



***“ Implementasi Jamkesta dan Persiapan BPJS
dalam Pelayanan Kesehatan di Indonesia serta
Dampaknya Terhadap Pembiayaan
bagi Sarana Kesehatan”***

dr. Supriyanto, Sp.P, MARS

Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan RI



ANNUAL SCIENTIFIC MEETING (ASM)

2 Maret 2013

**Kampus Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta
Diselenggarakan oleh Fakultas Kedokteran UGM dan KAGAMA Kedokteran**



Konsep Dasar Jaminan Kesehatan

- ⑩ Setiap orang **berhak** atas jaminan sosial untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan martabatnya.
- ⑩ Untuk memberikan jaminan sosial yang menyeluruh, negara mengembangkan **Sistem Jaminan Sosial Nasional** bagi seluruh rakyat Indonesia.
- ⑩ Jaminan Kesehatan Semesta adalah salah satu bentuk jaminan sosial yang diselenggarakan untuk memenuhi **kebutuhan dasar** kesehatan bagi seluruh penduduk yang tinggal di wilayah Republik Indonesia.



Visi & Fokus Prioritas

8 FOKUS PRIORITAS NASIONAL BIDANG KESEHATAN

1. Peningkatan KIA & KB
2. Perbaikan gizi masyarakat
3. Pengendalian penyakit menular & tidak menular dan kesling
4. Pemenuhan SDM Kes
5. Peningkatan ketersediaan, keterjangkauan, safety, mutu, penggunaan obat/makanan
6. **Jamkesmas**
7. Pemberdayaan masyarakat, penanggulangan bencana dan krisis
8. Peningkatan pelayanan kesehatan primer, sekunder dan tersier

7 PRIORITAS REFORMASI KESEHATAN

1. **JAMKES**
2. Pelayanan Kesehatan di Daerah Tertinggal Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)
3. Ketersediaan Obat dan Alkes di setiap fasilitas kesehatan
4. Reformasi birokrasi pembangunan kesehatan
5. Bantuan Operasional Kesehatan (BOK)
6. Penanganan daerah bermasalah kesehatan
7. Rumah sakit Indonesia kelas dunia

Univedrsal Coverage

RPJMN 2010
- 2014

MDG 2015

VISI :
Masyarakat Sehat yang Mandiri dan Berkeadilan



DIMENSI UNIVERSAL HEALTH COVERAGE

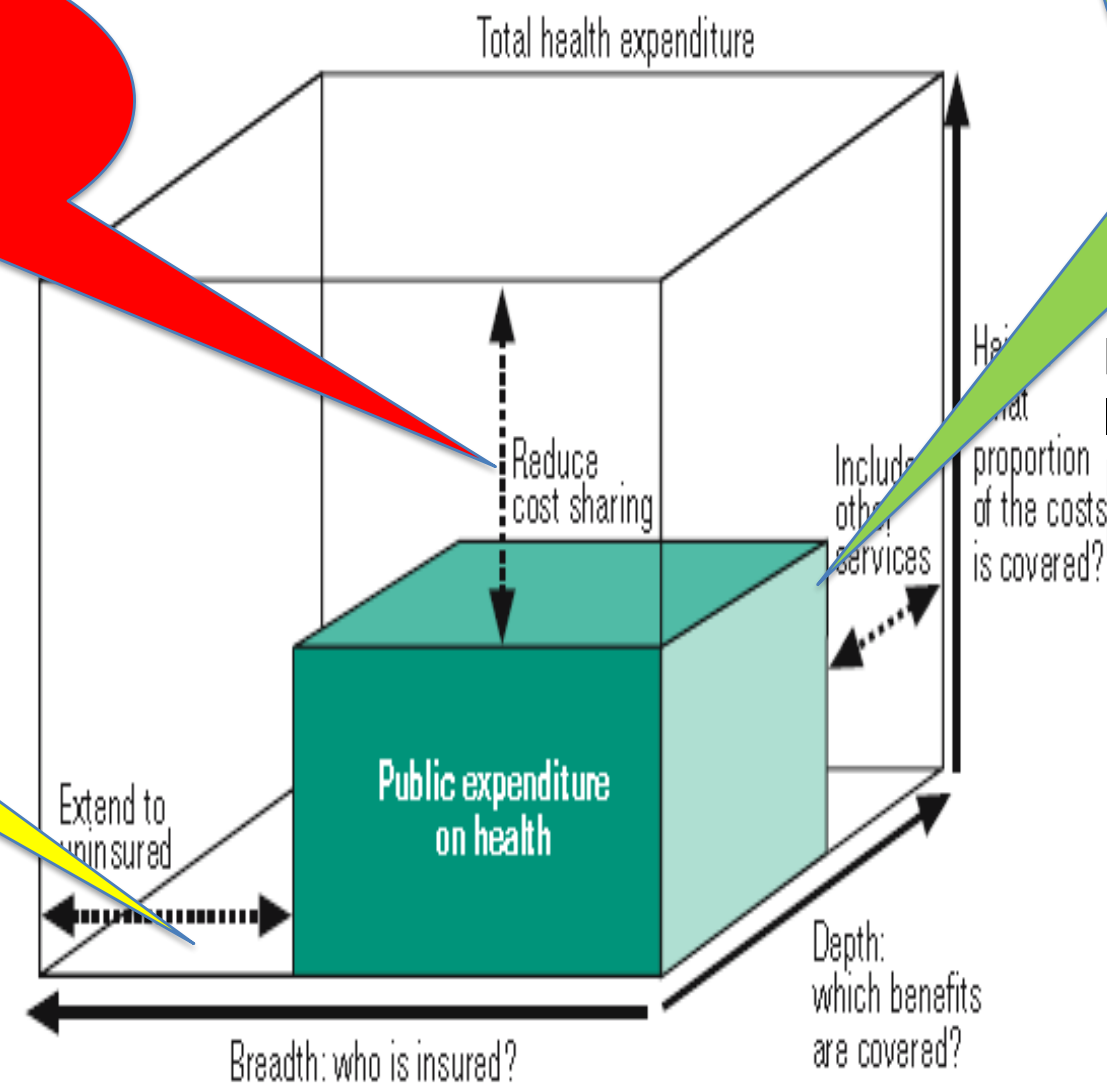
BERBASIS
PADA INA
CBG'S

PEMBIAYAAN

PESERTA

BERTAHAP MENUJU SEMUA
PENDUDUK.

Figure 2.2 Three ways of moving towards universal coverage¹⁷



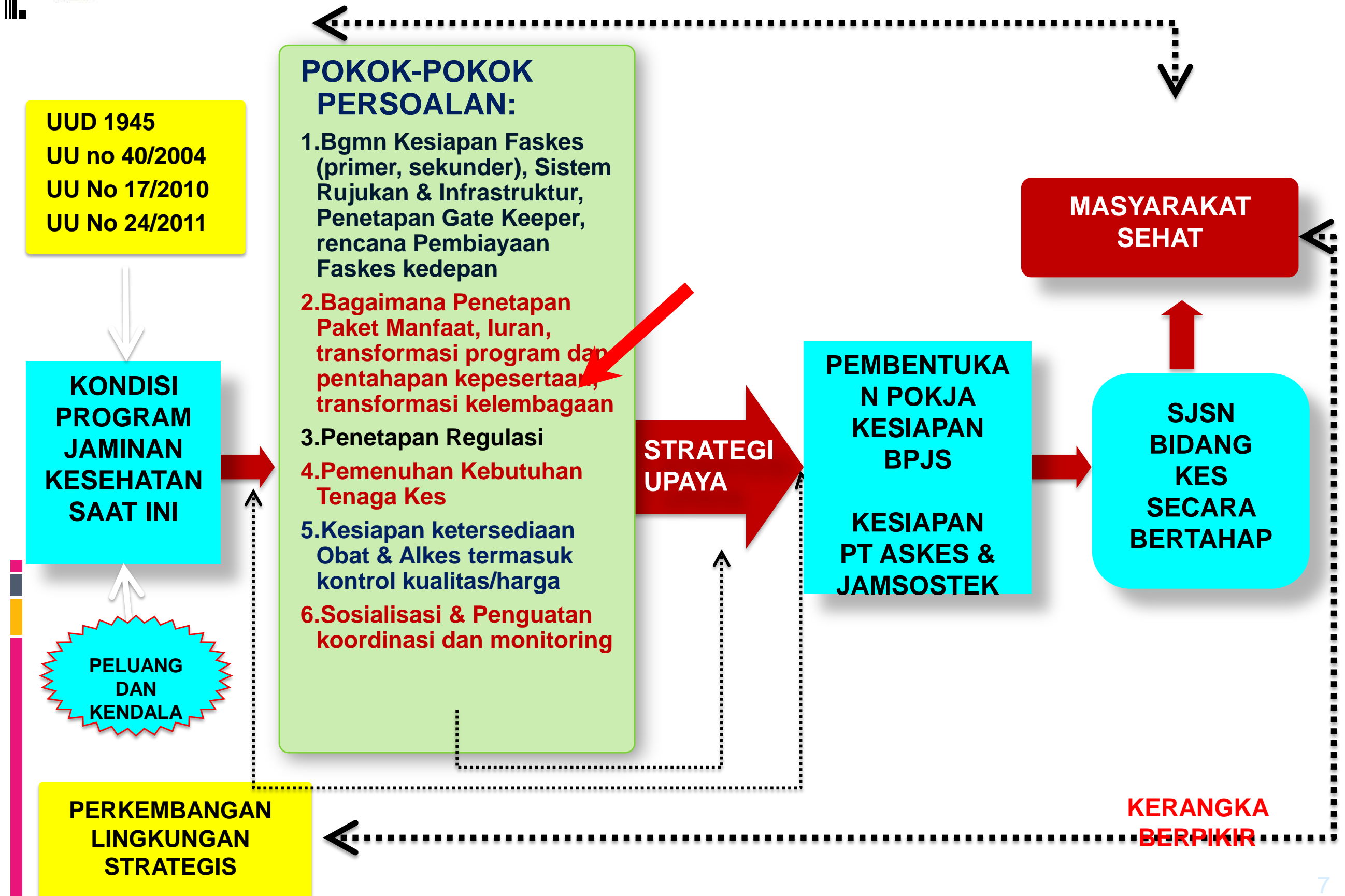
**Paket
MANFAAT**

**MENJAMIN SEMUA YG
INDIKASI MEDIS à
PAKET BENEFIT
DASAR**

Sumber: WHO, *The World Health Report.
Health System Financing; the Path to Universal
Coverage*, WHO, 2010, p.12



PERSIAPAN IMPLEMENTASI SJSN: MENUJU *UNIVERSAL HEALTH COVERAGE*



REKAPITULASI RUMAH SAKIT BY KATEGORI RS

	Kepemilikan	RS Umum	Rs Khusus	Total
	Pemerintah	732	93	825
	- Kemkes	14	18	32
	- Pemda Propinsi	49	42	91
	- Pemda Kabupaten	438	15	453
	- Pemda Kota	75	15	90
	- Kementerian Lain	3	0	3
	- TNI	114	3	117
	- POLRI	39	0	39
	Swasta Non Profit	526	202	728
	SWASTA	315	169	484
	BUMN	67	7	74
		1,640	471	2,111

[illegible]



Kepemilikan Jamkes Tahun 2014

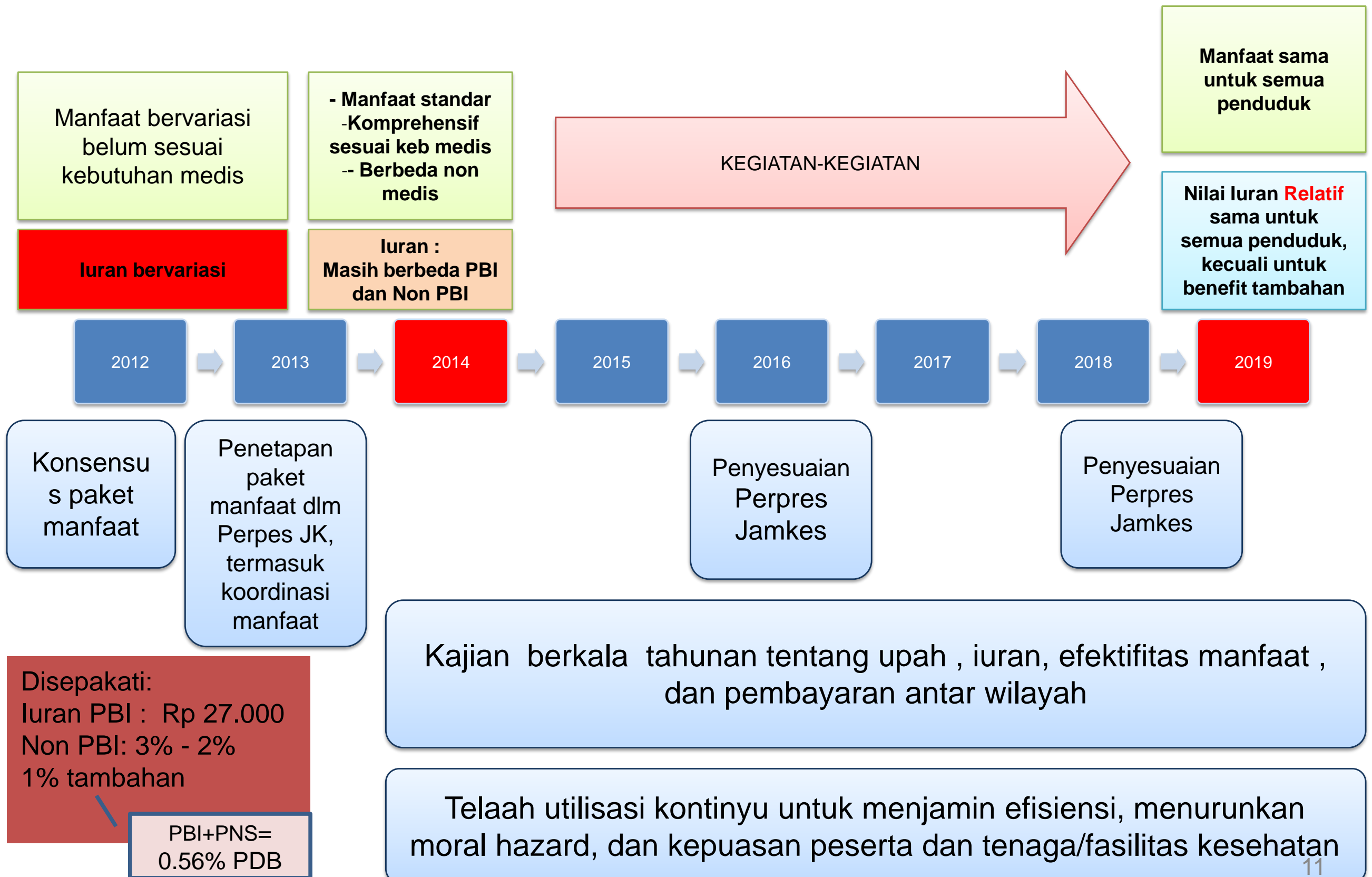
BPJS Kesehatan	Jumlah	%
PBI	96.000.000	39,2
PNS + Pensiunan +Vet	17.300.000	7,1
Jamsostek	5.600.000	2,3
TNI POLRI aktif	2.200.000	0,9
	121.100.000	49,4

Non BPJS Kesehatan	Jumlah	%
Jamkesda	31.866.390	13,0
asuransi Perusahaan	15.351.532	6,3
Asuransi Swasta	2.856.539	1,2
	50.074.461	20,4

total jamkes 2014	171.174.461	69,9
belum punya jamkes	73.847.239	30,1
2014 penduduk	245.021.700	100

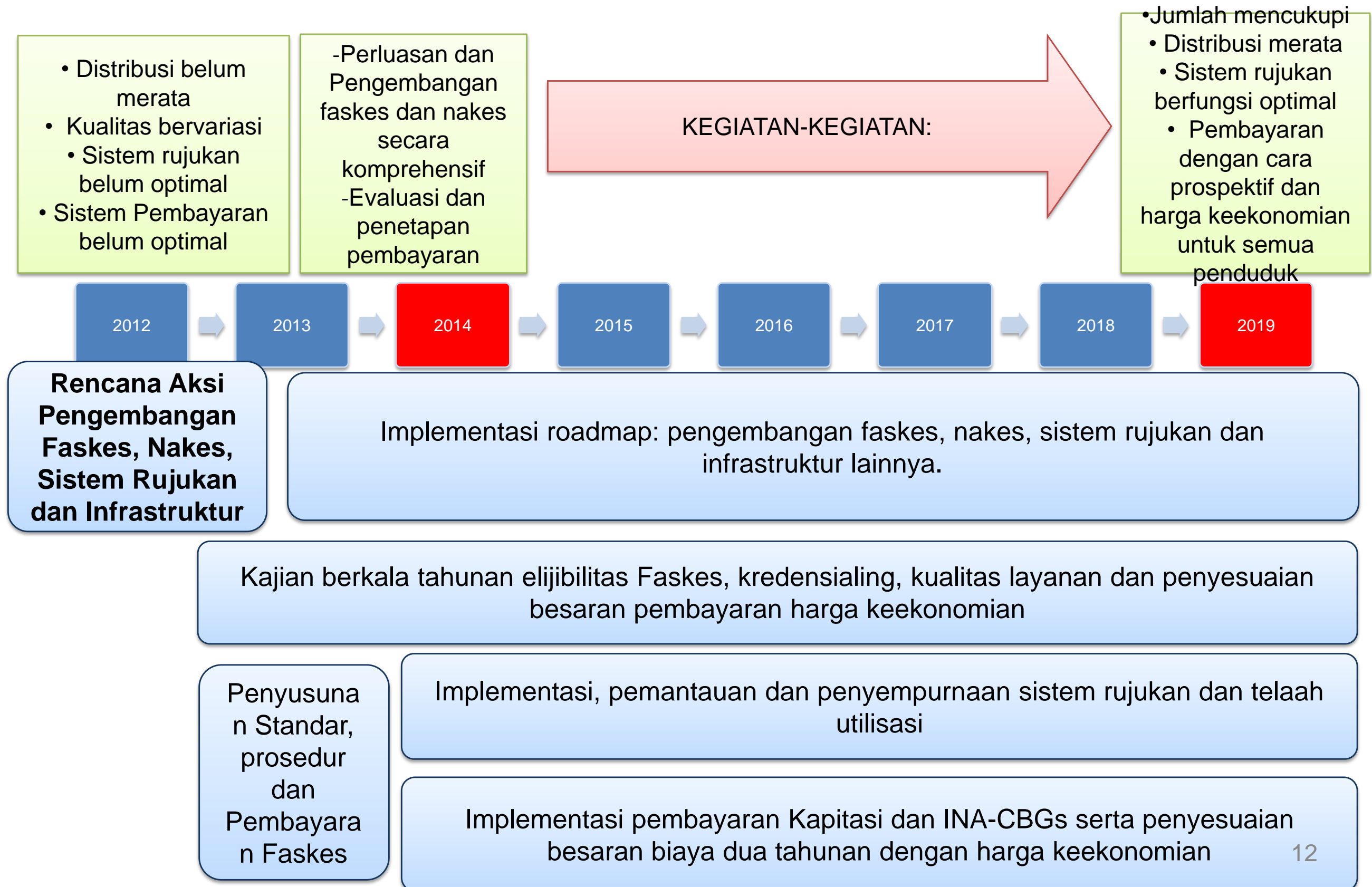


PAKET MANFAAT DAN IURAN





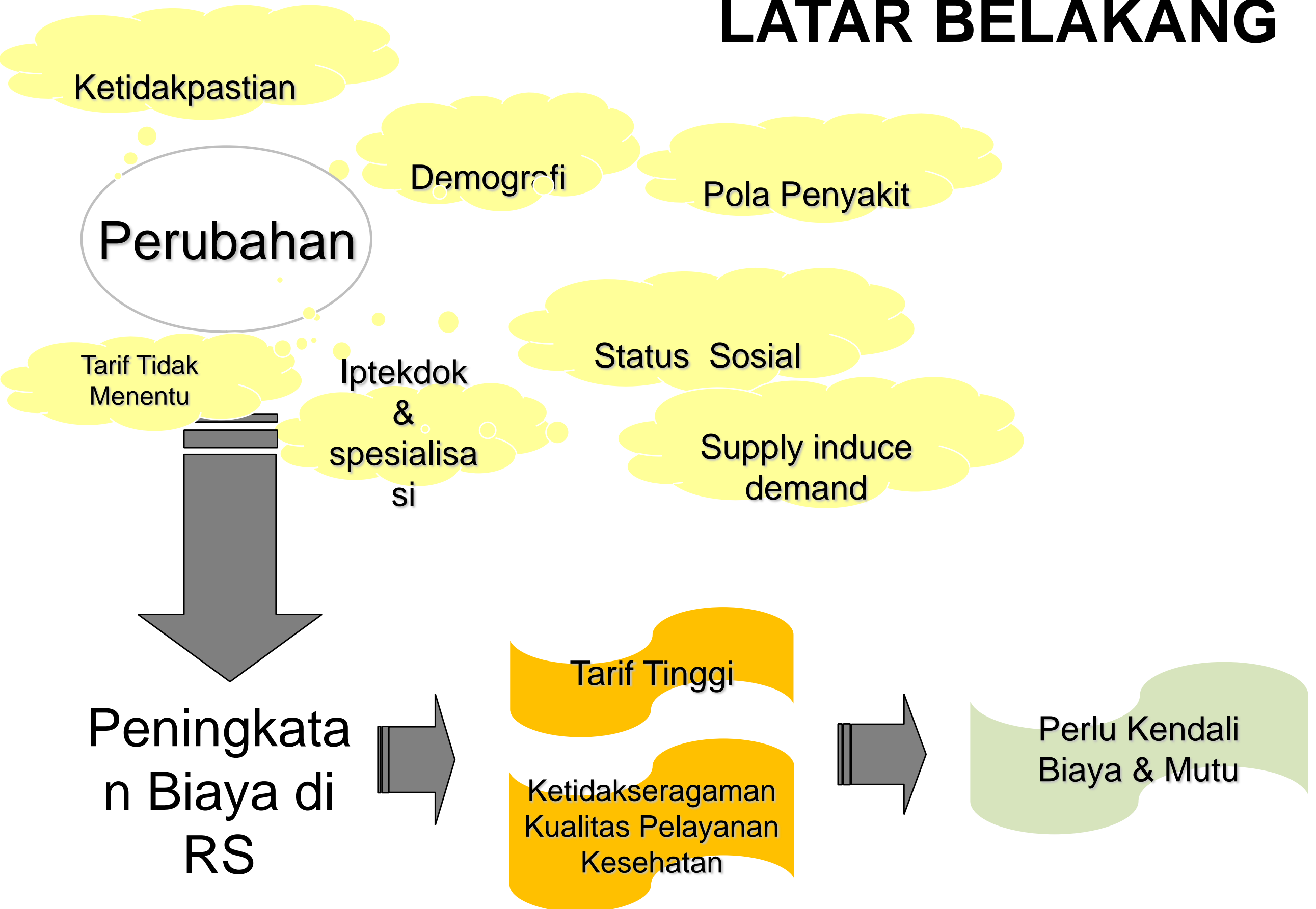
ASPEK PELAYANAN KESEHATAN





Prospective Payment

LATAR BELAKANG





*Fee for service à **prospective payment***

Peluang bagi RS melakukan perubahan dan perbaikan

- **EFISIENSI**
- **MUTU PELAYANAN MEDIK**
- **MUTU PELAYANAN ADMINISTRASI**



DRG CASEMI

Mendukung suatu sistem yang bisa mengakomodir tantangan yang terjadi pada bidang pelayanan kesehatan secara berkesinambungan

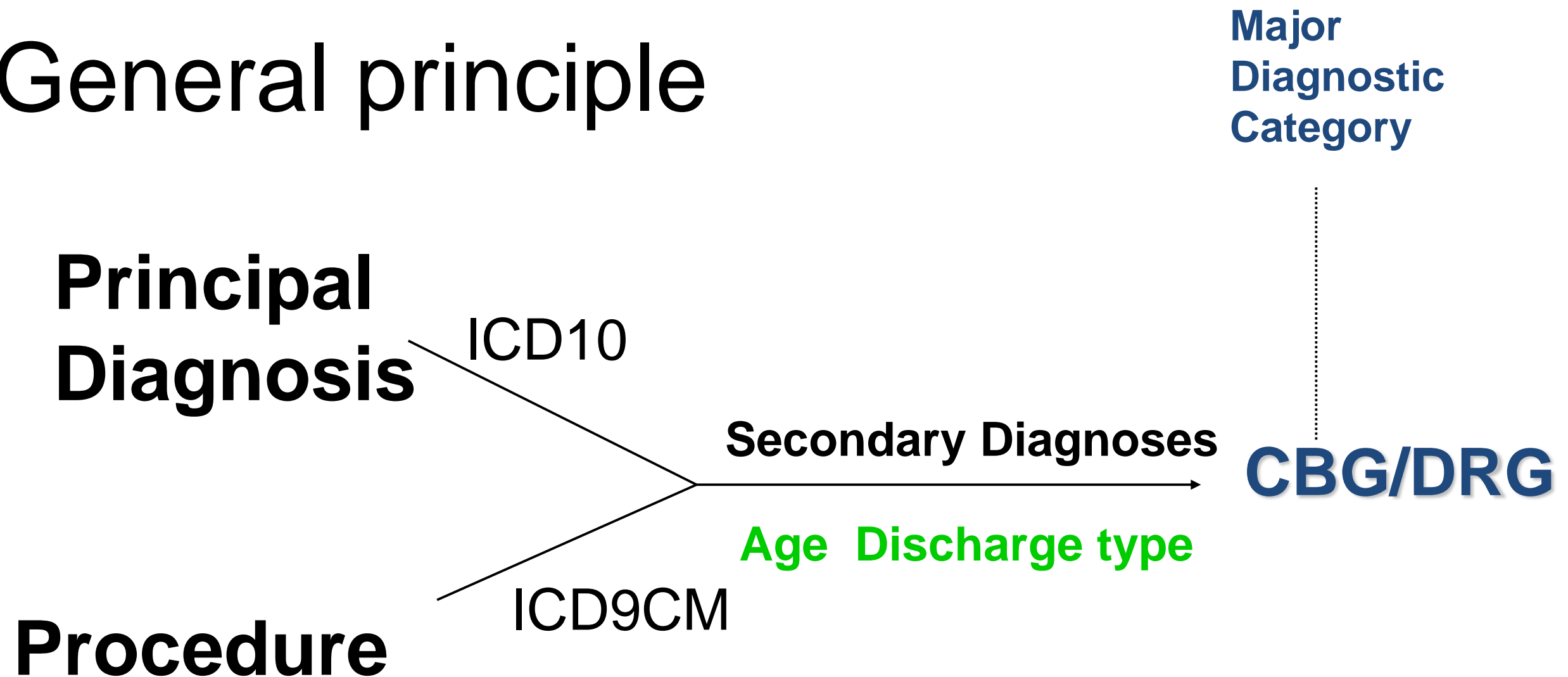
Mendukung efisiensi, mutu serta efektifitas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit.

Dimulai dengan program Jamkesmas



Allocation of DRG/CBG

General principle



Manfaat Implementasi DRG/CBG

Secara Umum

- ⑩ Tarif terstandarisasi dan lebih transparan
- ⑩ Penghitungan tarif pelayanan lebih objektif dan berdasarkan kepada biaya yang sebenarnya;
- ⑩ RS mendapat pembiayaan berdasarkan kepada beban kerja sebenarnya;
- ⑩ Dapat meningkatkan mutu & efisiensi pelayanan RS.

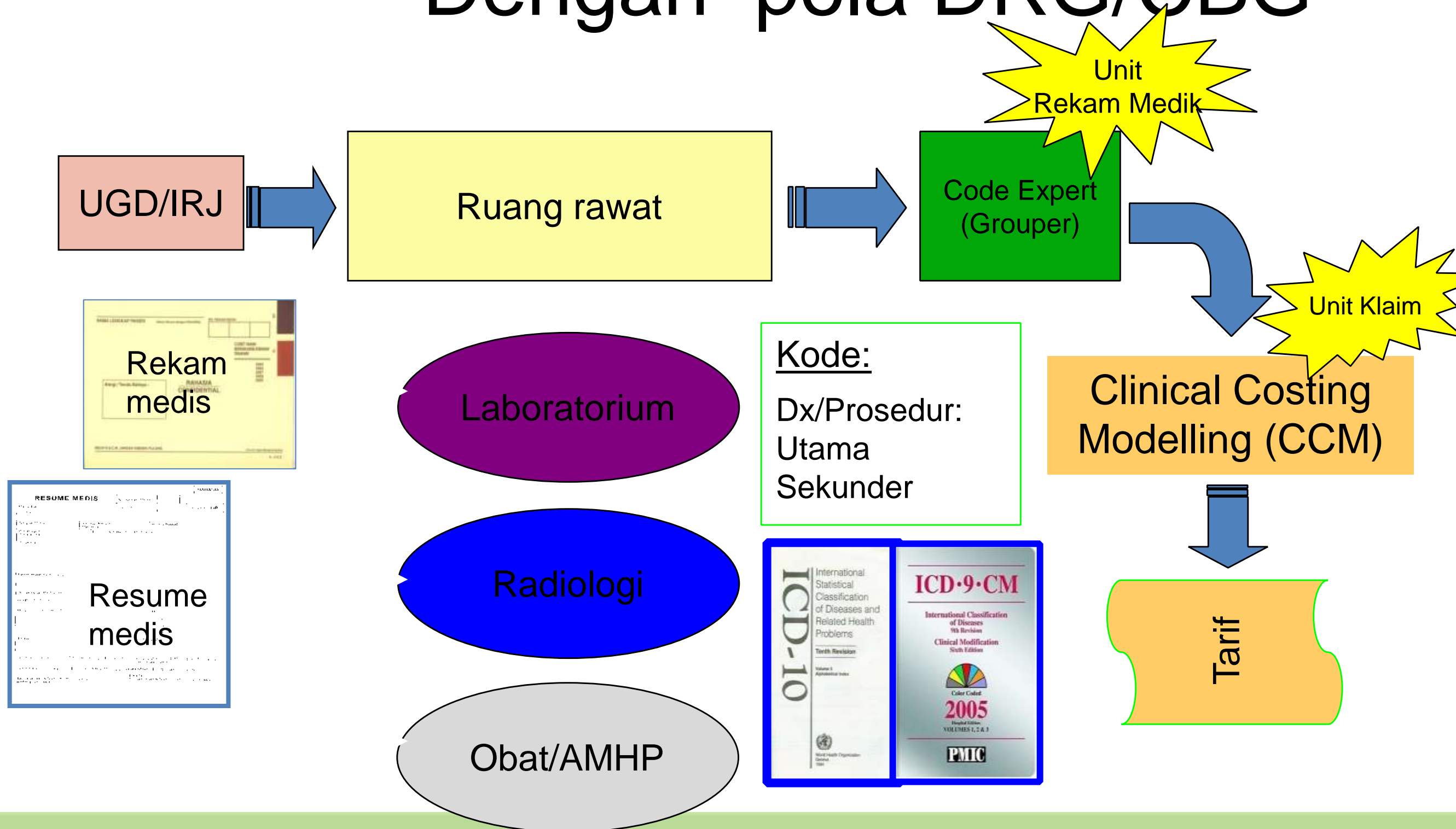
Manfaat Implementasi DRG

Bagi Pasien :

- ⑩ Pasien menerima kualitas pelayanan kesehatan yang lebih baik
- ⑩ Mengurangi pemeriksaan dan penggunaan alat medis yang berlebihan oleh tenaga medis sehingga mengurangi resiko yang dihadapi pasien



Pelayanan & Biaya Pasien Dengan pola DRG/CBG *



KODE & TARIF CBG

JENIS DIAGNOSIS UTAMA

I10 Essential (primary) hypertension
 I119 Hypertensive heart disease without (conges) heart failure
 I150 Renovascular hypertension
 I151 Hypertension secondary to other renal disorders
 I152 Hypertension secondary to endocrine disorders
 I158 Other secondary hypertension
 I159 Secondary hypertension, unspecified
 P292 Neonatal hypertension

ONE GROUP

INA-CBG (I-4-17-x)
 (Hipertensi)

Severity

i. Ringan

ii. Sedang

iii. Berat

Hipertensi: Total Cost (Rp)

INA-CBGs	Description	Average Cost	ALOS (Days)
I-4-17-i	PRI/BP HIPERTENSI RINGAN	2.781.337	2.4
I-4-17-ii	PRI/BP HIPERTENSI SEDANG	3.158.432	3.6
I-4-17-iii	PRI/BP HIPERTENSI BERAT	4.029.171	4.4

⑩ CASE-MIX MAIN GROUPS (CMGs)

- ⑩ CMGs adalah sub group pertama
- ⑩ Label: huruf Alphabet (A to Z) mewakili kode yang ada di ICD-10
- ⑩ Berhubungan dengan system organ tubuh
- ⑩ Terdapat 31 CMGs dalam UNU Grouper
 - 22 Acute Care CMGs
 - 2 Ambulatory CMGs
 - 1 Subacute CMGs
 - 1 Chronic CMGs
 - 4 Special CMGs
 - 1 Error CMGs
- o Total DRGs (CBGs) = 1,220 (Range: 314-1,250)

STRUKTUR BIAYA BLU RUMAH SAKIT

STRUKTUR BEBAN (SAK)	STRUKTUR BELANJA (SAI)
BEBAN	BELANJA
<p>Beban Layanan</p> <ul style="list-style-type: none"> Beban Pegawai Beban Pemakaian Persediaan/ Bahan Beban Jasa Layanan Beban Pemeliharaan Beban Langganan Daya dan Jasa Beban Subsidi Pasien Beban Penyusutan dan Lain-Lain 	<p>Belanja Pegawai</p> <ul style="list-style-type: none"> Belanja Gaji dan Tunjangan Belanja Lembur <p>Belanja Barang</p> <ul style="list-style-type: none"> Belanja Barang Operasional Belanja Jasa Belanja Pemeliharaan Belanja Perjalanan
<p>Beban Umum dan Administrasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Beban Pegawai Beban Administrasi Kantor Beban Pemeliharaan Beban Langganan Daya dan Jasa Beban Penyusutan Beban Promosi Beban Premi Asuransi Beban Penyisihan Kerugian Piutang Beban Umum dan Administrasi Lainnya 	<p>Belanja Modal</p> <ul style="list-style-type: none"> Belanja Modal Peralatan dan Mesin Belanja Modal Gedung dan Bangunan Belanja Modal Fisik dan Lainnya
<p>Beban Lainnya</p> <ul style="list-style-type: none"> Beban Bunga Beban Administrasi Bank 	

Template Costing INA-CBG

Nama Rumah Sakit :
Kode Rumah Sakit :
Kelas Rumah Sakit :

Pusat Biaya		Jumlah Semua Staf	Jumlah Perawat	Jumlah hari rawatan	Jumlah pasien pulang	ALOS (hari)	Jumlah Tempat Tidur	Biaya operasional (tidak	Gaji staff (setahun)	Harga Peralatan yg dibeli	Luas lantai bangunan (m2)
Tahun		2010	2010	2010	2010	2010	2010	2010	2010	(2006 -	2010
A. Pusat Biaya Penunjang Umum											
1	Administrasi										
2	Administrasi Perawatan										
3	Instalasi Pemeliharaan Sarana RS										
4	Biaya Langganan Daya & Jasa										
5	Cleaning Services										
6	Security										
7	Bahan Pakai Habis										
8	Sistem Informasi Rumah Sakit										
9	Perpustakaan										
10	Pajak dan Asuransi										
11	CSSD										
12	Gizi										
13	Pantry										
14	Rekam Medis										
15	Binatu dan Linen										
16	Telepon , Internet and Fax										
17	Diklat										
18	Kesling										
19	Incenerator										
20	Genset										
21	Sewa										
22	Lain-lain										

Template Costing INA-CBG

[illegible]

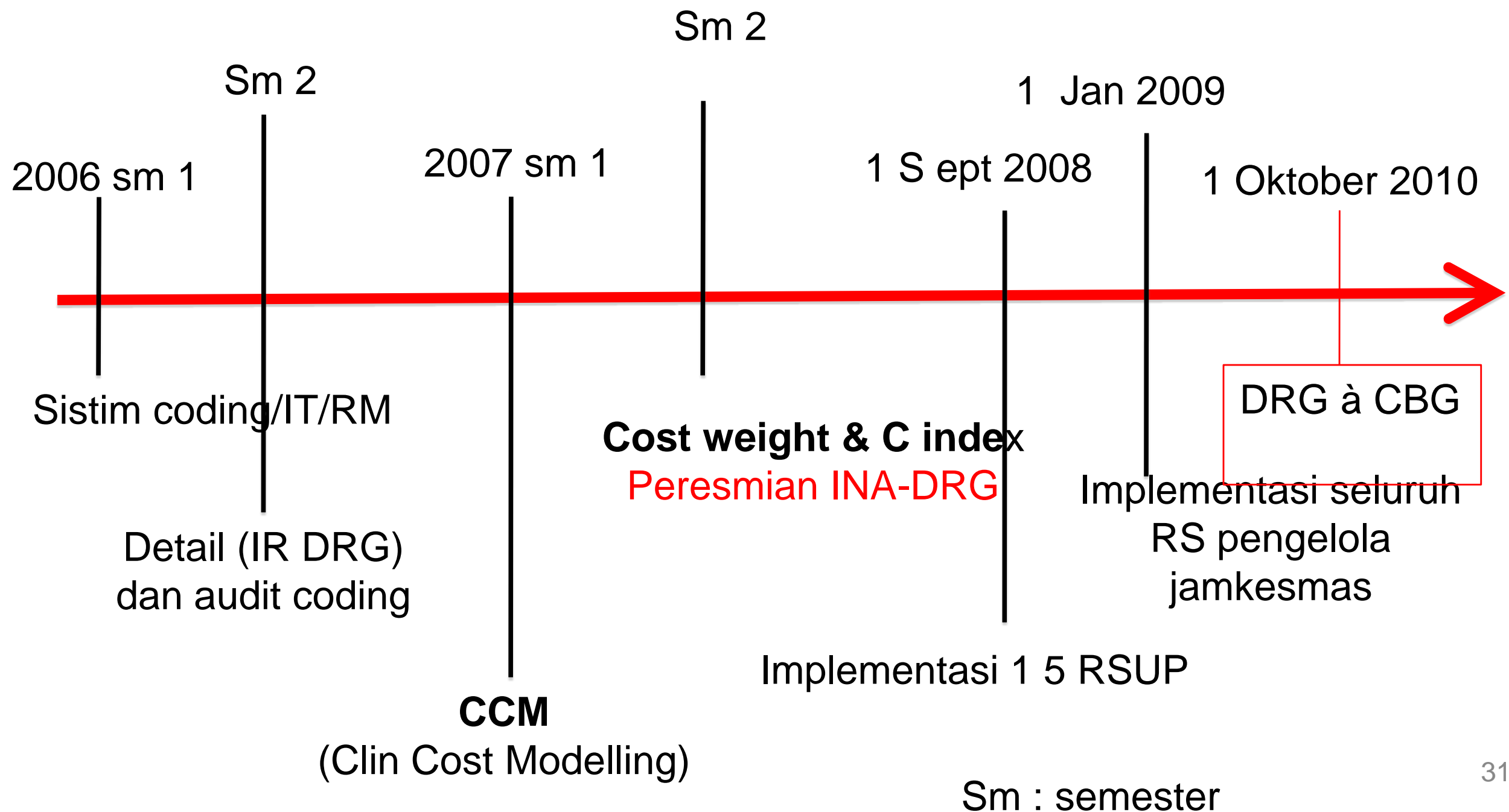
Nama Rumah Sakit
Kode Rumah Sakit
Kelas Rumah Sakit

Template Costing INA-CBG

[illegible]



History of the INA-CBG's





⑩ Saat ini sudah dilakukan perhitungan HBR (*Hospital Base Rate*) untuk setiap kelas rumah sakit untuk tahun 2011 yang akan digunakan untuk update tarif INA-CBG.

⑩ INA-CBG à pembayaran Universal Coverage.

Prinsip asuransi
(*risk sharing*)

PREMI

Peserta Jaminan

Pengelolaan BPJS
(*non profit*)

**POOLED
FUND**

BPJS

Mendorong Efisiensi
Provider

INA-CBG
(di tkt
yan
dasar :
kapitas.)

PROVIDER



Kesimpulan

- o Diperlukan kesiapan yg komprehensif agar pelaksanaan SJSN dapat dimulai pada 1 jan 2014 secara optimal
- o Kelompok miskin/ tidak mampu, preminya dibayar pemerintah dg tahapan cakupan , sehingga PBI 2014 minimal 86,4jt orang.
- o Perlu dilakukan pengendalian biaya dengan tetap menjamin mutu pelayanan melalui kebijakan pentarifan RS dengan diimplementasikannya INA -CBG
- o Pengembangan CBG dilakukan sesuai dengan karakteristik lokal (Indonesia) dan disesuaikan dengan tingkat kemampuan sebagai negara berkembang
- o Pelayanan kesehatan dalam program jamkesmas diberikan dengan menerapkan prinsip-prinsip kendali biaya dan kendali mutu
- o INA CBG akan menjadi dasar pembayaran pada skema universal coverage dan akan berdampak :
meningkatkan MUTU & EFISIENSI RS

Terima Kasih

Tim Kajian :

*GTZ - AUSAID OXFORD POLICY MANAGEMENT (UK) -
UGD - UI*

Studi Empiris Biaya Produksi



Tujuan

1. Analisa determinan (fungsi biaya) biaya satuan dari semua pelayanan (SPM & non SPM) di berbagai fasilitas dan daerah di Indonesia

Independent variables

Skill mix e.g. specialist/staff ratio
Case mix e.g. surgical/medical, age group of patients
Functionality of services: e.g. size of facility, equipment availability, blood banking
Context: e.g. density of population, distances, socio-economics

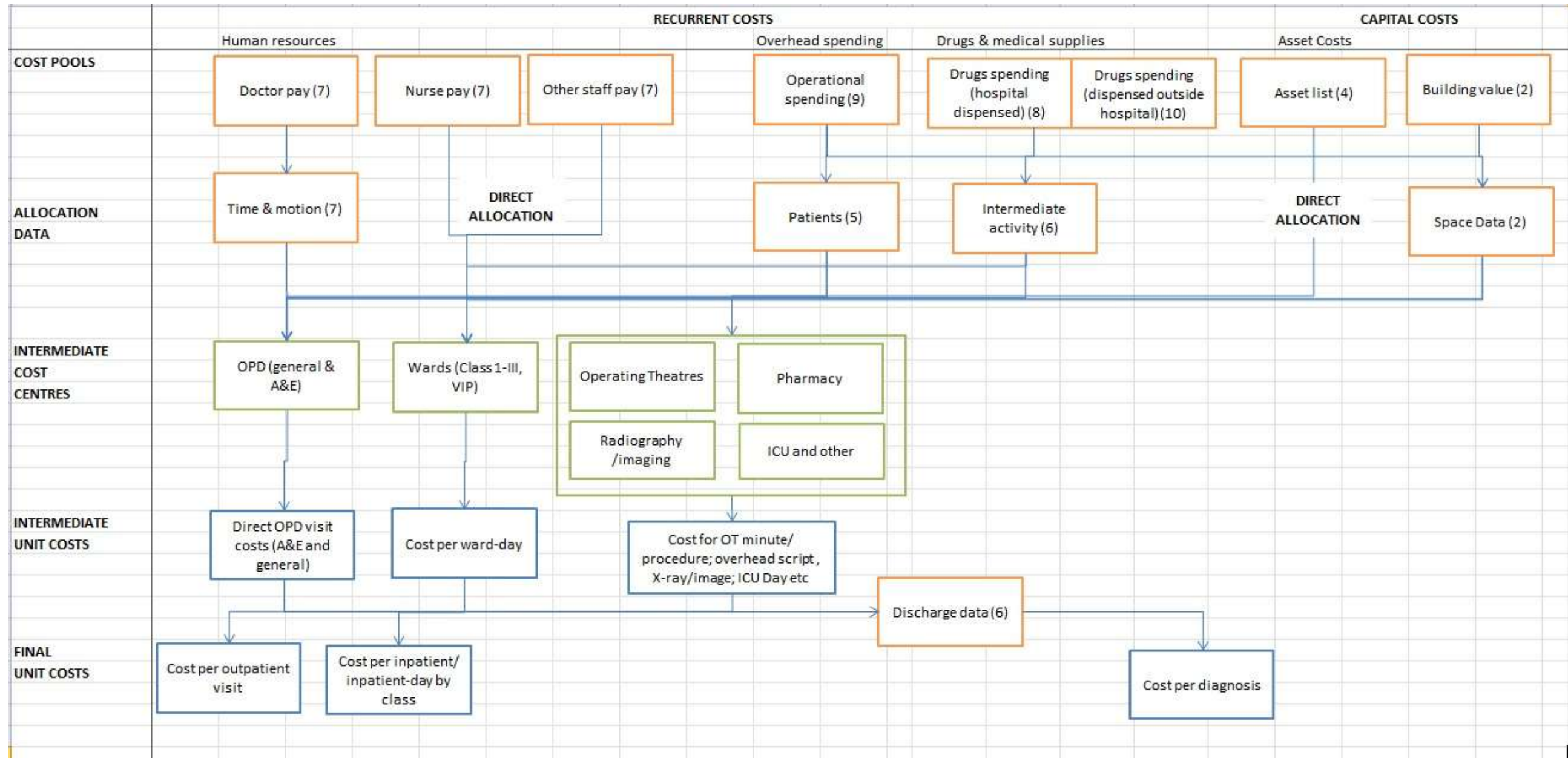


Dependent variables

Cost per admission
Cost per outpatient visit
Cost per illness episode

2. Cost-centre step down analysis – biaya satuan/rata-rata rawat jalan/rawat inap per bagian

KERANGKA KONSEP

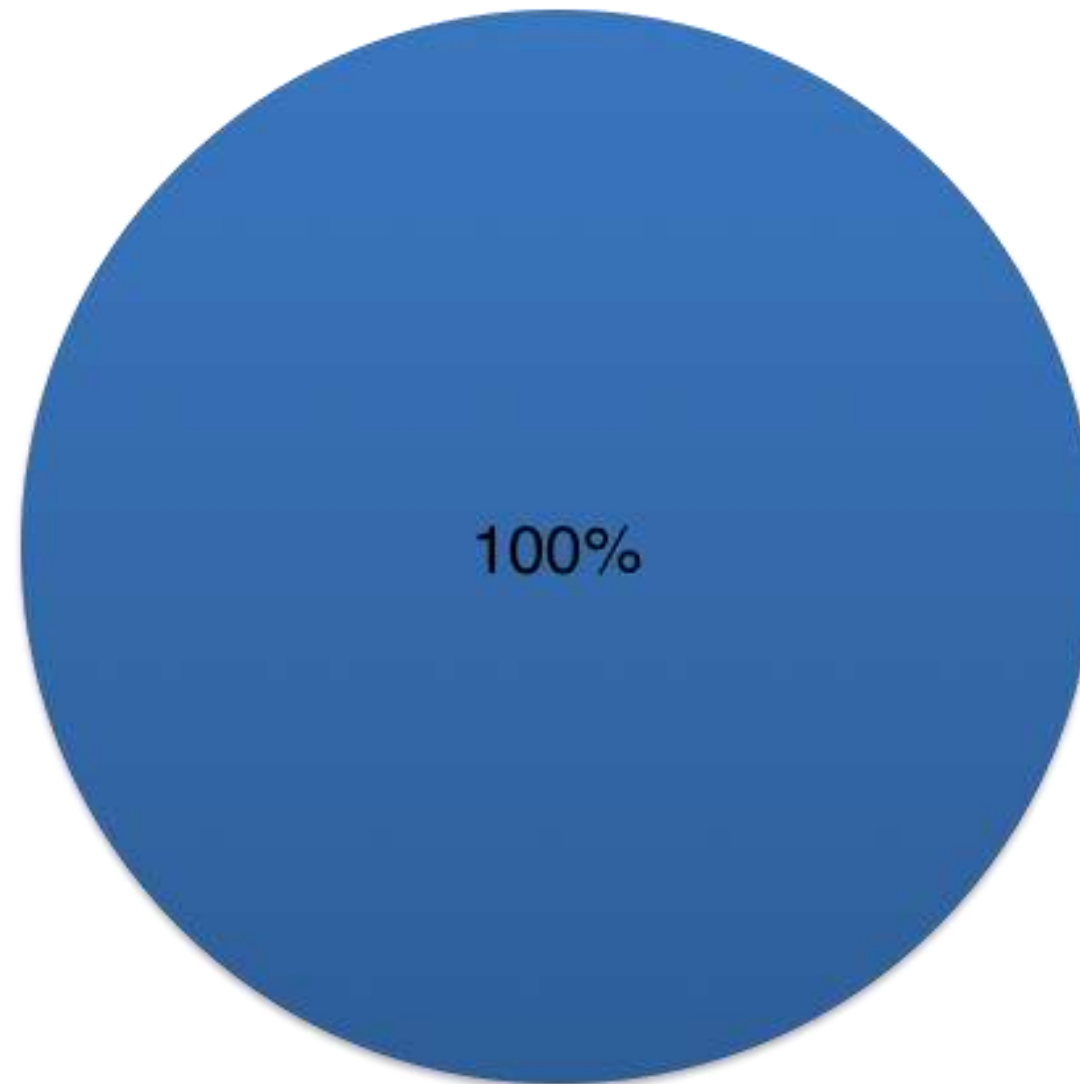


Biaya Rumah Sakit

(Pemerintah 119, Swasta 81)

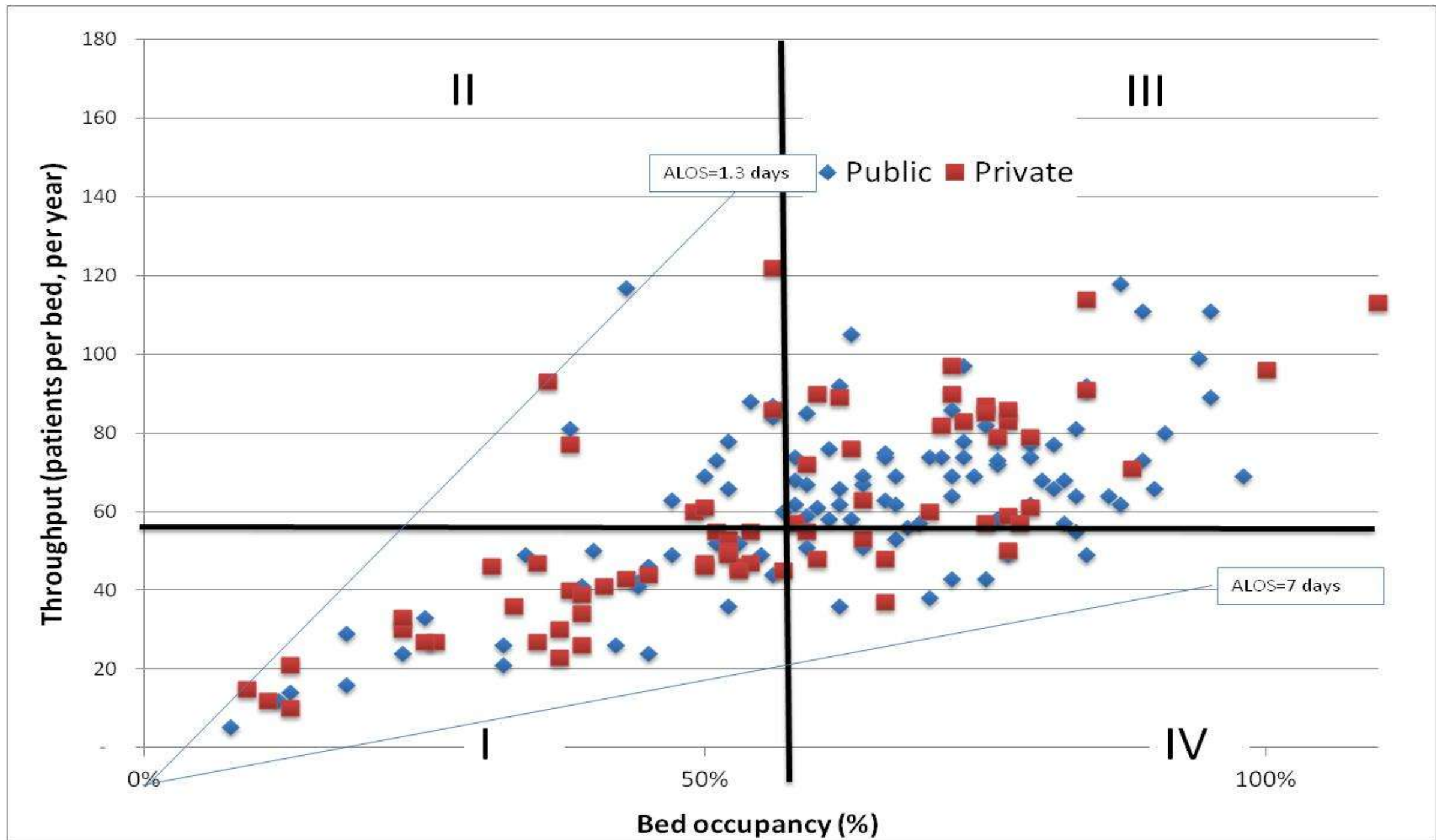


KARAKTERISTIK SAMPEL





Produktivitas Rumah Sakit



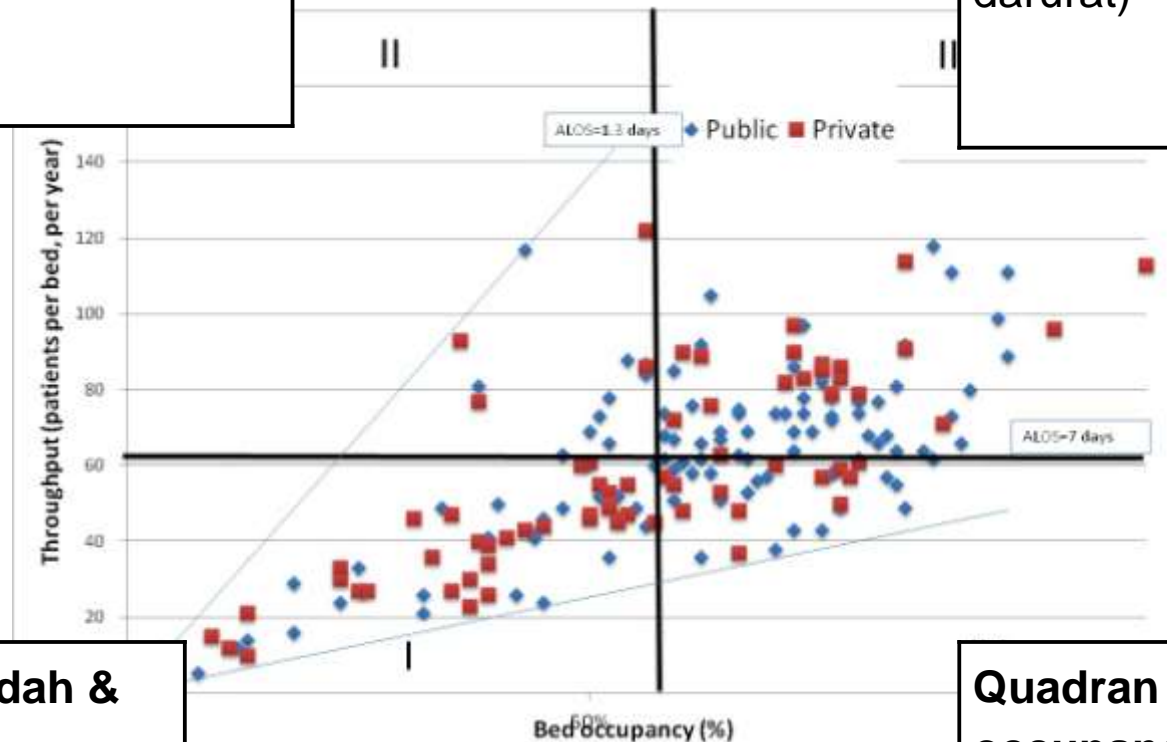


Quadran II: Throughput Tinggi & Bed occupancy rendah (ALOS pendek)

Kebanyakan pemerintah
Angka kematian lebih rendah
Biaya satuan rendah

Quadran III: Throughput Tinggi & bed occupancy tinggi

Berfungsi baik, RS besar
Biaya satuan rendah (rawat inap, gawat darurat)



Quadran I: Throughput Rendah & bed occupancy Rendah

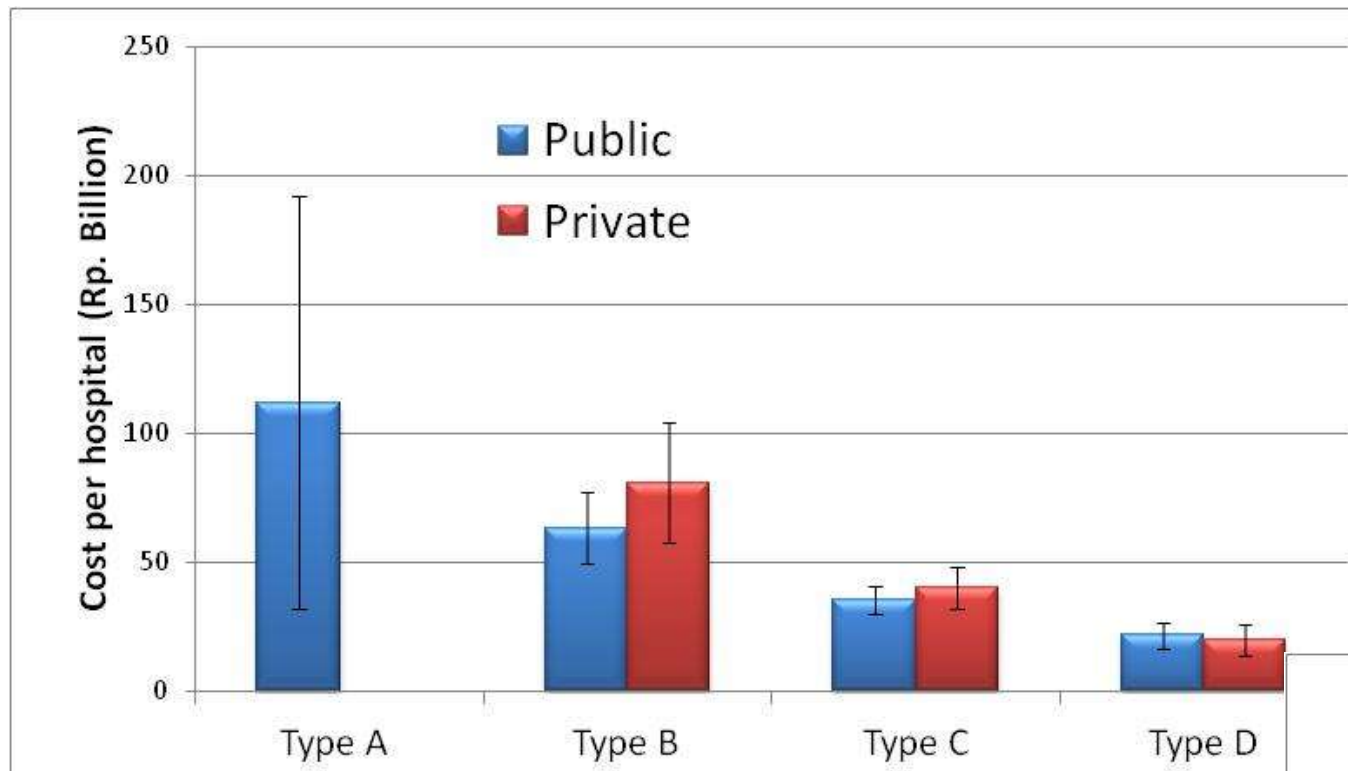
Kurang berfungsi
Biaya satuan tinggi (rawat inap, gawat darurat)
Jumlah tempat tidur sedikit

Quadran IV: throughput rendah & bed occupancy tinggi (ALOS panjang)

Angka kematian lebih tinggi
Penyakit tidak menular & orang dewasa

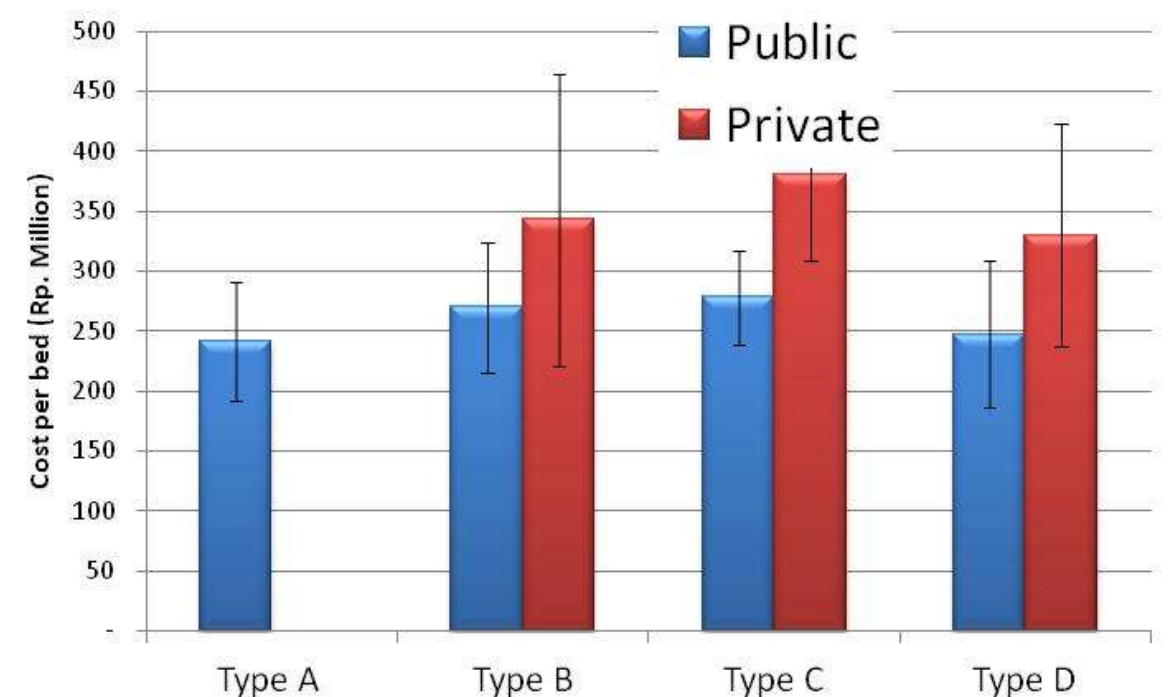


Biaya rumah sakit menurut kelas



Biaya per Rumah Sakit

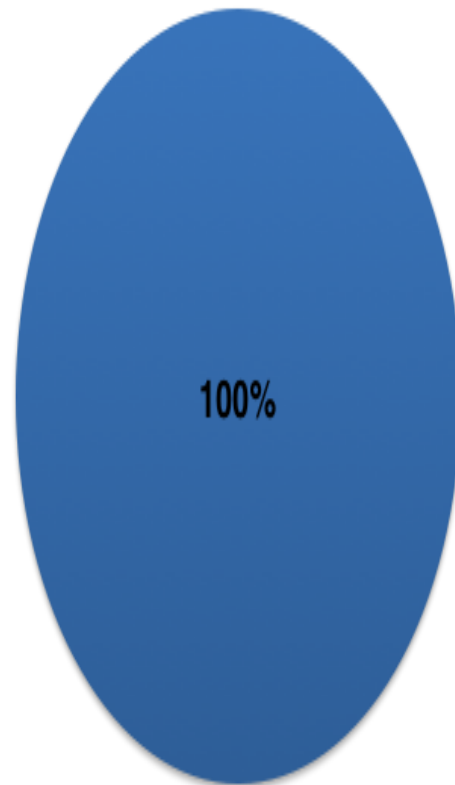
Biaya per tempat tidur



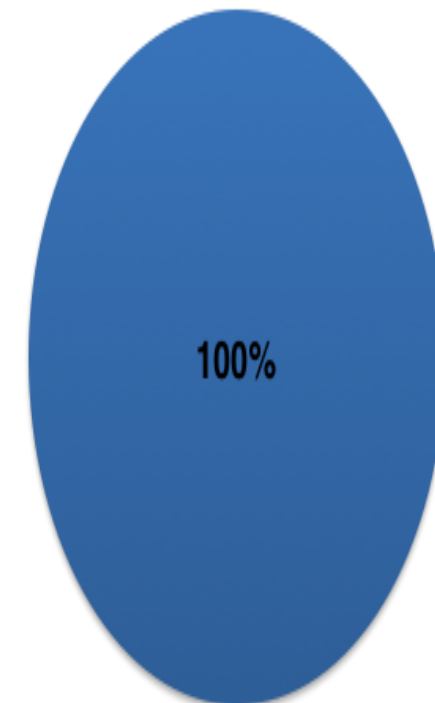


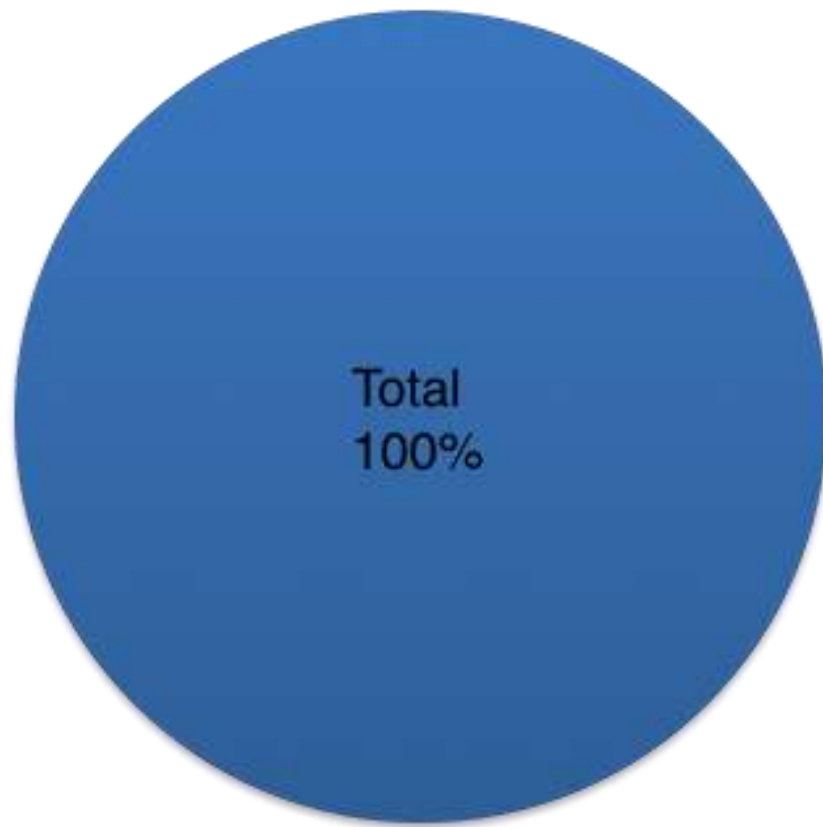
DISTRIBUSI BIAYA

Pemerintah Rp. 45.5 miliar Tempat tidur: median 143 (31 - 741)



Swasta Rp. 37.5 miliar Tempat tidur: median 100 (25 - 387)

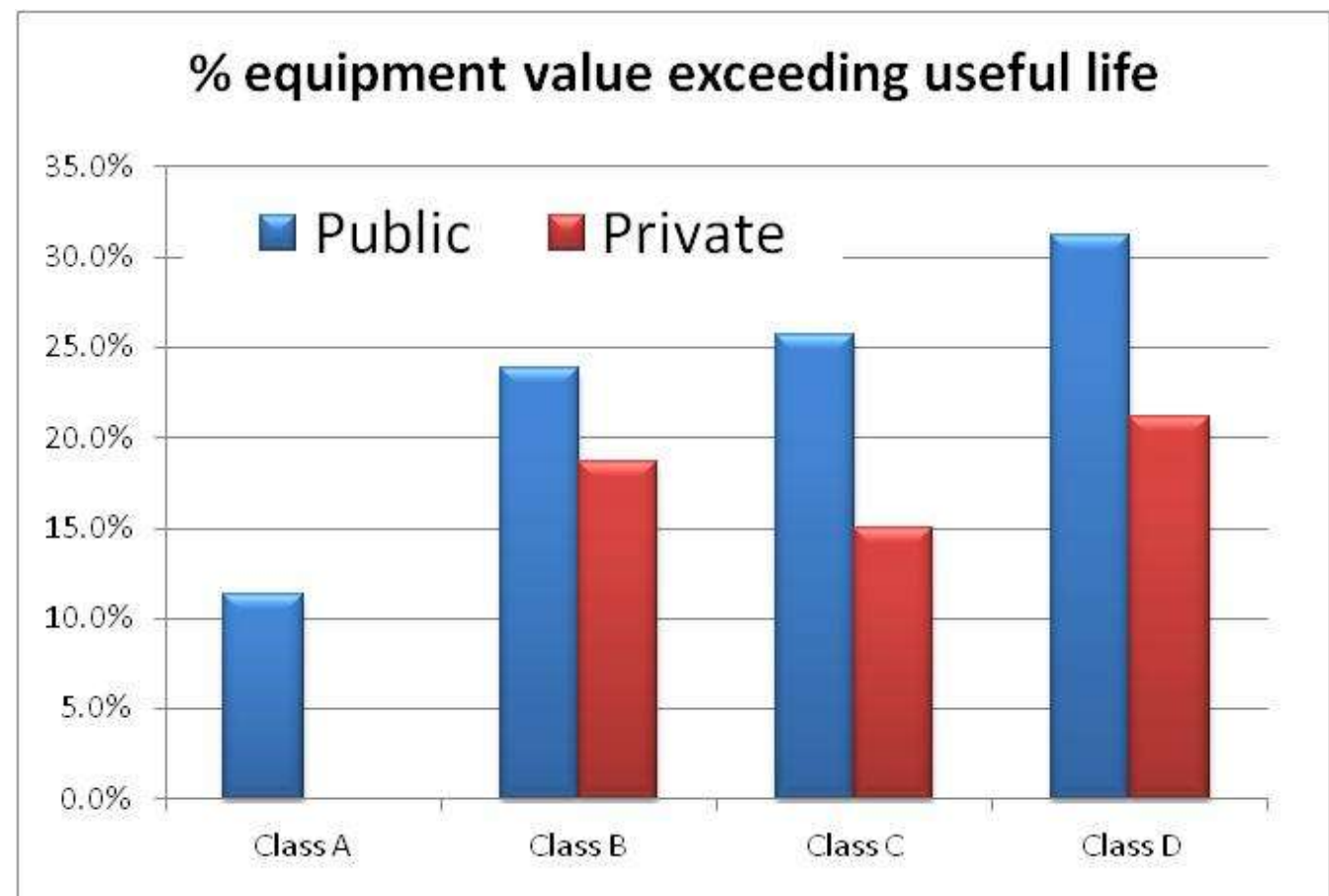




Persentase peralatan yang telah melewati umur ekonomis cukup bermakna

BIAYA PERALATAN

Distribusi biaya peralatan per bagian



BIAYA SATUAN - RATA-RATA (MEAN) RP PER PASIEN

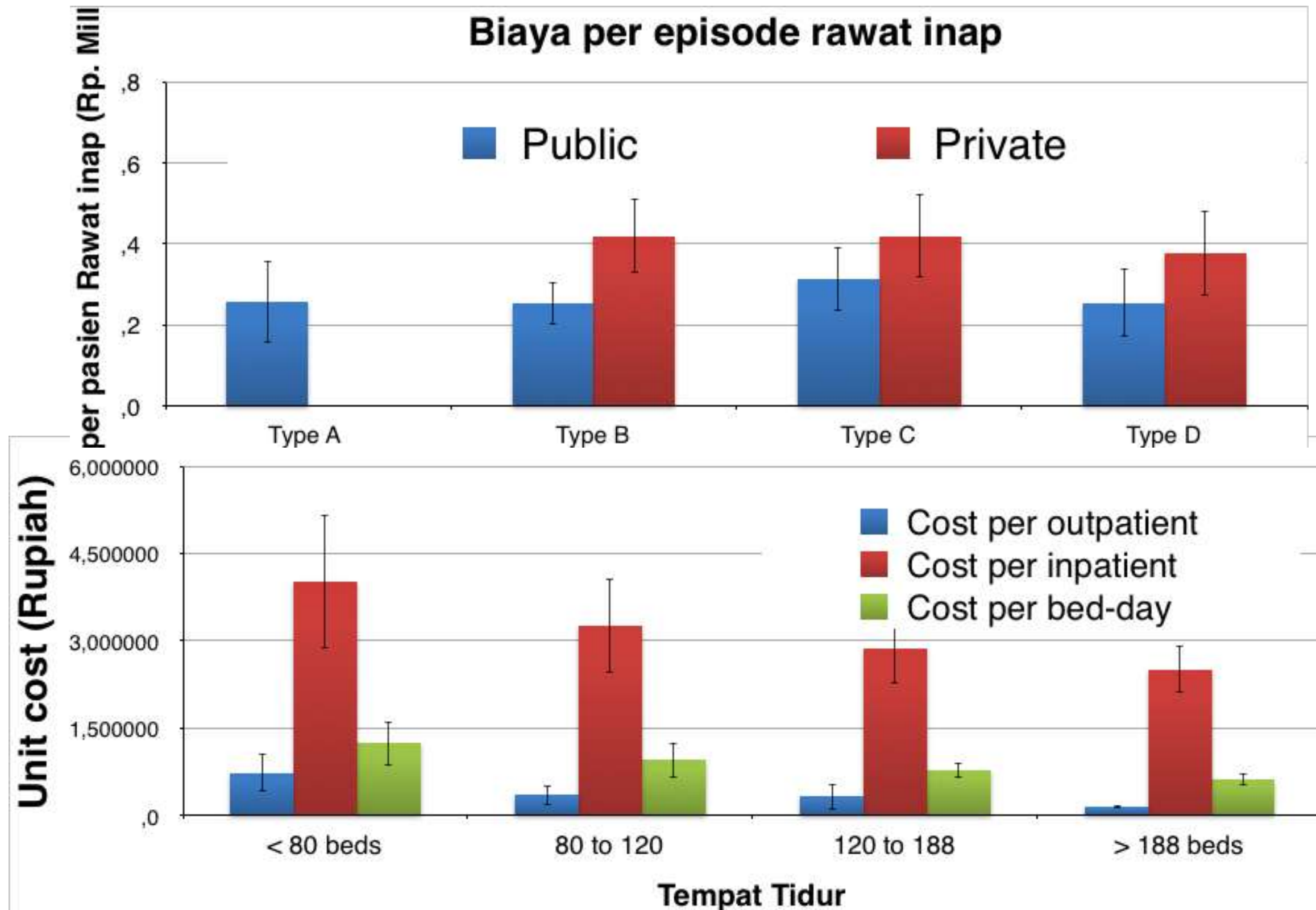
	Rawat Jalan	Gawat Darurat	Admisi/ rawat inap	Hari rawat inap
Capital and recurrent costs				
Group 1	256,847	273,444	3,278,290	888,636
Group 2	296,771	456,139	3,297,613	951,34
Group 3	648,375	1,898,843	3,707,288	1,067,598
Group 4	508,831	2,174,855	3,793,779	1,080,483
Average	415,453	1,303,493	3,544,193	1,011,943
Recurrent costs				
Group 1	224,967	228,97	2,880,982	780,232
Group 2	271,701	402,954	3,013,826	869,168
Group 3	583,373	1,703,502	3,289,126	948,509
Group 4	441,248	1,932,001	3,342,479	950,046
Average	368,174	1,157,437	3,168,277	903,885

BIAYA SATUAN - MEDIAN (RP PER PASIEN)

	Rawat Jalan	Gawat Darurat	Admisi/ rawat inap	Hari rawat inap
Capital and recurrent costs				
Group 1	162,288	260,475	3,243,621	888,466
Group 2	200,023	379,754	2,808,722	754,041
Group 3	152,742	267,181	2,310,687	756,029
Group 4	299,377	603,218	3,201,342	872,017
Average	235,271	455,832	2,965,189	814,858
Recurrent costs				
Group 1	108,799	219,57	2,630,313	737,554
Group 2	182,452	312,861	2,412,579	704,114
Group 3	98,967	265,785	1,809,829	594,795
Group 4	276,073	533,281	2,952,595	805,71
Average	209,268	395,476	2,605,864	740,263



Biaya menurut type dan ukuran RS





BIAYA PER EPISODE RAWAT INAP (RP.)

	<i>Pasien masuk</i>			
	<i><4.000</i>	<i>4.000 to 7.800</i>	<i>7.801 to 12.000</i>	<i>> 12.000</i>
<i>Class A</i>				<i>2,897,868 [1]</i>
<i>Class B</i>		<i>4,797,919</i>	<i>3,678,260</i>	<i>2,557,641</i>
<i>Class C</i>	<i>6,709,956</i>	<i>3,743,326</i>	<i>2,586,545</i>	<i>2,650,701</i>
<i>Class D</i>	<i>4,728,359</i>	<i>2,357,884</i>	<i>1,971,299</i>	

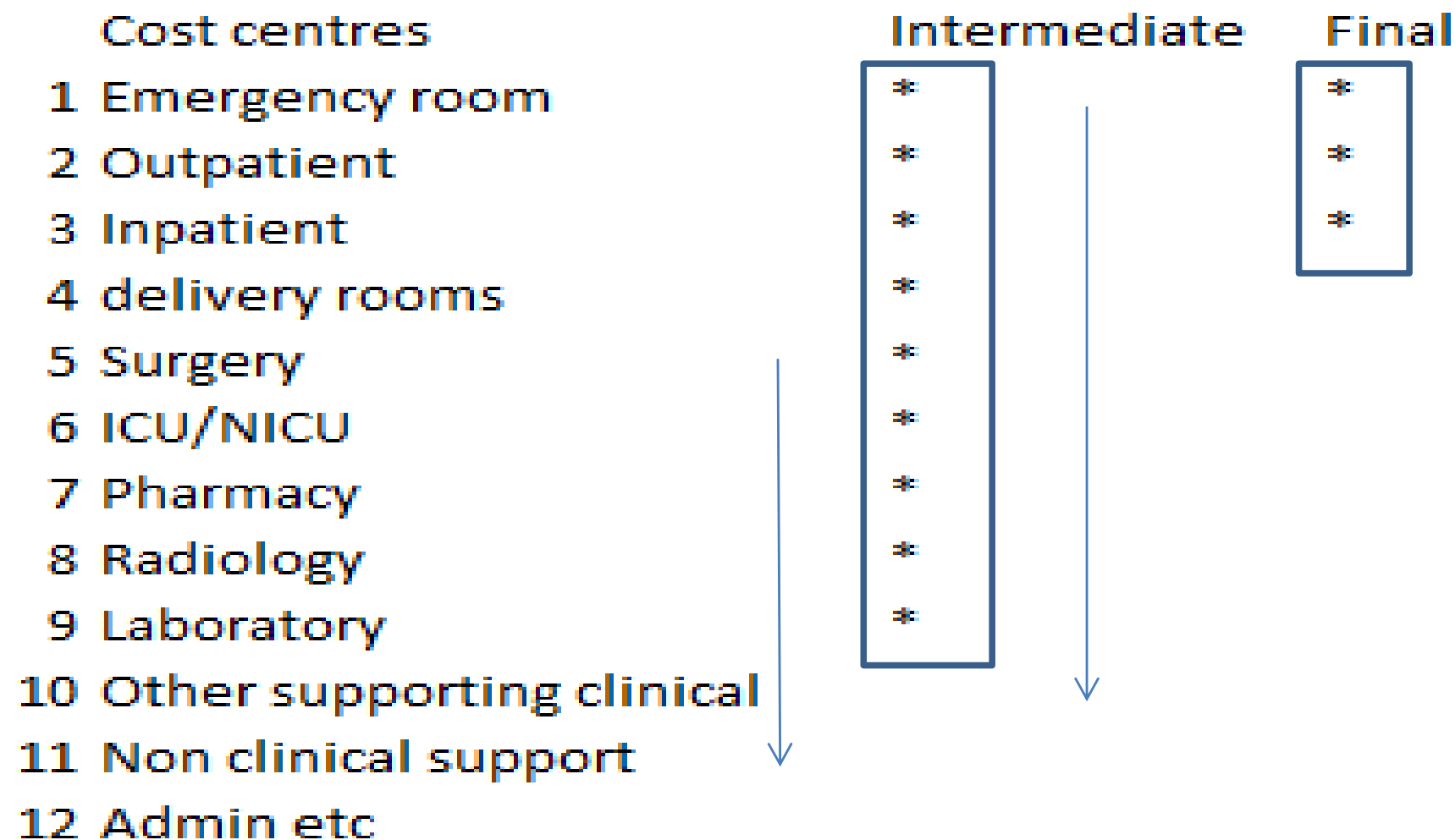
[1] only 2 observations;



BIAYA KASUS

Tentukan biaya kasus dengan menggabungkan:

- Biaya satuan antara (partial step down costs) &
- Sumber daya yang digunakan individu kasus





Penghitungan Biaya Kasus (a)

Biaya kasus

=

Hari rawat inap x biaya per hari +

Hari rawat ICU x biaya per hari ICU +

Menit tindakan bedah x biaya per menit Kamar Operasi +

Waktu dokter (bedah & bangsal) x biaya dokter per menit +

Biaya obat + bahan medis habis pakai + prosedur diagnostik



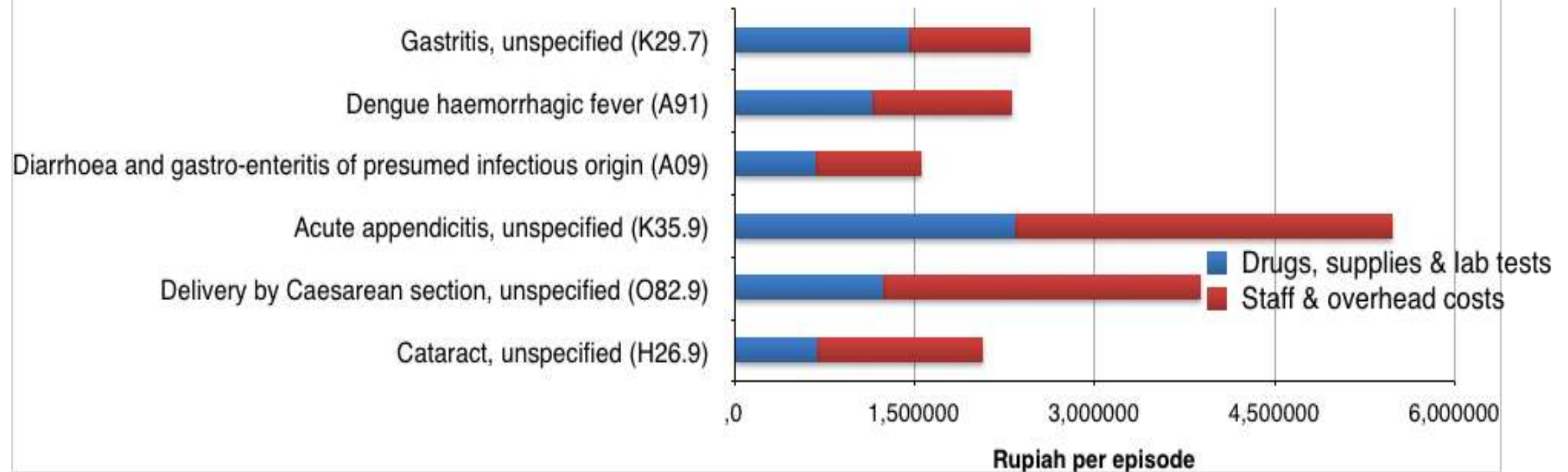
Penghitungan Biaya Kasus (b)

	RS kecil	RS efisien
Kunjungan Gawat Darurat	88.344	44.213
Kunjungan Rawat Jalan	23.028	13.045
Kunjungan Rawat Inap	197.106	79.707
Menit di kamar operasi (biaya overhead)	16.470	6.284
Hari di perawatan intensif	521.370	433.871
Drug script (bukan drugs)	7.600	2.401
Radiografi (uji non bahan habis pakai)	170.313	52.018
Uji Lab (bukan bahan habis pakai)	8.992	2.037
Biaya dokter umum per menit	2.064	1.524
Biaya dokter bedah per menit	3.884	5.198
Biaya ahli anestesi per menit	2.160	3.075

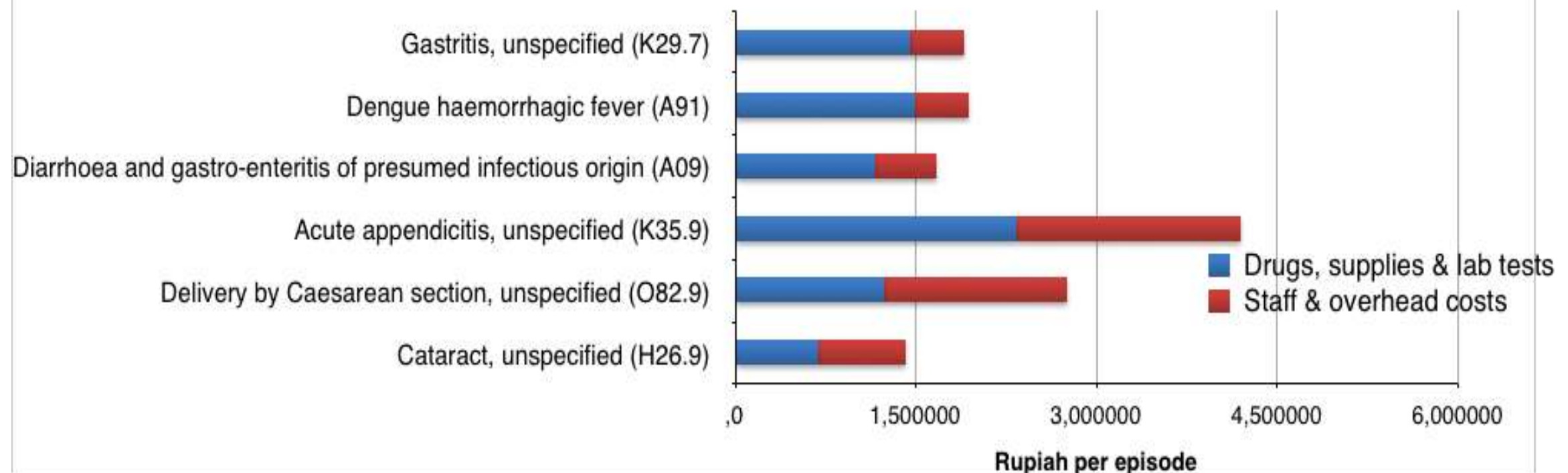
Rumah sakit kecil: < 70 tempat tidur, < 4.000 pasien masuk per tahun
 Rumah sakit efisien: > 180 tempat tidur dan throughput pasien tinggi



Small hospital with low admission rate



Efficient size hospital with high admission rate





KESIMPULAN UMUM BIAYA RUMAH SAKIT

- Terdapat hubungan erat antara biaya satuan, ukuran rumah sakit (jumlah tempat tidur), kepemilikan dan tingkat pemanfaatan
- Hanya ada sedikit variasi biaya rawat inap antar strata
- Rumah sakit kecil cenderung memiliki tingkat pemanfaatan yang lebih rendah. Hal ini mengakibatkan biaya satuan yang lebih tinggi.
- Namun demikian mengurangi jumlah rumah sakit kecil berdampak pada akses.