



INFOBPJS

Media Internal Resmi BPJS Kesehatan

Kesehatan

Edisi VIII Tahun 2014

PERUBAHAN TARIF



Membuat Biaya Kesehatan
Lebih Efektif



Redaksi

Pengarah
Fachmi Idris
Penanggung Jawab
Purnawarman Basundoro
Pimpinan Umum
Ikhsan
Pimpinan Redaksi
Irfan Humaidi

Sekretaris
Rini Rachmitasari
Sekretariat
Ni Kadek M. Devi
Eko Yulianto
Paramitha Suciani
Redaktur
Diah Ismawardani
Elsa Novelia
Chandra Nurcahyo
Yuliasman
Juliana Ramdhani
Budi Setiawan
Dwi Surini
Tati Haryati Denawati

Distribusi dan Percetakan
Basuki
Anton Tri Wibowo

Buletin diterbitkan oleh:

BPJS Kesehatan
Jln. Letjen Suprpto PO BOX
1391/JKT Jakarta Pusat
Tlp. (021) 4246063, Fax.
(021) 4212940

Redaksi menerima tulisan artikel/opini berkaitan dengan tema seputar Askes maupun tema-tema kesehatan lainnya yang relevan dengan pembaca yang ada di Indonesia. Panjang tulisan maksimal 7.000 karakter (termasuk spasi), dikirimkan via email ke alamat: redaksi.infobpjskesehatan@gmail.com dilengkapi identitas lengkap dan foto penulis

SURAT PEMBACA
email : redaksi@bpjs-kesehatan.go.id | Fax : (021) 4212940

Pekerja Tapi Tidak Daftar BPJS Kesehatan?

Yth. Redaksi
Saya bekerja di suatu perusahaan di Cikarang, yang mau saya tanyakan bagaimana jika pemberi kerja tidak mendaftarkan pekerjanya? Apakah bisa mendaftar sendiri?

Aris, Cikarang

Jawab : Jika Pemberi Kerja secara tidak mendaftarkan Pekerjaannya kepada BPJS Kesehatan, Pekerja yang bersangkutan berhak mendaftarkan dirinya sebagai Peserta Jaminan Kesehatan dengan iuran nominal. Jika Pekerja belum terdaftar pada BPJS Kesehatan, Pemberi Kerja wajib bertanggung jawab pada saat Pekerjaannya membutuhkan pelayanan kesehatan sesuai dengan Manfaat yang diberikan oleh BPJS Kesehatan. Setelah tanggal 1 Januari 2015, seluruh Pemberi Kerja wajib mendaftarkan pekerjaannya ke BPJS Kesehatan

Salam, Redaksi

INFO BPJS Kesehatan

EDISI VII TAHUN 2014

CEO Message



“ Kerja Keras ”

Ada suatu kisah yang diceritakan dalam buku **Tao of the Pooh** yang ditulis Benjamin Hoff. Hiduplah seorang pemotong batu yang merasa telah demikian bekerja keras namun tak sepadan dengan apa yang diinginkannya, sehingga ia pun merasa sangat tidak bahagia dengan hidupnya. Anehnya dalam ketidakpuasan tersebut, ia dianugerahi keajaiban untuk dapat menjadi apa saja yang diinginkannya. Ketika melihat saudagar kaya, ia ingin menjadi saudagar kaya. Namun ternyata saudagar kaya membungkuk hormat pada pejabat tinggi sehingga ia pun ingin menjadi pejabat tinggi yang disegani dan ditandu kemana jua ia pergi.

Saat menjadi pejabat tinggi, ia takjub pada matahari sehingga ia pun ingin berubah menjadi matahari. Namun ternyata matahari terkalahkan dengan awan hitam, dan ia pun menjadi awan hitam. Tak berapa lama, ternyata awan hitam tersingkirkan oleh angin, sehingga ia lagi-lagi ingin menjadi angin. Kenyataannya meski ranting dan dahan tumbang dihempas angin, batu tetap kokoh di tempatnya. Sekali lagi ia pun berubah menjadi batu. Saat itu ia merasa bahwa ia-lah makhluk terkuat di alam raya, bahkan matahari saja jauh tak berdaya dibanding dirinya. Dalam kekokohnya sebagai sebangkah batu keras yang menjulang, ia lihat sedikit demi sedikit kakinya dipecahkan dan dipahat seseorang. Ia pandang ke bawah, takjub dan setengah terperanjat ternyata si pemotong batu sedang asik membelah-belah kaki kokohnya tanpa ia mampu berbuat apa-apa.

Apa pelajaran di balik kisah ini? Jawabnya, tentu saja sikap tidak pernah puas yang akan membawa kepada kesia-siaan semata. Laksana peribahasa berkata : **yang rendah terpendek sangat, yang tinggi terjunur sangat**, manusia itu tiada puas-puasnya kecuali sampai ditemuinya penyesalan yang tiada berguna. Berapa banyak dari kita yang kerap berlaku demikian. Resah menjadi pelaksana, tetapi kemudian tidak bahagia menjadi *middle manager*. Puas sesaat menjadi manager, untuk selanjutnya mencerca dalam hati karena atasan dianggap jauh dari pandai dibanding diri sendiri, dan begitu seterusnya.

Kepuasan merupakan evaluasi yang menggambarkan seseorang atas perasaan sikapnya senang atau tidak dalam bekerja. Menurut Cherington, kepuasan kerja merujuk kepada seberapa besar seorang pegawai senang kepada pekerjaannya. Pekerjaan merupakan bagian penting dalam kehidupan, sehingga puas tidaknya seseorang dalam bekerja akan mempengaruhi bahagia atau tidaknya kehidupan seseorang tersebut.

Pertanyaannya apakah kita akan memilih untuk tidak puas ataukah justru ingin bersyukur dan terus menikmati serta berkreasi dalam mewarnai hidup kita ini? Masalah pasti ada, tetapi kerja cerdas adalah solusi pertama untuk menyikapinya. Solusi kedua, sebagaimana diajarkan dalam ilmu dagang China, jangan takut rugi dalam jangka pendek karena boleh jadi kerugian itu akan mendatangkan keuntungan di masa-masa panjang selanjutnya. Jangan takut hadapi kegagalan, karena sesungguhnya itu adalah ilmu berharga yang tak ternilai biayanya. Ingat lah bahwa emas tidak dipetik di ranting atau ditemukan dalam hamparan ilalang di ladang, melainkan ia harus digali dalam gelapnya tanah dan ditemukan dari persembunyian terdalam.

Orang sukses memang seharusnya tidak cepat puas, tetapi ia jangan sampai menjadi si pemotong batu yang enggan bekerja keras. Terus bersemangat meski sejuta ombak terus datang menggulung menyiksa. Keberhasilan selalu ada di depan mata, sepanjang kita dapat bertahan menghadapi sekumpulan serigala permasalahan yang menyeringai menyertainya. *It's not that I'm so smart, it's just that I stay with problems longer. (Albert Einstein)*

Direktur Utama
Fachmi Idris

Tarif Baru Semoga Semua Senang

Pembaca setia Info BPJS Kesehatan,
Memasuki edisi ke-8 Info BPJS Kesehatan, redaksi mengucapkan terimakasih atas apresiasinya terhadap kehadiran kembali media yang kita cintai ini. Sehingga kami benar-benar bahagia dan tetap bersemangat menerbitkan Info BPJS Kesehatan secara konsisten. Dengan masukan dan saran yang secara simultan kami terima untuk pembenahan media ini kami berupaya memberikan yang terbaik dalam upaya memberikan informasi seputar BPJS Kesehatan kepada seluruh pembaca.

Kabar baik, bagi rumah sakit (RS) yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Pasalnya Menteri Kesehatan RI telah menekan tarif baru INA-CBGs yang diberlakukan 1 September 2014. Info BPJS Kesehatan akan lebih dalam membahas mengenai tarif ini dalam rubrik FOKUS. Tarif ini telah mendapat masukan dari berbagai *stakeholder* terkait termasuk BPJS Kesehatan, sehingga diharapkan semua pihak dapat menerima dengan baik keputusan ini.

Info BPJS Kesehatan juga menghadirkan wawancara khusus bersama Ketua Tim Nasional Casemix Center, dalam rubrik BINCANG. Bagaimana pandangan beliau tentang penyesuaian tarif INA-CBGs yang baru. Dan informasi-informasi lain seputar BPJS Kesehatan yang kami hadirkan dalam rubrik-rubrik lain.

Seiring dengan penerbitan Info BPJS Kesehatan, kami mengucapkan terima kasih atas berbagai dukungan dan tanggapan atas terbitnya media ini. Semoga kehadiran media ini dapat menjadi jembatan informasi yang efektif bagi BPJS Kesehatan dan *stakeholder-stakeholder*-nya. Selamat beraktivitas.

Redaksi

DAFTAR ISI

INA-CBGs Mampu Hadapi Pasar Bebas Asia, Ketua Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) Dr dr Sutoto, MKes



Fokus - INA-CBGs Membuat Biaya Kesehatan Lebih efektif 3

Fokus - Tarif INA-CBGs, Untungkan Rumah Sakit 5

Benefit - Formularium Obat Nasional Kendalikan Mutu dan Biaya Pengobatan 7

Pelanggan - Setiap Bulan Bayar Iuran, Sakit Tak Lagi Repot 8

Testimoni - Petugas Siap 24 Jam, Layani Konsultasi Via Telephone 9

Sehat - Ubah Gaya Hidup Agar Terhindar Kanker Payudara 10

Kilas & Peristiwa - Malam Penganugrahan, Jambore Nasional Pelayanan Primer 11

INA CBGs

Membuat Biaya Kesehatan Lebih Efektif

Sejak dioperasionalkan BPJS Kesehatan sebagai pelana Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), berbagai kalangan mengkhawatirkan tarif yang diberlakukan dengan mengacu kepada INA-CBGs (Indonesia Case Base Groups). Maksudnya, sebuah model pembayaran yang digunakan BPJS Kesehatan untuk mengganti klaim yang ditagihkan oleh rumah sakit. INA-CBG merupakan sistem pembayaran dengan sistem "paket", berdasarkan penyakit yang diderita pasien. Rumah Sakit akan mendapatkan pembayaran berdasarkan tarif INA CBGs yang merupakan rata-rata biaya yang dihabiskan oleh untuk suatu kelompok diagnosis.

Misalnya, seorang pasien menderita demam berdarah. Dengan demikian, sistem INA-CBG sudah "menghitung" layanan apa saja yang akan diterima pasien tersebut, berikut pengobatannya, sampai dinyatakan sembuh atau selama satu periode di rawat di rumah sakit. Sistem pembayaran menggunakan Indonesia Case Based Groups (INA-CBGs) yang digunakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tidak akan merugikan rumah sakit (RS) karena sebagian besar tarifnya diatas standar. Tarif cuci darah atau dialisis, misalnya, di RS kelas C Rp450-600 tapi di INA-CBGs dibayar Rp900 ribu, bahkan di RS kelas A dibayar Rp1,3 juta.

Walaupun terdapat beberapa tarif yang lebih rendah rumah sakit harus bijak menyikapi. Evaluasi tarif akan terus dilakukan agar diperoleh nilai yang sesuai, revisi dari tarif akan menjadi kabar baik bagi rumah sakit. Bilamana masih ada RS yang masih memprotes sistem tarif INA-CBGs, berarti lembaga itu, bisa jadi belum memahami sistem pembayaran. Hal ini terjadi karena, RS terbiasa dengan sistem pembayaran pay-for-service sebelumnya, dan sekarang harus menyesuaikan diri dengan INA-CBGs yang cost effective. Rumah Sakit harus lebih bijak mengelola keuangan dengan pola INA CBGs, karena bisa jadi tarif terlihat kecil karena ada beberapa tindakan yang tidak cost efektif atau masih adanya tindakan yang tidak perlu dilakukan pada pasien mengambil porsi biaya yang cukup besar dari paket tersebut.

Dengan menggunakan sistem itu, maka perhitungan tarif pelayanan lebih objektif berdasarkan pada biaya sebenarnya. Melalui INA-CBG's diharapkan dapat meningkatkan mutu dan efisiensi rumah sakit. Sesuai dengan Peraturan Presiden No. 111 Tahun 2013 yang merupakan revisi dari Perpres No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, bahwa pola pembayaran pelayanan kesehatan di tingkat lanjutan oleh BPJS Kesehatan menggunakan sistem pola pembayaran Indonesia Case Based Groups (INA-CBG's). "Manfaat implementasi INA CBG's dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah



tarif terstandarisasi dan lebih memberikan kepastian", kata Ketua Nasional Casemix Center (NCC) Kementerian Kesehatan Bambang Wibowo, di Jakarta.

Melalui INA-CBG's diharapkan dapat meningkatkan mutu dan efisiensi rumah sakit. INA-CBG's merupakan sistem pengelompokan penyakit berdasarkan ciri klinis yang sama dan sumber daya yang digunakan dalam pengobatan. "Pengelompokan ini ditujukan untuk pembiayaan kesehatan pada penyelenggaraan jaminan kesehatan sebagai pola pembayaran yang bersifat prospektif," jelasnya.

Tarif yang dimaksudkan berbentuk paket yang mencakup seluruh komponen biaya RS. Berbasis pada data costing dan coding penyakit mengacu International Classification of Diseases (ICD) yang disusun WHO. Menggunakan ICD 10 untuk mendiagnosis 14.500 kode dan ICD 9 Clinical Modifications yang mencakup 7.500 kode.

Sedangkan tarif INA-CBG's terdiri dari 1.077 kode CBG yang terdiri dari 789 rawat inap dan 288 rawat jalan dengan tiga tingkat keparahan. Untuk pelaksanaan program JKN BPJS Kesehatan, tarif INA-CBG's dikelompokkan dalam 6 jenis RS, yaitu RS kelas D, C, B, dan A. Serta RSU dan RSK rujukan nasional. Tarif INA-CBG's juga disusun berdasarkan perawatan kelas 1, 2, dan 3. Sebelumnya, dalam Jamkesmas yang ada hanya tarif INA-CBG's untuk kelas 3. Dengan sistem tersebut, pembiayaan kesehatan lebih efektif dan mutunya meningkat. Hal itu juga diterapkan diberbagai negara", ungkap Bambang.

Mengenai tarif baru, evaluasi dan penyesuaian tarif baru INA-CBGs pada 39 kelompok tarif sudah dilakukan



● Nasional Casemix Center (NCC) Kementerian Kesehatan RI Bambang Wibowo

Kementerian Kesehatan. Tarif pada 39 kelompok yang dinilai terlalu rendah itu lalu dinaikkan. Diantaranya, layanan bedah ortopedi, bedah saraf, dan layanan rawat jalan dengan pemeriksaan penunjang. Untuk mengompensasi kenaikan sebagian tarif itu, 60 kelompok rawat inap yang dinilai terlalu tinggi diturunkan sehingga keseimbangan pendapatan dan pembiayaan terjaga. Menurutnya, penyesuaian tarif itu diharapkan memperluas keikutsertaan RS dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan masyarakat mendapat layanan kesehatan yang baik. Sosialisasi



Sebelumnya, Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Kementerian Kesehatan Donald Pardede, menjelaskan, tarif baru diberlakukan awal September dan klaim terhadap tarif baru bisa dilakukan RS pada Oktober 2014. Untuk itu, BPJS Kesehatan pun, harus memperbarui aplikasi verifikasi dan klaim biaya RS. Lalu, RS bisa mengklaim dengan tarif baru pada Oktober dengan syarat sudah merampungkan klaim tindakan pada Agustus ketika tarif belum berubah. Tujuan penggunaan tarif paket INA-CBG dalam JKN adalah untuk mendorong efisiensi tanpa mengurangi mutu pelayanan. INA CBGs itu cost effective system.

Kebiasaan terapi dan perawatan yang dilakukan dokter tidak cost effective, hal ini perlu diperbaiki. Misalnya untuk kasus SC (operasi cecar). Kasus SC merupakan kasus yang "unik". Status pasien sulit diprediksi. Dalam kondisi normal pun bisa mendadak tidak stabil. Lama rawat SC tanpa komplikasi umumnya hanya 4 hari atau 3 hari. Kalau di rawat di kelas 3 kita tinggal hitung biaya akomodasi di kelas 3 yang tidak mahal. Rata-rata rawat inap kelas 3 Rp100 ribu per hari. Antibiotik yang diberikan cukup sekali pemberian dengan obat generik generasi pertama yang harganya tidak lebih dari Rp25 ribu. Tidak perlu diberikan antibiotik oral. Obat nyeri generik juga sangat murah dan mutunya baik dengan menggunakan formularium nasional yang sudah terbukti mempunyai bukti ilmiah yang kuat. Demikian juga anestesi regional biaya tidak lebih dari Rp100 ribu. Terhadap penggunaan obat motilitas usus, itu belum

terbukti ilmiah harus selalu digunakan. Dengan uraian ini, maka kasus SC tanpa komplikasi biasanya menghabiskan biaya medis sekitar Rp2 juta.

Kemudian untuk "kasus sirkumsisi (sunat) tarifnya jauh lebih besar dibandingkan tindakan SC" itu terjadi jika pada sirkumsisi yang rawat inap, misalnya komplikasi dengan hemophili. Tetapi untuk sunat ritual yang rawat jalan biaya tidak lebih dari Rp200 ribu. Inilah, diantaranya, yang diperbaiki. Maka, disarankan agar membangun komunikasi yang baik antara tim dokter dengan manajemen untuk mengurangi variasi pelayanan dan pilih layanan yang paling cost effective dengan membuat dan menjalankan clinical pathway.

Hilangkan kebiasaan kerjasama yang tidak perlu antara dokter juga manajemen untuk mendapatkan keuntungan yang tidak perlu, yang konon bisa dimasukan kategori gratifikasi. Masih banyak lagi tugas mulia dan perubahan yang harus dilakukan dokter dan manajemen untuk melakukan koreksi biaya di sisi input (perencanaan dan pengadaan barang jasa) dan proses (penggunaan sumber daya obat, alat habis pakai, pemeriksaan penunjang. Manajemen pun melakukan efisiensi pada sisi input dan melakukan subsidi silang dari biaya pelayanan lain juga banyak surplusnya. RS membayar jasa dokter yang layak dan sesuai dengan kaidah karena total penerimaan RS surplus.

Perubahan tarif ini tidak akan memengaruhi RS tipe C dan tipe D karena perubahan ini dipandang dari nilai keekonomian. "Selisihnya itu bisa 50-60 persen. Disisi lain, tarif INA-CBGs dipertimbangkan nilai perekonomian. Kita sudah lakukan semacam simulasi ini seperti ketersediaan dana, cadangan, klaim, itu semuanya kita simulasi. Dan pembahasan kenaikan tarif ini kita libatkan dari perwakilan RS, Klinik, Kemenkes, BPJS," jelasnya.

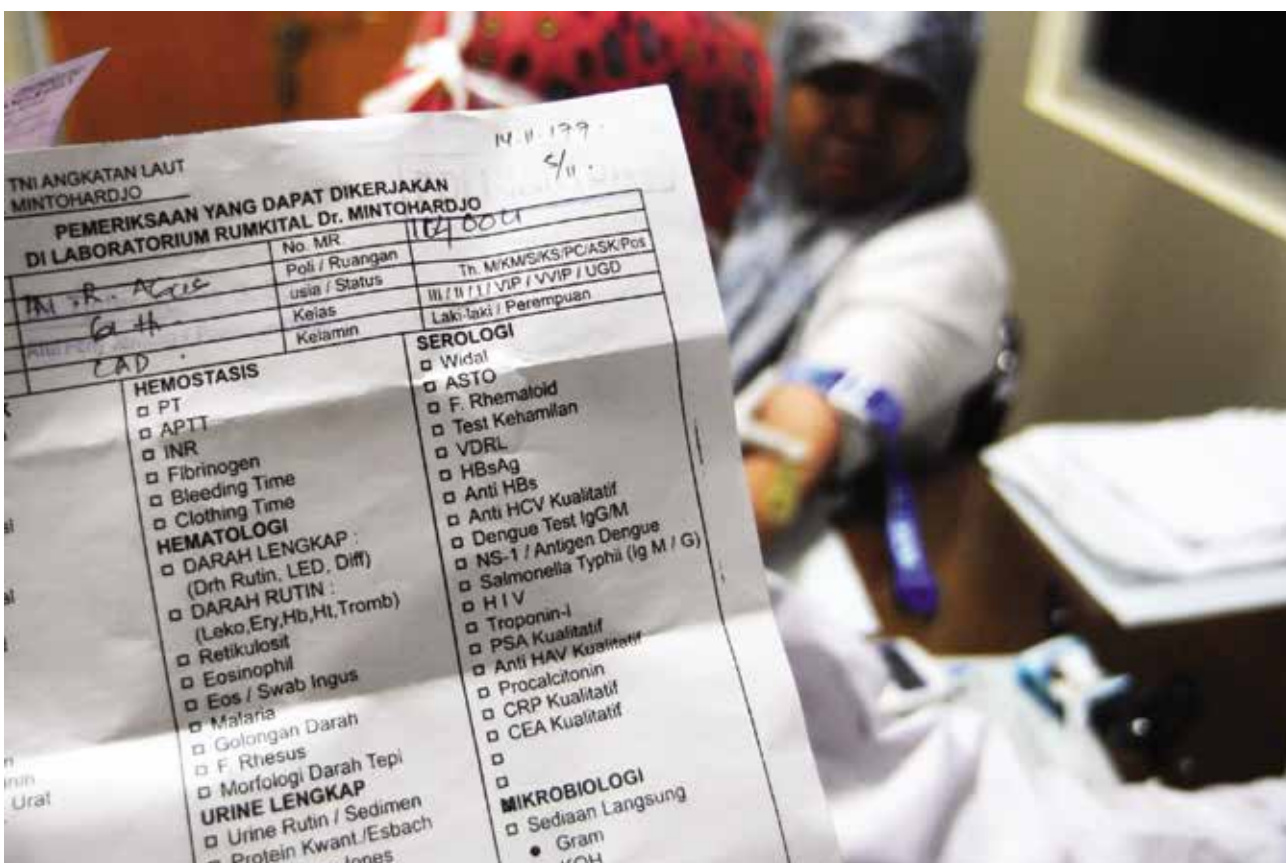
Diakui, proses revisi ini cukup memakan waktu lantaran penyesuaian tarif dan keuangan dari BPJS kesehatan sendiri. Harapannya, lagi, pelayanan kesehatan pada masyarakat akan semakin komprehensif dan bermutu. Selain itu, fasilitas kesehatan pun bisa mengembangkan fasilitas-fasilitas mereka dengan keuntungan yang diperoleh. "Dan tenaga kesehatan tidak akan lari (karena merugi). Kita kan tidak hanya ingin semua terkover. Tapi bisa mendapat pelayanan kesehatan yang berkualitas," tambahnya.

Secara terpisah, Direktur Eksekutif Indonesian Hospital and Clinic Watch (INHOTCH) Fikri Suadu, menyambut gembira atas tarif baru itu. Dengan kenaikan sejumlah tarif ini tidak lagi membuat rumah sakit melakukan kecurangan dengan meng-up coding diagnosis pasien, yang kemudian membuat tarif klaim dalam INA CBGs pun meningkat. Sebab, dengan membengkaknya tarif klaim pada BPJS Kesehatan akan sangat merugikan bila tidak sesuai dengan kondisi di lapangan.



● Direktur Eksekutif Indonesian Hospital and Clinic Watch (INHOTCH)
Fikri Suadu

Fikri tetap meminta pihak BPJS Kesehatan melakukan pengawasan yang serius pada setiap rumah sakit dalam implementasi tarif BPJS kesehatan ini. "Walaupun direvisi seideal mungkin tapi tanpa disertai pengawasan serius pada tahapan implementasi bisa jadi tujuan dari INA CBGs tidak tercapai," urainya.



Tarif INA-CBGs

Untungkan Rumah Sakit



Pelayanan kesehatan dengan mutu yang baik dan biaya terjangkau menjadi harapan bagi seluruh masyarakat. Untuk itu, rumah sakit yang merupakan pemberi pelayanan kesehatan yang utama pun dituntut melakukan pengendalian biaya dan pengendalian mutu.

Maka pemerintah memberlakukan tarif sebagaimana yang dikenal dengan sistem INA CBGs. Intinya, mengubah tarif yang sebelumnya menggunakan sistem fee for service system menjadi prospective payment system. Pemberlakuan ini menjamin pasien mendapatkan pelayanan bagus dan rumah sakit memperoleh pembiayaan yang standar.

Faktanya, dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, sebagian besar rumah sakit yang telah menjadi provider BPJS Kesehatan mengaku mengalami surplus dengan pembiayaan bertarif INA-CBG's, baik rumah sakit di Jakarta maupun di daerah. Salah satunya adalah Rumah Sakit Islam (RSI) Jemursari di Surabaya, Jawa Timur.

Pada awal diberlakukan tarif ini, sebelum direvisi, sekitar 94 rumah sakit mengklaim, lembaganya memperoleh keuntungan dibandingkan saat memberlakukan tarif lama. Misalnya, RSI (Rumah Sakit Islam) Jemursari, Surabaya, Jatim, yang sudah langsung menjadi provider BPJS Kesehatan, sejak mulai beroperasi, mengaku untung.

Rumah sakit, yang berada di bawah naungan Yayasan RSI Surabaya, melaporkan, seluruh biaya justru mudah dikontrol, ketika mengaplikasi tarif INA CBGs. Menurut Manager Informasi dan Kerjasama RSI Jemursari, Notrisia Rahmayanti, mengatakan, pentarifan INA-CBGs bisa memberi keuntungan yang adil dan merata bagi pasien, tenaga medis, dan juga rumah sakit. Cara yang dilakukan rumah sakit ini adalah dengan melakukan efisiensi tindakan medis, namun tidak mengurangi kualitas pelayanan yang diberikan. Dengan begitu, biaya yang dikeluarkan bisa lebih terkontrol.

"Kita kelola sistem pembiayaan ini sesuai prosedur dan hasilnya, rumah sakit kami bisa memperoleh surplus. Sehingga pasien merasa puas karena terlayani dengan baik, rumah sakit pun mendapatkan keuntungan," kata Notrisia Rahmayanti.

Saat itu pula, Kepala BPJS Kesehatan Cabang Utama Surabaya, I Made Puja Yasa, mengakuinya. Pimpinan wilayah untuk Kota Surabaya, Kabupaten Sidoarjo, dan Gresik, tercatat ada 43 rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dengan rincian 9 rumah sakit (RS) pemerintah, 25 RS swasta, 7 RS TNI, dan 2 RS Polri.

"Rata-rata lancar. BPJS Kesehatan melakukan kewajiban untuk membayarkan klaim ke rumah sakit sesuai peraturan, yaitu maksimal 15 hari setelah klaim diajukan.

Biasanya klaim jadi terlambat dibayarkan karena rumah sakitnya sendiri yang belum menyerahkan dokumen klaim. Tapi BPJS Kesehatan juga memiliki kebijakan tentang pembayaran uang muka sebesar 50 dari pengajuan klaim, walaupun belum diverifikasi," ujarnya. Begitu juga untuk fasilitas kesehatan (faskes) primer, seperti di Puskesmas Pucang Sewu, Surabaya.

Pembayaran kapitasi oleh BPJS Kesehatan paling lambat dilakukan tanggal 15 setiap bulannya. Sementara dana yang dianggarkan untuk kapitasi seluruh puskesmas di Surabaya mencapai Rp3,4 miliar per bulan. Setelah sistem INA CBGs, diperbarui, tentu saja rumah sakit semakin diuntungkan.

Sistem Kesehatan Australia.

Sistem ini, sebenarnya, tidak berbeda dengan sistem kesehatan yang diterapkan pemerintah Australia. Fasilitas kesehatan yang dikelola oleh Healthscope adalah termasuk salah satu yang terbaik di dunia, dirancang secara khusus untuk memberikan pelayanan kesehatan spesialisasi yang mengutamakan kenyamanan bagi pasien.

Sistem kesehatan Australia merupakan sistem yang kompleks dan canggih, merupakan kombinasi antara pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta. Seluruh warga negara dan penduduk tetap Australia memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan bebas biaya yang dikelola oleh pemerintah, namun demikian hampir setengah penduduk Australia memiliki asuransi kesehatan swasta.

Selama bertahun-tahun, sistem kesehatan milik swasta telah berkembang sedemikian rupa sehingga memiliki peran yang cukup besar dalam pelayanan kesehatan. Rumah sakit-rumah sakit swasta, termasuk didalamnya rumah sakit swasta yang dikelola oleh Healthscope, telah dilengkapi untuk menyediakan hampir segala bentuk jenis perawatan kesehatan yang tersedia, mulai dari pelayanan sub akut seperti rehabilitasi hingga perawatan yang kompleks seperti pembedahan dan unit perawatan intensif.

Pemerintah Australia telah menetapkan standar akreditasi secara nasional melalui Australian Council on Health Care Standards (ACHS) dan standar Evaluation and Quality Improvement (Equip). Standar akreditasi rumah sakit Australia sejajar/setaraf dengan akreditasi US Joint Commission International (JCI).

Bahkan banyak yang mengakui bahwa standar akreditasi milik Australia lebih menyeluruh. Bahkan ACHS sendiri baru-baru ini telah mulai mengakreditasi rumah sakit-rumah sakit se Asia Tenggara dan Timur Tengah, akreditasi ini dibangun berdasarkan standar yang tinggi yang dipakai oleh rumah sakit di Australia.

Sektor Kesehatan Australia terkenal diseluruh dunia memiliki kualitas perawatan yang sangat tinggi. Sebuah studi komparatif internasional mengenai system kesehatan di enam negara (Australia, Kanada, Jerman, New Zealand dan Amerika Serikat), membuktikan bahwa "Australia memiliki ranking tertinggi dalam bidang hidup sehat, memiliki angka tertinggi/kedua tertinggi dalam semua indikator penilaian yang ditetapkan" (The Commonwealth Fund, 2007).

Rumah sakit Australia, para dokter, universitas dan para peneliti adalah yang terbaik di bidangnya. Australia memiliki lebih banyak rumah sakit yang menduduki ranking 500 rumah sakit penelitian terbaik di dunia dibandingkan dengan negara-negara lain di Asia Tenggara (Ranking dunia cybermatics).

Institut kesehatan dan kesejahteraan Australia (sebuah badan pemerintah federal) bertugas mengukur dan memonitor kesehatan dan kesejahteraan di Australia. Badan itu pula yang menerbitkan data tentang rumah sakit di Australia yang dapat diakses secara bebas sehingga memungkinkan para pasien membandingkan rumah sakit yang akan mereka kunjungi dengan standar nasional rata-rata.



Dalam menghadapi pasar bebas ASEAN, tidak hanya pengusaha yang harus mempersiapkan diri dalam meningkatkan daya saing. Rumah sakit pun perlu bersiap mengantisipasi adanya Masyarakat Ekonomi Asia (MEA). Karena antar-rumah sakit juga terjadi adanya persaingan sehingga memerlukan pelayanan yang bermutu. Pelayanan ini, dimaksudkan agar mampu bertahan. Selain itu adanya kemajuan teknologi yang canggih, memerlukan pemilihan yang tepat dan rasional antara mutu pelayanan dan biaya. Alasannya, pasien semakin kritis, ia mengerti soal hak dan ingin agar pelayanan yang aman dan memuaskan.

Tidak hanya itu saja, pasien memiliki hak untuk memilih, maka mutu pelayanan akan merupakan salah satu sebab dipilihnya rumah sakit tertentu. Selain standard profesi yang telah ditetapkan juga berhadapan dengan asumsi dan tuntutan hukum yang semakin gencar. Maka, dokter atau tim medis harus mengikuti aturan standar internasional. Kendali mutu dan biaya berdasarkan standar internasional berbasis bukti menjadi tren dunia. Rumah sakit yang tidak mengikuti hal itu akan ditinggalkan. Pada sisi lain, pengelola kesehatan dituntut melakukan penghematan sesuai dengan aturan yang tertuang dalam *Indonesia Case Based Group (INA-CBGs)*.



Guna mengetahui seberapa jauh manfaat yang diperoleh setelah rumah sakit menerapkan tarif INA-CBGs, berikut wawancara dengan Ketua Umum Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) Dr dr Sutoto. Berikut petikannya:

Kehadiran BPJS Kesehatan merupakan niat mulia pemerintah untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat, khususnya di bidang kesehatan, dengan penentuan tarif sistem INA CBGs. Bagaimana, kalangan rumah sakit menyikapi soal ini?

Sejak dioperasionalkan BPJS Kesehatan, dengan penentuan tarif INA CBGs, sebenarnya sudah mencukupi, antara lain boleh ortopedi, bedah saraf, sejumlah bedah lain, mata, dan THT. Tetapi, ada juga yang merasa merugi karena salah mencantumkan kode-kode dalam sistem yang dilaksanakan mayoritas rumah sakit. Ini, perlu disosialisasikan lagi. Karena dengan penentuan tarif INA-CBGs, mampu hadapi persaingan pasar bebas Asia, yang dimulai tahun 2015.

Kondisi itu, sebelum INA CBGs, direvisi. Sekarang ini, rumah sakit merasa lega karena hal-hal yang belum tercantum dalam tarif itu, sudah dilakukan perbaikan. Namun persoalan yang lebih penting dalam memberikan pelayanan adalah penyesuaian atau tuntutan rumah sakit mengikuti aturan standar internasional, dalam menghadapi persaingan yang belakangan ini, cukup banyak rumah sakit bermunculan dimana-mana.

Bukankah menerapkan tarif INA-CBGs, berarti sudah mengikuti standar minimal sesuai panduan praktik klinik dan clinical pathway?

Benar. Yang dimaksud dengan standar internasional antara lain dengan adanya panduan praktik klinik dan clinical pathway yang mengacu pada standar pelayanan profesi. Dalam *clinical pathway* dokter harus mengacu pada *International Classification Of Diseases (ICD)-9-Cm* untuk tindakan.

Clinical Pathway merupakan suatu konsep perencanaan pelayanan terpadu yang 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.

Clinical Pathway ini, menjadi salah satu komponen dari Sistem *DRG-Casemix* yang terdiri dari kodefikasi penyakit dan prosedur tindakan (ICD 10 dan ICD 9-CM) dan perhitungan biaya (baik secara *top down costing* atau *activity based costing* maupun kombinasi keduanya). Implementasi *Clinical Pathway* berkaitan erat dengan *Clinical Governance* dalam hubungannya menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan dengan biaya yang dapat diestimasi dan terjangkau.

Bagaimana format penyusunannya?

Penyusunan Format *Clinical Pathway* harus memperhatikan komponen yang harus dicakup sebagaimana definisi dari *Clinical Pathway*. Manfaatkan data yang telah ada di lapangan rumah sakit dan kondisi setempat dan sensus harian. Variabel varians varians dalam *Clinical Pathway* dapat digunakan sebagai alat (*entry point*) untuk melakukan audit medis dan manajemen, baik untuk tingkat pertama maupun kedua (*1st party and 2nd party audits*) dalam rangka menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan.

Variabel tindakan tindakan dalam *Clinical Pathway* bisa digunakan sebagai alat (*entry point*) dalam melakukan surveilans Tim Pengendalian Infeksi Nosokomial dan selanjutnya untuk menilai Health Impact Intervention. Variabel obat-obatan dalam *Clinical Pathway* dapat digunakan sebagai alat (*entry point*) untuk melakukan kegiatan evaluasi dan monitoring.

INA-CBGs Mampu Hadapi Pasar Bebas Asia

- Ketua Persatuan Rumah Sakit Indonesia (PERSI)
dr. Sutoto

Clinical Pathway bisa digunakan sebagai salah satu alat mekanisme evaluasi penilaian risiko penilaian risiko untuk mendeteksi kesalahan aktif (*active errors*) dan laten (*latent / system errors*) maupun nyaris terjadi (*near miss*) dalam Manajemen Risiko Klinis (*Clinical Risk Management*) dalam rangka menjaga dan meningkatkan keamanan dan keselamatan pasien (*patient safety*).

INA-CBGs, khan, turunan dari clinical pathway agar pelayanan diberikan secara prima dengan pembiayaan yang bemuansa faktor kehati-hatian?

Makanya, dalam berbagai pertemuan yang diikuti ribuan pengelola rumah sakit di JCC Jakarta, bulan lalu, kita tekankan bahwa Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dioperasionalkan BPJS Kesehatan membawa perubahan besar dalam pelayanan kesehatan di Indonesia. Salah satu perubahan besar itu diantaranya soal pembayaran klaim yang selama ini menggunakan mekanisme *fee for service (FFS)* menjadi INA-CBGs.

Dalam *fee for service*, jumlah klaim yang ditagih tergantung pada pelayanan yang diberikan kepada pasien atau peserta. Sehingga, rumah sakit (RS) atau dokter dapat menentukan pelayanan apa saja yang diberikan kepada pasien.

Cuma, dalam mencapainya, dibutuhkan biaya yang sangat besar, agar hasilnya sempurna. Tujuannya, agar pelayanan yang paripurna dapat dirasakan oleh masyarakat. Maka, upaya untuk melakukan penghematan disegala bidang terus dilakukan baik dari sisi penyediaan logistik, tarif rumah sakit dan obat yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

Nah, RS perlu memperkuat sistem IT, pemantauan dan ketersediaan obat dan alat medis habis pakai. Sedangkan tim verifikator internal yang terus mengawasi diagnosis penyakit sesuai tarif yang ada dalam INA-CBGs. Pelaksanaan BPJS untuk tahap awal dilakukan dengan standard minimal.

Umumnya, rumah sakit swasta telah mengikuti apa yang menjadi keinginan pemerintah, meski dalam beberapa hal tetap perlu dilakukan kesepakatan-kesepakatan tentang apa-apa yang masuk dalam perjanjian BPJS Kesehatan. Misalnya, upaya untuk melakukan penghematan disegala bidang terus dilakukan baik dari sisi penyediaan logistik, tarif Rumah Sakit dan obat yang sesuai dengan kebutuhan pasien. RS perlu memperkuat sistem IT, pemantauan dan ketersediaan obat dan alat medis habis pakai.

Kembali kepada soal pembiayaan sistem INA-CBGs. Apakah dengan memberlakukan tarif itu, bisa membuat kendali mutu rumah sakit menjadi lebih baik?

Bisa saja. Buktinya, dengan menerapkan sistem itu, sejumlah rumah sakit untung dan manajemennya pun menjadi lebih bagus. Ini fakta lho. Maka, sebelumnya, kita tekankan soal kendali mutu yang tertuang dalam INA-CBGs, biaya mengacu pada panduan dalam melakukan diagnosis dan tindakan serta pemilihan obat yang cost effective, rumah sakit akan mampu menghitung biaya perawatan yang efektif dan efisien. Ini, berkali-kali sudah kita tekankan.

Kini, rumah sakit, sudah memakai tarif berdasarkan PMK dan untuk JKN memakai Permenkes 59/2014 terbaru menggantikan Permenkes 69/2014. Dalam tarif yang sekarang, sudah ada kenaikan untuk sejumlah implant. Seperti *Total Knee Replacement* dan *Total Heep Replacement*. Staf klinis yang mematuhi *clinical pathway* merupakan strategi efisiensi biaya dan kendali mutu.

Tetapi ada sejumlah tarif yang diturunkan dan persoalan klaim?

Secara keseluruhan rumah sakit masih selisih positif dibandingkan tarif sebelumnya. Peran IT dengan bridging dengan INA-CBGs, dengan BPJS Kesehatan, sangat menentukan keberhasilan klaim.

Kita berharap rumah sakit itu harus melihat secara keseluruhan klaim, jangan septong-sepotong. Sebab, kalau hanya satu klaim tentu akan merugi tapi jika klaim digabung maka pasti untung. Memang, kita akui, ada jumlah klaim yang relatif kecil tetapi ada nilai klaim cukup besar. Ya itu kita gabung, jangan hanya melihat dari sisi rugi, ya bisa frustrasi.

Begitu juga sistem kompensasi harus bergeser dari *free for service* menjadi remunerasi. Jadi dokter tidak melihat jasa dari satu persatu kasus. INA-CBGs, merupakan revolusi dalam dunia kesehatan di Indonesia, yang menuntut dokter mematuhi. Ya tadi, mengubah sistem kompensasi menjadi remunerasi.

Efisiensi pembiayaan kesehatan tentu sudah banyak dilakukan negara lain, tetapi negara yang selama ini, belum menggunakan sistem paket pembiayaan apakah juga beralih sistem paket ini?

Ada. Sudah banyak negara menerapkan sistem pembiayaan berdasarkan paket. Hal ini penting bagi pasien karena mereka mencari pengobatan yang berhasil baik dengan harga bersaing. Hal itu tampak dengan kecenderungan sebagian pasien Indonesia berobat ke Malaysia.

Saat ini India juga melakukan efisiensi pembiayaan, dengan hasil pengobatan baik. Namun, untuk mengikuti tren itu, pola pikir dan perilaku pemberi pelayanan kesehatan harus berubah. Ada perbedaan mendasar antara sistem pembayaran tarif paket dan sistem *fee for service* yang selama ini berlaku dalam pelayanan kesehatan. Dengan tarif paket, rumah sakit harus mengelola dengan baik agar hasil pengobatan efektif dengan biaya dengan biaya paling efisien. Dengan *free for service*, pasien harus membayar dari kantong sendiri, tidak ada batasan financial terkait jenis pemeriksaan maupun obat untuk perawatan yang diberikan. Pada sistem ini, pasien tidak tahu pasti biaya yang ditagihkan.

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), bentuk asuransi kesehatan yang diterapkan mulai 2014, menggunakan turunan MS-DRG, yakni *Indonesia Case Based Group (INA-CBG)*. PERSI pun, sudah memetakan masalah serta melakukan serta melakukan sosialisasi dan pelatihan dalam dua tahun untuk menyambut JKN. Pelatihan, antara lain, berupa cara menyusun panduan praktik klinik dan *clinical pathway* bagi pengelola rumah sakit, cara memasukkan kode INA-CBG. Termasuk di dalamnya, pemahaman masalah fraud, serta cara menyusun sistem remunerasi yang berbeda antara INA-CBG dan *fee for service*.

Selama ini, sering kali manajemen rumah sakit tidak sadar melakukan fraud dengan melakukan upcoding, memasukkan kode diagnosis riil pada INA-CBG untuk mencukupkan biaya pelayanan kesehatan yang belum efisien. Namun demikian, rumah sakit sudah melihat, jika sejumlah tarif INA-CBG mencukupi. Cuma, kalangan rumah sakit swasta meminta agar pasien, boleh iur biaya (*costsharing*), kalau layanan yang diminta di luar standar paket INA-CBG.





Formularium Obat Nasional

Kendalikan Mutu dan Biaya Pengobatan

Dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional (JKN), ketersediaan obat yang bermutu menjadi salah satu bagian penting. Agar program bisa berjalan secara berkelanjutan maka perlu pengaturan manajemen obat yang baik. Untuk itu pemerintah melalui Kementerian Kesehatan menyusun formularium nasional (fornas) daftar obat pelayanan kesehatan.

Fornas menjadi acuan penetapan penggunaan obat dalam program JKN agar penggunaan obat bisa rasional atau sesuai dengan kebutuhan medis. Selain itu penggunaan Fornas dapat mengendalikan mutu dan biaya pengobatan. Dengan demikian, pelayanan kesehatan kepada pasien menjadi optimal.

Fornas dapat mempermudah dalam perencanaan dan penyediaan obat, serta meningkatkan efisiensi anggaran pelayanan kesehatan. Formularium nasional daftar obat ini disusun oleh Komite Nasional Penyusunan Formularium Nasional. Obat-obat yang masuk dalam Fornas disertai dengan bukti ilmiah mutakhir, paling berkhasiat, aman dan memiliki harga terjangkau sehingga digunakan sebagai acuan untuk penulisan resep dalam jaminan kesehatan nasional.

Perlu diketahui, anggota komite nasional penyusunan formularium ini diambil dari beragam bidang spesialisasi, antara lain farmakologi, farmakologi klinik, dokter gigi, apoteker, dan Badan Pengawas Obat dan Makanan yang tidak mempunyai konflik kepentingan dan mau menandatangani pernyataan bebas konflik kepentingan.

Daftar obat formularium tersebut, kemudian ditampilkan dalam bentuk e-katalog yang dipastikan dapat digunakan baik oleh layanan kesehatan maupun masyarakat untuk mengetahui daftar obat yang termasuk dalam formularium nasional tersebut.

Selain itu, formularium nasional itu juga memperbolehkan adanya "auto switching" atau penggantian obat secara otomatis oleh instalasi farmasi maupun apoteker. Penggantian obat itu dengan obat yang mempunyai kandungan sama untuk menekan biaya obat. Sistem ini akan menekan biaya kesehatan jadi rasional dan cost effective.

Penyelenggaraan askes sosial oleh PT Askes (Persero) berbeda dengan penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Dulu, PT Askes sebagai penyelenggara jaminan kesehatan sosial, sekaligus sebagai penyedia dan penanggung jawab obat bagi pesertanya. Untuk itu, PT Askes bekerjasama dengan produsen obat dan membuat Daftar Plafon Harga Obat (DPHO).

Kini, setelah PT Askes (Persero) berubah menjadi BPJS Kesehatan hanya melaksanakan tugas sebagai penyelenggara jaminan kesehatan nasional (JKN) dan tidak lagi bertanggungjawab dalam tatalaksana penyediaan obat untuk pesertanya.

"Masalah obat saat ini diserahkan sepenuhnya pada rumah sakit. Rumah sakit yang menentukan terpenuhinya kebutuhan obat pasien dengan menggunakan standar Fornas. Sedangkan di fasilitas kesehatan primer obat sudah masuk dalam biaya kapitasi," kata Direktur Pelayanan BPJS Kesehatan, Fajriadinur.

Fajri mengatakan, di era JKN, ketersediaan obat menjadi tanggungjawab Direktorat Bina Farmasi dan Alat Kesehatan (BinfarKementerian Kesehatan). Menyikapi adanya berbagai keluhan seputar obat, Fajri menyarankan agar masyarakat bisa menyampaikan keluhannya ke email keluhanobat@yahoo.com yang dikelola oleh Binfar Kemenkes atau ke email keluhan.obat@bpjs-kesehatan.go.id yang dikelola oleh BPJS Kesehatan.

Upaya BPJS Kesehatan untuk memenuhi hak peserta

tentang obat, selain memberi sarana untuk menyampaikan keluhan, juga membentuk tim kendali mutu dan kendali biaya yang akan mengawasi mutu medik termasuk obat. Selain itu, pihaknya meminta Binfar Kemenkes untuk segera menyelesaikan e-katalog sehingga jumlah sediaan obatnya sama dengan fornas. Sehingga, obat bagi peserta JKN bisa terjamin.

Obat-obatan yang tersedia di rumah sakit sudah masuk dalam paket tarif INA-CBGs (Indonesia Case Based Groups) dan peserta seharusnya tidak membeli lagi obat di luar dengan uang sendiri. Sedangkan di fasilitas kesehatan seperti dokter praktik swasta, obat sudah masuk dalam kapitasi. Kecuali obat rujuk balik ke faskes primer untuk penderita diabetes melitus dan hipertensi kronik yang disediakan oleh BPJS Kesehatan.



INA-CBGs adalah sistem pengelompokan penyakit didasarkan pada ciri klinis yang sama dan juga sumber daya yang digunakan dalam pengobatan. Pengelompokan ini dimaksudkan agar pembiayaan kesehatan saat penyelenggaraan jaminan kesehatan sebagai pola pembayaran yang bersifat prospektif.



JKN Mendorong Industri Farmasi Tumbuh

Dilihat dari sudut pandang industri farmasi, implementasi program jaminan kesehatan nasional (JKN) akan membawa dampak positif bagi sektor kesehatan karena membuka akses bagi seluruh rakyat Indonesia terhadap layanan kesehatan dasar.

Menurut Ketua International Pharmaceutical Manufacturers Group (IPMG), Luthfi Mardiansyah, program JKN mendorong pertumbuhan industri farmasi di Indonesia, karena memberi kesempatan bagi produk-

produk terkini dan inovatif memperluas pasar dalam upaya pemenuhan negara akan layanan kesehatan.

"Pertumbuhan industri farmasi Indonesia hanya dapat dipastikan jika pemerintah mengintegrasikan sebuah sistem yang sehat ke dalam program sistem jaminan kesehatan nasional, yang memungkinkan masyarakat untuk mengakses produk-produk farmasi baik generic maupun inovatif," kata Luthfi.

IPMG yang beranggotakan 24 perusahaan farmasi multinasional berbasis riset beroperasi di Indonesia ini, mendukung pemerintah dalam meningkatkan sistem kesehatan dan menghapuskan ketidaksetaraan dalam sektor kesehatan. IPMG mendukung penuh upaya pemerintah untuk menerapkan sistem layanan kesehatan yang membawa dampak positif bagi kesehatan warga negara Indonesia.

Beberapa kunci keberhasilan program JKN bergantung pada beberapa faktor diantaranya, pembiayaan, peran para stakeholder yang seimbang, kerjasama erat public dan sektor swasta. Agar tujuan dan pelaksanaan JKN efektif, selain upaya pencegahan, upaya pengobatan pasien juga menjadi prioritas. Kurangnya kemampuan obat-obatan yang digunakan, dapat berdampak pada lamanya proses penyembuhan yang akhirnya justru mengakibatkan beban biaya yang semakin tinggi.

Setiap pasien, menurut Luthfi, memiliki hak yang sama untuk sehat, mengakses obat-obatan yang efektif, berkualitas tinggi dan berkhasiat. Hal ini menjadi tanggungjawab penyedia layanan kesehatan sekaligus menghormati hak para pasien dan mengenali kebutuhan pasien yang berbeda-beda. Oleh karena itu, program JKN harus memastikan pasien memiliki akses pengobatan yang sesuai dengan kebutuhannya.

Obat Generik Murah Tapi Bukan "Murahan"

Obat generik sering diidentikan sebagai obat murah bagi masyarakat kurang mampu. Meskipun murah obat generik bukan berarti "murahan" atau sembarangan obat. Namun, di masyarakat masih ada pemahaman yang keliru soal kualitas obat generik dibandingkan dengan obat paten. Padahal khasiat obat generik sejajar dengan obat paten yang harganya selangit.

Perlu diketahui, komponen utama obat atau zat aktif pada obat generik sebetulnya sama saja seperti yang ada pada obat paten, sehingga kemampuannya untuk menyembuhkan penyakit tetap sama. Obat generik adalah obat yang sudah habis masa hak patennya, sehingga bisa diproduksi oleh perusahaan mana pun. Sedangkan obat paten adalah obat yang masih mempunyai hak paten, sehingga industri yang akan memproduksinya harus meminta izin khusus.

Meski demikian dalam memproduksi obat generik, seperti dijelaskan oleh Median Hengky, Site Head dari pabrik obat Hexpharm Jaya Kalbe Company, perusahaannya mengikuti peraturan pemerintah dengan menerapkan cara pembuatan obat yang baik (CPOB), sama halnya dengan proses produksi obat paten. Sehingga soal mutu, obat generik dan obat paten punya kualitas yang sama. "Tentunya obat generik dibuat sesuai standar yang telah ditetapkan karena diawasi secara ketat oleh pemerintah," kata Hengky.

Obat generik sendiri ada dua jenis, yaitu obat generik bermerek dan obat generik berlogo. Dalam obat generik bermerek, kandungan zat aktifnya diberi nama sesuai keinginan pabrik obat tersebut. Sementara obat generik berlogo dipasarkan dengan merek kandungan zat aktifnya.



PELANGGAN

Setiap Bulan Bayar Iuran, Sakit Tak Lagi Repot

Hadirnya jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan mulai dirasakan oleh masyarakat khususnya peserta BPJS Kesehatan yang pernah mengalami sakit baik dalam perawatan jalan maupun dirawat inap. Dengan iuran yang terjangkau setiap bulan, sakit berbiaya besar pun dijamin oleh BPJS Kesehatan, tanpa dipungut biaya lagi.

Manfaat yang sangat besar itu juga dirasakan oleh peserta BPJS Kesehatan, Dr. Henry S. Tjandra (66). Dia menjalani operasi tulang belakang di RSPAD Gatot Soebroto, Jakarta Pusat pada 16 September 2014. Dia bersyukur seluruh biaya dibayar oleh BPJS Kesehatan.

"Tidak ada biaya apa-apa semua ditanggung oleh BPJS Kesehatan, dan saya mengucapkan terima kasih kepada

Kesehatan, padahal sudah setahun ini bekerja. Suaminya di perusahaan swasta dan istrinya bekerja (kontrak) di instansi pemerintah.

Surya melihat pengalaman temannya yang sudah menjadi peserta BPJS yang sudah mendapatkan manfaat pemeriksaan kehamilan di fasilitas tingkat pertama dan mendapatkan vitamin. "Saya sudah mendaftar secara online, tetapi harus punya nomer NPWP (nomor pokok wajib pajak), lalu saya mengurus NPWP dulu," ujarnya. Harapannya, dia ingin melahirkan, biayanya sudah ditanggung oleh BPJS Kesehatan, namun informasi yang diperoleh dari petugas BPJS Kesehatan adalah jika melahirkan normal maka ditangani di fasilitas kesehatan tingkat pertama, bisa di Puskesmas maupun bidan yang sudah masuk dalam jejaring BPJS Kesehatan.

Persalinan normal diutamakan dilakukan di fasilitas kesehatan tingkat pertama. Penjaminan persalinan normal di fasilitas kesehatan tingkat lanjutan hanya dapat dilakukan dalam kondisi darurat. Yang dimaksud kondisi darurat adalah perdarahan, kejang pada kehamilan, ketuban pecah dini, gawat janin, serta kondisi lainnya yang mengancam keselamatan jiwa ibu dan bayinya.

Peserta BPJS Kesehatan juga perlu memahami peraturan yang berlaku. Pada kasus persalinan normal pervaginam dengan berat badan lahir bayi normal atau sehat atau tidak ada masalah medis, maka untuk pelayanan perawatan bayinya sudah termasuk ke dalam paket persalinan ibu, sehingga tidak perlu dibuatkan Surat Eligibilitas Peserta (ESP) tersendiri.

SEP adalah bukti validasi atau keabsahan peserta yang



BPJS Kesehatan juga para personil rumah sakit yang telah membantu saya dalam proses penyembuhan. Harapan saya, apa yang saya rasakan ini juga memberi manfaat bagi masyarakat," ujarnya dalam surat yang dialamatkan kepada Direktur Utama BPJS Kesehatan.

Sejumlah pasien lainnya, yang menderita penyakit berat seperti jantung juga menerima manfaat yang sangat berarti karena untuk memasang satu ring jantung memerlukan puluhan juta rupiah, begitu juga penderita gagal ginjal yang harus menjalani cuci darah atau hemodialisa dua kali setiap minggunya sangat terbantu oleh BPJS Kesehatan.

Direktur Pelayanan Fajriadinur mengatakan, tidak ada biaya yang harus dibayar oleh peserta, selama peserta mengikuti seluruh prosedur yang ditetapkan dan pelayanan dilakukan sesuai dengan indikasi medis, BPJS Kesehatan akan menjamin seluruh biaya pelayanan kesehatan tersebut.

Jika peserta BPJS Kesehatan menginginkan pelayanan di luar yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan, masih bisa membeli polis asuransi kesehatan swasta. Disarankan agar memilih asuransi yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan karena disitu ada koordinasi manfaat dengan asuransi tambahan yang dimiliki peserta. Peraturan lebih lanjut mengenai koordinasi manfaat diatur melalui Peraturan Menteri Kesehatan.

Pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan di rumah sakit, tidak perlu lagi mengeluarkan tambahan biaya jika ketentuan yang berlaku di penuhi. Jika terjadi ketidaknyamanan atau keraguan atas pelayanan di rumah sakit, pasien sebaiknya mendatangi BPJS Kesehatan Center yang ada di rumah sakit tersebut.

Ada lagi cerita dari pasangan muda Surya dan Citra tengah hamil, usia kandungannya sudah masuk tujuh bulan dan rutin memeriksakan diri ke dokter spesialis kandungan. Pasangan muda ini belum menjadi peserta BPJS

"Saya inginnya melahirkan di rumah sakit yang ditangani langsung oleh dokter, karena ini anak pertama dan memang saya khawatir terhadap kondisi istri saya. Tetapi ya, terpaksa harus bayar sendiri, karena yang dibayar oleh BPJS Kesehatan jika melahirkan di rumah sakit hanya yang operasi atau ada kelainan medis lainnya," kata Surya.

Pelayanan yang dijamin meliputi: pelayanan pemeriksaan kehamilan (antenatal care / ANC) untuk menjaga kesehatan dan keselamatan ibu dan bayi, persalinan, pemeriksaan bayi baru lahir, pemeriksaan pasca persalinan (postnatal care / PNC) terutama selama nifas awal selama 7 hari setelah melahirkan, dan pelayanan KB.



Pelayanan ANC dan PNC dapat dilakukan di fasilitas kesehatan pertama seperti Puskesmas, klinik, atau dokter keluarga. Pemeriksaan ini dilakukan di tempat yang sama, kecuali dalam keadaan darurat. Tujuannya agar ada keteraturan pencatatan pantograf, monitoring perkembangan kehamilan, dan memudahkan administrasi klaim kepada BPJS Kesehatan. Jadi, pemeriksaan ANC di tingkat lanjutan hanya dapat dilakukan jika terdapat indikasi medis yang mengharuskan pasien mendapat penanganan spesialis di fasilitas kesehatan lanjutan.

diterbitkan di fasilitas kesehatan, yang menyatakan bahwa seseorang adalah benar peserta BPJS Kesehatan dan berhak mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan tersebut.

Bagi peserta Pekerja Penerima Upah (PPU), pada persalinan anak pertama hingga ketiga, setelah kelahiran anaknya, orang tua harus segera melapor ke Kantor Cabang / Kantor Operasional Kabupaten (KLOK) BPJS Kesehatan untuk mengurus kartu peserta BPJS Kesehatan dengan membawa surat keterangan lahir atau surat akte kelahiran, agar bayi tersebut segera masuk dalam masterfile kepesertaan.

Bagi bayi yang belum mempunyai nama, menggunakan nama ibunya, misalnya Bayi Ny Citra. Nama ini hanya berlaku maksimal tiga bulan, jika akte kelahiran sudah terbit maka dilaporkan kembali ke BPJS Kesehatan untuk diubah menjadi nama bayi tersebut. Jika setelah 3 bulan kartu BPJS Kesehatan bayi belum diurus, maka penjaminan untuk bayinya akan dihentikan sementara sampai dilakukan pengurusan kartu.

Bayi peserta BPJS Kesehatan Pekerja Penerima Upah anak ke-4 dan seterusnya, Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (diluar Penerima Pensiun PNS, Perintis Kemerdekaan, dan Veteran), untuk semua persalinan dengan kondisi bayi mempunyai masalah medis, maka orang tua bayi diminta segera mendaftarkan bayi tersebut sebagai peserta BPJS Kesehatan, termasuk pembayaran iuran, dan selanjutnya melapor ke petugas BPJS Kesehatan Center untuk diterbitkan SEP-nya.

Proses tersebut harus dilakukan dalam waktu maksimal 7 (tujuh) hari kalender sejak kelahirannya, atau sebelum pulang jika bayi dirawat kurang dari 7 hari. Jika pengurusan kepesertaan dan penerbitan SEP dilakukan pada hari ke-8 dan seterusnya atau setelah pulang, maka biaya pelayanan kesehatan bayi tidak dijamin BPJS Kesehatan.





Hemodialisa Menguras Harta, Untung Ada BPJS Kesehatan



Meskipun dalam mengurus administrasi agak “ribet”, namun keberadaan BPJS Kesehatan sangat membantu kesehatannya, dalam menjalani hidup. Jika tidak, penderita gagal ginjal dan harus menjalani cuci darah seminggu dua kali, kemungkinan merasa berat membiayainya. Perempuan kelahiran tahun 1968 ini sudah sejak tujuh tahun lalu divonis dokter menderita gagal ginjal. Dirinya juga heran karena sebelumnya, memang sering mengeluh sakit perut dan senantiasa merasa capek setelah beraktivitas apa pun.

Sebagai pegawai biasa, Fitriana, warga Blok B Perumahan Pondok Hijau Permai, Bekasi Timur, agak kebingungan menghadapi penyakitnya karena harus mengeluarkan biaya cukup tinggi. Saat itu, sekali melakukan cuci darah atau hemodialisa (HD), dikenai pungutan sekitar Rp700.000, belum termasuk penebusan obat atau transfusi darah. Sebulan harus mengeluarkan uang sekitar Rp5 juta lebih, hanya untuk biaya kesehatannya.

Setelah dua tahun, semua harta berharganya habis untuk membiayai penyakit ini dan akhirnya, bisa memperoleh Jamkesda (Jaminan Kesehatan Daerah). Peserta Jamkesda, yang hanya menggunakan SKTM (surat keterangan tidak mampu) saat itu, juga masih memberatkan karena dikenai biaya 50 persen oleh RSUD Bekasi.

Beberapa bulan kemudian, bisa berupaya mendapatkan Jamkesmas. Sejak itulah, perempuan yang memiliki tiga putra ini, merasa agak ringan karena pihak RSUD tidak lagi, memungut biaya kecuali, jika ada obat yang harus ditebus dan di apotek rumah sakit tidak tersedia. Jika kondisi “ngedrop”, pihak rumah sakit langsung memberikan transfusi darah di lokasi HD.

Setelah berubah menjadi BPJS Kesehatan, pelayanan dan fasilitas di RSUD Kota Bekasi, memang tidak berubah. Misalnya, setiap pasien harus mengurus surat keterangan mulai tingkat RT hingga mendapatkan rujukan dari Puskesmas yang dirujuk ke RSUD Bekasi.

Sesampai di rumah sakit, Fitri, harus mendaftar terlebih dahulu ke loket BPJS Kesehatan. Hal ini dilakukan setiap hendak HD. Sehingga tiga jam sebelum HD, dia harus berada di rumah sakit untuk mengurus administrasinya. Padahal, saat menggunakan Jamkesmas, dia hanya memfotokopi berkas rujukan dari Puskesmas dan pengantar dari RT/RW, dan Dinas Sosial Kota Bekasi.

Yang paling merepotkan adalah saat transfusi darah. Jika era Jamkesmas, transfusi dilakukan di lokasi HD tetapi setelah BPJS Kesehatan, pihak rumah sakit mewajibkan pasien harus dirawat inap lebih dahulu baru bisa diberikan transfusi. "Dokter meminta transfusi karena kondisi lemah tapi kalau harus rawat inap, tentu akan menambah kondisi saya semakin lemah," ujarnya.



● Fitriana



Saat mengajukan rawat inap pun, belum tentu diluluskan karena adanya keterbatasan ruangan di kelas tiga. "Kita sih maunya, transfusi darah sekaligus dengan proses HD, nggak perlu raat inap," tuturnya.

Perempuan yang kesehariannya sebagai guru swasta ini, tampak pasrah walau harus sering izin tidak masuk. Misalnya, setelah cuci darah, kondisi tubuhnya lemas dan harus istirahat. Sehari kemudian, memang tampak segar tetapi jika beraktivitas agak banyak kondisi tubuh lemas kembali, terus hari berikutnya, sudah masuk jadwal cuci darah lagi. "Saya nikmati aja, walau setiap hari lemas dan cuci darah sebagai kegiatan utamanya," tambahnya.

Dampaknya, tentu banyak sekali. Menurutnya, untuk membuat sambal saja, tangannya tidak bisa beraktivitas secara penuh. Apalagi, jika harus mencuci pakaian, terutama yang agak berat. "Yya, harus bertahan dan bertahan demi hidup walau kadang harus mengeluarkan biaya tambahan. Misalnya, untuk ngurus surat harus naik ojek karena Puskesmasnya jauh, begitu uga ke tempat lain, dan ada lainnya," jelasnya, tanpa mau merinci.



Ubah Gaya Hidup Agar Terhindar Kanker Payudara

Di Indonesia, dalam satu tahun, tercatat ada sekitar 100.000 kasus baru kanker payudara yang menimpa masyarakat. Sehingga, di wilayah persada ini, penyakit kanker payudara merupakan penyebab kematian paling tinggi terhadap perempuan selain kanker mulut rahim. Makanya, kaum perempuan diminta untuk lebih waspada terhadap penyakit menakutkan ini, lebih pintar dalam menjaga diri agar terhindar dari kanker payudara.

Melihat data itu, dr Nafsiah Mboi, Sp.A, MPH, mantan Menteri Kesehatan RI, mengaku prihatin dan sedih. Namun Nafsiah, sangat yakin, jika kalangan perempuan Indonesia, pandai menjaga diri, pasti akan terhindar penyakit ini. Pada sisi lain, berolah raga dan berdoa merupakan obat mujarab. Menurutnya kanker payudara dapat dicegah dan dideteksi sedini mungkin sebelum menjadi kanker ganas yang mematikan. Ada juga kisah nyata yang tiba-tiba penderita sembuh total karena kuasa Tuhan.

Misalnya, saat berusia 35 tahun, seorang perempuan asal Inggris, Nicola Reeves, melahirkan putrinya. Ibu ini pun segera memberikan air susu ibu (ASI) pada putrinya Eleanor.

Setelah beberapa kali memberikan ASI pada putrinya ia agak kebingungan karena mendapati adanya benjolan pada payudaranya. Saat itu ia pikir ada sumbatan di jaringan payudaranya. Reeves pun pergi ke dokter untuk mengeceknya. Ternyata, benjolan tersebut adalah kanker payudara yang ganas.

Ia pun menjalani mastektomi atau pengangkatan payudara dan menjalani enam kali kemoterapi. Untungnya, 16 bulan kemudian ia kembali sehat tanpa ada bibit kanker dalam tubuhnya. "Menyusui Eleanor telah membantu menyelamatkan hidup saya. Saya jadi sasar perubahan pada payudara karena menyusui. Hal ini memungkinkan saya untuk mendeteksi adanya kanker payudara lebih dini," jelasnya.

Kasus serupa menimpa seorang anggota Cancer Information and Support Centre, Jakarta, Wielly Wahyudin, 38. Bahkan, pria ini, sempat tak percaya saat mendapati dirinya mengidap kanker payudara stadium tiga satu tahun lalu. Segala usaha dilakukan demi terbebas dari kanker yang menyebabkan kematian ini. Salah satunya dengan menjalani kemoterapi yang menyakitkan.

"kata dokter, kanker telah menyebar hingga ke kelenjar getah bening sehingga payudara kanan saya harus diangkat atau mastektomi. Dilanjutkan dengan kemoterapi delapan kali, radiasi 25 kali dan 17 kali terapi hormon," ujar Wielly, pekan lalu.

Kemoterapi merupakan proses yang sangat berat karena menyebabkan kondisi fisiknya sakit. "Pada awal-awal

kemo saya sempat down karena efek kemo sangat tidak menyenangkan. Bibir pecah-pecah, tenggorokan sakit sehingga tak bisa makan, mual hingga rambut botak itu semua saya alami," keluhnya.

Desember tahun lalu, ia berupaya harus bangkit dan semangat jalani upaya penyembuhan yang dilakukan oleh dokter onkologi dari RS Gading Pluit Kelapa Gading, Prof Dr Abdul Muthalib.

Dia, mulai mengubah mindset, bahwa kemo yang menyakitkan itu bukan obat tapi minuman jus. "Setelah mengubah mindset bahwa kemo itu jus, otak mengirim sinyal ke tubuh bahwa saya tidak sakit. Akhirnya kemo yang sakit menjadi lebih ringan," tuturnya.

Pada 24 September 2014 setelah menjalani Pet CT Scan tak ada sel kanker yang menyebar di tubuh Wielly. Dokter pun menyatakan ia terbebas dari kanker. "Kini, saya jadi sering berbagi semangat kepada para warriors (orang yang masih berjuang) kanker payudara agar bisa terus lakukan pengobatan dan semangat jalani hidup," ujarnya.

Nafsiah Mboi pun, berulang-ulang agar kaumnya, mengubah gaya hidup menjadi lebih sehat. Pihaknya pun, dalam sebuah pertemuan mengutip pernyataan Presiden dan pendiri Ralph Lauren Center for Cancer and Prevention di New York, Harold Freeman, MD. Pakar kesehatan ini menyarankan agar kaum perempuan melakukan enam langkah agar terhindar dari penyakit kanker payudara.



Pertama, mengecek payudara rutin. Nafsiah menjelaskan bahwa sejak usia 20 tahun, perempuan wajib memeriksa payudara sendiri (SADARI) untuk mencegah ada tidaknya benjolan pada payudara.

Kedua, kaum perempuan, diajak mencari tahu sejarah keluarga. Karena sekitar 15 persen kasus kanker payudara disebabkan karena diturunkan oleh keluarga. Jika tahu ada bakat lakukan gaya hidup sehat dan pengecekan payudara rutin.

Ketiga, memperbanyak makan sayur. Mengonsumsi sayuran hijau ke piring seperti brokoli dan kale dapat mencegah sel-sel kanker berkembang. **Keempat**, menjaga berat badan ideal. Berat badan yang berlebihan meningkatkan risiko terkena penyakit kanker payudara.

Kelima, rutin berolahraga. Meski sibuk, sempatkan berolahraga 45 sampai 60 menit setiap kalinya lima kali dalam seminggu. Latihan kebugaran secara teratur dapat membantu mencegah penyakit dengan meningkatkan fungsi kekebalan tubuh, menangkalkan obesitas, dan menurunkan kadar estrogen dan insulin.

Keenam, membatasi konsumsi alkohol. Penelitian menunjukkan bahwa minum dua gelas alkohol per hari bisa meningkatkan kanker payudara 21 persen. Daripada minum anggur, lebih baik makan buah anggur. Kandungan resveratrol yang ditemukan dalam kulit anggur, bisa membantu mengurangi kadar estrogen sehingga mengurangi risiko kanker payudara. Selain itu, juga mulai lakukan USG tiga tahun sekali untuk mengetahui secara pasti ada tidaknya potensi kanker. Setelah di atas 40 tahun baru boleh lakukan pemeriksaan dengan mamogram.





Q & A Question and Answer

Dimanakah pelayanan kesehatan tingkat lanjutan diberikan?

Pelayanan rawat jalan dan rawat inap tingkat lanjutan dapat dilakukan di:

- Klinik utama atau yang setara;
- Rumah Sakit Umum; dan
- Rumah Sakit Khusus.

Baik milik pemerintah maupun swasta yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan

Apa saja cakupan pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan?

- administrasi pelayanan; meliputi biaya administrasi pendaftaran peserta untuk berobat, penerbitan surat eligibilitas peserta, termasuk pembuatan kartu pasien.
- pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialis oleh dokter spesialis dan sub spesialis;
- tindakan medis spesialisik sesuai dengan indikasi medis;
- pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
- pelayanan alat kesehatan;
- pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
- rehabilitasi medis;
- pelayanan darah;
- pelayanan kedokteran forensik klinik meliputi pembuatan visum et repertum atau surat keterangan medik berdasarkan pemeriksaan forensik orang hidup dan pemeriksaan psikiatri forensik; dan
- pelayanan jenazah terbatas hanya bagi peserta meninggal dunia pasca rawat inap di Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS tempat pasien dirawat berupa pemulasaran jenazah dan tidak termasuk peti mati
- perawatan inap non intensif, dan
- perawatan inap di ruang intensif

Bagaimana peserta JKN memperoleh hak kelas rawat inap di RS ?

ruang perawatan kelas III bagi:

- Peserta PBI Jaminan Kesehatan serta penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah; dan
- Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III.

ruang perawatan kelas II bagi:

- Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;
- Anggota TNI dan penerima pensiun Anggota TNI yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;
- Anggota Polri dan penerima pensiun Anggota Polri yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;
- Peserta Pekerja Penerima Upah dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri dengan gaji atau upah sampai dengan 1,5 (satu koma lima) kali penghasilan tidak kena pajak dengan status kawin dengan 1 (satu) anak, beserta anggota keluarganya; dan
- Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II.

ruang perawatan kelas I bagi:

- Pejabat Negara dan anggota keluarganya;
- Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun pegawai negeri sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;
- Anggota TNI dan penerima pensiun Anggota TNI yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;
- Anggota Polri dan penerima pensiun Anggota Polri yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;
- Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarganya;
- Janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan;
- Peserta Pekerja Penerima Upah dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri dengan gaji atau upah di atas 1,5 (satu koma lima) sampai dengan 2 (dua) kali penghasilan tidak kena pajak dengan status kawin dengan 1 (satu) anak, beserta anggota keluarganya; dan
- Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas I.

Bagaimana prosedur rawat jalan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan?

Prosedur Rawat Jalan :

- Peserta melakukan pendaftaran ke RS dengan membawa identitas BPJS Kesehatan serta surat rujukan.
 - Petugas RS melakukan pengecekan keabsahan kartu dan surat rujukan serta menerbitkan Surat Eligibilitas Peserta (SEP).
 - Petugas BPJS kesehatan melakukan legalisasi SEP
 - Selanjutnya peserta mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan indikasi medisnya.
 - Peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan.
 - Atas indikasi medis peserta dapat dirujuk ke poli lain selain yang tercantum dalam surat rujukan dengan surat rujukan/konsul intern.
 - Atas indikasi medis peserta dapat dirujuk ke Fasilitas kesehatan lanjutan lain dengan surat rujukan/konsul ekstern.
 - Apabila pasien masih memerlukan pelayanan di Faskes tingkat lanjutan karena kondisi belum stabil sehingga belum dapat untuk dirujuk balik ke Faskes tingkat pertama, maka Dokter Spesialis/ Sub Spesialis membuat surat keterangan yang menyatakan bahwa pasien masih dalam perawatan.
 - Apabila pasien sudah dalam kondisi stabil sehingga dapat dirujuk balik ke Faskes tingkat pertama, maka Dokter Spesialis/ Sub Spesialis akan memberikan surat keterangan rujuk balik.
 - Apabila Dokter Spesialis/Sub Spesialis tidak memberikan surat keterangan yang dimaksud pada huruf h dan i maka untuk kunjungan berikutnya pasien harus membawa surat rujukan yang baru dari Faskes tingkat pertama.
- Bagaimana prosedur rawat inap di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan? Prosedur Rawat Inap :
- Peserta melakukan pendaftaran ke RS dengan membawa identitas BPJS Kesehatan serta surat perintah rawat inap dari poli atau unit gawat darurat
 - Peserta harus melengkapi persyaratan administrasi sebelum pasien pulang maksimal 3 x 24 jam hari kerja sejak masuk Rumah Sakit.
 - Petugas RS melakukan pengecekan keabsahan kartu dan surat rujukan serta menerbitkan Surat Eligibilitas Peserta (SEP).
 - Petugas BPJS kesehatan melakukan legalisasi SEP
 - Selanjutnya peserta mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan indikasi medisnya.
 - Setelah mendapatkan pelayanan peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan.

Kilas & Peristiwa

Malam Penganugrahan Jambore Nasional Pelayanan Primer

Jakarta : BPJS Kesehatan menggelar kegiatan Jambore Nasional Pelayanan Primer. Kegiatan ini didahului dengan kegiatan Jambore Pelayanan Primer Tingkat Divisi Regional. Pada kegiatan ini dipilih 3 (tiga) FKTP terbaik untuk setiap jenis kategori Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Puskesmas, Klinik Pratama, Dokter Praktik Perorangan, Klinik TNI dan Klinik Polri) dan seluruh FKTP yang bermitra dengan BPJS Kesehatan di Indonesia dan untuk selanjutnya FKTP terbaik pertama tingkat divisi regional melanjutkan penilaian ke tingkat nasional.

FKTP terbaik yang telah terpilih dari setiap divisi regional berkumpul untuk melakukan kegiatan antara lain sharing session program unggulan serta inovasi pelayanan oleh masing-masing faskes terbaik, menyusun Rencana Aksi Pelayanan Primer (RAPP), serta di penghujung acara terpilih 15 nominasi FKTP terbaik nasional dari setiap jenis kategori FKTP yang akan dinilai lebih lanjut melalui site visit oleh Tim Juri Nasional untuk diumumkan pada ajang Jambore Nasional Pelayanan Primer yang akan diadakan pada awal Oktober 2014.

Tujuan dilakukannya kegiatan sharing session program unggulan atau inovasi pelayanan serta penyusunan RAPP oleh masing-masing faskes adalah upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang akan memengaruhi kepuasan peserta dan peningkatan status kesehatan masyarakat.

Peserta Jambore Nasional Pelayanan Primer melakukan Rencana Aksi Pelayanan Primer yang merupakan rencana kegiatan yang akan dilaksanakan oleh FKTP, sebagai upaya terjemahan optimalisasi empat fungsi utama pelayanan kesehatan primer (kontak pertama, kontinuitas, koordinasi, dan komprehensivitas) pasca kegiatan Jambore Nasional Pelayanan Primer yang hasilnya dapat diukur melalui indikator kinerja fasilitas kesehatan tingkat pertama (Quality indicator 9).

Penilaian FKTP terbaik dilakukan berdasarkan hasil penilaian dari Tim Juri Nasional yang terdiri atas perwakilan BPJS Kesehatan, Kementerian kesehatan, Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB), Organisasi Profesi (Ikatan Dokter Indonesia), Akademisi (FK UI dan FKM UI) serta korpri sebagai perwakilan dari peserta.



Parameter yang dijadikan penilaian mencakup kelengkapan sarana prasarana fasilitas kesehatan, komitmen pelayanan kepada peserta JKN termasuk penilaian indikator kinerja faskes, program unggulan dan inovasi, pengetahuan kebijakan dan program pelayanan primer JKN, serta hasil penilaian kunjungan yang akan dilakukan oleh Tim Juri Nasional.

“Harapan kami, kegiatan ini dapat meningkatkan kompetensi FKTP sekaligus memotivasi mereka untuk mengedepankan kualitas pelayanan bagi peserta BPJS Kesehatan. Selain itu, pemberian penghargaan kepada FKTP terbaik diharapkan dapat menjadikan FKTP tersebut sebagai role model bagi FKTP lainnya di Indonesia,” ujar Direktur Pelayanan BPJS Kesehatan, Fajriadinur.

Penganugrahan terhadap FKTP/Faskes Primer terbaik se-Indonesia (National Primary Care Award) ini diserahkan oleh Wakil Presiden Republik Indonesia Bapak Boediono, di Putri Duyung Resort, Jakarta pada 2 Oktober 2014. Adapun penghargaan di tingkat nasional ini akan diberikan kepada FKTP terbaik dari seluruh Divisi Regional, yang meliputi 5 (lima) FKTP terbaik dari setiap jenisnya, yaitu Puskesmas, Dokter Praktik Perorangan (Dokter Keluarga atau Dokter Gigi), Klinik Pratama, Klinik TNI, dan Klinik Polri; 1 (satu) FKTP Program Pengelolaan



Penyakit Kronis atau Prolanis terbaik, dan 1 (satu) FKTP Daerah Terpencil Kepulauan terbaik. Adapun pemenang akan diumumkan pada puncak acara.

Puskesmas Terbaik

1. Puskesmas Kotabumi II (KC Kotabumi)
2. Puskesmas Pangkajene (KC Pare-pare)
3. Puskesmas Ciawi (KC Palangkaraya)

Dokter Praktik Perorangan Terbaik

1. Dr. Jijin B. Irodadi (KC Bojonegoro)
2. Dr. Christina Maria Aden (KC Palangkaraya)
3. Dr. Harmaina (KC Bandar Lampung)

Klinik Pratama Terbaik

1. Griya Husada 2 (KC Surakarta)
2. Klinik Andri Medistra (KC Serang)
3. Klinik Sansani (KC Pekanbaru)

Klinik TNI Terbaik

1. Diskes Lantamal II (KC Padang)
2. Poli Rumkit Manud Manuhua (KC Biak Numfor)
3. Poskes 07.10.01 Manado (KC Manado)

Klinik Polri Terbaik

1. Polres Kab. Bekasi (KC Bekasi)
2. Brimobda Polda Bali (KC Denpasar)
3. Klinik Polres Asahan (KC Tanjung Balai)





BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Menjadi Anggota BPJS Kesehatan

Bayarlah iuran setiap bulan sebelum tanggal 10 agar terhindar dari denda dan penghentian pelayanan kesehatan

Pendaftaran Peserta hanya lewat Kantor Cabang dan Online
Pendaftaran Online jangan lewat CALO

Pembayaran iuran lancar dan tepat,
ciri keluarga sehat BPJS Kesehatan

**24
JAM**

PUSAT LAYANAN INFORMASI
BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

500400

www.bpjs-kesehatan.go.id

