

POLA KERJASAMA APOTEK JEJARING DENGAN PPK TINGKAT PERTAMA DAN APOTEK DENGAN BPJS KESEHATAN UNTUK PELAYANAN RUJUK BALIK



Drs. Ansharuddin, Apt.

Kepala Departemen Promotif dan Preventif Grup Manajemen Pelayanan Kesehatan Primer

> Disampaikan dalam Rapat Konsultasi Teknis Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian Bandung, 4 Juni 2014

www.bpjs-kesehatan.go.id





AGENDA

SEKILAS PANDANG BPJS KESEHATAN **FASILITAS KESEHATAN** POLA KERJASAMA DENGAN BPJS KESEHATAN **PEMBIAYAAN** HARAPAN BPJS KESEHATAN

PENGANTAR

PENGANTAR





BPJS Kesehatan Badan Penyelenggara Jaminan Eira PT Askes (Persero) vs JKN (1)

No	Aspek	PT Askes (Persero)	JKN tahun 2014	Ideal
1	Kepesertaan	16.169.701	120.155.268*)	Universal coverage
2	Faskes	Semua memenuhi kriteria kredentialing	Faskes pengalihan belum semua memenuhi kriteria kredentialing	Semua memenuhi kriteria kredentialing
3	Sistem Pelayanan	Sistem rujukan berjenjang	Sistem rujukan berjenjang	Sistem rujukan berjenjang
4	Sistem Pembayaran			,
	a. FKTP	Kapitasi	Kapitasi	Kapitasi dengan <i>pay for performance</i>
	b. FKTL	Paket dan <i>Fee For Service</i>	INA-CBG's + carve out	INA-CBG's

^{*)} data per 17 April 2014



BPJS Kesehatan Badan Penyelenggara Jamina Exera PT Askes (Persero) vs JKN (2)

No	Aspek	PT Askes (Persero)	JKN tahun 2014	Ideal
5	Aplikasi	Bridging:SJPPenagihanVerifikasi	Belum bridging:FKTPSEPINA-CBG'sVerifikasi	Bridging: •FKTP •SEP •SIRS* •INA-CBG's •Verifikasi
6	Sistem mutu	1. DPM	 HTA Tim Kendali Mutu dan Biaya (Audit Medis) Clinical Advisory DPM 	 HTA Tim Kendali Mutu dan Biaya (Audit Medis) Clinical Advisory DPM

FASILITAS KESEHATAN

FASILITAS KESEHATAN



PENYELENGGARA PELAYANAN KESEHATAN

Fasilitas Kesehatan milik Pemerintah

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

Fasilitas Kesehatan milik swasta

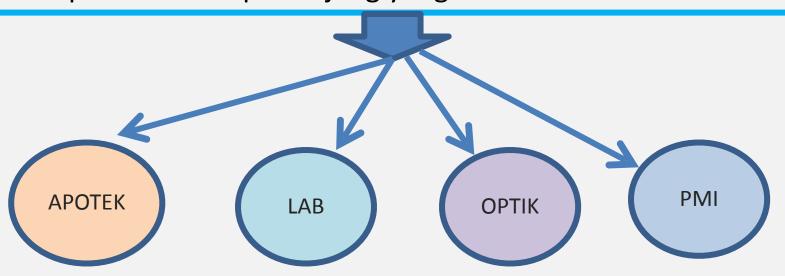
- memenuhi persyaratan (credentialing)
- dapat menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan



FASILITAS KESEHATAN

Perpres 12 Tahun 2013, Pasal 30 (2):

Fasilitas Kesehatan rawat jalan yang tidak memiliki sarana penunjang, wajib membangun jejaring dengan Fasilitas Kesehatan penunjang untuk menjamin ketersediaan obat, bahan medis habis pakai, dan pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan.





I

PENYELENGGARA JAMINAN KESEHATAN TINGKAT PERTAMA



Penyelenggara Jaminan Kesehatan Tingkat Pertama

Permenkes Nomor 71 Tahun 2013

Fasilitas Kesehatan tingkat pertama berupa:

- a.puskesmas atau yang setara;
- b.praktik dokter;
- c.praktik dokter gigi;
- d.klinik pratama atau yang setara; dan
- e.Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara.
- Fasilitas Kesehatan tingkat pertama → harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan komprehensif berupa:
 - Pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif
 - Pelayanan kebidanan
 - Pelayanan Kesehatan Darurat Medis
 - Termasuk pelayanan penunjang yang meliputi pemeriksaan laboratorium sederhana dan pelayanan kefarmasian sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- Dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan komprehensif, bagi Fasilitas Kesehatan yang tidak memiliki sarana penunjang wajib membangun jejaring dengan sarana penunjang.



KERJA SAMA FASKES DENGAN BPJS KESEHATAN PERMENKES No 71 Tahun 2013

- i) Fasiiitas Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 mengadakan kerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- Kerja sama Fasilitas Kesehatan dengan BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui perjanjian kerja sama.
- 3) Perjanjian kerja sama Fasilitas Kesehatan dengan BPJS Kesehatan dilakukan antara pimpinan atau pemilik Fasilitas Kesehatan yang berwenang dengan BPJS Kesehatan.
- 4) Perjanjian kerja sama sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berlaku sekurang-kurangnya 1 (satu) tahun dan dapat diperpanjang kembali atas kesepakatan



KERJA SAMA FASKES DENGAN BPJS KESEHATAN PERMENKES No 71 Tahun 2013

- Untuk dapat melakukan kerja sama dengan BPJS Kesehatan, Fasilitas Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 harus memenuhi persyaratan.
- 2) Selain ketentuan harus memenuhi persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), BPJS Kesehatan dalam melakukan kerja sama dengan Fasilitas Kesehatan juga harus mempertimbangkan kecukupan antara jumlah Fasilitas Kesehatan dengan jumlah Peserta yang harus dilayani.



Persyaratan, Seleksi dan Kredentialing

Permenkes Nomor 71 Tahun 2013

- Persyaratan yang harus dipenuhi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1), bagi Fasilitas Kesehatan tingkat pertama terdiri atas:
 - a. untuk praktik dokter atau dokter gigi harus memiliki:
 - Surat Ijin Praktik;
 - Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP);
 - 3. perjanjian kerja sama dengan laboratorium, apotek, dan jejaring lainnya; dan
 - surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.
 - b. untuk Puskesmas atau yang setara harus memiliki:
 - 1. Surat Ijin Operasional;
 - Surat Ijin Praktik (SIP) bagi dokter/dokter gigi, Surat Ijin Praktik Apoteker (SIPA) bagi Apoteker, dan Surat Ijin Praktik atau Surat Ijin Kerja (SIP/SIK) bagi tenaga kesehatan lain;
 - 3. perjanjian kerja sama dengan jejaring, jika diperlukan; dan
 - surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.



Persyaratan, Seleksi dan Kredentialing

Permenkes Nomor 71 Tahun 2013

- c. untuk Klinik Pratama atau yang setara harus memiliki:
 - Surat Ijin Operasional;
 - Surat Ijin Praktik (SIP) bagi dokter/dokter gigi dan Surat Ijin Praktik atau Surat Ijin Kerja (SIP/SIK) bagi tenaga kesehatan lain;
 - Surat Ijin Praktik Apoteker (SIPA) bagi Apoteker dalam hal klinik menyelenggarakan pelayanan kefarmasian;
 - Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) badan;
 - perjanjian kerja sama dengan jejaring, jika diperlukan; dan
 - surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.
- d. untuk Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara harus memiliki :
 - Surat Ijin Operasional;
 - 2. Surat Ijin Praktik (SIP) tenaga kesehatan yang berpraktik;
 - Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) badan:
 - 4. perjanjian kerja sama dengan jejaring, jika diperlukan; dan
 - surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.
- (2) Sclain persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Fasilitas Kesehatan tingkat pertama juga harus telah terakreditasi.



Persyaratan, Seleksi dan Kredentialing

Permenkes Nomor 71 Tahun 2013

- (1) Dalam hal di suatu kecamatan tidak terdapat dokter berdasarkan penetapan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat, BPJS Kesehatan dapat bekerja sama dengan praktik bidan dan/atau praktik perawat untuk memberikan Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama sesuai dengan kewenangan yang ditentukan dalam peraturan perundangundangan.
- (2) Dalam rangka pemberian pelayanan kebidanan di suatu wilayah tertentu, BPJS Kesehatan dapat bekerja sama dengan praktik bidan.
- (3) Persyaratan bagi praktik bidan dan/atau praktik perawat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) terdiri atas:
 - a. Surat Ijin Praktik (SIP);
 - b. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP);
 - c. perjanjian kerja sama dengan dokter atau puskesmas pembinanya; dan
 - d. surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.



PENYELENGGARA JAMINAN KESEHATAN TINGKAT LANJUTAN



Penyelenggara Jaminan Kesehatan Tingkat Lanjutan Permenkes Nomor 71 Tahun 2013

Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan berupa:

a.klinik utama;

b.rumah sakit umum; dan

c.rumah sakit khusus.

- Fasilitas Kesehatan dapat mengadakan kerjasama dengan BPJS Kesehatan melalui perjanjian kerja sama.
- Perjanjian kerja sama dilakukan antara pimpinan atau pemilik Fasilitas Kesehatan yang berwenang dengan BPJS Kesehatan.
- Perjanjian kerja sama berlaku sekurang-kurangnya 1 (satu) tahun dan dapat diperpanjang kembali atas kesepakatan bersama.
- Untuk dapat melakukan kerja sama dengan BPJS Kesehatan, Fasilitas Kesehatan harus memenuhi persyaratan.



Persyaratan Faskes Rujukan Tk Lanjutan

Permenkes Nomor 71 Tahun 2013

Rumah Sakit harus memiliki:

- 1. Surat Ijin Operasional;
- 2. Surat Penetapan Kelas Rumah Sakit;
- 3. Surat Ijin Praktik (SIP) tenaga kesehatan yang berpraktik;
- 4. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) badan;
- 5. Perjanjian kerja sama dengan jejaring, jika diperlukan;
- 6. Sertifikat akreditasi; dan
- 7.Surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.

Ketentuan Peralihan

Pada saat Peraturan Menteri ini mulai berlaku, seluruh rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dinyatakan telah terakreditasi. Rumah sakit harus menyesuaikan dengan ketentuan dalam Peraturan Menteri ini dalam jangka waktu 3 (tiga) tahun sejak Peraturan Menteri diundangkan.



UU No 36/2009 Pasal 108

1. Praktik kefarmasiaan yang meliputi pembuatan termasuk pengendalian mutu sediaan farmasi, pengamanan, pengadaan, penyimpanan dan pendistribusian obat, pelayanan obat atas resep dokter, pelayanan informasi obat serta pengembangan obat, bahan obat dan obat tradisional harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

UU No 44/2009 Pasal 15

3. Pengelolaan alat kesehatan, sediaan farmasi, dan bahan habis pakai di Rumah Sakit harus dilakukan oleh Instalasi farmasi sistem satu pintu.

DENGAN BPJS KESEHATAN

POLA KERJASAMA DENGAN BPJS KESEHATAN





TINGKAT LANJUTAN

POLA KERJASAMA DENGAN BPJS KESEHATAN

1.FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA 2.FASILITAS KESEHATAN RUJUKAN

Melakukan Perjanjian Kerjasama

Melakukan Perjanjian
Kerjasama

Tidak ada
Perjanjian
Kerja Sama

BPJS KESEHATAN

FASKES PENUNJANG PRGRAM:

- 1.Apotek
- 2.Laboratorium



Tahapan penyiapan faskes





FASKES PENUNJANG PROGRAM RUJUK BALIK

1. Apotek

Untuk pelayanan Obat Program Rujuk Balik

2. Laboratorium

 Untuk pelayanan pemeriksaan penunjang bagi peserta Program Rujuk Balik



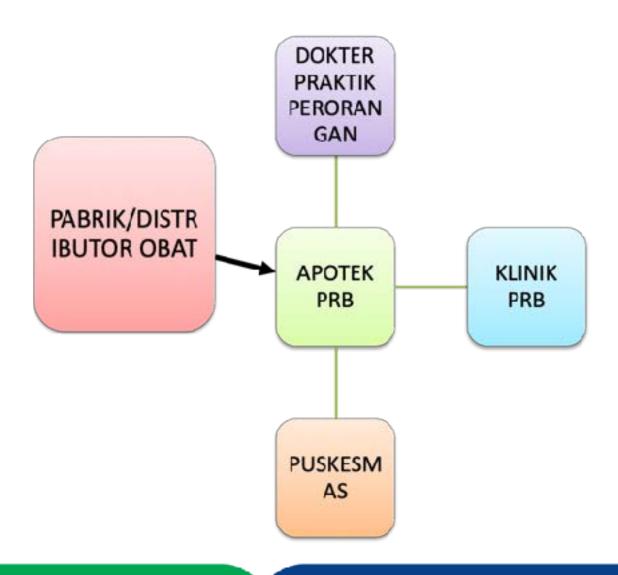
DATA APOTEK PRB

NO.	PROPINSI	JUMLAH APOTEK PRB
	NANGGROE ACEH	
1	DARUSSALAM	19
2	SUMATRA UTARA	17
3	JAMBI	7
4	KEPULAUAN RIAU	8
5	RIAU	7
6	SUMATRA BARAT	17
7	BENGKULU	2
	KEPULAUAN BANGKA	
8	BELITUNG	6
9	LAMPUNG	8
10	SUMATRA SELATAN	13
11	BANTEN	18
12	DKI JAKARTA	20
13	KALIMANTAN BARAT	12
14	JAWA BARAT	45
15	D I YOGYAKARTA	12

		JUMLAH
NO.	PROPINSI	APOTEK
		PRB
16	JAWA TENGAH	88
17	JAWA TIMUR	127
18	KALIMANTAN SELATAN	13
19	KALIMANTAN TENGAH	14
20	KALIMANTAN TIMUR	7
21	MALUKU	1
22	SULAWESI BARAT	3
23	SULAWESI SELATAN	22
24	SULAWESI TENGGARA	7
25	GORONTALO	4
26	MALUKU UTARA	5
27	SULAWESI TENGAH	5
28	SULAWESI UTARA	8
29	NUSA TENGGARA BARAT	11
30	NUSA TENGGARA TIMUR	19
31	PROP. BALI	13
32	PAPUA	10
33	PAPUA BARAT	9
	JUMLAH	577



PENYEDIAAN OBAT PRB



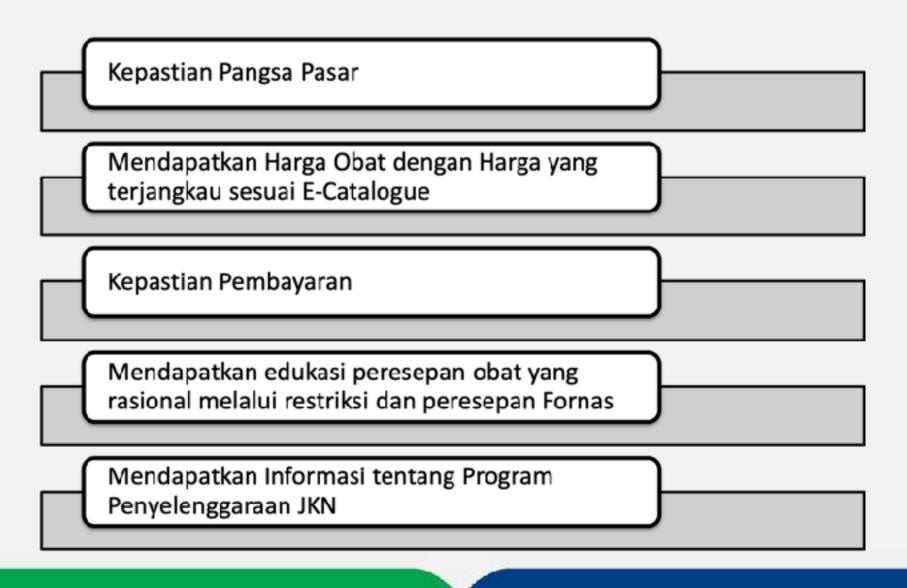


KOMITMEN KESEDIAAN APOTEK PRB

- 1. Menjamin ketersediaan dan kecukupan obat Program Rujuk Balik secara lengkap, kecuali obat dalam keadaan kosong yang dinyatakan secara tertulis oleh Distributor obat yang bersangkutan, apotek wajib mencarikan obat sejenis tanpa mengenakan biaya tambahan kepada peserta;
- Memberikan obat-obatan kepada Peserta berdasarkan resep obat yang diterima dengan tetap berpedoman kepada Formularium Nasional;
- 3. Membuat dan menyampaikan kepada BPJS Kesehatan laporan bulanan yang mencakup persediaan obat Program Rujuk Balik, pencatatan atas resep-resep obat yang masuk dan bukti penerimaan obat Peserta;
- **4. Mengikuti proses evaluasi dan penilaian yang dilakukan secara berkala** oleh BPJS Kesehatan;
- 5. Bersedia menyediakan komputer yang sesuai dengan spesifikasi yang ditentukan oleh BPJS Kesehatan untuk kebutuhan penggunaan program Aplikasi Pelayanan Apotek;
- 6. Memberitahukan secara tertulis kepada BPJS Kesehatan dalam hal terjadi perubahan tempat praktik atau berhenti praktik.



Keuntungan Menjadi Provider BPJS Kesehatan





PEMBIAYAAN

PEIVIBIAYAAIN



SISTEM PEMBAYARAN

PERPRES NOMOR 12 TAHUN 2013

Bagian Keempat

Cara Pembayaran Fasilitas Kesehatan

Pasal 39

- (1) BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama secara praupaya berdasarkan kapitasi atas jumlah Peserta yang terdaftar di Fasilitas Kesehatan tingkat pertama.
- (2) Dalam hal Fasilitas Kesehatan tingkat pertama di suatu daerah tidak memungkinkan pembayaran berdasarkan kapitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), BPJS Kesehatan diberikan kewenangan untuk melakukan pembayaran dengan mekanisme lain yang lebih berhasil guna.

PERMENKES NOMOR 69 TAHUN 2013

I. TARIF KAPITASI UNTUK PELAYANAN KESEHATAN RAWAT JALAN TINGKAT PERTAMA

A. TARIF KAPITASI DI PUSKESMAS

NO.	PUSKESMAS	TARIF (Rp)
1	Puskesmas atau Fasilitas Kesehatan yang setara	3.000 - 6.000

B. TARIF KAPITASI CI RS PRATAMA, KLINIK PRATAMA, DOKTER PRAKTEK.
DOKTER GIG PRAKTEK

NO	JENIS FASILITAS RESERATAN PRIMER MILIK SWASTA	TARIF (Rp)
1	RS. Pratama. Klinik Pratama, Praktek Dokter, atau Fasililas Kesehatan yang setara	8.000 - 10.000
2	Praktik Dokter Gigi di luar Fasiltas Kesehatan A1 atau B1	2.000

Tarif kapitasi adalah besaran pembayaran per bulan yang dibayar dimuka oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan



SISTEM PEMBIAYAAN FKTP

KAPITASI

- Administrasi
- Jasa medis
- BMHP
- Jasa tindakan medis
- Penunjang lab tingkat pertama
- Pelayanan promprev
- Pelayanan gigi

NON KAPITASI (FFS)

- Obat PRB
- Pemeriksaan
 Penunjang PRB
- Kebidanan dan Neonatal
- Ambulan
- Pemeriksaan penunjang screening
- Darah

NON KAPITASI (PER DIEM)

 Rawat inap tingkat pertama



PEMBIAYAAN OBAT PROGRAM RUJUK BALIK

Pasal 3 Permenkes 69 Tahun 2013

Pembiayaan untuk pelayanan ambulans, pelayanan obat rujuk balik, pelayanan skrining kesehatan tertentu, dan/atau pelayanan kesehatan pada daerah terpencil dan kepulauan dibayar oleh BPJS Kesehatan yang diatur lebih lanjut dengan Peraturan BPJS Kesehatan.

Pasal 71 Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014

- (3) Obat Program Rujuk Balik dan pemeriksaan penunjang sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibayar oleh BPJS Kesehatan diluar biaya kapitasi.
- (4) Obat program rujuk balik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan pemeriksaan penunjang sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditagihkan secara kolektif melalui klaim tersendiri kepada BPJS Kesehatan.
- (5) Biaya obat program rujuk balik terdiri atas harga obat yang mengacu pada Formularium Nasional yang ditetapkan oleh Menteri dan ditambah dengan faktor pelayanan dan embalage.



CAKUPAN PROGRAM RUJUK BALIK

A. JENIS PENYAKIT (SESUAI DENGAN SE MENKES HK/MENKES/31/I/2014)

1. DIABETES MELLITUS 6. EPILEPS

2. HIPERTENSI 7. SCHIZOPHRENIA

3. JANTUNG 8. STROKE

4. ASTMA 9. SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (SLE)

5. PPOK 10. SIROSIS HEPATITIS

B. OBAT PROGRAM RUJUK BALIK

1.OBAT UTAMA, YAITU OBAT KRONIS YANG DIRESEPKAN OLEH DOKTER SPESIALIS/SUB SPESIALIS DI FASKES TINGKAT LANJUTAN 2.OBAT TAMBAHAN, YAITU OBAT YANG MUTLAK DIBERIKAN BERSAMA OBAT UTAMA DAN DIRESEPKAN OLEH DOKTER SPESIALIS/SUB SPESIALIS DI FASKES TINGKAT LANJUTAN UNTUK MENGATASI PENYAKIT PENYERTA ATAU MENGURANGI EFEK SAMPING AKIBAT OBAT UTAMA.



PEMBIAYAAN OBAT PROGRAM RUJUK BALIK



33



Lanjutan...



Yang terhormat,

- 1. Para Kapala Dines Keschatan Provinsi seluruh Indonesia.
- 2. Para Kepala Dinas Keschatun Kabupaten/Kota seluruh Indonesia.
- Ketua Perhimpunan Rumah Sakit (PBRSI)
- Ketua Asosinsi Dinas Keschatan (ADINKES)
- Ketua Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN).
- Ketoa Perbimpuman Kli ilk dan Fasilitas Pelajatnan Kesehatan Primer Indonesia (PKFI)
- 7. Ketua Pengurus Beser Ikatan Dokter Indonesis (PB IDI)
- 8. Ketua Pengurus Besur Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PB PDGI)
- 9. Ketua Pengurus Persatuan Perawa: Nasional Indonesia (PPNI)
- 10. Katua Pengurus Ikatan Bidan Indonesia (IBI)
- 11. Ketua Fengurus Ikatan Apoteker Indonesia (IAI)

SURAT EDARAN

NOMOR HK/MENK83/31/1/2014

TENTANG

PELAKBANAAN STANDAR TARIF PELAKANAN KESEHATAN PADA FASILITAS KESEHATAN TINGKAT FERTAMA DAN PASILITAS KESEHATAN TINGKAT LANJUTAN DALAM PENYELENGGARAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN

TARIF PELAYANAN PRB:

□ OBAT

Sesuai e-katalog + faktor pelayanan + embalage

e-katalog dikeluarkan oleh Kemenkes faktor pelayanan dan embalage sesuai SE Menkes No 31/2014

☐ Pemeriksaan Penunjang → Ditagihkan terpisah dengan tarif maksimal

■GDS : Rp 10.000 sd 20.000 (harus

dengan indikasi medis

■GDP : Rp 10.000 sd 20.000

■ GDPP : Rp 10.000 sd 20.000

dalam hal diperlukan pemeriksaan

lainnya → dilakukan di faskes lanjutan

1 x per

bulan



PERPRES No 111 Tahun 2013

tentang Perubahan atas PerPres Nomor 12 Tahun 2013

- (1) BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada Peserta paling lambat:
 - tanggal 15 (lima belas) setiap bulan berjalan bagi Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang menggunakan cara pembayaran praupaya berdasarkan kapitasi; dan
 - b. 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim diterima lengkap bagi Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan.
- (2) BPJS Kesehatan wajib membayar ganti rugi kepada Fasilitas Kesehatan sebesar 1% (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan.

HARAPAN BPJS KESEHATAN

HARAPAN BPJS KESEHATAN





HARAPAN

Adanya Dukungan dari Regulator, Fasilitas Kesehatan, Perhimpunan Profesi dan Tenaga Kesehatan (salah satunya Pharmacist) agar pelayanan obat dapat rasional dan cost effectiveness.



TERIMA KASIH

