

**PERATURAN PRESIDEN
NOMOR 12 TAHUN 2013
&
UPAYA KEMENKES MENGATUR STANDAR
TARIF INA-CBG YANG LAYAK**

Perubahan Regulasi Pelayanan Kesehatan

UU No 36
Tahun 2009
Kesehatan

PERPRES
12 TAHUN 2013
JAMINAN KES

- UU no 40 th 2004 SJSN
- UU no 24 th 2011 BPJS

*Universal
Health
Coverage*

Rumah Sakit
dipaksa
untuk berubah

UU No. 44
Tahun 2009
Rumah Sakit

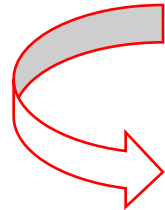
PERMENKES
001 TAHUN 2012
SISTEM RUJUKAN

Program jaminan kesehatan

SJSN → BPJS → Jaminan Kesehatan Nasional



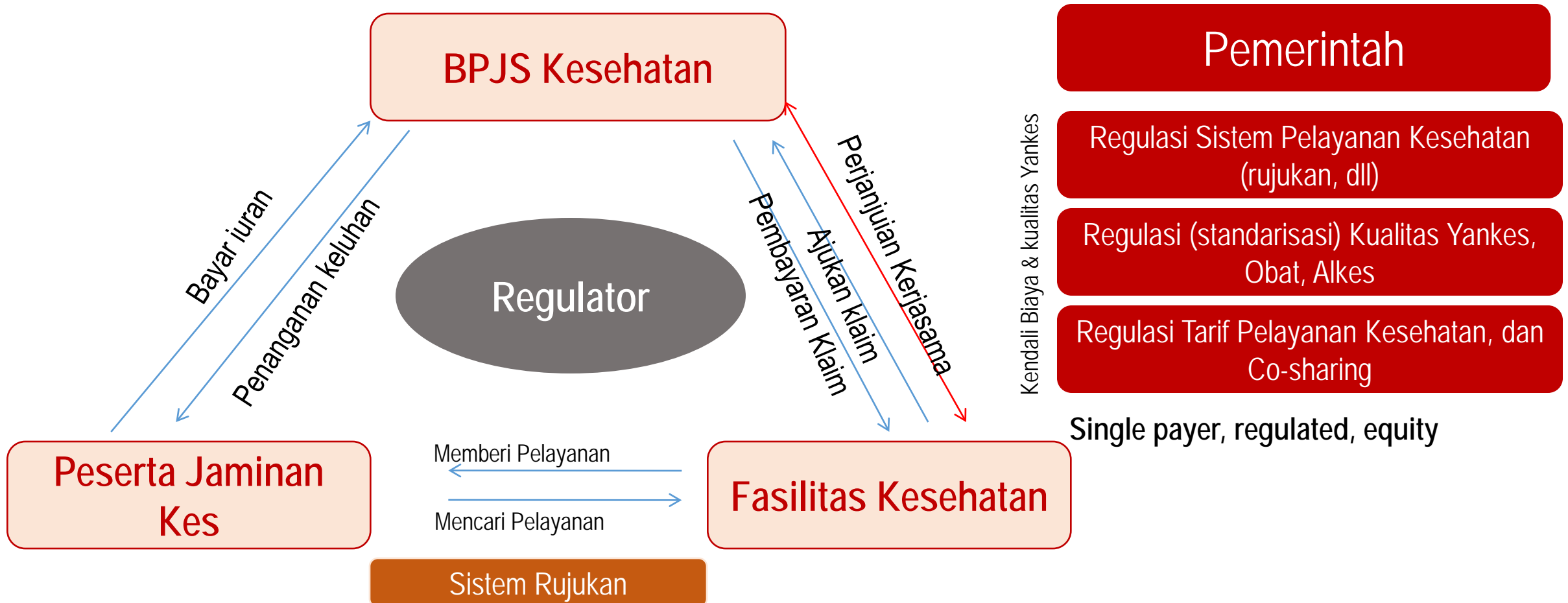
Pengendalian biaya / efisiensi dan mutu untuk RS



Metode pembayaran untuk RS

prospective payment → casemix → INA-CBG

JAMINAN KESEHATAN DALAM SJSN





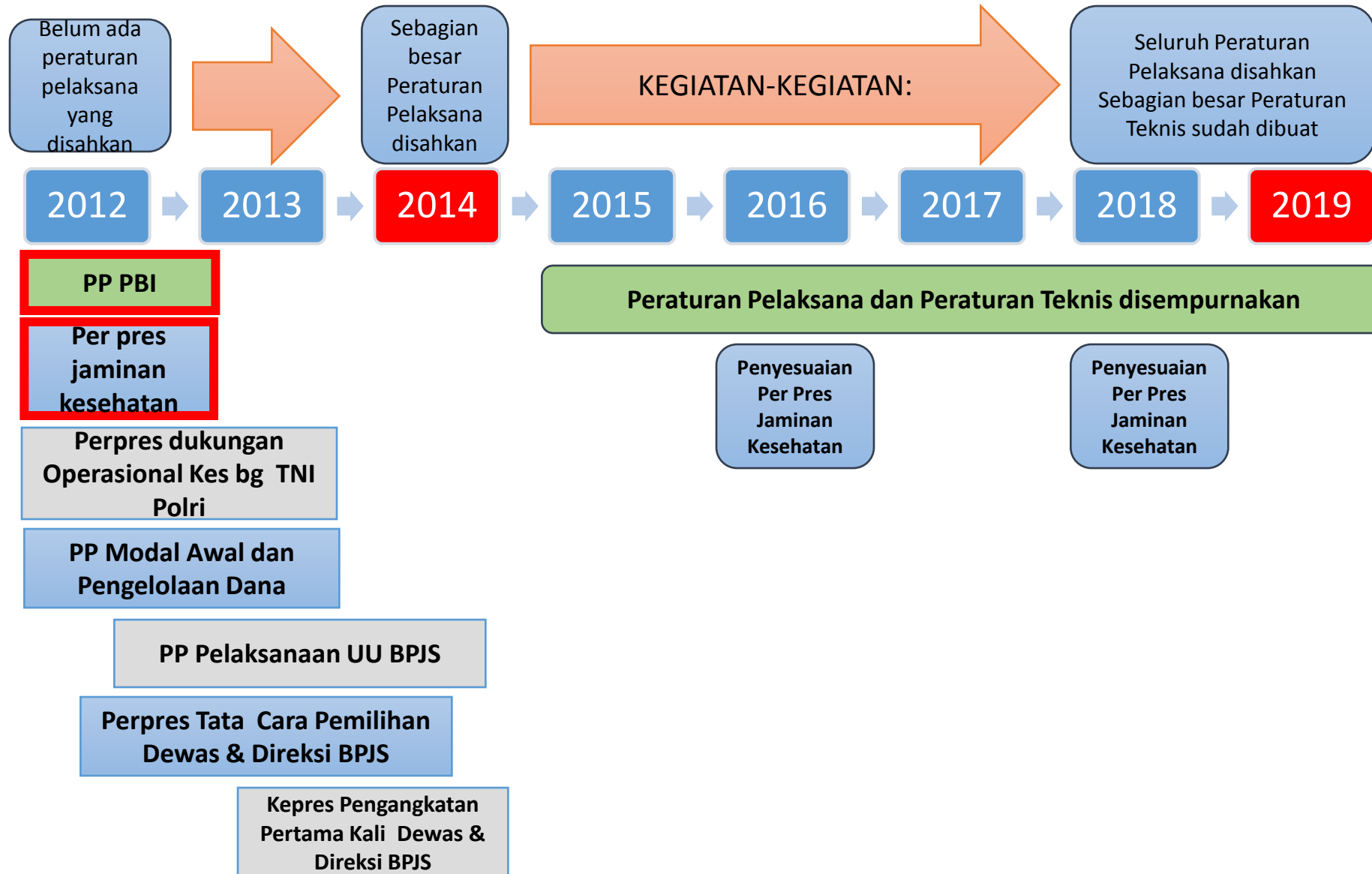
MENGAPA PERLU MEMILIKI JAMINAN KESEHATAN

- Biaya Kesehatan yang semakin meningkat → tidak dapat ditanggung oleh Individu atau keluarga
- gotong royong dalam membiayai pelayanan kesehatan bersama → ada kepastian biaya
- Agar terjadi subsidi antara yang sehat dng yg sakit, antara yg muda & tua, antara individu dan antar daerah



MENTERI KESEHATAN

PETA JALAN ASPEK PERATURAN PERUNDANGAN



PERATURAN PRESIDEN NOMOR 12 TAHUN 2013

- Mulai berlaku pada tanggal 1 Januari 2014
- Ditetapkan oleh Presiden RI di Jakarta pada tanggal 18 Januari 2013
- Diundangkan oleh Menhukam RI pada tanggal 23 Januari 2013

Pengertian Jaminan Kesehatan :

Jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan **dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.**

Perpres 12/2013

BAB II - Peserta & Kepesertaan

Peserta Jaminan Kesehatan meliputi:

1. PBI Jaminan Kesehatan → **fakir miskin dan orang tidak mampu**
2. bukan PBI Jaminan Kesehatan :
 - a. Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya;
 - b. Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya; dan
 - c. bukan Pekerja dan anggota keluarganya

Perpres 12/2013

BAB V - Manfaat Jaminan Kesehatan

Pasal 20

- pelayanan kesehatan perorangan,
- terdiri atas Manfaat medis dan Manfaat non medis
- mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan

Perpres 12/2013

BAB VII - Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan

Pasal 29 - Prosedur Yankes

- Peserta harus memperoleh pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama tempat Peserta terdaftar, *terkecuali* bagi peserta yang berada di luar wilayah tempat terdaftar & dalam keadaan kegawatdaruratan medis
- Dalam hal Peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, Fasilitas Kesehatan tingkat pertama harus merujuk ke Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan terdekat sesuai dengan sistem rujukan yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan.

Perpres 12/2013

BAB VII - Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan

Pasal 32 - Obat dan BMHP

Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai untuk Peserta Jaminan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan berpedoman pada **daftar dan harga obat, dan bahan medis habis pakai** yang ditetapkan oleh Menteri, yang ditinjau kembali paling lambat 2 (dua) tahun sekali

Perpres 12/2013

BAB VIII - Fasilitas Kesehatan

Pasal 35 - Ketersediaan Faskes

- 1) **Pemerintah dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab atas ketersediaan Fasilitas Kesehatan** dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk pelaksanaan program Jaminan Kesehatan.
- 2) Pemerintah dan Pemerintah Daerah **dapat memberikan kesempatan kepada swasta untuk berperan serta** memenuhi ketersediaan Fasilitas Kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Perpres 12/2013

BAB VIII - Fasilitas Kesehatan

Pasal 36 – Penyelenggara YanKes

- 1) Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi **semua Fasilitas Kesehatan yang menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan.**
- 2) Fasilitas Kesehatan *milik Pemerintah dan Pemerintah Daerah* yang memenuhi persyaratan *wajib* bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
- 3) Fasilitas Kesehatan *milik swasta* yang memenuhi persyaratan *dapat* menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan.
- 4) Kerjasama sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) dilaksanakan dengan membuat *perjanjian tertulis*.
- 5) Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) diatur dengan Peraturan Menteri.

Perpres 12/2013

BAB VIII - Fasilitas Kesehatan

Pasal 37 – Besaran Pembayaran

Besaran pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan ditentukan **berdasarkan kesepakatan** BPJS Kesehatan dengan asosiasi Fasilitas Kesehatan di wilayah tersebut dengan **mengacu pada standar tarif** yang ditetapkan oleh Menteri.

Pasal 38 – Waktu Pembayaran

BPJS wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada Peserta *paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim diterima lengkap*

Perpres 12/2013

BAB VIII - Fasilitas Kesehatan

Pasal 39 – Cara Pembayaran Faskes

- BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama secara praupaya berdasarkan **kapitasi** atas jumlah Peserta yang terdaftar di Fasilitas Kesehatan tingkat pertama.
- BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan berdasarkan cara ***Indonesian Case Based Groups (INA-CBG's)***.
- Besaran **kapitasi** dan *Indonesian Case Based Groups (INA-CBG's)* **ditinjau sekurang-kurangnya setiap 2 (dua) tahun sekali oleh Menteri** setelah berkoordinasi dengan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan

Perpres 12/2013

BAB IX - Kendali Mutu dan Biaya

Pasal 41 - Standar Tarif

- 1) Menteri** menetapkan standar tarif pelayanan kesehatan yang menjadi acuan bagi penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.
- Penetapan standar tarif pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan **memperhatikan ketersediaan Fasilitas Kesehatan, indeks harga konsumen, dan indeks kemahalan daerah.**

CASEMIX

- Sistem pembayaran pelayanan kesehatan secara *prospective* dimana pembayaran/biaya ditentukan sebelum pelayanan diberikan
- Pengelompokan diagnosis penyakit yang dikaitkan dengan biaya perawatan, dengan ciri setiap satu kelompok :
 - ❖ Ciri klinis yang sama/mirip
 - ❖ Pemakaian sumber daya / biaya perawatan sama/mirip

INA-CBG

Indonesia Case Base Groups

→ Merupakan Sistem **Casemix** yang di Implementasikan di Indonesia

• Dasar pengelompokan tarif dengan menggunakan :

- ICD – 10 Untuk Diagnosa (14.500 kode)
- ICD – 9 CM Untuk Prosedur/Tindakan (7.500 kode)

Dalam tarif INA-CBG dikelompokkan menjadi 1077 (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*)

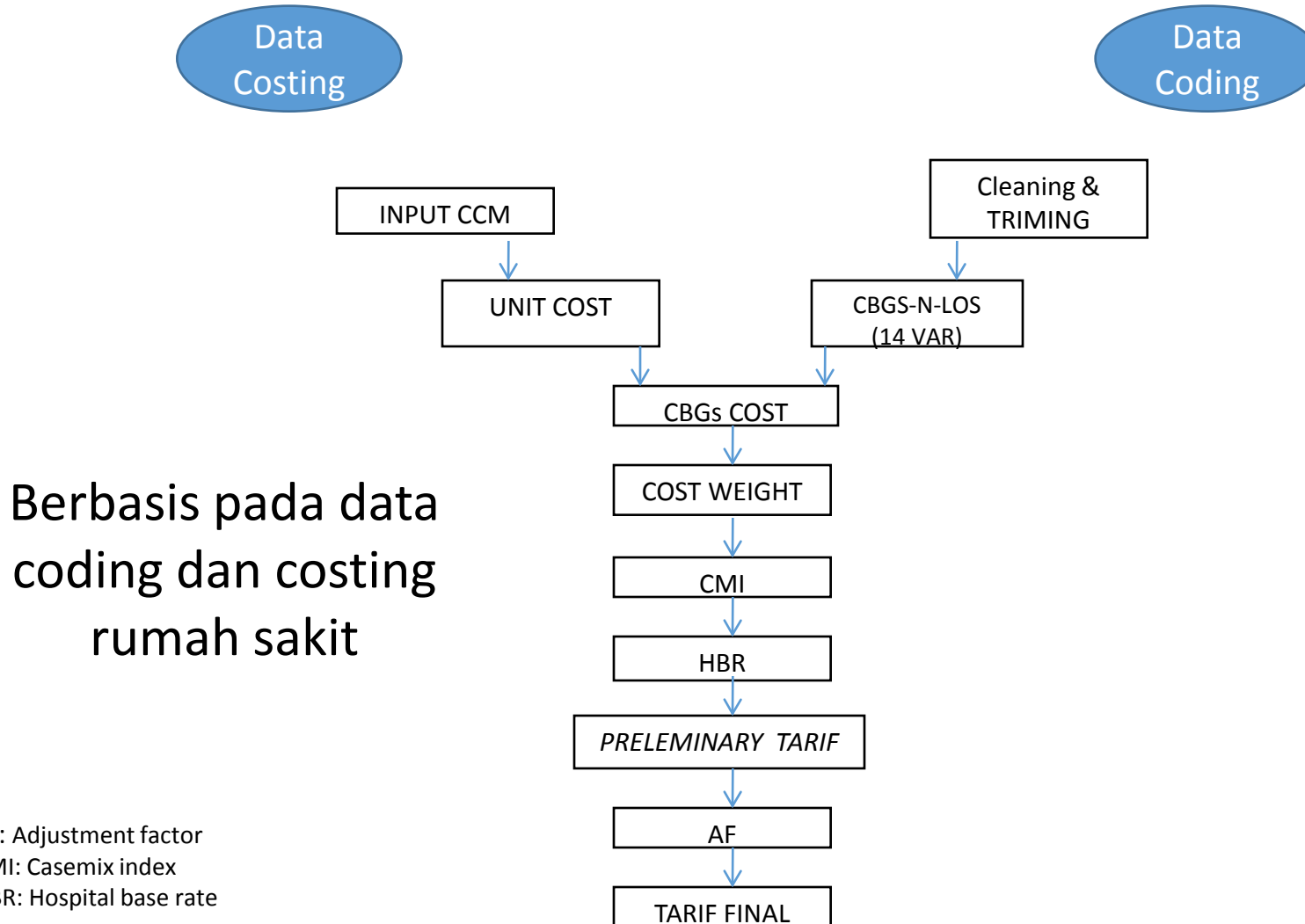
CASEMIX: INA-DRG → INA-CBG

- Dibangun mulai 2006
- Diresmikan sebagai metode pembayaran Jamkesmas : Juli 2008
- Diimplementasikan di 15 RS Vertikal: September 2008
- Diimplementasikan di seluruh PPK Jamkesmas: Januari 2009
- INA-DRG → INA-CBG: Oktober 2010

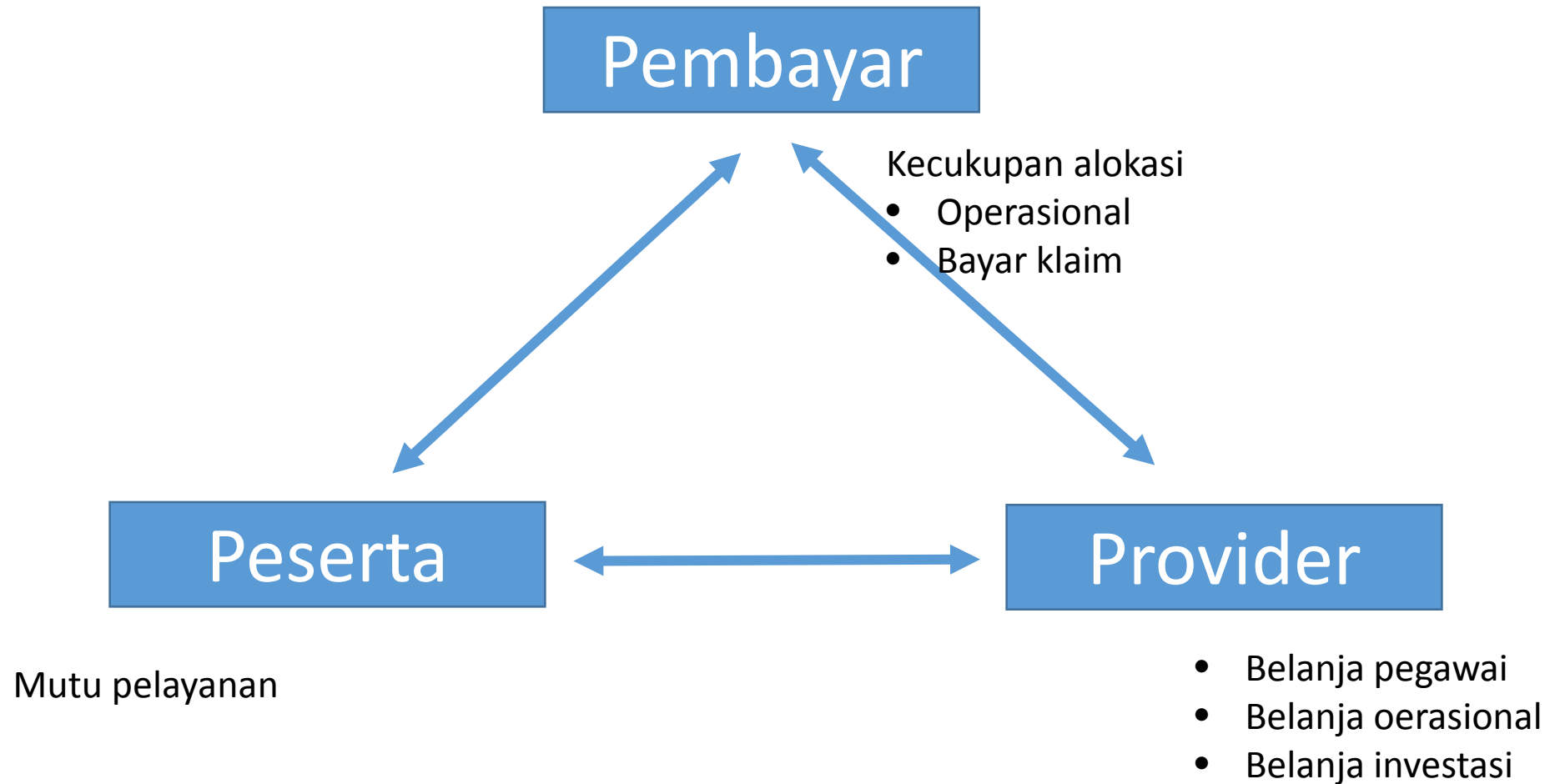
Jumlah rumah sakit pemberi pelayanan jamkesmas :

- 945 peserta; 635 RS pemerintah dan **310** RS Swasta, th 2009
- 1144 peserta; 718 RS pemerintah dan 426 RS swasta, th 2012
- 1262 peserta; 747 RS pemerintah dan **515** RS swasta, awal th 2013

TAHAPAN PEMBENTUKAN TARIF INA-CBG



Tarif INA-CBG yang Layak ?



Upaya Kemenkes Mengatur Standar Tarif INA-CBG yang Layak (1)

A. Meningkatkan Akses thd Fasilitas Pelayanan Kesehatan

- i. Ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan
- ii. Sistem Rujukan & Rujuk Balik

B. Mendorong Fasyankes untuk :

- i. memperbaiki mutu pelayanan → akreditasi, mengelola output pelayanan (LoS, jmlh px meninggal/dirujuk/pulang paksa, dsb)
- ii. Mengurangi potensi inefisiensi → farmasi/AMHP, pemeriksaan penunjang, LOS
- iii. Meningkatkan efisiensi: e planning dan e catalogue

Upaya Kemenkes Mengatur Standar Tarif INA-CBG yang Layak (2)

C. Menetapkan dan menerapkan Standar-standar :

- i. Biaya Pelayanan Kesehatan
- ii. Jasa Medis → remunerasi
- iii. Pengklasifikasian Kelas Rumah Sakit → tidak hanya berdasarkan jumlah tempat tidur melainkan juga dari kompetensi pelayanan medis
- iv. PNPK → Clinical Pathway sbg tool evaluasi kasus dg volume &/ biaya tinggi
- v. Rekam Medik → diagnosis & tindakan mengacu pd ICD (International Classification of Disease)
- vi. Farmasi & Alkes

Upaya Kemenkes Mengatur Standar Tarif INA-CBG yang Layak (3)

D. Menata Pola Pembiayaan Kesehatan bagi Fasyankes tingkat lanjut

→ *Prospective Payment* → Casemix/DRG system : INA-CBG

- i. Memperbaiki metodologi perhitungan tarif INA-CBG
- ii. Memperbaiki/merevisi tarif INA-CBG secara berkala
- iii. Meningkatkan dan memperbaiki standard data costing dan sistem akuntansi RS
- iv. Menetapkan dan membina RS yang digunakan untuk sampling data costing dan coding untuk perhitungan tarif INA-CBG

Jaminan Kesehatan Bagi Seluruh Penduduk

(Universal Health Coverage)

Selama kurun waktu 2014 - 2018, dilakukan:

1. Pengalihan & integrasi kepesertaan Jamkesda & Asuransi lain
2. Perluasan peserta pd perusahaan2 secara bertahap
3. Dilakukan kajian berbagai regulasi, iuran dan manfaat
4. Perluasan kepesertaan sd seluruh penduduk pd thn 2019

Kesimpulan

- Dalam proses implementasi Jaminan Kesehatan Nasional menuju Universal Coverage, dibutuhkan upaya tidak hanya oleh Kemenkes, melainkan juga para provider, stakeholders lainnya yankes serta masyarakat luas.
- Perubahan tidak hanya pada skema pembiayaan kesehatan namun lebih detail pada pola pengelolaan manajemen dan pelayanan fungsional di Rumah Sakit.
- Pengelolaan yang baik → optimalisasi sumber daya → output pelayanan baik → menjadi input data yang baik dalam proses penghitungan tariff INA-CBG → komponen tariff Hospital Base Rate & Cost Weight yang dihasilkan baik → tariff INA-CBG yang layak

Terima Kasih