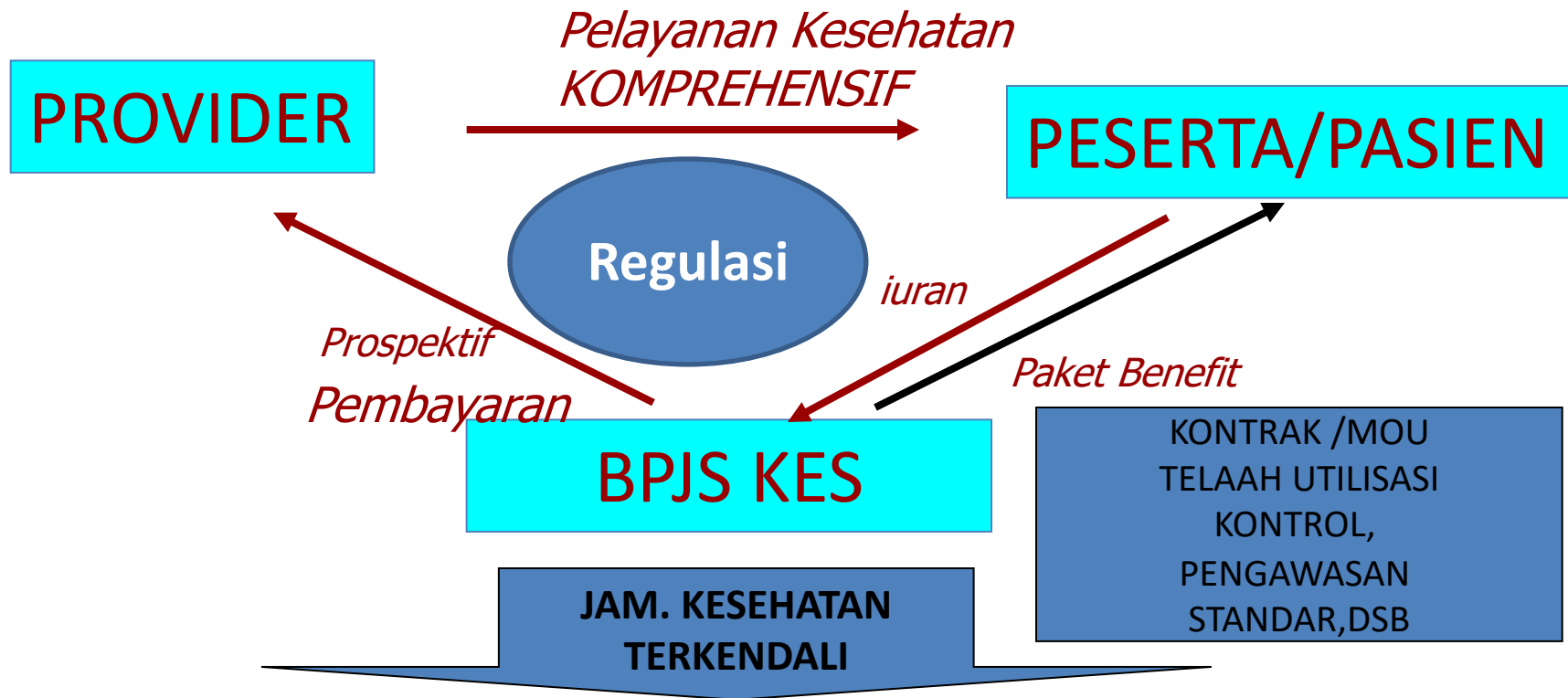


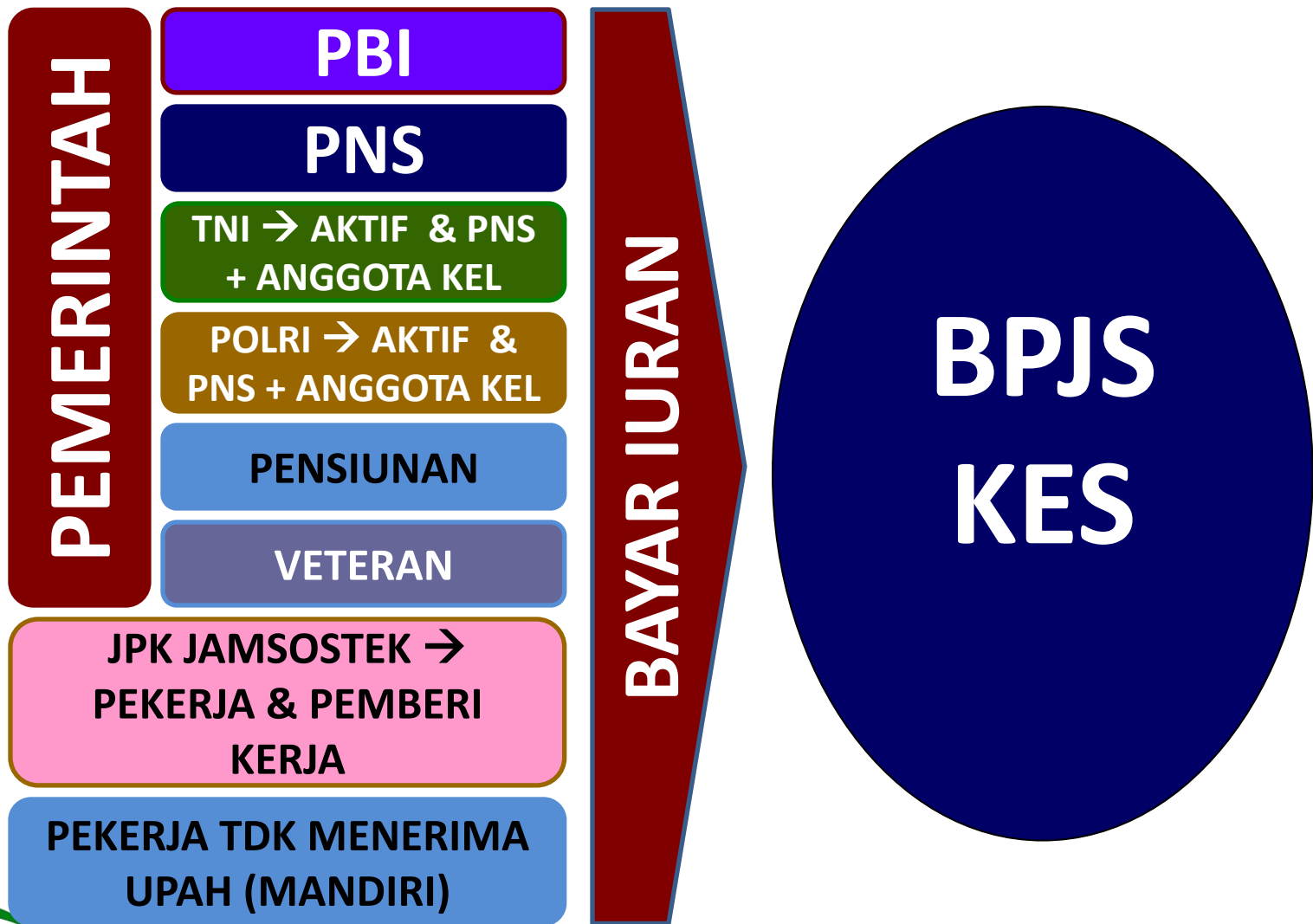
MEKANISME PEMBAYARAN PELAYANAN KESEHATAN DI FASILITAS KESEHATAN DASAR DAN RUJUKAN PADA PELAKSANAAN JKN

PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL



PENYELENGGARAAN : NIRLABA, DANA AMANAH PORTABILITAS , PROFESIONAL, BERKEADILAN, **SOLIDARITAS SOSIAL**,
MENDORONG : PENERAPAN SPM, STANDAR/MUTU, TARIF, WIN-WIN SOLUTION, SITEM RUJUKAN,, BIAYA YANKES LEBIH FAIR, KOMPETISI/PERSAINGAN USAHA

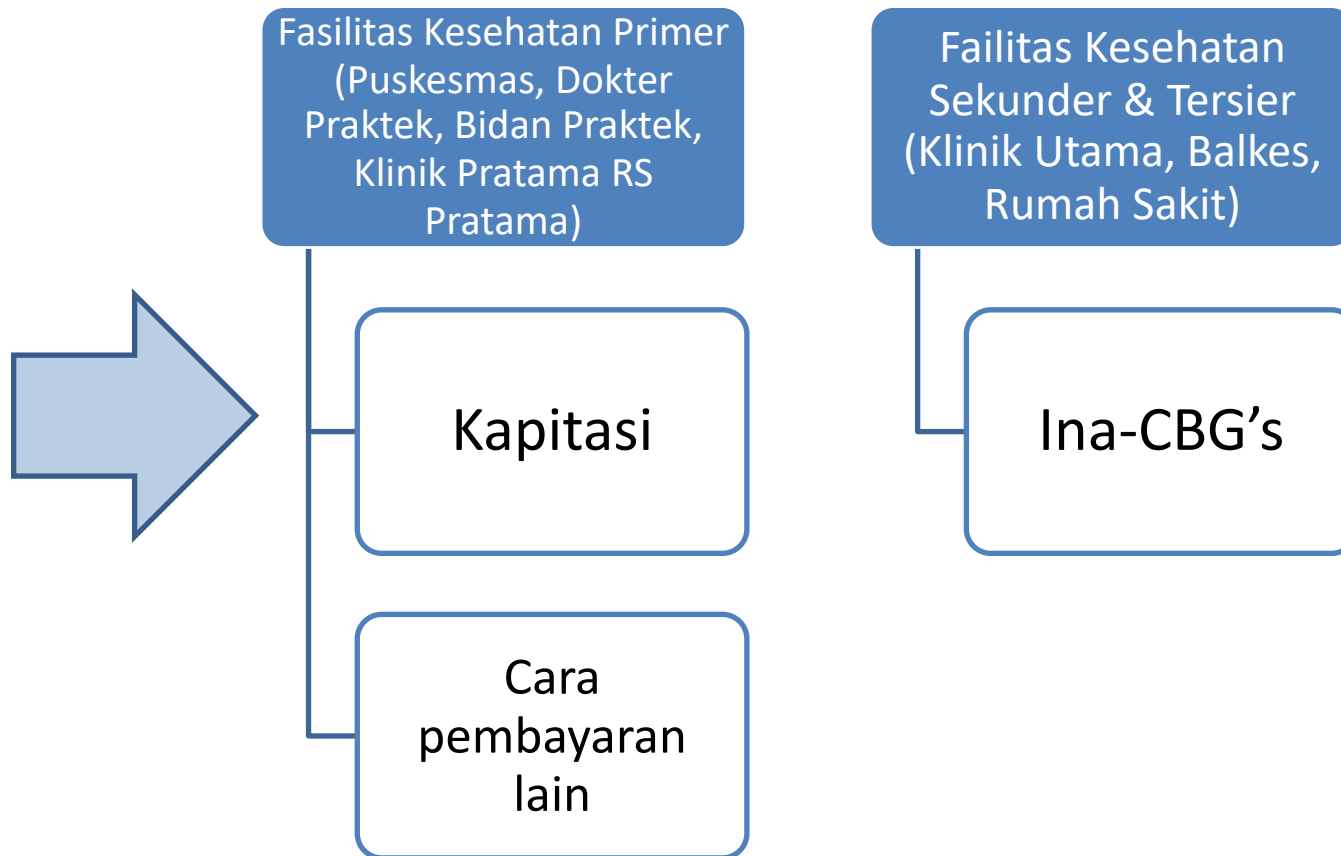
SUMBER DANA JKN



Iuran JKN (Perubahan Perpres 12/2013)

PESERTA	BENTUK IURAN	BESARAN IURAN	KET
PBI	NILAI NOMINAL (per jiwa)	Rp. 19.225,-	Ranap kelas 3
PNS/TNI/POLRI/ PENSIUN	5% (per keluarga)	2% dari pekerja 3% dari pemberi kerja	Ranap kelas 1, kelas 2
PEKERJA PENERIMA UPAH SELAIN PNS DLL	4,5 % (per keluarga) dan 5% (per keluarga)	s/d 30 Juni 2015: 0,5% dari pekerja 4% dari pemberi kerja mulai 1 Juli 2015: 1% dari pekerja 4% dari pemberi kerja	Ranap kelas 1, kelas 2
PEKERJA BUKAN PENERIMA UPAH dan BUKAN PEKERJA	NILAI NOMINAL (per jiwa)	1. Rp 25,500,- 2. Rp 42,500,- 3. Rp 59,500,-	1. Ranap kelas 3 2. Ranap kelas 2 3. Ranap kelas 1

FASILITAS KESEHATAN DAN POLA PEMBAYARAN JKN



DASAR HUKUM POLA PEMBAYARAN FASKES

Pasal 39 ayat (1),(2),(3),dan(4) Perpres No 12/2013 tentang Jaminan Kesehatan

- 1)BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama secara praupaya berdasarkan kapitasi
- (2) Dalam hal Fasilitas Kesehatan tingkat pertama didaerah tidak memungkinkan pembayaran berdasarkan kapitasi dibayar dengan mekanisme lain.
- (3) BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada faskes rujukan tingkat lanjut berdasarkan cara INA-CBGs
- (4) Besaran ditinjau sekurang-kurangnya setiap 2 (dua) tahun sekali oleh Menteri Kesehatan

PEMBAYARAN DI FASKES TK 1

- KAPITASI

adalah besaran pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka kepada FKTP berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan

- NON KAPITASI

Tarif Non Kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada FKTP berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan (RITP, Pelayanan Kebidanan dan Neonatal)

MANFAAT DI FASKES TK 1

Pasal 22 ayat (1) huruf a Perpres No 12/2013 tentang Jaminan Kesehatan

- (1) Pelayanan kesehatan yang dijamin terdiri atas
- a. pelayanan kesehatan tingkat pertama, meliputi pelayanan kesehatan non spesialisik yang mencakup:
 1. administrasi pelayanan
 2. pelayanan promotif dan preventif
 3. pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis
 4. tindakan medis non spesialisik, baik operatif dan non operatif
 5. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
 6. **transfusi darah sesuai kebutuhan medis**
 7. pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama dan
 8. **rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi**

TARIF FASKES PRIMER

KEMENES

TARIF KAPITASI

NO	JENIS FASILITAS KESEHATAN TK PERTAMA	KAPITASI Rp	
1.	Puskesmas	3000 – 6000	
2.	RS Pratama/Klinik Pratama/Dokter Praktek	8.000 – 10.000	
3.	Dokter Gigi Praktek	2.000	

TARIF FASKES PRIMER

TARIF NON KAPITASI (RAWAT INAP)

No.	JENIS FASILITAS KESEHATAN	TARIF	
1.	Puskesmas	100.000/Hr	
2.	RS Pratama	100.000/Hr	

TARIF PELAYANAN KEBIDANAN & NEONATUS

TARIF NON KAPITASI

NO	PELAYANAN KESEHATAN	TARIF
1.	Pemeriksaan ANC	25.000
2.	Persalinan Normal	600.000
3.	Penanganan perdarahan paska keguguran, persalinan pervaginam dg tindakan emergensi dasar	750.000
4.	Pemeriksaan PNC/neonatus	25.000
5.	Pelayanan tindakan paska persalinan (mis placenta manual)	175.000
6.	Pelayanan pra rujukan pd komplikasi kebidanan & neonatal	125.000
7.	Pelayanan KB pemasangan IUD/Implant dan Suntik	100.000 15.000
8.	Penanganan komplikasi KB paska persalinan	125.000

PEMBAYARAN DI FASKES TK LANJUTAN

Pembayaran Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut:

Pasal 39, ayat:

- (3) BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada faskes rujukan tingkat lanjut berdasarkan cara INA-CBGs
- (4) Besaran ditinjau sekurang-kurangnya setiap 2 (dua) tahun sekali oleh Menteri Kesehatan

MANFAAT DI FASKES TK LANJUTAN

Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, meliputi pelayanan kesehatan yang mencakup:

1. rawat jalan yang meliputi:
 - a) administrasi pelayanan;
 - b) pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan subspesialis;
 - c) tindakan medis spesialisik sesuai dengan indikasi medis;
 - d) pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
 - e) pelayanan alat kesehatan implan;
 - f) pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
 - g) rehabilitasi medis;
 - h) pelayanan darah;
 - i) pelayanan kedokteran forensik; dan
 - j) pelayanan jenazah di Fasilitas Kesehatan.
2. rawat inap yang meliputi:
 - a) perawatan inap non intensif; dan
 - b) perawatan inap di ruang intensif.

INA-CBG's Sebagai Metode Pembayaran Prospektif

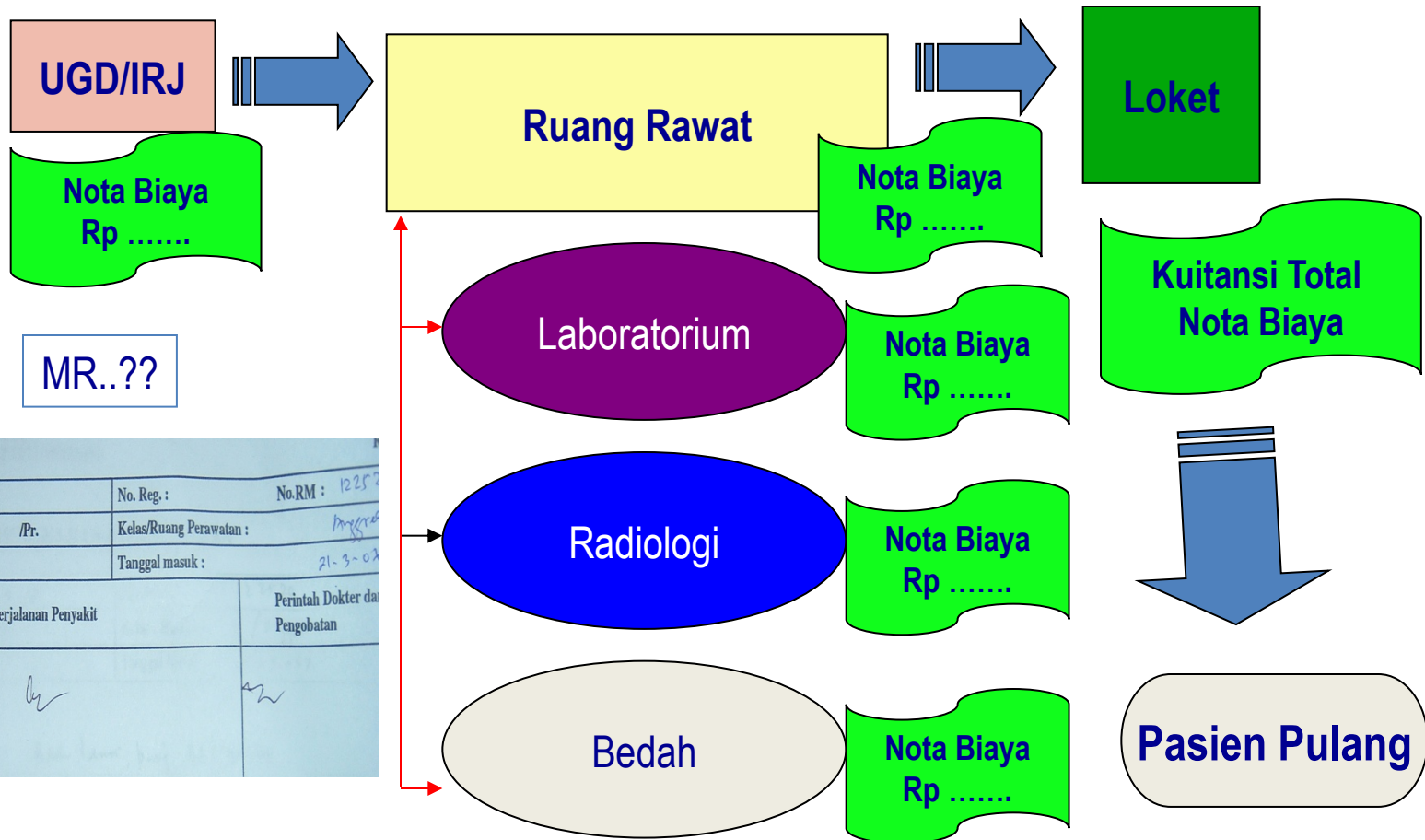
Sistem INA-CBG's

Sistem Casemix/DRG adalah suatu :

1. Pengelompokan diagnosis penyakit yang dikaitkan dengan biaya perawatan dan dimasukkan ke dalam group-group
 - Dasar Pengelompokan dengan menggunakan :
 - ICD – 10 Untuk Diagnosa (14.500 kode)
 - ICD – 9 CM Untuk Prosedur/Tindakan (7.500 kode)
 - Dikelompokkan menjadi menjadi 1077 kode group INA-CBG (789 kode rawat inap dan 288 kode rawat jalan)
2. Ciri – ciri setiap group adalah :
 - Penyakit yang mempunyai Gejala Klinis yang sama
 - Pemakaian sumber daya yang sama (biaya perawatan yang sama)
3. Dijalankan dengan menggunakan UNU-Grouper dari UNU-IIGH (*United Nation University Internasional Institute for Global Health*)

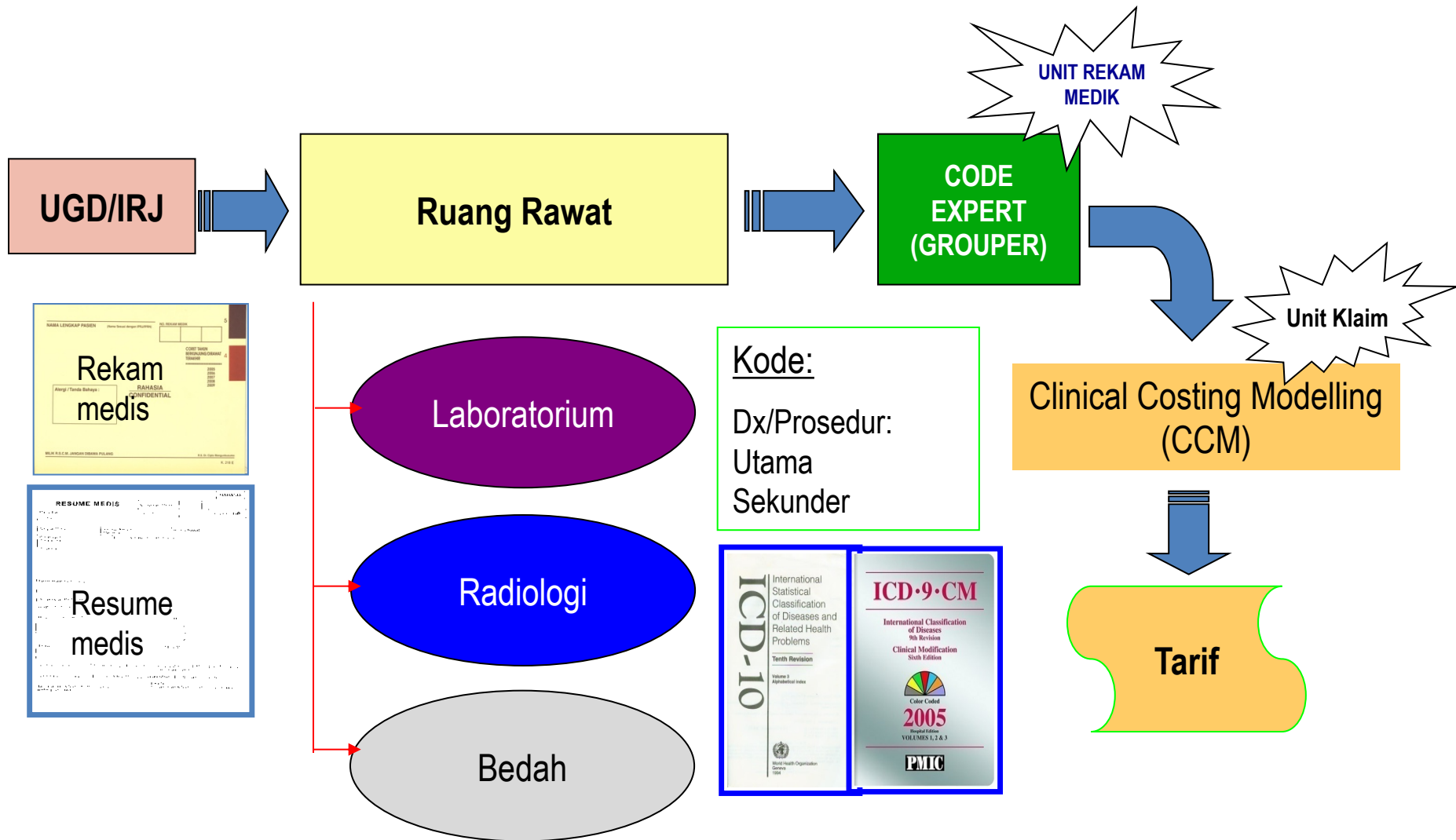
Tantangan RS Dalam JK-SJSN. (2):

Pola Tarif Fee For Service di RS



Tantangan RS Dalam JK-SJSN. (3):

Pola Tarif Prospektif → DRG/CBGs di RS



Beberapa Perbaikan Pada INA-CBG's

→ Juknis INA-CBG's

- Perbaikan pada outline Juknis INA-CBG's
- Reviu pada regionalisasi
- Penjelasan lanjut pada “top-up payment”
- Penyesuaian aplikasi/software (dilakukan secara paralel)
- Penjelasan lanjut pada “coding”
- Saran untuk optimalisasi INA-CBG's di RS
- Melengkapi contoh-contoh pada lampiran:
 - “rule of coding”
 - dll

Regionalisasi Tarif

Regionalisasi

- untuk mengakomodir perbedaan biaya distribusi obat dan alat kesehatan di Indonesia
- Dasar penentuan : Indeks Kemahalan Konsumen (IHK) dari Badan Pusat Statistik (BPS)

REGIONALISASI				
I	II	III	IV	V
Banten	Sumatera Barat	NAD	Kalimantan Selatan	Bangka Belitung
DKI Jakarta	Riau	Sumatera Utara	Kalimantan Tengah	NTT
Jawa Barat	Sumatera Selatan	Jambi		Kalimantan Timur
Jawa Tengah	Lampung	Bengkulu		Kalimantan Utara
DI Yogyakarta	Bali	Kepulauan Riau		Maluku
Jawa Timur	NTB	Kalimantan Barat		Maluku Utara
		Sulawesi Utara		Papua
		Sulawesi Tengah		Papua Barat
		Sulawesi Tenggara		
		Gorontalo		
		Sulawesi Barat		
		Sulawesi Selatan		

Top Up Payment

- Saat ini untuk pembayaran pelayanan kesehatan untuk peserta JKN disamping tarif INA-CBG juga masih terdapat pembayaran diluar tarif INA-CBG sesuai dengan Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor HK/MENKES/31/I/2014 dan Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor HK/MENKES/32/I/2014

Hal-Hal Yang Perlu Dilakukan RS :

1. Membangun tim rumah sakit
2. Meningkatkan efisiensi
3. Memperbaiki mutu rekam medis
4. Memperbaiki kecepatan dan mutu klaim
5. Melakukan standarisasi
6. Membentuk Tim Casemix/Tim INA-CBG rumah sakit
7. Memanfaatkan data klaim.
8. Melakukan reviu *post-claim*
9. Pembayaran jasa medis

Hal-Hal Yang Tidak Boleh Dilakukan RS:

1. Merubah atau membongkar software
2. Menambah diagnosis yang tidak ada pada pasien yang diberikan pelayanan untuk tujuan meningkatkan tingkat keparahan atau untuk tujuan mendapatkan grouping pada kelompok tariff yang lebih besar.
3. Menambah prosedur yang tidak dilakukan atau tidak ada bukti pemeriksaan untuk tujuan mendapatkan grouping pada kelompok tariff yang lebih besar.
4. Melakukan input diagnosis dan prosedur hingga proses grouping berkali-kali dengan tujuan mendapatkan kelompok tarif yang lebih besar.

Beberapa Kelompok Tarif Yang Diperbaiki

1. Tarif-tarif yang lebih rendah dari tarif Ina-CBG's tahun 2013.
2. Beberapa tarif pelayanan mata
3. Beberapa tarif pelayanan bedah ortopedi
4. Beberapa tarif pelayanan bedah saraf
5. Beberapa tarif pelayanan rawat jalan (dengan pemeriksaan penunjang, prosedur, kasus kronik, kemoterapi)
6. Pemeriksaan Petscan

Beberapa Perkembangan Regulasi JKN Saat Ini

1. Revisi Permenkes No. 69 Tahun 2013
2. Penyusunan Pedoman Pelaksanaan JKN (finalisasi), melibatkan Lintas unit terkait Kemkes, profesi dan asosiasi Faskes, BPJS Kesehatan
3. Penyusunan Petunjuk Teknis INA-CBGs
4. Pembentukan Tim HTA, CA, Monev dan Tim Tarif
5. Peserta PMKS (unregistered) yang akan menjadi peserta PBI dengan perlakuan khusus

Beberapa Perkembangan Regulasi JKN Saat Ini

6. Petunjuk teknis verifikasi klaim BPJS
7. Pengaturan ttg Koordinasi Manfaat (COB) oleh BPJS
8. Telah ditetapkan Perpres No 32/2014 ttg Pengelolaan & Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pada Faskes Tk Pertama Milik Pemda
9. PMK ttg Penggunaan Dana Kapitasi JKN Untuk Jasa Pelayanan Dan Dukungan Operasional Pada FKTP Milik Pemda

TERIMA KASIH