/ou ces risques.*

Trois facteurs indispensables à prendre en compte pour reproduire cette bonne pratique:

1. le soutien des prestataires est important pour mettre en place un nouveau système de gestion des demandes;
2. une confiance mutuelle doit être instaurée entre l'organisation de protection sociale et les prestataires afin que les deux parties rectifient les paiements s'ils étaient incorrects à la base;
3. il est nécessaire de s'engager à sans cesse chercher de nouvelles innovations pour améliorer la qualité des demandes et le système de paiement.

Trois risques à prendre en compte dans la mise en place d'un processus électronique de vérification des demandes:

1. il peut y avoir un décalage entre les capacités informatiques de l'organisation de sécurité sociale et les établissements de santé partenaires;
2. étant donné que 70 pour cent des demandes sont vérifiées par voie électronique uniquement, il est indispensable d'instaurer un système de protection pour lutter contre la fraude;
3. des accords de codage doivent être mis en œuvre au plus haut niveau afin de limiter les conflits au sein des agences.