

SISTEM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) PADA KASUS NON TRAUMA

dr. Viva Maiga mahliafa Noor, MMRS

MATERI

- 1. OVERVIEW
- 2. KEPESERTAAN, MANFAAT DAN KOORDINASI MANFAAT
- 3. FASILITAS KESEHATAN
- 4. ALUR PELAYANAN DAN RUJUKAN
- 5. SISTEM PEMBIAYAAN FASILITAS KESEHATAN
- 6. KENDALI MUTU KENDALI BIAYA PADA KASUS NON TRAUMA

Why JKN

1. Risiko terkena penyakit bisa kapan saja
2. Biaya pengobatan sulit diprediksi
3. Asuransi belum membudaya → *short sight*, tidak mampu membayar, tidak adil membayar
4. Belum ada sistem yang mengatur solidaritas bersama
5. Pembiayaan kesehatan meningkat dari waktu ke waktu, akibat adanya :

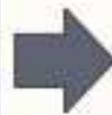
Double burden, Suplay induced demand, Perkembangan ilmu kedokteran, Masih banyak masyarakat yang menggunakan sistem pembayaran secara tunai

1. OVERVIEW JKN

A. PENYELENGGARAAN JAMINAN SOSIAL

A. PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL

JAMSOSTEK
ASKES
TASPEN
ASABRI



Tenaga Kerja Swasta

PNS / Pensiunan/PK/Veteran dan Kel.

Tabungan asuransi PNS

TNI/POLRI/PNS Kemenhan&Kel.

Jaminan sosial baru mencakup sebagian kecil masyarakat
Belum mampu memberikan perlindungan yang adil dan memadai



Sinkronisasi untuk menjangkau kepesertaan yang lebih luas
→ manfaat yang lebih besar

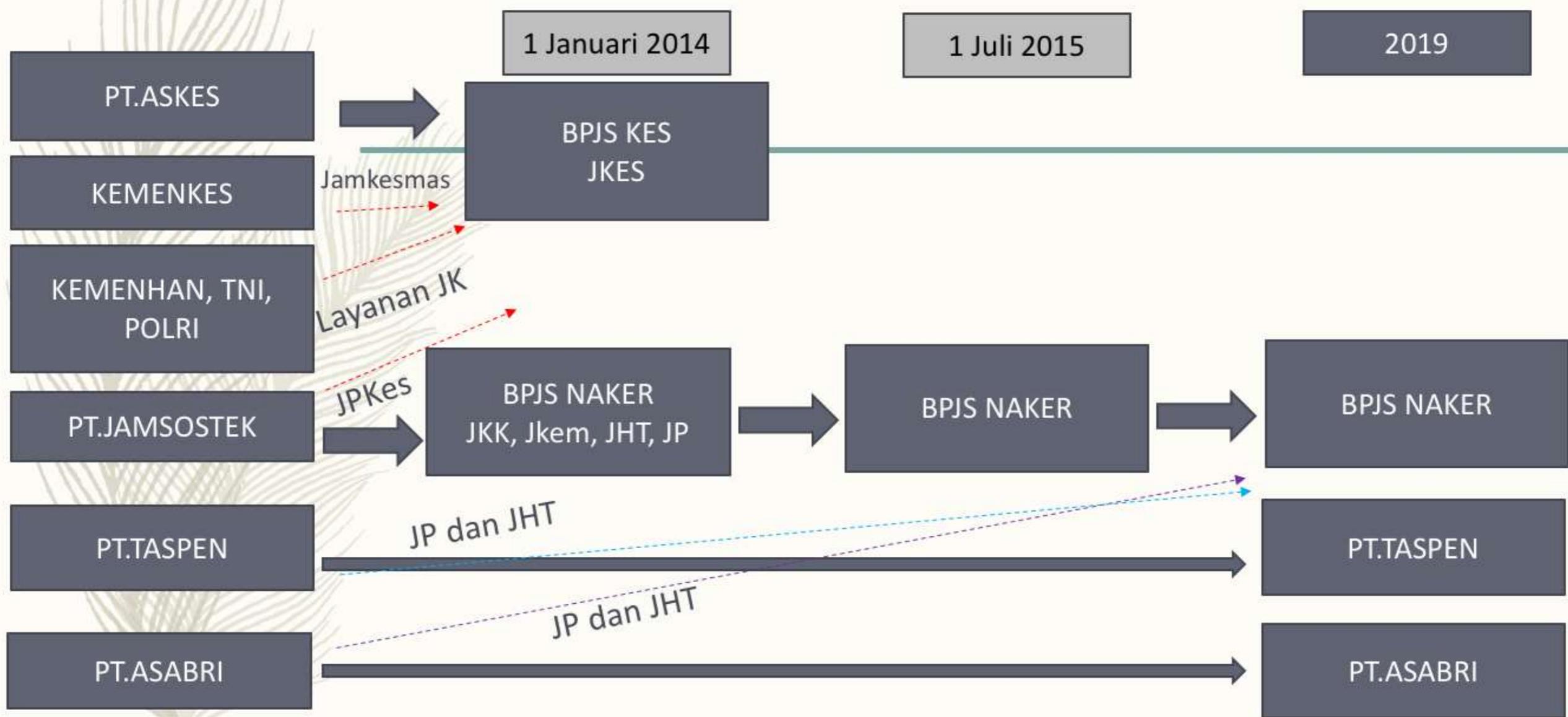


BPJS

B. PEMBENTUKAN BADAN PENYELENGGARAAN JAMINAN SOSIAL (BPJS) KESEHATAN



C. TAHAPAN TRANSFORMASI BPJS



D. DASAR HUKUM



1. UU No.40 TAHUN 2004 : SJSN
2. UU No. 24 Tahun 2011 : BPJS
3. PP No. 101 Tahun 2012 : Penerima Bantuan Iuran
4. PERPRES RI No. 12 Tahun 2013 : Jaminan Kesehatan

3 AZAS

Kemanusiaan, Manfaat, Keadilan sosial bagi seluruh rakyat indonesia

5 PROGRAM

Jaminan Kesehatan, Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Hari Tua, Jaminan Pensiun, Jaminan Kematian

9 PRINSIP

Kegotongroyongan, Nirlaba, Keterbukaan, Kehati-hatian, Akuntabilitas, Portabilitas, Kepesertaan Wajib, Dana Amanat, Hasil pengelolaan dana digunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta

2. KEPESERTAAN, MANFAAT DAN KOORDINASI MANFAAT

Peserta adalah setiap setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia yang telah membayar iuran

Manfaat adalah faedah jaminan sosial yang mjd hak peserta dan / atau anggota keluarganya.

Jumlah peserta dan anggota yg ditanggung max.5 orang

Peserta Jaminan Kesehatan

Bukan Penerima Bantuan Iuran (PBI)

Penerima Bantuan Iuran (PBI)



- 1. PNS (Pusat & Daerah)
- 2. TNI
- 3. POLRI
- 4. Pejabat Negara
- 5. Pegawai Pemerintah Non PNS
- 6. *Pegawai Swasta*
- 7. Tidak termasuk 1-6

- 1. Investor
- 2. Pemberi Kerja
- 3. **Penerima Pensiun**
- 4. Veteran
- 5. Perintis K
- 6. Tidak termasuk 1-5

Kepesertaan Bersifat Wajib



MANFAAT AKOMODASI & IURAN



B. NAIK KELAS PERAWATAN

Kelas 3 → Kelas 2



INA CBGs Kls 2 – INA
CBGs Kls 3

Kelas 3 → Kelas 1



INA CBGs Kls 1 – INA
CBGs Kls 3

Kelas 2 → Kelas 1



INA CBGs Kls 1 – INA
CBGs Kls 2

PMK No.4 tahun 2017
Tentang Perubahan Kedua atas PMK N0.52 Tahun 2016 tentang
standar tarif pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan
program Jamkes

C. KOORDINASI MANFAAT

LANDASAN HUKUM : PERPRES NO.12 TAHUN 2013PS 27

1. Peserta jaminan kesehatan dapat mengikuti program asuransi kesehatan tambahan.
2. BPJS Kesehatan dan penyelenggara program asuransi kesehatan tambahan sebagaimana dimaksud pada ayat dapat melakukan koordinasi dalam memberikan manfaat untuk peserta Jamkes yang memiliki hak atas perlindungan program asuransi kesehatan tambahan.



3. FASILITAS KESEHATAN

PELAYANAN KESEHATAN YANG DIJAMIN

1. PELAYANAN KESEHATAN TINGKAT PERTAMA (RJTP dan RITP)
2. PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN TINGKAT LANJUTAN (RJTL dan RITL)
3. PELAYANAN KESEHATAN LAIN YANG DITETAPKAN OLEH MENTERI

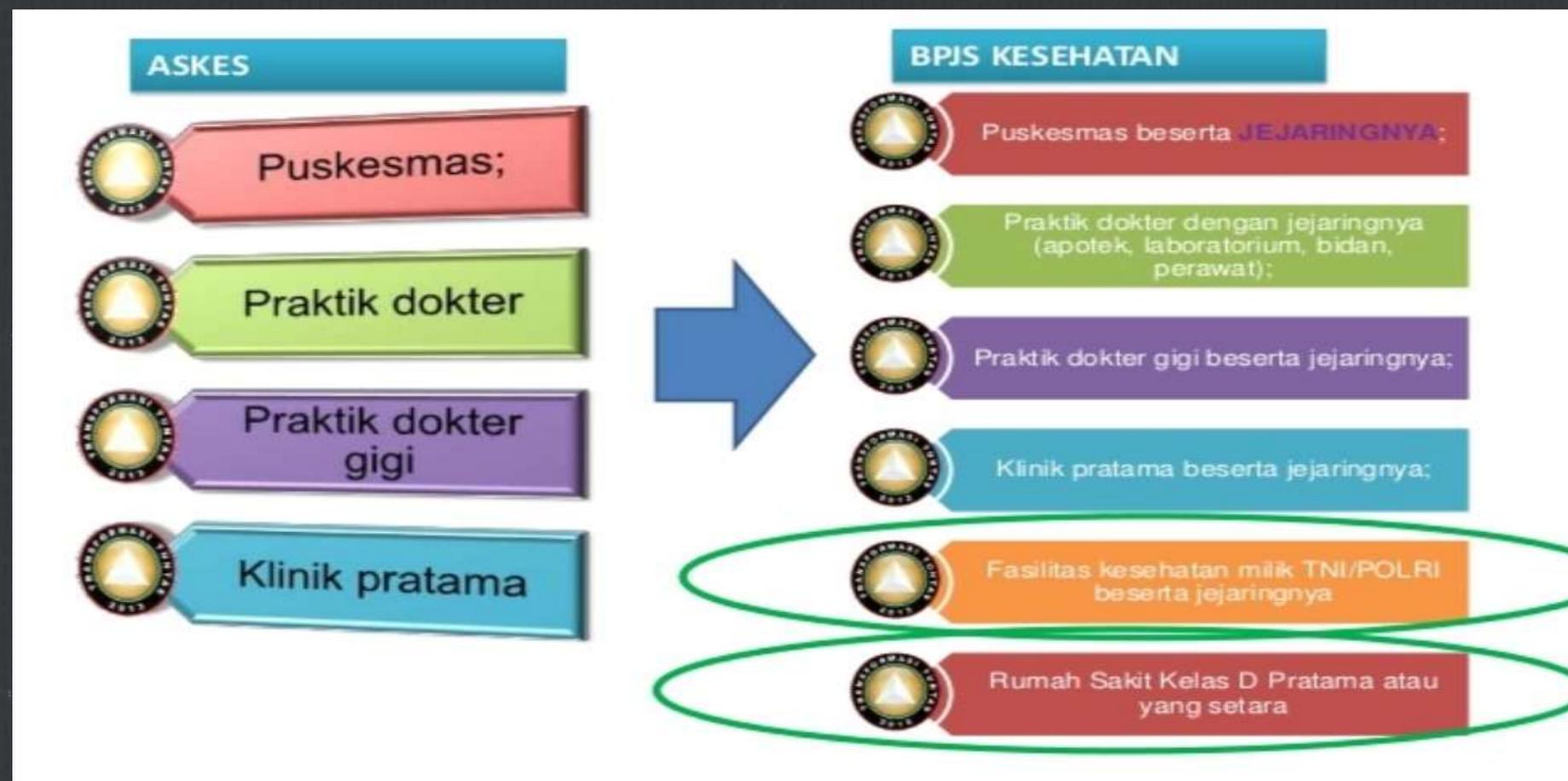
Fasilitas
Kesehatan
milik
Pemerintah

- memenuhi persyaratan (*credentialing*)
- **wajib** bekerjasama dengan BPJS Kesehatan

Fasilitas
Kesehatan
milik swasta

- memenuhi persyaratan (*credentialing*)
- **dapat** menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan

A. FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA/FKTP



A.1 CAKUPAN PELAYANAN

1. Rawat Jalan Tingkat Pertama

a. Administrasi pelayanan

b. Pelayanan promotif preventifasi pelayanan

2. Pelayanan Gigi

3. Rawat Inap Tingkat Pertama

4. Pelayanan darah sesuai indikasi medis (155 penyakit berdasarkan kompetensi dokter layanan primer, SKDI)

B. FASILITAS KESEHATAN TINGKAT LANJUTAN / FKTL

- ❑ RS Rujukan Nasional
- ❑ RS Pemerintah Tipe A, B, C, D
- ❑ RS Khusus Jiwa, Paru, Mata, Kusta
- ❑ RS TNI / POLRI
- ❑ RS Swasta

Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan, meliputi :

1. Rawat Jalan

Administrasi pelayanan; Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan subspesialis; Tindakan medis spesialisik sesuai indikasi medis; Pelayanan obat dan BMHP; Pelayanan alkes implan; Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai indikasi medis; Rehabilitasi medis; Pelayanan darah; Pelayanan kedokteran forensik; Pelayanan jenazah.

2. Rawat Inap

- Perawatan inap non intensif
- Perawatan inap di ruang intensif

4. ALUR PELAYANAN & RUJUKAN



Peserta



Faskes Primer



BPJS Kesehatan
Branch Office



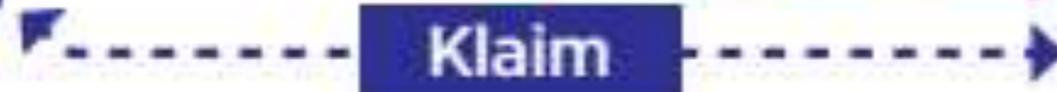
Rumah Sakit



Rujuk/
Rujuk Balik



Emergency



Klaim

A. SISTEM RUJUKAN BERJENJANG

Sistem Rujukan pelayanan kesehatan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal yang wajib dilaksanakan oleh peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial, dan seluruh fasilitas kesehatan.

B. TATA CARA PELAKSANAAN SISTEM RUJUKAN BERJENJANG

1. Sistem rujukan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis

2. Pelayanan kesehatan di faskes primer dapat dirujuk langsung ke faskes sekunder, faskes sekunder bisa ke faskes tersier.

3. Ketentuan pelayanan rujukan berjenjang dapat dikecualikan dalam kondisi gawat darurat

4. Pelayanan oleh bidan

5. Rujukan Parsial

C. PEMBINAAN DAN PENGAWASAN SISTEM RUJUKAN BERJENJANG



D. RUJUKAN VERTIKAL DAN HORISONTAL

RUJUKAN VERTIKAL

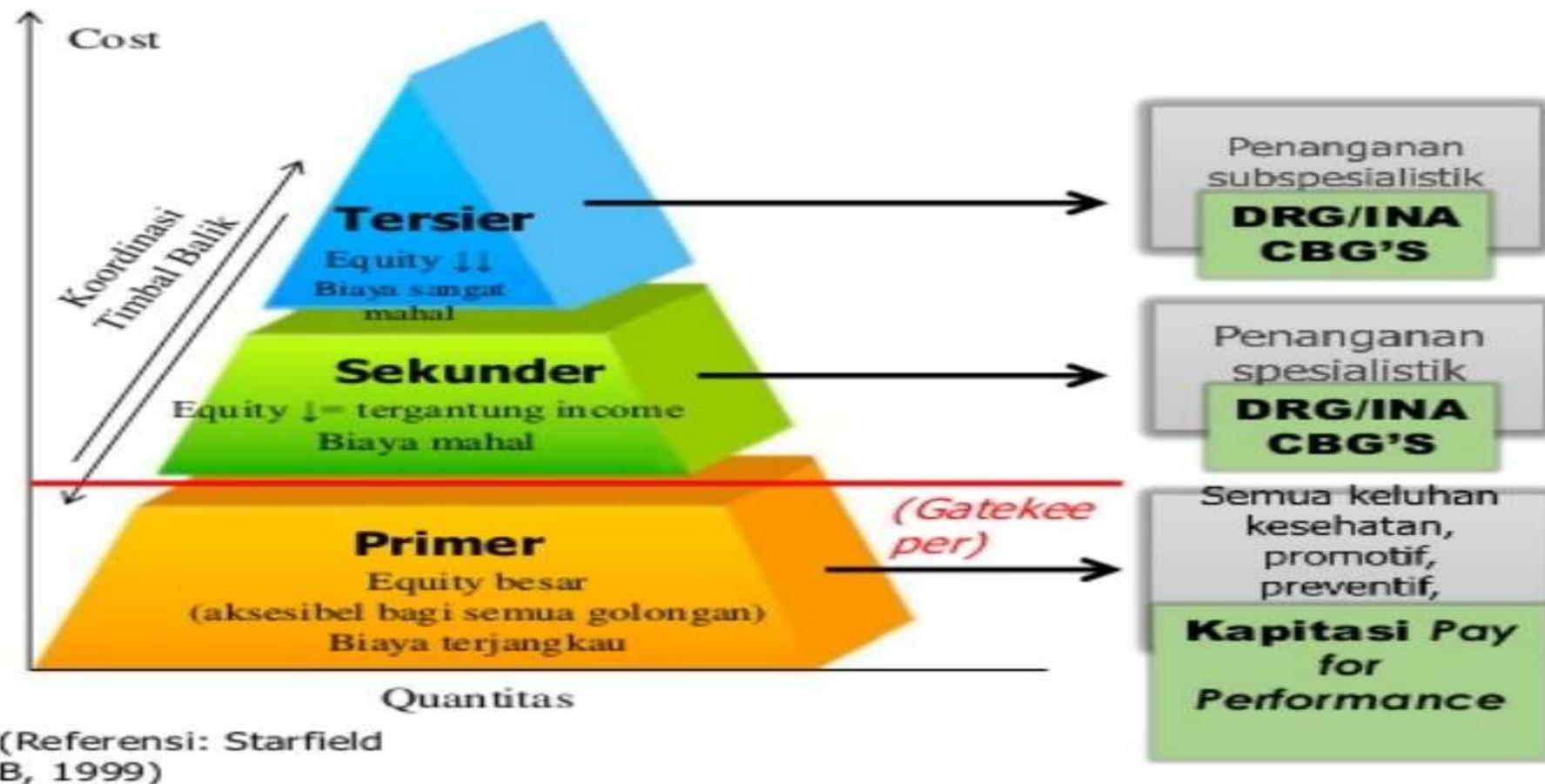


□ RUJUKAN HORISONTAL



5. SISTEM PEMBIAYAAN DI FASILITAS KESEHATAN

□ RUJUKAN HORISONTAL



A. FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA / FKTP

~~FKTP adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat nonspesialistik untuk keperluan observasi, promotif, preventif, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan atau pelayanan kesehatan lainnya.~~

- Pasal 2 tarif pelayanan kesehatan pada FKTP meliputi ;

1. Kapitasi

2. Non Kapitasi

PMK 59 TAHUN 2014
STANDAR TARIF PELAYANAN KESEHATAN DALAM PENYELENGGARAAN
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN

1. KAPITASI

- Tarif yang berlaku berdasarkan Permenkes 069/2013
 - a. Puskesmas Rp. 3000,- s/d Rp. 6000,-
 - b. RS Pratama ; Klinik Pratama; Praktek dan Fasilitas Kesehatan yang setara Rp. 8000.-
 - c. Prakter dokter gigi Rp.2000,-

4 (EMPAT) INDIKATOR KINERJA FKTP

□ INDIKATOR MUTLAK

ANGKA KONTAK KOMUNIKASI
PESERTA

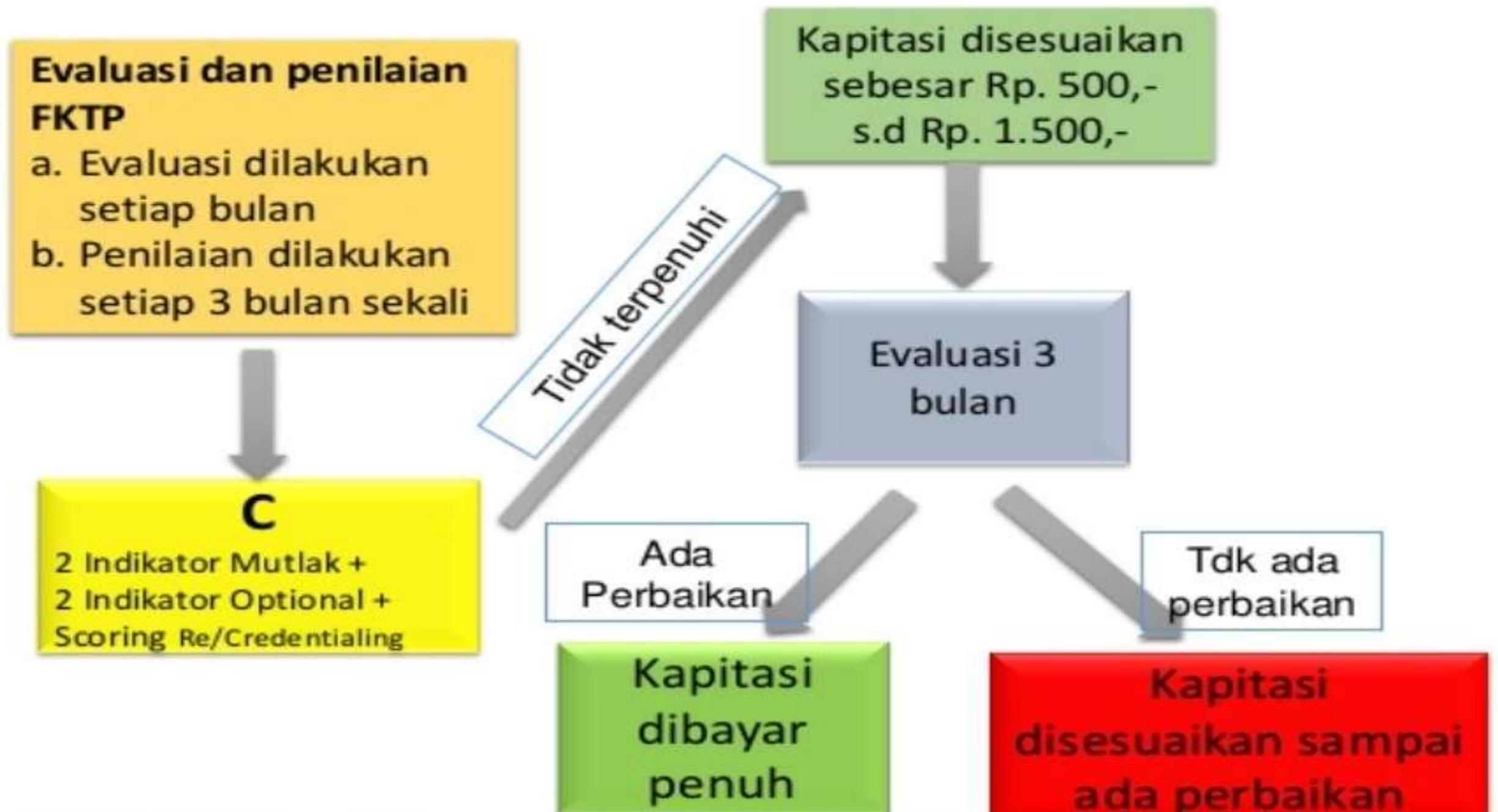
RASIO RUJUKAN NONSPECIALISTIK

□ INDIKATOR PILIHAN

ANGKA PINDAHAN PESERTA KE FKTP
LAINNYA

RASIO PROLANIS BERKUNJUNG KE
FKTP

MEKANISME KAPITASI BERBASIS KINERJA



2. NON KAPITASI

Tarif non Kapitasi sebagaimana dimaksud dalam pasal 2 huruf b diberlakukan pada FKTP yang melakukan pelayanan kesehatan diluar lingkup pembayaran kapitasi yang meliputi :

Pelayanan ambulan Pelayanan obat rujuk balik; Pemeriksaan penunjang rujuk balik; Pelayanan skrining (Pelayanan skrining kesehatan tertentu termasuk pelayanan terapi krio untuk kanker leher Rahim; Rawat inap tingkat pratama); Jasa pelayanan kebidanan dan neinatal yang dilakukan oleh bidan atau dokter, sesuai kompetensi dan kewenangannya

Pelayanan keluarga berencana berupa MOP/vasektomi; Kompenasasi pada daerah yang tidak terdapat fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat; Pelayanan darah dan atau ; Pelayanan gawat darurat di fasiltas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kes.

B. FASILITAS KESEHATAN TINGKAT LANJUTAN

□ SISTEM INA CBGS

- Merupakan pola pembayaran prospektif dimana pembayaran/biaya ditentukan dan disepakati sebelum pelayanan diberikan.
- Tarif dibentuk berdasarkan pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur/tindakan yang dikaitkan dengan biaya perawatan.

Setiap satu kelompok memiliki ciri klinis dan pemakaian sumber daya/biaya perawatan yang sama/mirip.

- Berupa tarif paket, meliputi seluruh komponen biaya RS

-
- Merupakan sistem Casemix yang diimplementasikan di Indonesia saat ini
 - Dasar pengelompokan dengan menggunakan :

- ICD-10 untuk diagnosa (+/- 14.500 kode)

- ICD-9 CM untuk prosedur / tindakan (7.500 kode)

Dikelompokkan menjadi 1077 kode grup INA CBGs (789 kode rawat inap dan 288 kode rawat jalan)

- Dijalankan dengan menggunakan UNU Grouper dari UNU IIGH United Nation University Internasional Institute for Global Health

RUMAH SAKIT



BPJS

- **Sistem penggantian biaya atau klaim berdasarkan *case based groups*.**
- **RS dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien tanpa mengurangi mutu.**
- **Untuk itulah perhitungan *unit cost* menjadi salah satu tiang pelaksanaan pemberian jasa pelayanan.**

DI ERA JKN KECUKUPAN TARIF INA CBGS ??



“CUKUP” BUKAN DINILAI DENGAN PERASAAN /
PERSEPSI

CUKUP ADALAH HASIL PERBANDINGAN :

- INA CBGS < TARIF RS 
-  **INA CBGS = TARIF RS**
- INA CBGS > TARIF RS 

SUDAHKAH TARIF RS DIHITUNG DENGAN BENAR ??

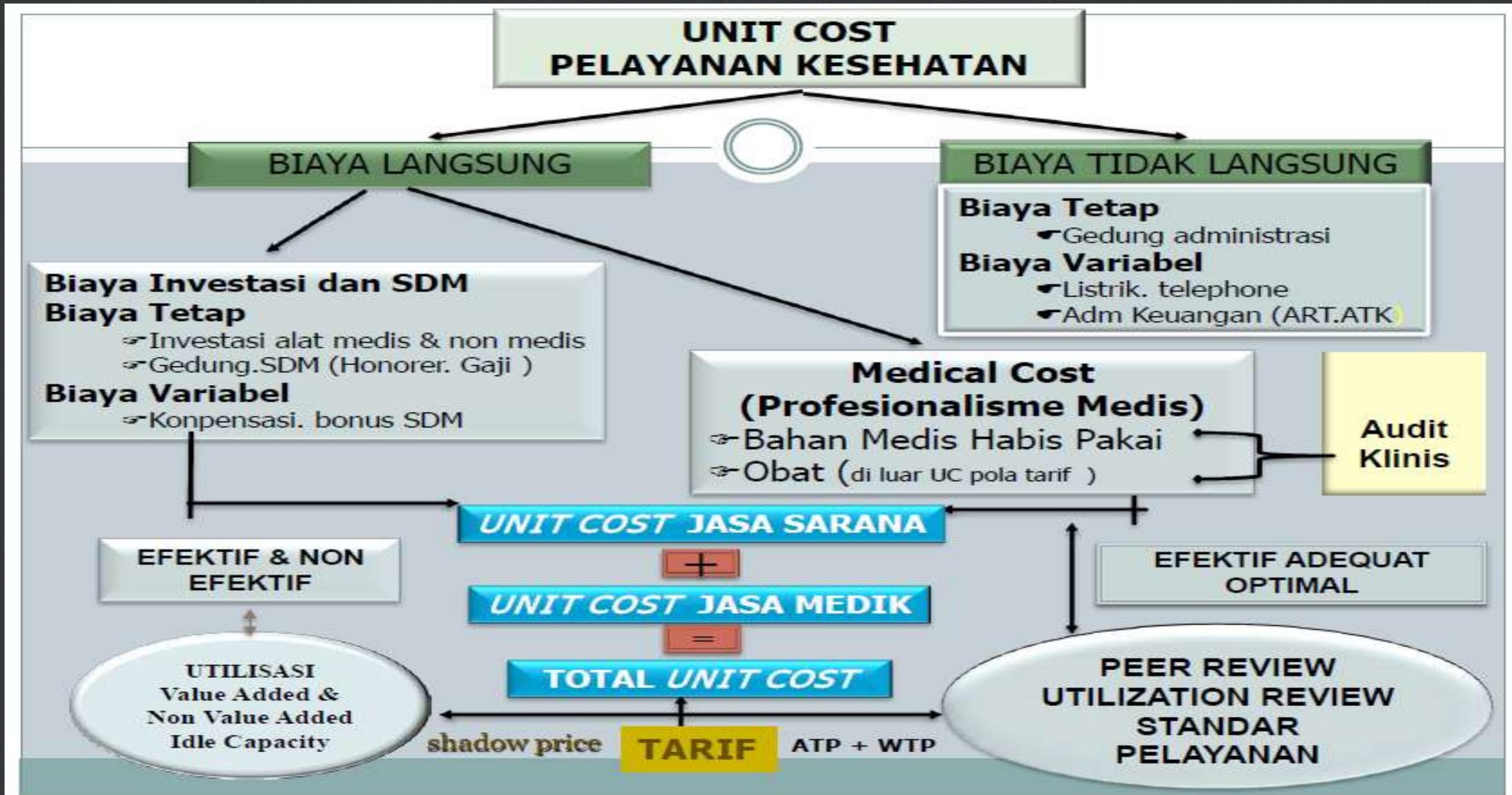


5 HAL PENTING

- 1. KOMITMEN SELURUH JAJARAN**
- 2. ANALISIS BIAYA**
- 3. CLINICAL PATHWAY**
- 4. COST CONTAINMENT**
- 5. TIM PENGENDALI**



B.1. ANALISIS BIAYA



Perbedaan Perspektif

Manajemen

Dokter

**Membangun Sistem Kendali
Biaya dan Kendali Mutu**

Efisien

Efektifitas

INA-CBG'S

Cost

Input — Proses — Output

Quality

Clinical Pathway / SPM

CLINICAL PATHWAY



CP

- ❑ Pedoman kolaboratif untuk merawat pasien yang berfokus pada diagnosis, masalah klinis dan tahapan pelayanan.
- ❑ Keuntungannya adalah setiap intervensi yang diberikan dan perkembangan pasien tercatat secara sistematis berdasarkan kriteria waktu yang ditetapkan, dan di harapkan dapat **meningkatkan mutu pelayanan serta menurunkan** biaya rumah sakit.
- ❑ Merangkum setiap langkah yang diberikan kepada pasien berdasarkan standar pelayanan medis dan asuhan keperawatan yang berbasis bukti dengan hasil yang terukur dan dalam jangka waktu tertentu selama di rumah sakit

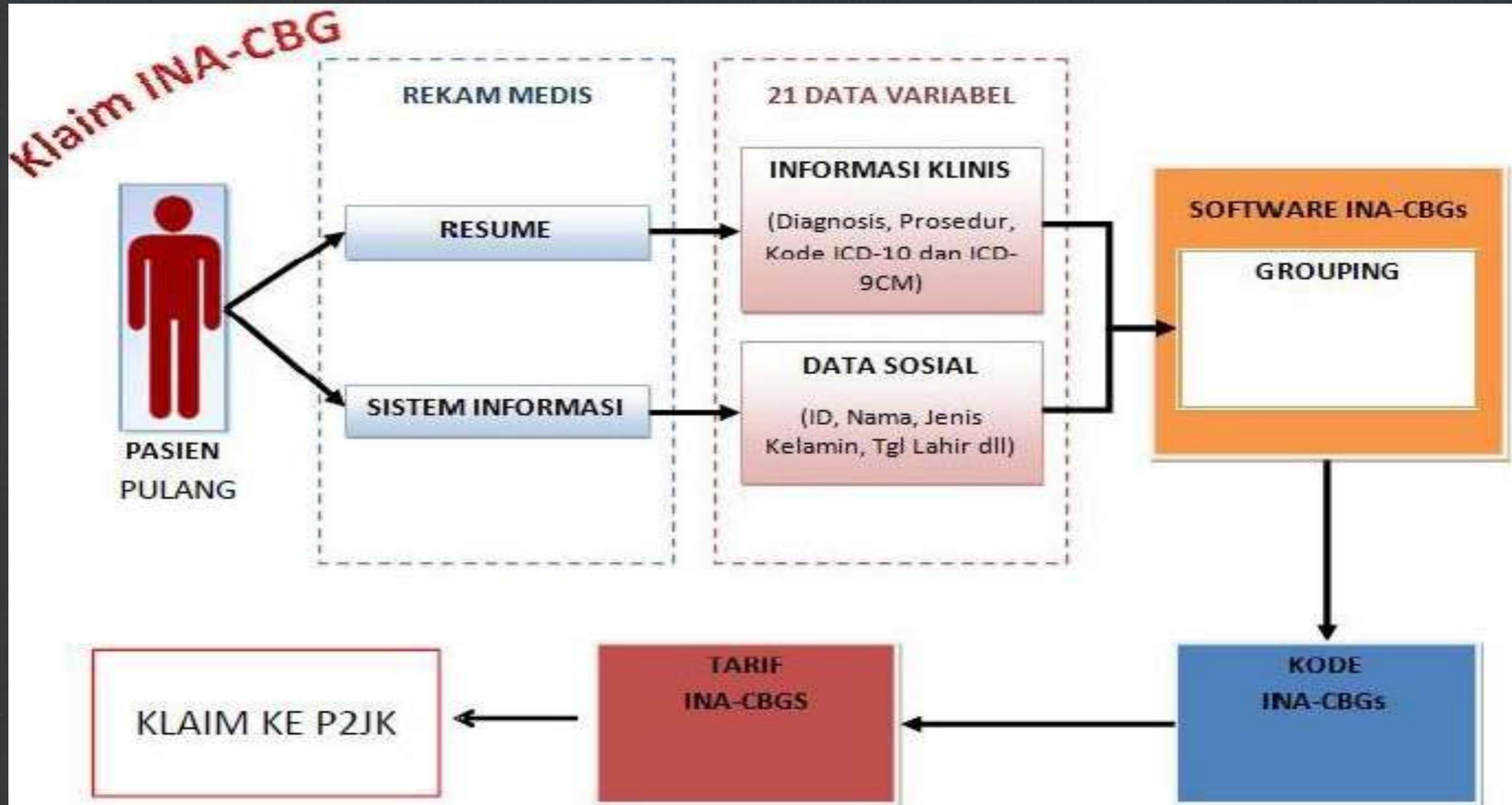
RINGKASAN PERATURAN
MENTERI KESEHATAN
No. 1438/Menkes/Per/IX/2010

UU No. 29/2004
Praktik Kedokteran
Psl 44 ayat 3
Standar Pelayanan
Kedokteran

PerMenKes
No 1438/IX/2010
Standar Pelayanan
Kedokteran (SPK)
Berita Negara
Tahun 2010 No 464
24 Sept 2010



B.2. ALUR KLAIM INA CBG DI RUMAH SAKIT BERBASIS PADA OUTPUT



6. KENDALI MUTU DAN KENDALI BIAYA PADA KASUS NON

- STUDI KASUS
- FILE EXCEL