



AstraZeneca



Forum Group Discussion (FGD) “Optimalisasi Pelayanan Penyakit Kejiwaan di Era JKN”

Jakarta, 23 April 2019



TATA LAKSANA DAN IMPLEMENTASI PELAYANAN SKIZOFRENIA & BIPOLAR PADA SKEMA JKN

dr. Bambang Eko Sunaryanto, SpKJ,
MARS

Asosiasi Rumah Sakit Jiwa & Ketergantungan Obat
Indonesia
(**ARSAWAKOI**)





Undang-undang no 18 th 2014 : Kesehatan Jiwa



FAKTA-FAKTA TENTANG MASALAH KESEHATAN JIWA DI INDONESIA

1 dari 4 orang
dewasa, akan
mengalami masalah
kehatan jiwa

Lebih dr 19 juta
penduduk usia > 15 th
terkena GANGGUAN
MENTAL
EMOSIONAL

730 Milyar dana BPJS
utk gangguan jiwa (th
2016)

Lebih dr 12 juta
penduduk usia > 15
th terkena DEPRESI

7 dari 1.000 Rumah Tangga
terdapat anggota keluarga
dengan Skizofrenia/Psikosis

Sumber data: Riskesdas 2018, SRS 2016,
BPJS. WHO

MASALAH KESEHATAN JIWA DI NEGARA BERKEMBANG

- Kondisi kemiskinan
- Transisi demografi
- Konflik2 dalam masyarakat
- bencana alam



Peningkatan prevalensi
gangguan jiwa

Gangguan jiwa menimbulkan
kesulitan, tdk hanya bagi
penderita, tetapi juga keluarga

50% dari negara berkembang tdk
mempunyai pelayanan kesehatan
jiwa berbasis masyarakat
(termasuk Indonesia)

> 65% ODGJ tidak mendapatkan
penanganan yang adekuat

DAMPAK GANGGUAN JIWA

6

Thd masyarakat

- ✓ Tingginya pembiayaan thd gangguan jiwa & hilangnya produktifitas
- ✓ Tingginya penyalagunaan zat
- ✓ Masalah perumahan → gelandangan
- ✓ Perilaku kekerasan (oleh & terhadap ODGJ)

Thd keluarga

- ✓ Rendahnya kualitas kerja krn hrs mengurus anggota keluarga yg mengalami gangguan jiwa → menurunnya pendapatan → kemiskinan
- ✓ Stres yg kronis krn merawat keluarga yg gangguan jiwa
- ✓ Berkurangnya sosialisasi, krn stigma & sibuk mengurus pasien

Thd Individu

- ✓ Menurunnya kualitas hidup
- ✓ Kesulitan dalam pendidikan
- ✓ Rendahnya produktifitas & kemiskinan
- ✓ Masalah sosial
- ✓ Rentan thd perlakuan salah (abuse)
- ✓ Masalah kesehatan fisik lainnya



MASALAH DALAM KESEHATAN JIWA

1

Tingginya kesenjangan pengobatan

2

Tingginya beban akibat ggn jiwa

3

Akses belum merata

4

Penanganan belum komprehensif & berkelanjutan

5

Hak2 ODGJ belum optimal diberikan

6

Stigma dan diskriminasi

7

Relaps

8

Kurangnya dukungan sosial

PERLU KOLABORASI SEMUA PIHAK



KUALITAS HIDUP ODGJ

PEMBIAYAAN PADA GANGGUAN JIWA BERAT (SKIZOFRENIA & GANGGUAN BIPOLAR)

PEMBEAYAAN

Direct cost

Pengobatan

Perawatan di RS

Pelayanan kesehatan lain

Indirect cost

Hilangnya produktifitas

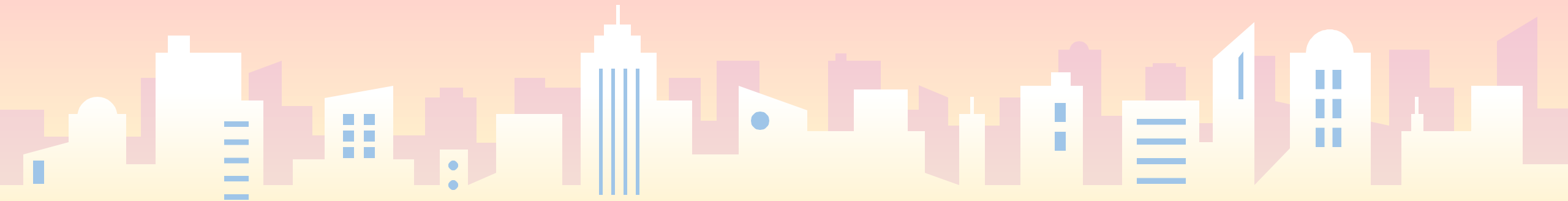
Skizofrenia :

- Penurunan fungsi kognitif
- Stigma
- Tdk mampu bekerja

Bipolar :

- Tdk mendapat kesempatan bekerja
- Membolos krn kondisi manik/depresi

SKIZOFRENIA



Adalah gangguan / penyakit otak yang bersifat kronis, berat, yang ditandai dengan distorsi pada proses pikir

gejala

Gejala positif

- Pikiran/ persepsi yg tdk biasa :
- Halusinasi
 - Waham
 - Gangguan pembicaraan

Gejala negatif

- Menarik diri
- Tdk punya inisiatif
- Ekspresi datar

Gejala kognitif

- Gangguan perhatian
- Gangguan fungsi eksekutif

Penanganan Pasien Skizofrenia

Di Rumah Sakit

FASE AKUT

- medikamentosa
- psikoterapi
- *living skills*

STABILISASI

- medikamentosa
- psikoterapi
- *living skills*
- *learning skills*

REHABILITASI PSIKOSOSIAL

- *living skills*
- *learning skills*
- *social skills*
- *working skills*

Di komunitas

REHABILITASI BERBASIS KOMUNITAS

Transitional volunteer work

sheltered workshop

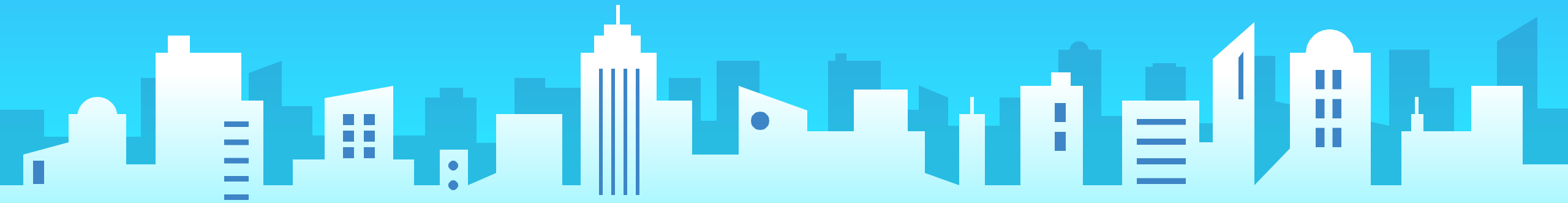
temporary try out work

special placement

KUALITAS HIDUP



GANGGUAN BIPOLAR



Ditandai oleh episode manik & depresif:

- risiko morbiditas & mortalitas
- prevalensi 1-4%, angka bunuh diri pd episode depresi 25-50%
- tujuan penatalaksanaan : stabilisasi mood

(Singh A, 2008, Gupta RD, 2002)

Pasien dalam kondisi akut (manik, depresi berat) tidak dapat ditatalaksana di layanan primer

Puskesmas : asesmen – diagnosis - rujuk

Penatalaksanaan di Rumah Sakit:

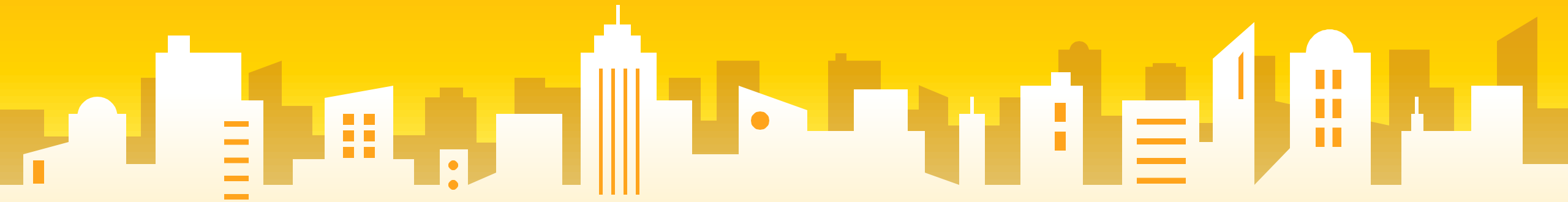
FASE AKUT :
Stabilisasi gejala
(Farmakoterapi)

FASE STABILISASI :
- Farmakoterapi
- Psikoterapi

Penanganan psikososial:

- Edukasi
- Latihan monitoring mood
- Social training
- Pencegahan relaps

PENANGANAN GANGGUAN JIWA BERAT DI RUMAH SAKIT DALAM PERSPEKTIF SISTEM PEMBIAYAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL



Sistem pembiayaan

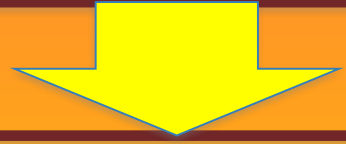
prospektif

Paket pembiayaan



YANG HARUS DILAKUKAN :

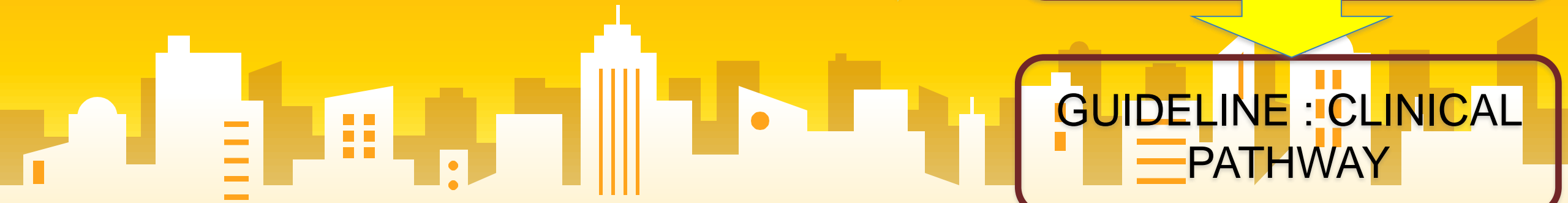
- EFEKTIFITAS
- PENATALAKSANAAN
- EFISIENSI HARI RAWAT (PENURUNAN AV LOS) TANPA MENURUNKAN KUALITAS
- MENGUTAMAKAN MUTU LAYANAN



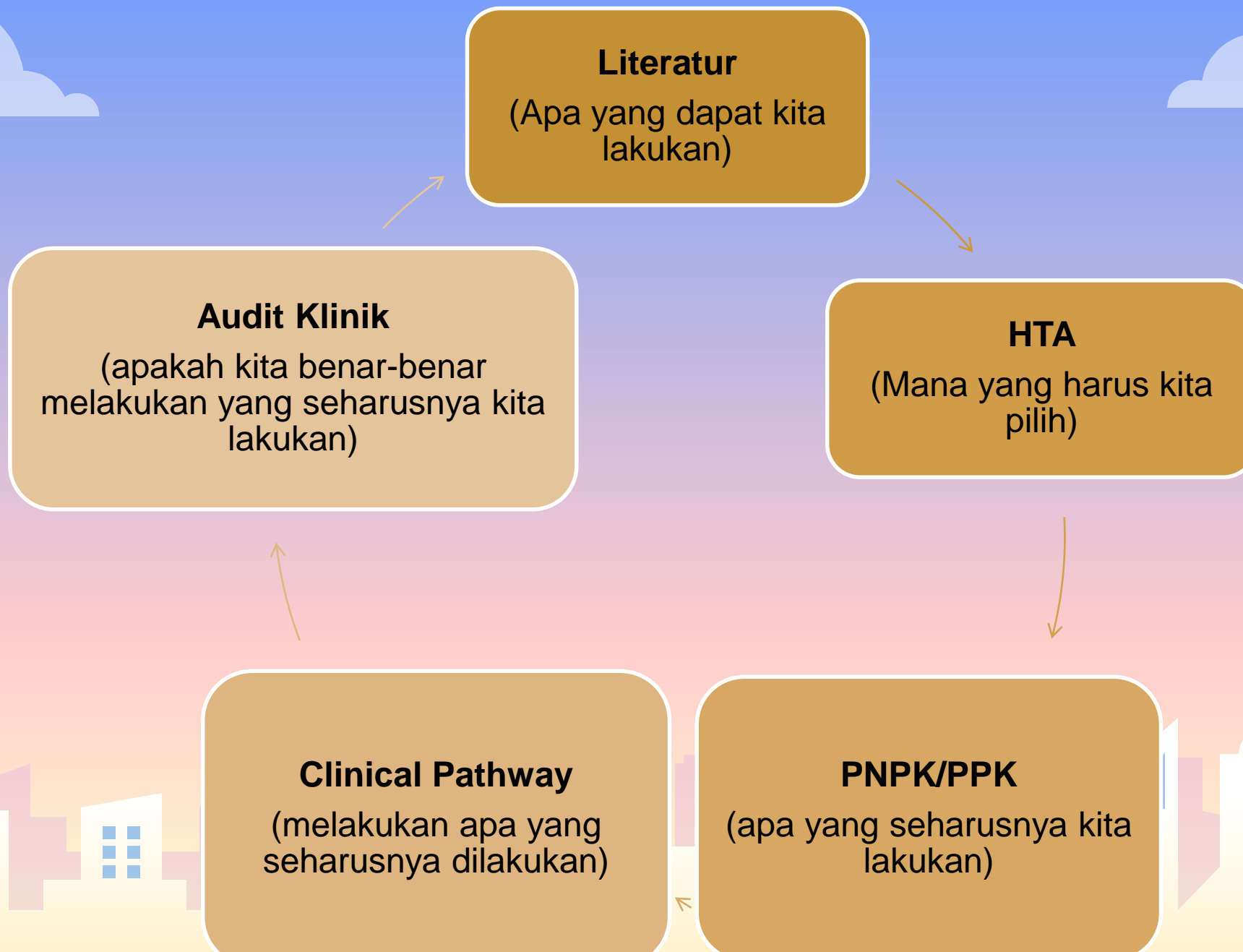
STANDAR LAYANAN :
PNPK - PPK



GUIDELINE : CLINICAL PATHWAY



Lingkaran mencapai layanan bermutu



JENJANG PANDUAN LAYANAN

Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran(PNPK)

Panduan Praktik Klinik(PPK)

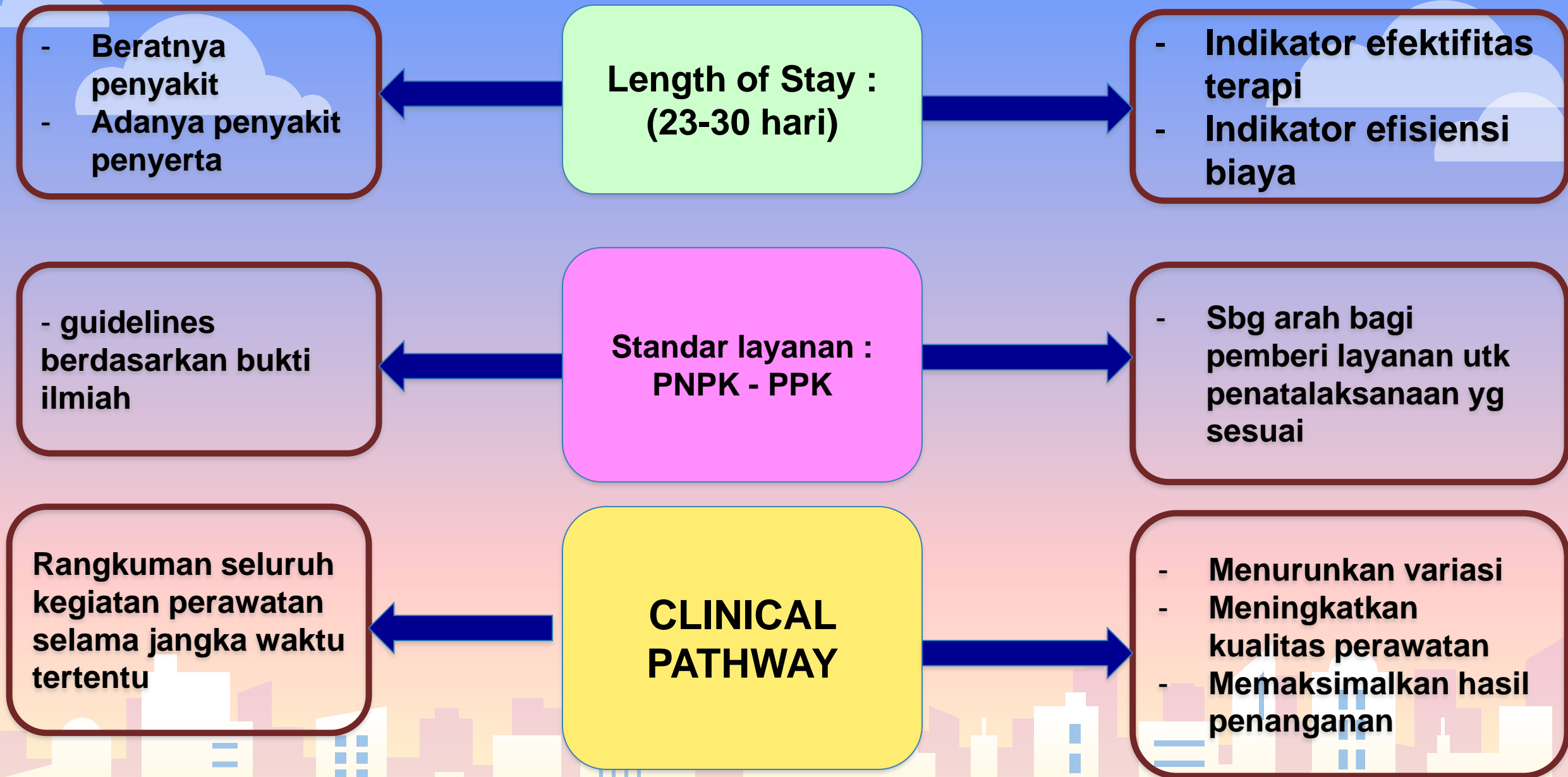
Alur Klinis/Clinical Pathway(CP)

Algoritma

Protokol/Panduan

Prosedur/SPO

Standing Order/Pengalihan Wewenang



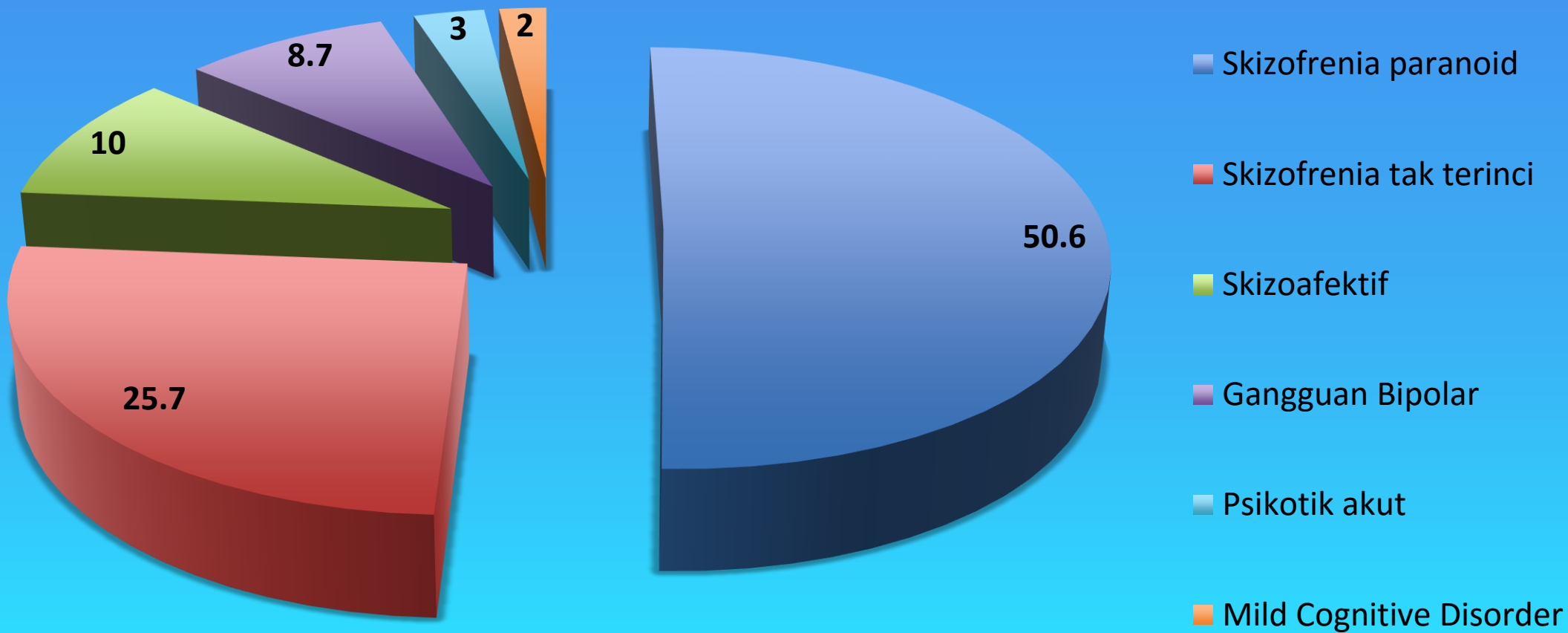
CLINICAL PATHWAY PADA SKIZOFRENIA

Pada review tentang clinical pathway yang dilakukan di Italia (Colombo GL, Valentino MC dkk) ditemukan bahwa penggunaan obat psikotropik bukan merupakan cost tertinggi pada penatalaksanaan pasien Skizofrenia.

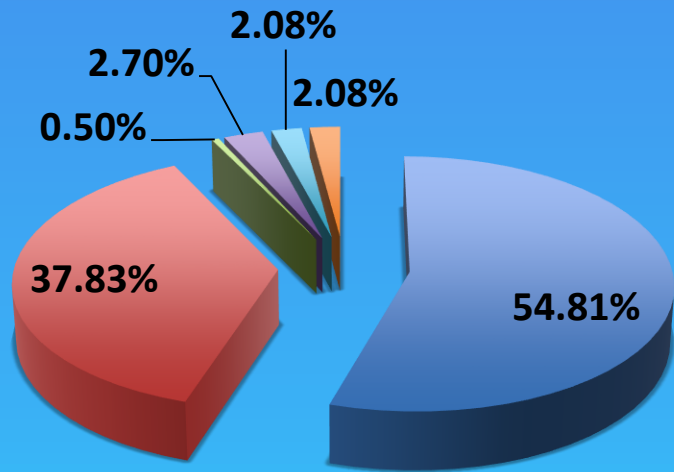
Cost tertinggi berhubungan dengan :

- Perawatan di RS yang berulang
- Biaya perawatan di perawatan di luar RS
- Hilangnya produktifitas
- Biaya tinggi utk caregiver

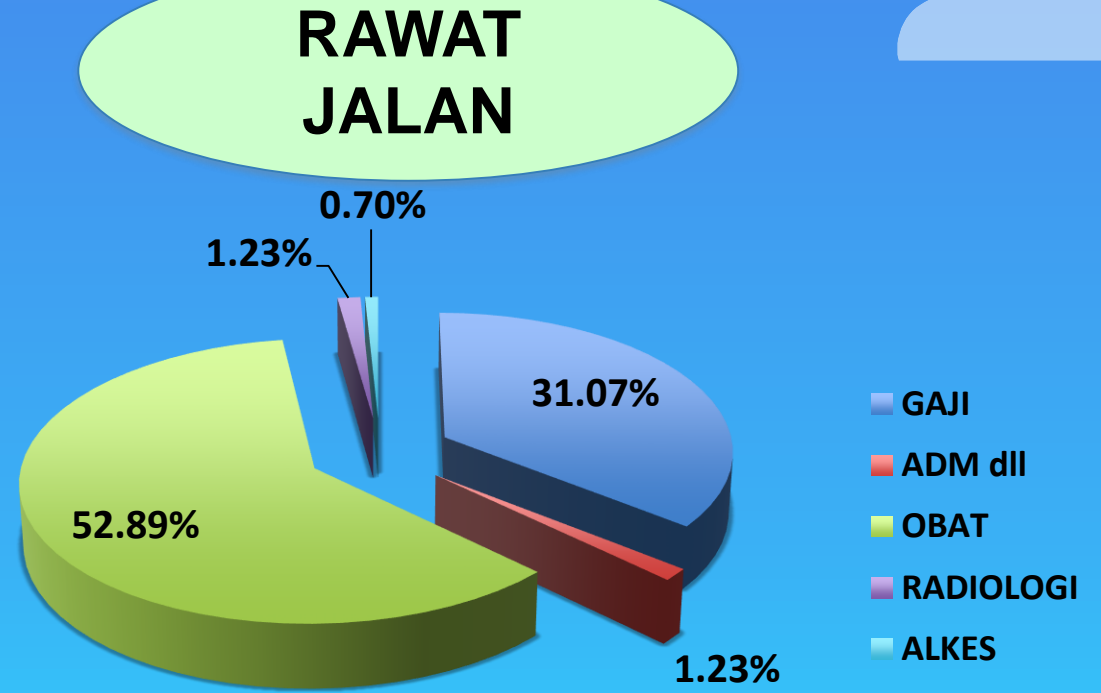
Data di RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi :
Data penyakit terbanyak rawat inap



Komposisi penggunaan sumberdaya pada pasien psikiatri (data RS dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor)



- GAJI dll
- ADM dll
- LAB
- OBAT
- RADIOLOGI
- ALKES



- GAJI
- ADM dll
- OBAT
- RADIOLOGI
- ALKES

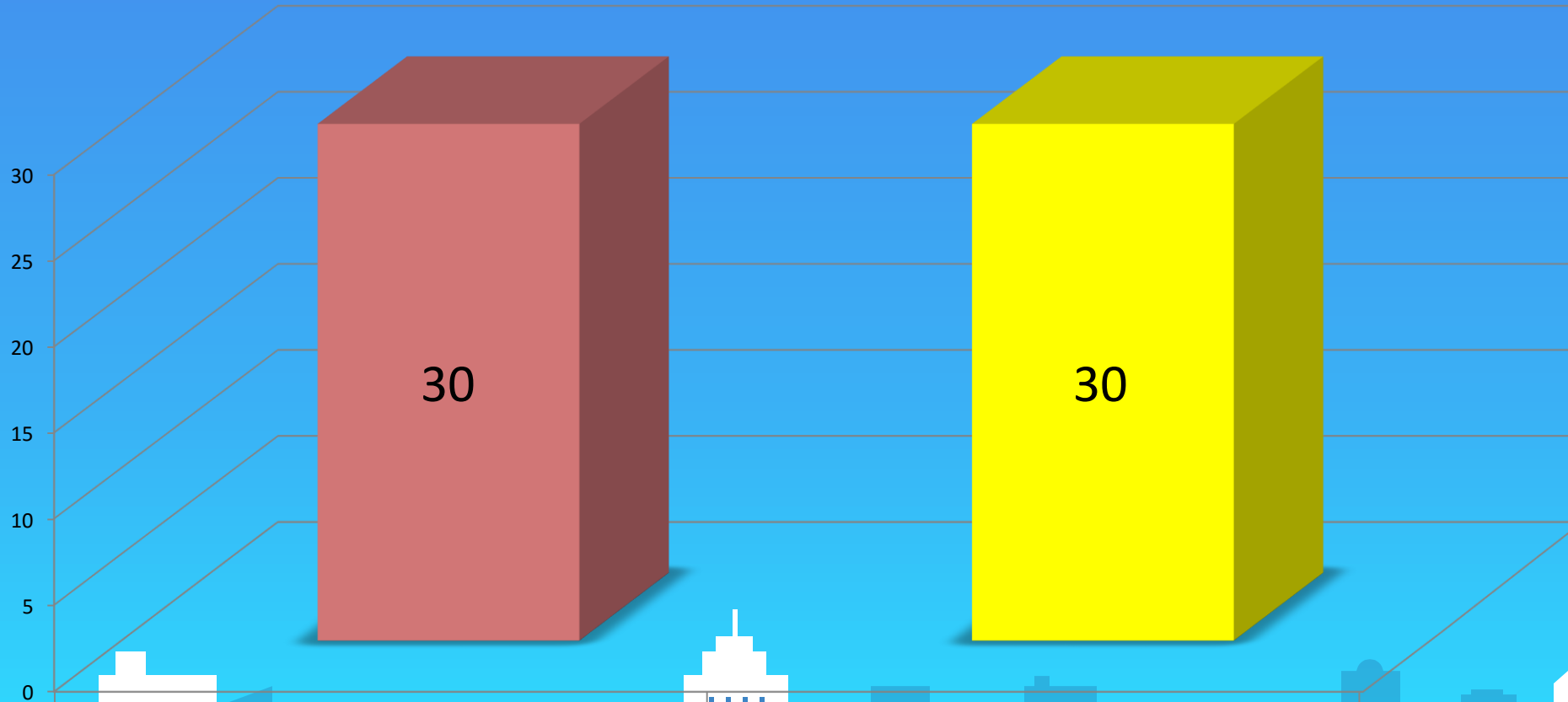
RAWAT INAP

RAWAT JALAN

PENGGUNAAN SUMBERDAYA TERBESAR RAWAT INAP ADALAH KOMPONEN SDM (**Gaji: 54,81%**),
SEDANGKAN RAWAT JALAN ADALAH **OBAT (52,89%)**

Rata-rata hari rawat

(data di RS dr H Marzoeqi Mahdi th 2017)

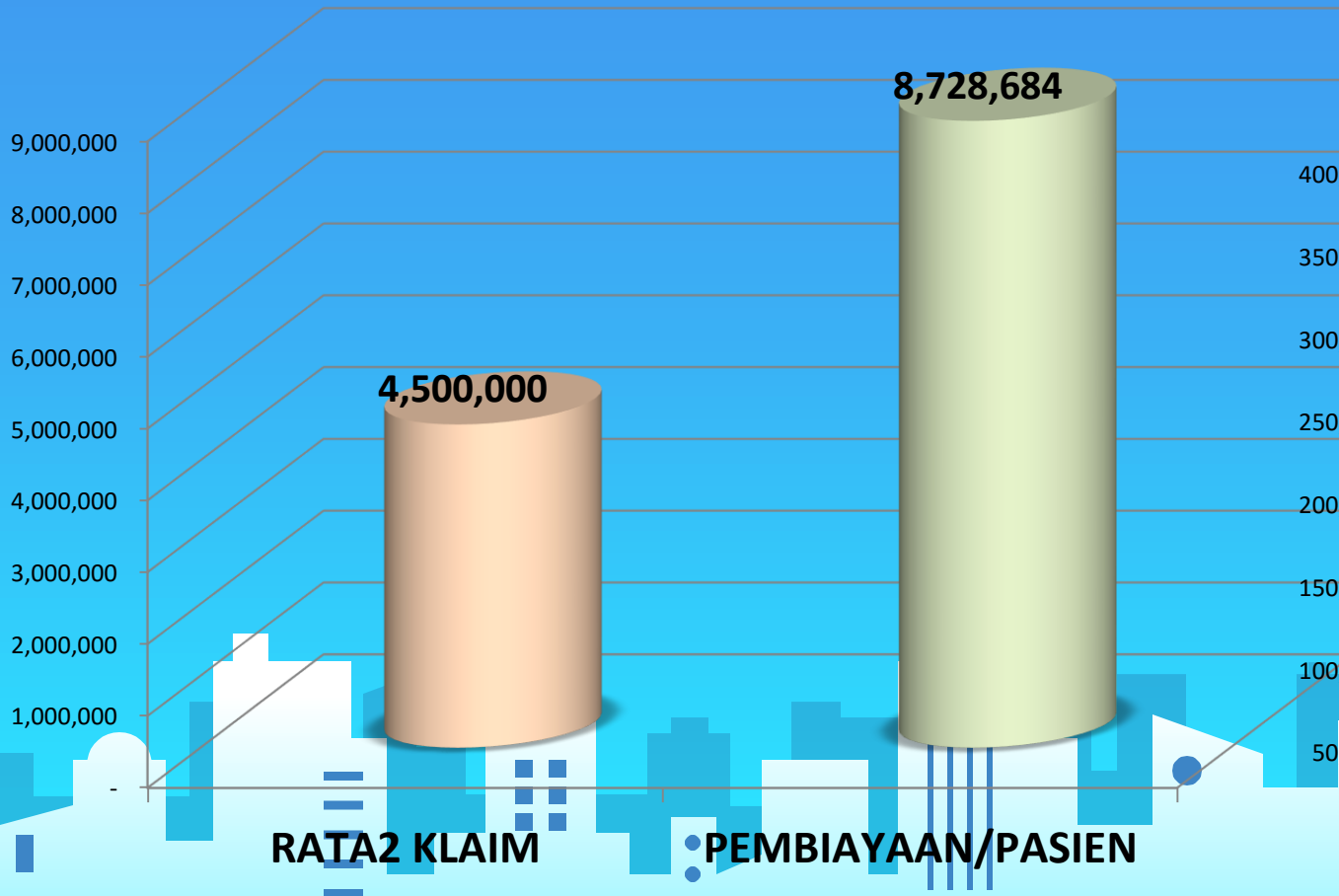


SKIZOFRENIA

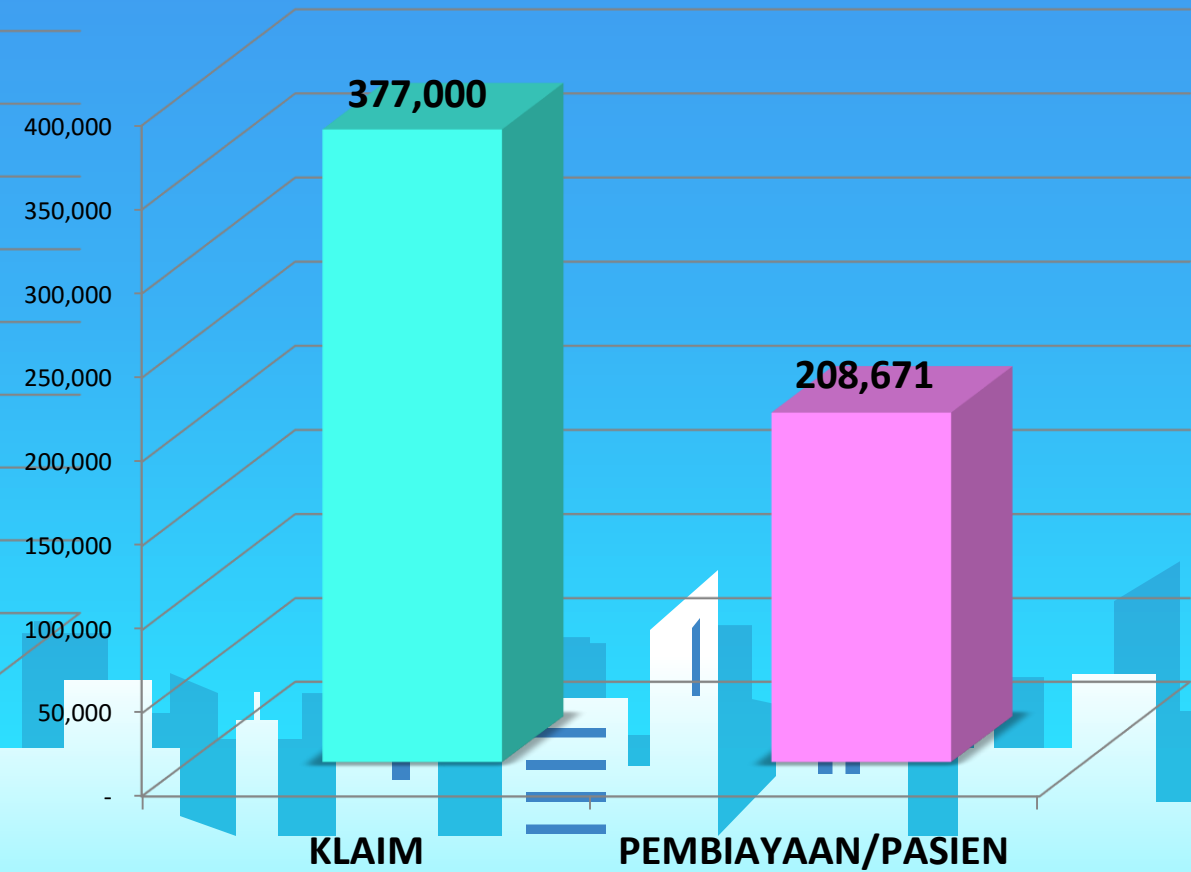
GANGGUAN BIPOLAR

Perbandingan rata2 Klaim BPJS utk Skizofrenia & Gangguan Bipolar dg²⁴ kebutuhan tiap pasien

RAWAT INAP



RAWAT JALAN



KOMPONEN-KOMPONEN PELAYANAN YANG PERLU MENDAPATKAN PERHATIAN DALAM PEMBIAYAAN

KUNJUNGAN RUMAH (HOME VISIT)

Dibutuhkan pada pasien2 yg tdk mungkin dibawa ke RS untuk kontrol (mis. Gelisah, menarik diri, insight buruk dll)

PENANGANAN/PENJEMPUTAN PASIEN PD KONDISI KRISIS (crisis intervention)

Dibutuhkan pd pasien2 yg sangat gelisah shg keluarga/masyarakat tdk mampu mengatasi & membawa pasien ke RS

KESIMPULAN

- Diera JKN, (RS Jiwa dituntut) untuk memberikan layanan yang bermutu mengutamakan keselamatan pasien dengan tetap mempertimbangkan asas efektifitas dan efisiensi
- Antisipasi Rumah Sakit dalam mengelola pasien di era JKN :

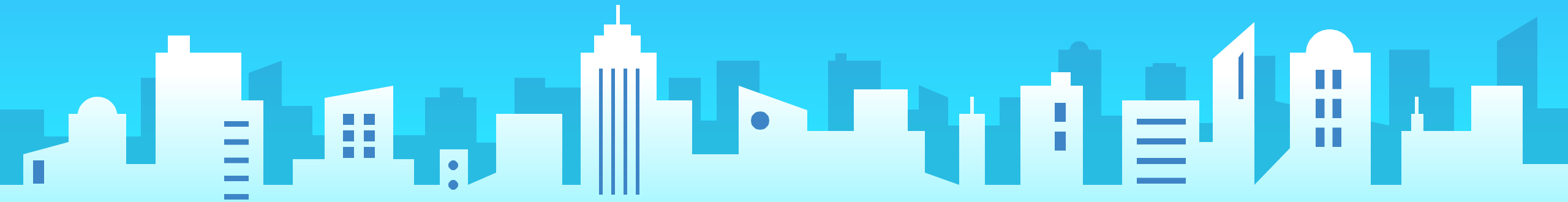
Rawat Inap

- A. Melakukan Evaluasi terus menerus terhadap tindakan dan tatalaksana pasien
- B. Melakukan perhitungan unit cost untuk tiap-tiap komponen biaya (mis. Obat, akomodasi, biaya penunjang, SDM tindakan dengan proporsi yang sesuai) dan melakukan monev serta pengendalian biaya
 - Melakukan efisiensi hari rawat
 - Menerapkan efektivitas prosedur diagnostik dan terapi sesuai kebutuhan
 - Menerapkan clinical pathway dan discharge planning yang tepat secara klinis
 - Meningkatkan komunikasi dan koordinasi dengan pemberi layanan lain melalui sistem rujukan terintegrasi

Rawat Jalan

- Pengembangan layanan subspesialistik
- Optimalisasi sistem rujukan dan rujukan balik

TERIMA KASIH





PANDANGAN PERSI TERHADAP PELAYANAN PENYAKIT KEJIWAAN DI ERA JKN

“ The secret of change is to focus all of your energy, not on fighting the old, but on building the new ”

- Socrates -



Dr Kuntjoro Adi Purjanto, Mkes
Ketua Umum PERSI (Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia)
Jakarta, 23 April 2019



Pelayanan kesehatan di dunia saat ini mehadapai kondisi VUCA (*volatile, uncertainty, complexity dan ambiguity*) karena dihadapkan pada disruption in healthcare.

PERTARUNGAN DALAM MASA STABIL

“ Keberhasilan Tidak Pernah Final “



“ Tak ada yang bisa diubah sebelum dihadapi, motivasi saja tidak cukup “

Rhenald Kasali, 2017

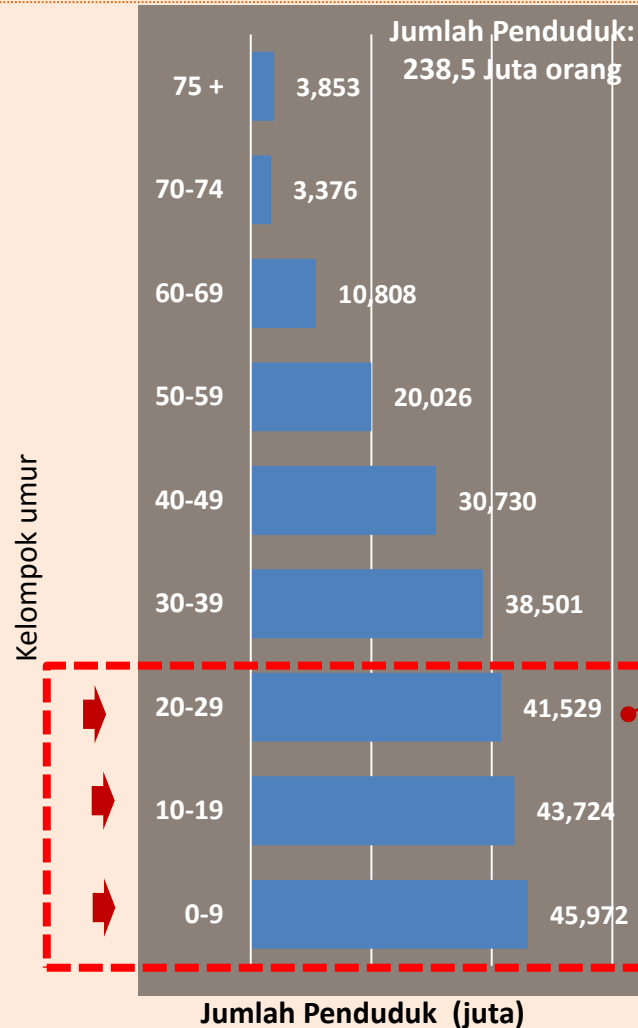
BONUS DEMOGRAPHY

More productive People



Generasi Emas 100 Tahun Indonesia Merdeka

Struktur Penduduk Indonesia Tahun 2010



Periode Bonus Demografi 2005-2035

Pendidikan dan Kesehatan
Pastikan setiap anak bangsa
mendapatkan layanan
Pendidikan dan Kesehatan



Pendidikan dan Kesehatan

Generasi 100 thn Merdeka (Usia pada tahun 2045)

55-64 tahun

45-54 tahun

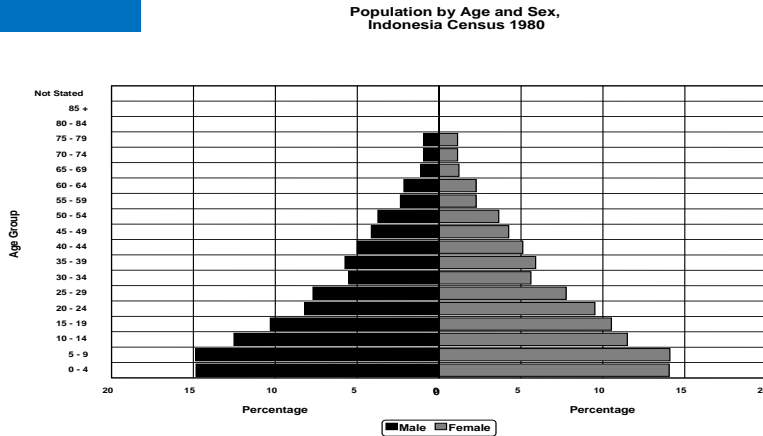
35-44 tahun



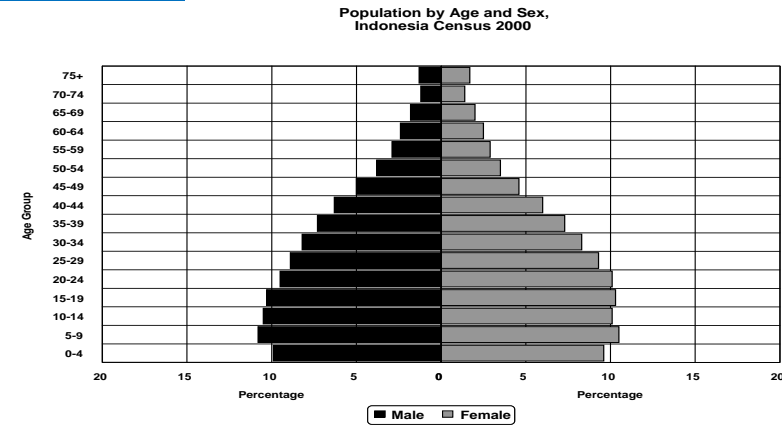
**Generasi
Pemegang Kunci
Kejayaan
Indonesia**

Mulai 2030 Indonesia akan mengalami *aging population*

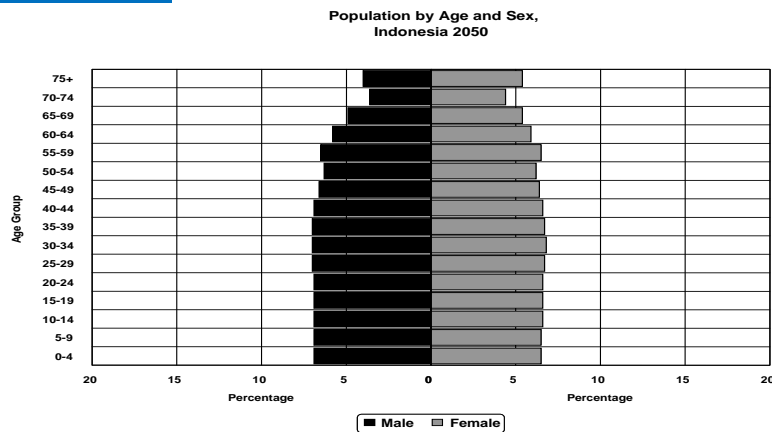
1980



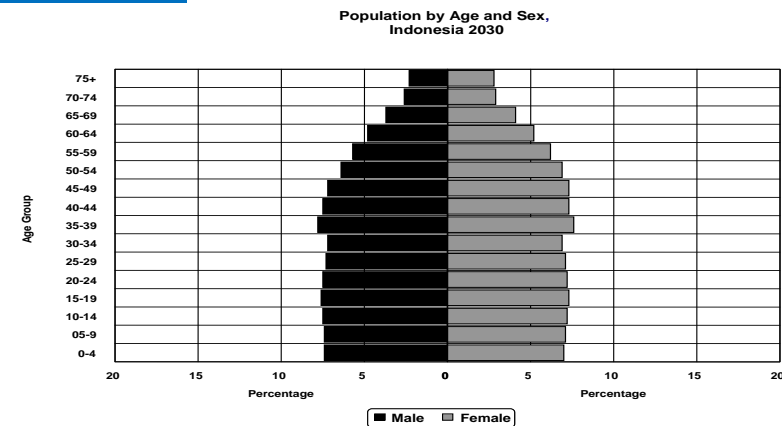
2010



2050



2030



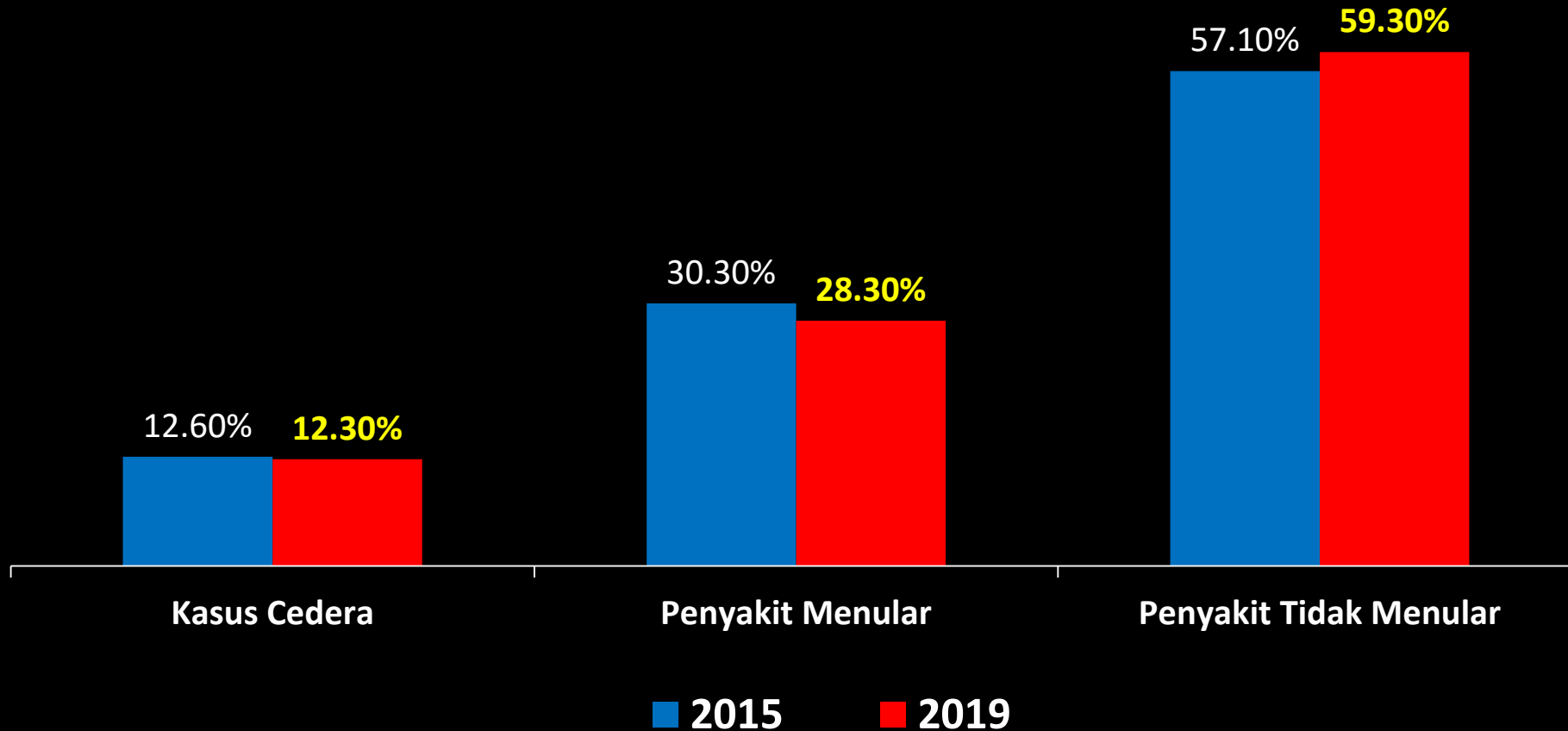
HARI INI	Prediksi Ke-depan
Kekuatan Ekonomi Dunia ke- 16 ¹⁾	...Ke- 7 pada tahun 2030 ¹⁾
Jumlah Penduduk: 251 juta ¹⁾	...di atas 300 juta pada tahun 2050 ³⁾
Kelas Konsumen: 45 juta ¹⁾	... 135 juta pada tahun 2050 ¹⁾
Penduduk Usia Produktif: sekitar 65% atau sekitar 163 juta ¹⁾	...sekitar 70% pada tahun 2025 ²⁾
Peluang Pasar dalam bidang Jasa, Pertanian, Perikanan, Sumber Daya Alam, Pendidikan: USD 0,7 Triliun ²⁾	... diperkirakan USD 5,7 Triliun pada tahun 2025 ²⁾

Indonesia diperhitungkan menjadi Kekuatan Ekonomi ke-7 Dunia

Dalam 15 tahun ini apa peran sektor kesehatan

Sumber: 1) Mc Kinsey; 2) MP3EI; 3) Price Waterhouse Cooper

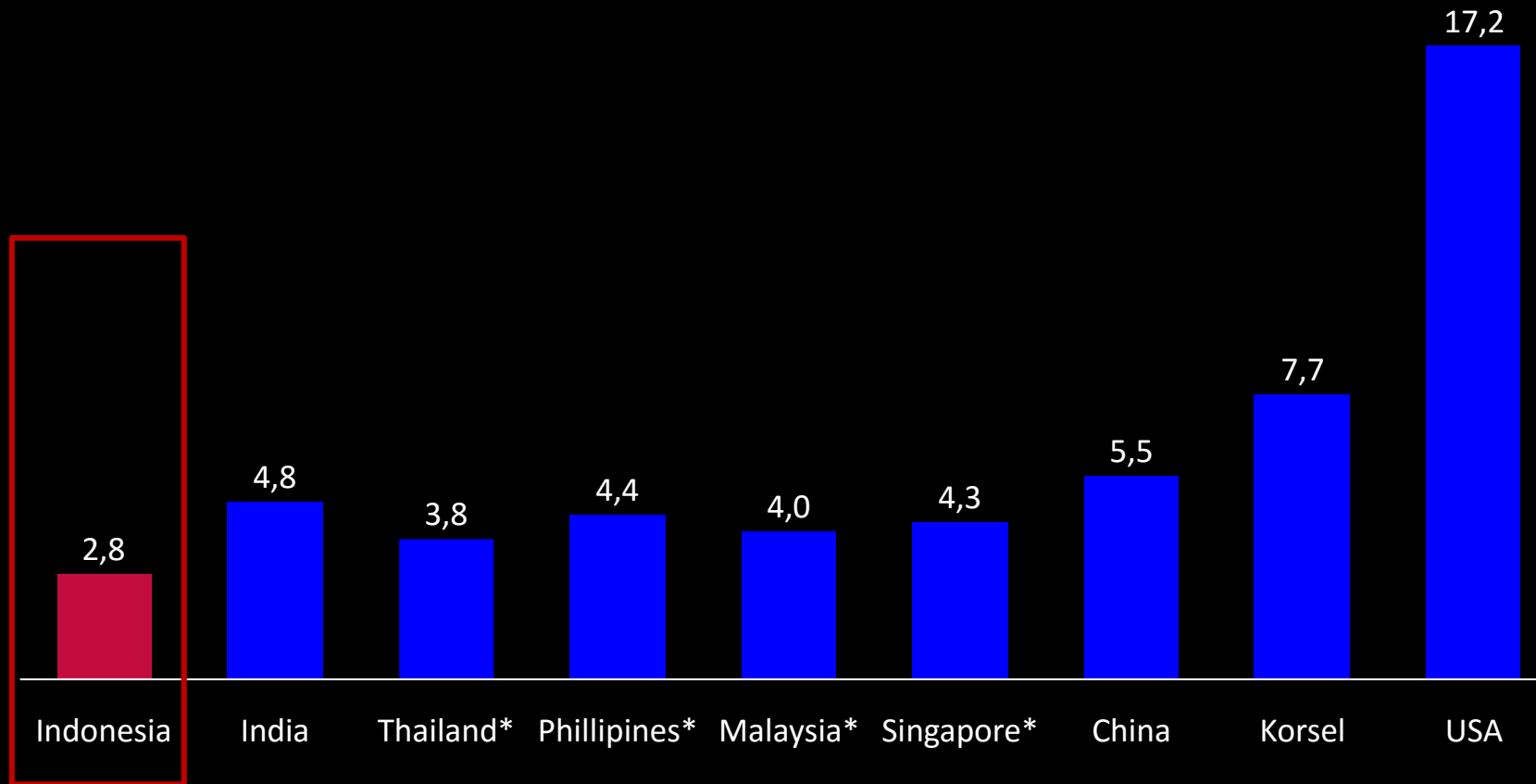
BEBAN PENYAKIT DI INDONESIA



- Meningkatnya jumlah kasus Penyakit Tidak Menular (PTM) dan kasus trauma / cedera membutuhkan pelayanan yang lebih kompleks dan tenaga kesehatan terlatih.
- Proyeksi jumlah kasus PTM dan trauma / cedera pada tahun 2015 akan menjadi 111.895.440 dan 2.662.730.
- Proyeksi pada tahun 2019 masing-masing akan menjadi 120.946.480 dan 2.788.180; hal tersebut akan menjadi beban berat untuk Sistem Pelayanan Kesehatan Indonesia.

Belanja Kesehatan di Indonesia relatif masih rendah dibandingkan negara lain

Total Belanja Kesehatan (% PDB, 2016)



*Data tahun 2015

Sumber: WHO

The background of the slide is a dark blue gradient with a faint, semi-transparent image of a doctor in a white coat examining a patient. The doctor is on the left, leaning over the patient on the right. The overall tone is professional and clinical.

➤ Major Problems of Health Care System

- Increased Costs
- Decreased Access
- Variable Quality
- Increased Fragmentation
- Increased Administrative Burden
- Technological Imperative
- Medicolegal Liability
- System Out of Control

➤ Drivers of Health Care Costs

- Technological advances
- Aging of population
- Increase in chronic disease
- Inefficiency and redundancy of private insurers
- Health industry
- Consumer demand
- Defensive medicine

Goes back a long way...



PRIMUM, NON NOCERE
FIRST, DO NO HARM

HIPPOCRATES'S TENET
(460-335 BC)

Source: Understanding patient safety by Robert Wachter. 2008

DIMENSI MUTU: RS YANG PROFESIONAL

WHO 2018

1. Effective,
2. Safe,
3. People-centred,
4. Timely,
5. Equitable.
6. Integrated,
7. Efficient

Accessible

Defining quality health care

Quality health care can be defined in many ways but there is growing acknowledgement that quality health services across the world should be:

- **Effective:** providing evidence-based health care services to those who need them.
- **Safe:** avoiding harm to people for whom the care is intended.
- **People-centred:** providing care that responds to individual preferences, needs and values.

In addition, in order to realize the benefits of quality health care, health services must be:

- **Timely:** reducing waiting times and sometimes harmful delays for both those who receive and those who give care.
- **Equitable:** providing care that does not vary in quality on account of age, sex, gender, race, ethnicity, geographical location, religion, socioeconomic status, linguistic or political affiliation.
- **Integrated:** providing care that is coordinated across levels and providers and makes available the full range of health services throughout the life course.
- **Efficient:** maximizing the benefit of available resources and avoiding waste.

Thematic Framework - Patient Safety and Quality of Care
 For improved health outcomes and reduced risks and harm in the provision of care through safe and quality health care

Thematic Categories (two broad sub-categories – healthcare system-level and provision level)

<p>Leadership, Governance and Policy</p> <p>Key elements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Political commitment • National policy/plans • Legislative framework • Evidence-informed decisions • Clinical governance, including standards and audit • Risk assessment and mitigation • Regulatory frameworks licensure of facilities, professionals, products, drugs, devices, services • Coordination and collaboration, systems reform • Organization of services • Sufficient financial and human resources 	<p>Health Care Workforce</p> <p>Key elements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Education, training and learning for all health personnel and leaders • Innovative learning methods - simulation, inter professional education • Motivation and attitudes • Human factors and ergonomics • Staff experiences and satisfaction • Staff performance monitoring, and certification, registration and re-certification • Teamwork and communication • Workforce safety, both physical and psychological 	<p>Measurement, Reporting & Learning</p> <p>Key elements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assessment of burden and cost of unsafe care • Surveillance, vigilance, learning, continuous improvement systems and databases • Improve relevance of classification systems to documenting patient safety with ICD 11 • Context based indicators to monitoring progress • Data collection, analysis and reporting systems and organisational learning • Capacity building for data analysis • Biomedical and health services research 	<p>Patient & Family Engagement</p> <p>Key elements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient information, literacy, consent, rights and counselling • Patient, family and community education and engagement • Patient and family experiences and satisfaction • Right to information and access to personal medical records and confidentiality • Partnership with NGOs and advocacy associations • Health literacy, empowerment and engagement and patient safety • Self-care 	<p>Safety & Quality Culture</p> <p>Key elements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leadership commitment • Enabling (non-punitive) environment • Learning system • Education, training and professional performance inclusive of skills, competence and ethics of health personnel • Understanding and application of patient safety and risk management 	<p>Infrastructure & Technology</p> <p>Key elements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Safe and suitable infrastructure • Integrated care and coordinated services - safe primary, secondary and tertiary care; and private and public health care • Safety of environment • Medication and equipment safety • Access and safe use of devices, technology and products • Infection prevention and control • Safe health-care waste management
--	---	---	---	---	---

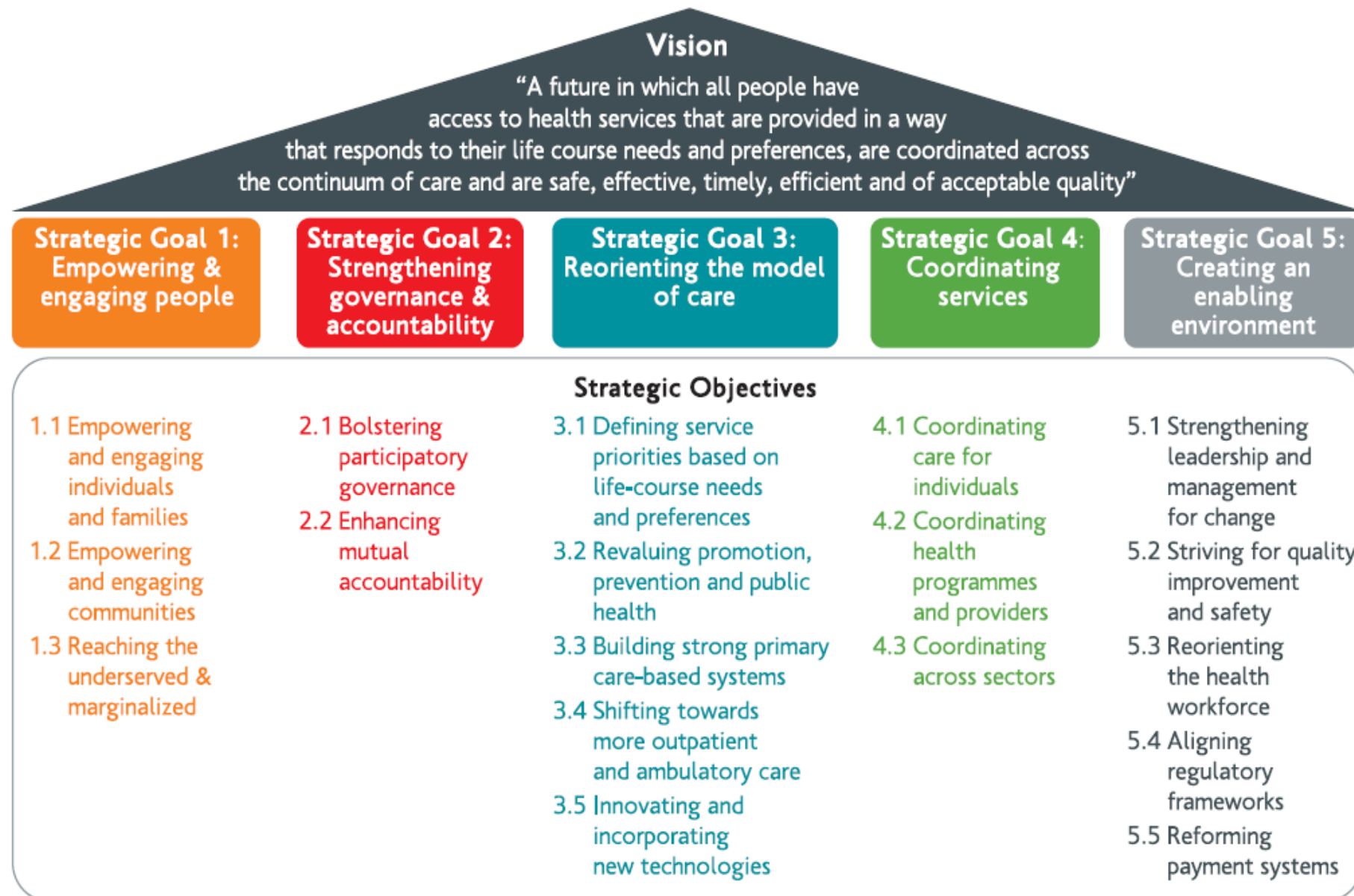
Quality Management, Change Management and Research

Standards, guidelines, tools, health care quality assurance, measurement and evaluation/research, accreditation, innovation, communication

Guiding principles and Values

Do good/do no harm (beneficence/non-maleficence), Clinical excellence, ethics, confidentiality, transparency, accountability, truthfulness, fairness, trust, respect and safety of health care

WHO global strategy on integrated people-centred health services, 2016-2026: an overview



**Strategic Goal 1:
Empowering &
engaging people**

**Strategic Goal 2:
Strengthening
governance &
accountability**

**Strategic Goal 3:
Reorienting the model
of care**

**Strategic Goal 4:
Coordinating
services**

**Strategic Goal 5:
Creating an
enabling
environment**

Potential policy options and interventions

- Health education
- Shared clinical decision making
- Access to personal records
- Self-management
- Personalized care plans
- Patient satisfaction surveys
- Civil society, user and patient groups
- Peer support and expert patient groups
- Outreach services
- Community-based care and CHWs
- Equity goals in sector objectives

- Rights and entitlements
- Community participation in policy formulation and evaluation
- Country-owned national health plans
- Donor harmonization and alignment with national health plans
- Decentralization
- Patient charters
- Provider report cards
- Patient reported outcomes
- Performance evaluation
- Performance based contracting
- Population registration with accountable providers

- Population-based services
- Local health needs assessment
- Comprehensive package of services
- Gender and cultural sensitivity
- Health technology assessment
- Surveillance and control of risks and threats to public health
- Health promotion and disease prevention
- Primary care with family and community-based approach
- Home and nursing care
- Repurpose hospitals for acute complex care only
- Outpatient surgery and day hospital
- E-health and m-health technologies

- District-based health service delivery networks
- Shared electronic medical record
- Care pathways
- Referral guidelines
- Case management
- Integrate vertical programmes into national health system
- Intersectoral partnerships
- Public-private partnerships
- Integrate traditional medicine into modern health systems
- Coordination with preparedness and response to health crises

- Transformational and distributed leadership
- Secure dedicated resources for reform
- Systems research and knowledge sharing
- Clinical governance
- Quality assurance and continuous quality improvement
- Workforce training
- Multi-disciplinary teams
- Improve working conditions and compensation
- Align regulatory framework
- Mixed payment models based on capitation

Progress Indicators

Overall progress: Number of countries implementing integrated services

Progress by Strategic Goal:

Proportion of countries in which patient satisfaction surveys are carried out on a regular basis

Proportion of countries whose national health policies, strategies and plans are aligned with the WHO global strategy on IPCHS

Proportion of countries that allocate at least 20% of government total health expenditure to primary care

Proportion of countries with formal systems for referring patients and/or accepting referred patients

Proportion of countries that have decreased hospital readmission rates on acute myocardial infarction to 10% or less

Implementation principles

Country-led

Equity-focused

Participatory

Systems strengthening

Iterative learning & action cycles

Goal-oriented

Indonesia Country Highlights

Universal Health Coverage	Indonesia has been looking at ways to continue to support their ambitious plan of the largest Universal Health Coverage, of which they are now looking at raising the premiums to sustain the system which has since been in deficit
Rise in lifestyle-related diseases	Urbanization and the rising middle class, with its rather unhealthy lifestyle, is expected to drive an increase in lifestyle-related diseases
Private health care services see opportunity	Private hospitals, pharmaceutical producers and Healthcare IT companies are expanding into the Indonesian market. Indonesia is seeing an inflow from Singapore, Malaysia and Thailand entering the Indonesian healthcare space
Lack of human resource and infrastructure limits Indonesia	Lack of infrastructure and human resources limiting the effectiveness of the Universal Health Coverage. This is evident as the costs continue to rise and the government seeks to plug in the leaks. Private healthcare providers are seeing this trend benefiting them as they become the next source for healthcare services

Indonesia Predictions

Socio-
Political



Government is attempting to keep the Universal Health Coverage running and will be revising premiums to ensure its sustainability. Private insurance will see an increase in uptake as more Indonesians become aware of the benefits.

Economic



The Indonesian government is expecting to increase the contribution to its Universal Health Coverage as the funding created runs in hundred millions of deficit

Health



Quality of health and healthcare is expected to increase exponentially as more healthcare services providers enter and establish themselves in Indonesia.

Technology



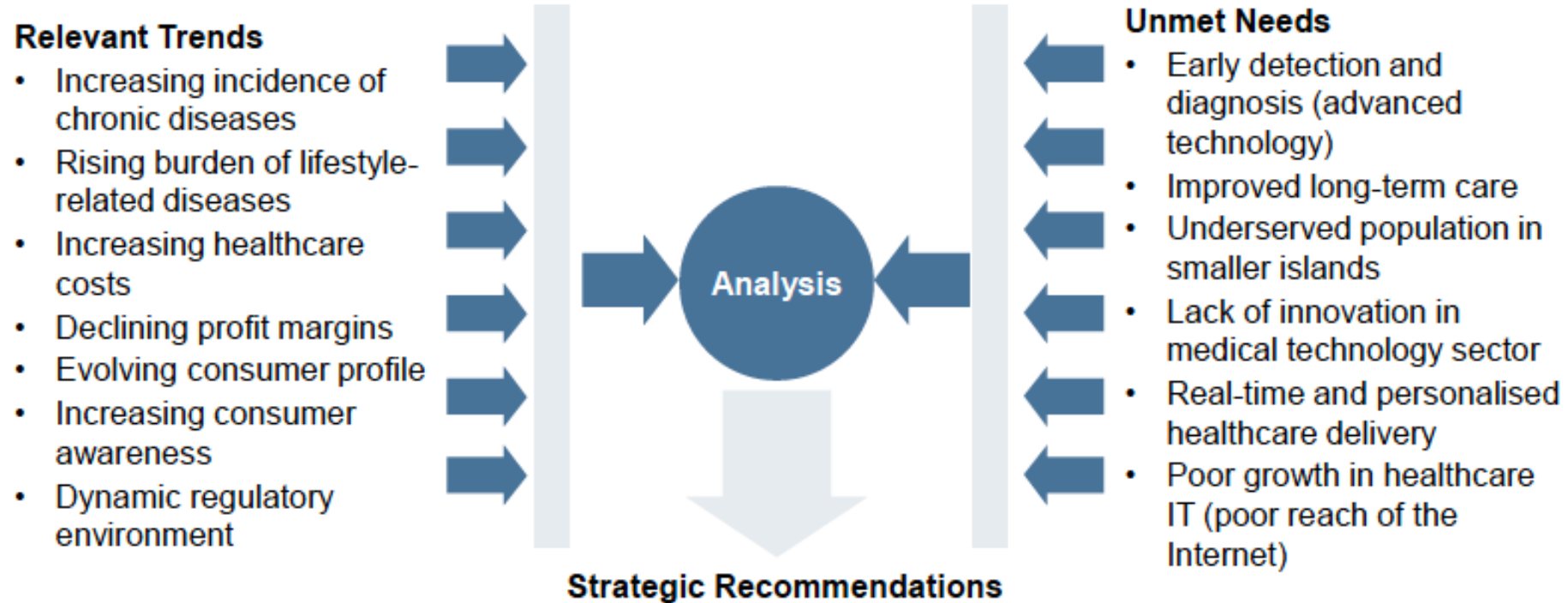
Technology will be the driving force in enabling healthcare provision throughout the fragmented market of Indonesia. Healthcare technology rise will be driven by the entry of foreign private healthcare providers.

Regulatory



The launch of AEC will be expected to increase competition in the healthcare sector mostly in the urban areas. Regulations on business ownership in Indonesia will be more encouraging to foreign entities as they help ease the pressure from public hospitals.

Future of the Indonesian Healthcare Market



- Joint partnerships with local drug makers and distributors along with acquisitions are expected to provide a quick entry into the market. Established manufacturers of generic drugs have access to technology and knowhow of the global participants in a cost-competitive marketplace.
- Domestic companies (especially in the pharmaceutical market) still have a long way to go in terms of quality, efficiency, and innovation.
- The telemedicine market holds more potential and few foreign companies have already taken the lead.



MUTU & BIAYA: di Indonesia?

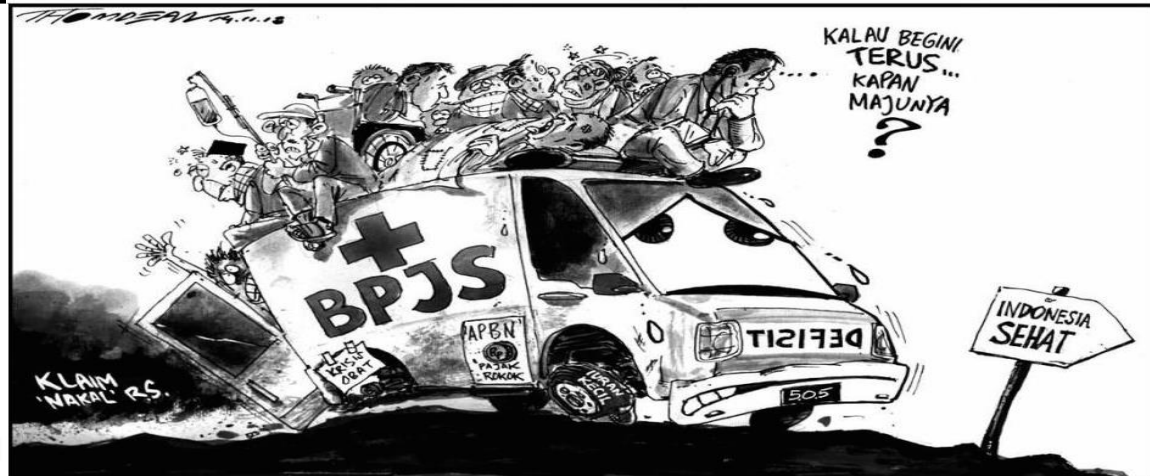
Evaluasi Mendalam Program JKN-KIS

Selama hampir lima tahun terakhir, banyak persoalan dalam pengimplementasian program Jaminan Kesehatan Nasional Kartu Indonesia Sehat. Mau tidak mau perbaikan harus dilakukan.

79.000 Klaim RS Berpotensi Anomali

Tarif rumah sakit yang dinilai kurang memadai bisa memunculkan potensi kecurangan dalam pengajuan klaim biaya kesehatan.

JAKARTA, KOMPAS — Pengendalian biaya kesehatan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada 2014, rumah sakit cenderung melakukan penyesuaian yang berisiko dinilai sebagai fraud (curang) serta melanggar etik, di



PELAYANAN EFEKTIF-EFISIEN VS KENDALI MUTU-BIAYA

UHC WITHOUT HARM ?

Utilization Review



TANTANGAN



**3 VALUE'S 'TUK
MERUBAH PERILAKU ORGANISASI RS :**

- ① Akreditasi SNARS / JCI,
- ② Program JKN ,
- ③ Otonomi-Fleksibilitas (PPK – BLU / BLUD)

"Mbah ini hebat juga yah, prediksinya persis sama dengan buku tren yang baru saya baca minggu lalu.."



A good **system** in the absence of good **attitude** is a blind alley

“ Good business is ethical business, Corporate ethic: a prime business asset “

“Analysis Paralysis...”



TERIMA KASIH

*If you want to travel fast, you travel alone...
If you want to go far, travel with others...*

Kebijakan Tarif INA-CBG Untuk Optimalisasi Pelayanan Skizofrenia dan Bipolar

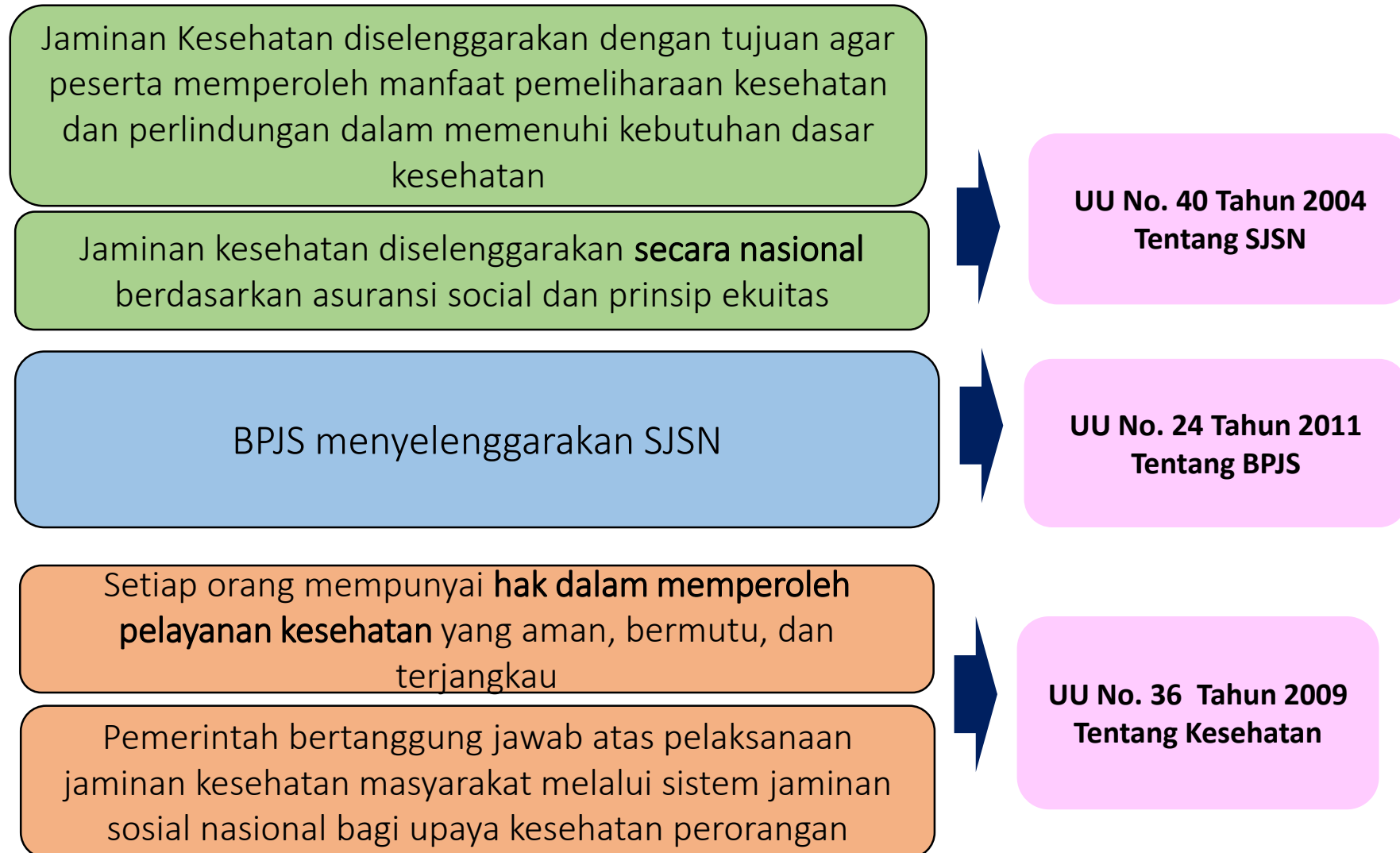
drg. Doni Arianto, MKM

Kepala Bidang Jaminan Kesehatan PPJK, Kementerian Kesehatan

Jakarta, 23 April 2019

Focus Group Discussion PERSI

Landasan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional



Sumber Pembiayaan Kesehatan

Pemerintah
(Minimal 5% dari APBN diluar Gaji)

Pemerintah Daerah
(Minimal 10% dari APBD di luar gaji)

Diprioritaskan untuk kepentingan pelayanan publik yang besarnya sekurang-kurangnya 2/3 (dua pertiga) dari Anggaran kesehatan APBN dan APBD

Swasta

Sumber
Lain

Pembiayaan kesehatan bertujuan untuk penyediaan pembiayaan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat

Update Regulasi dalam JKN (1)

NO	LANDASAN HUKUM	TENTANG
1	UUD 1945 : - Pasal 28 H - Pasal 34	- Setiap orang berhak atas pelayanan kesehatan - Negara mengembangkan sistem jaminan sosial
2	UU NO 40/2004	Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
3	UU NO 36/2009	Tentang Kesehatan
4	UU NO 24/2011	Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
5	PP NO 101 / 2012 dan perubahannya: PP NO 76/2015	Tentang Penerima Bantuan Iuran
6	Perpres 82 Tahun 2018	Tentang Jaminan Kesehatan
7	Permenkes No. 71/2013 dan perubahannya: Permenkes No 99/2015, Permenkes No 23/2017, Permenkes No 5/2018 ttg Pelayanan Kesehatan pada JKN	digabung menjadi Pedoman Pelaksanaan Program JKN (sedang dalam proses revisi)
8	Permenkes No 28/2014 ttg Pedoman Pelaksanaan JKN	

Update Regulasi dalam JKN (2)

NO	LANDASAN HUKUM	TENTANG
9	Permenkes No.21/2016	Tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Jasa pelayanan dan Dukungan Operasional pada FKTP milik Pemerintah daerah (dalam proses revisi)
10	Permenkes No 76/2016	Tentang Juknis Sistem INA CBG (dalam proses revisi)
11	Permenkes No. 52/2016 dan perubahannya Permenkes No. 64/2016 Permenkes No 4/2017	Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam penyelenggaraan JKN (dalam proses revisi)
12	Permenkes No 36/2015	Tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam pelaksanaan program JK pada sistem JKN (dalam proses revisi)
13	Permenkes No 5/2016	Tentang Penyelenggaraan Pertimbangan Klinik (dalam proses revisi)
14	Permenkes No. 47/2018	Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan
15	Permenkes No. 51/2018	Tentang Pengenaan Urun Biaya & Selisih Biaya dlm Program Jaminan Kesehatan

Area Perbaikan Kebijakan JKN:

Area Perbaikan

Perluasan Kepesertaan

Kolektabilitas Iuran

Akses, Kendali Mutu dan Kendali Biaya

Prosedur Layanan

Perbaikan Sistem Pembayaran

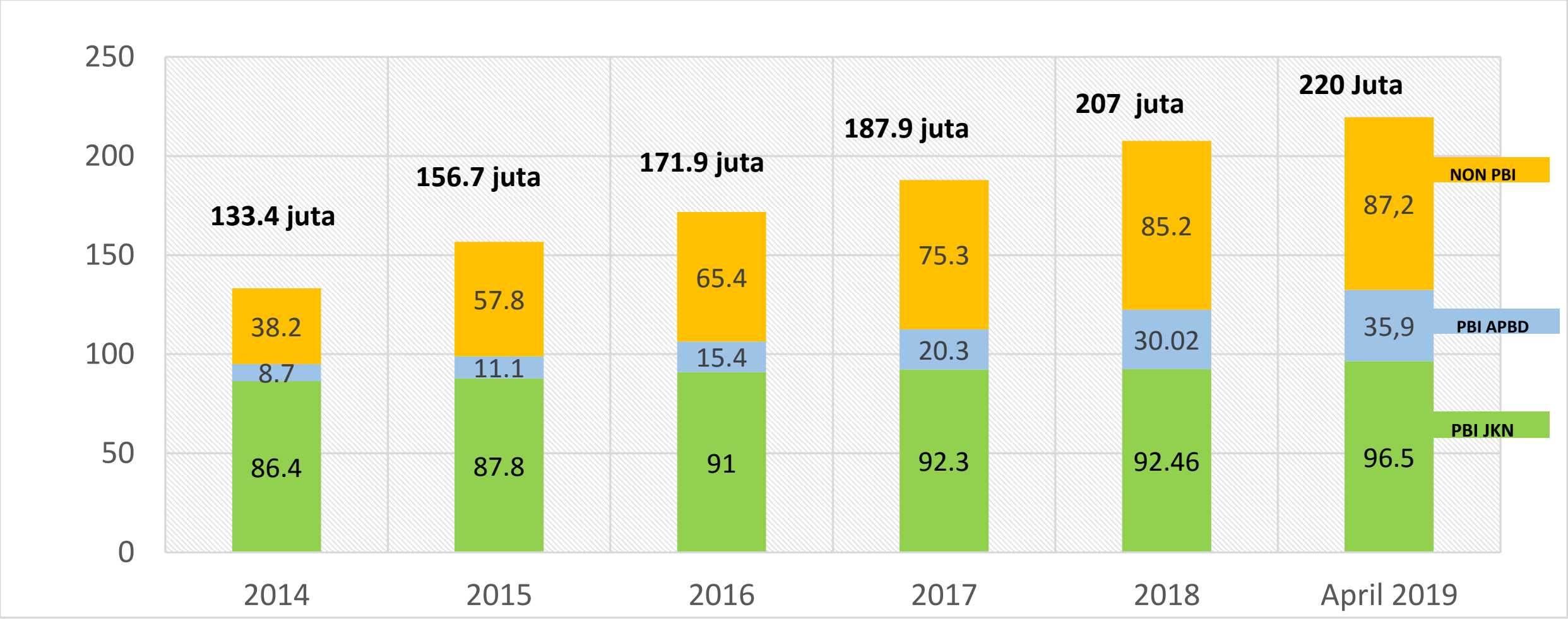
Manajemen Klaim

Pendanaan Program

Kebijakan :

1. Peraturan Pemerintah tentang Pengelolaan Aset Dana Jaminan Sosial Kesehatan (PP No. 53 Tahun 2018)
2. Peraturan Presiden No.82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan
3. Revisi Permenkes, Per BPJS Kesehatan, Permenkeu dll

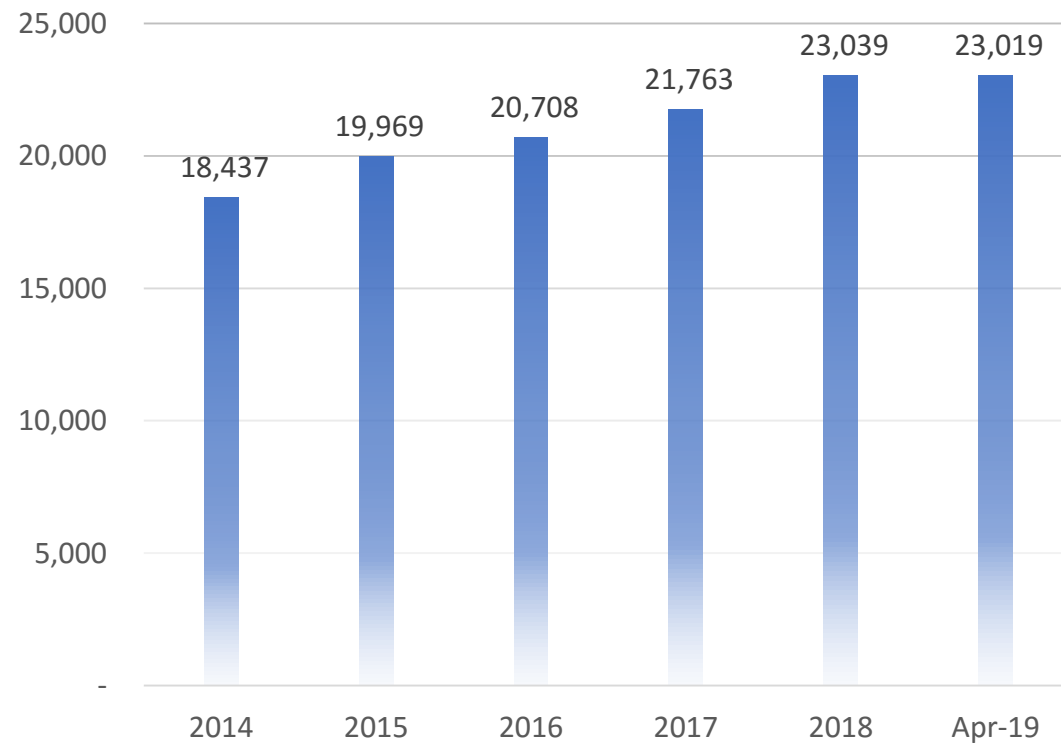
Cakupan Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional



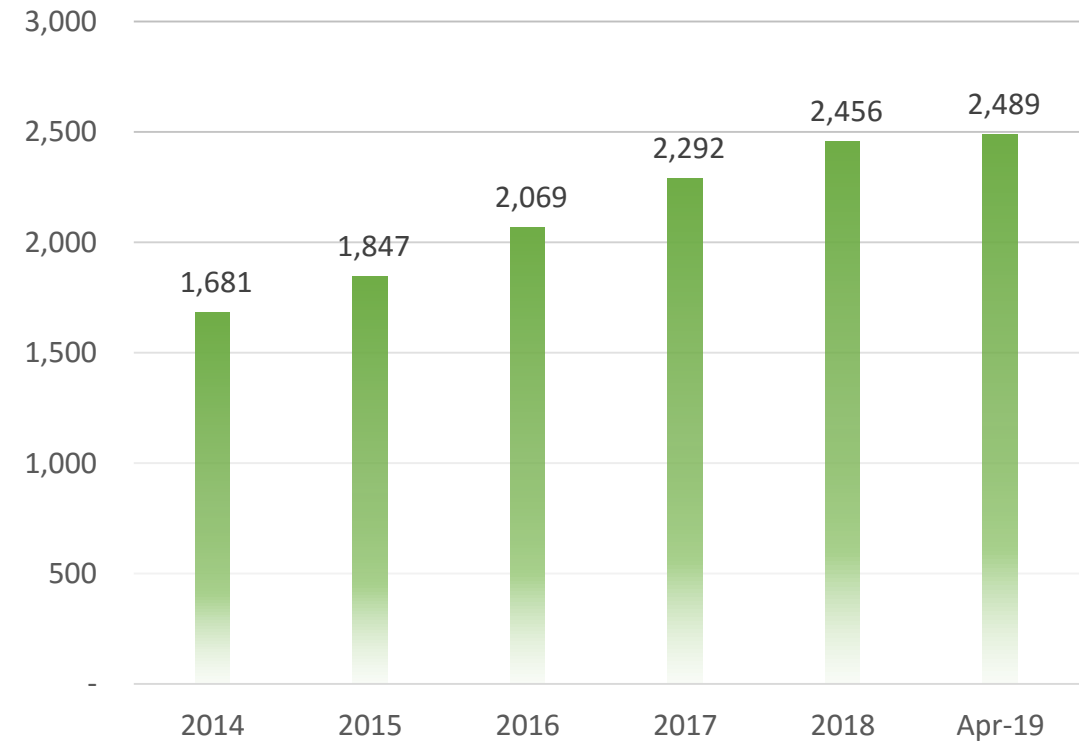
Sumber : BPJS Kesehatan

Perkembangan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dalam JKN

FKTP



FKTRL



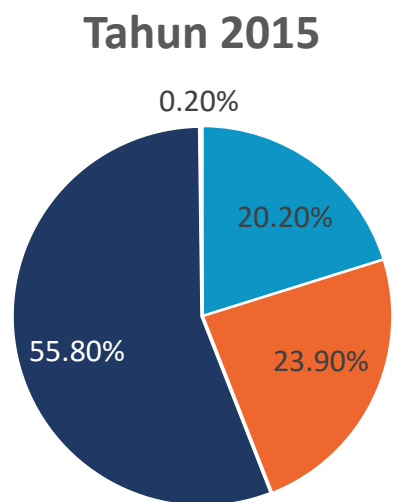
Sumber data : BPJS Kesehatan

Pemanfaatan (Kunjungan) dalam JKN

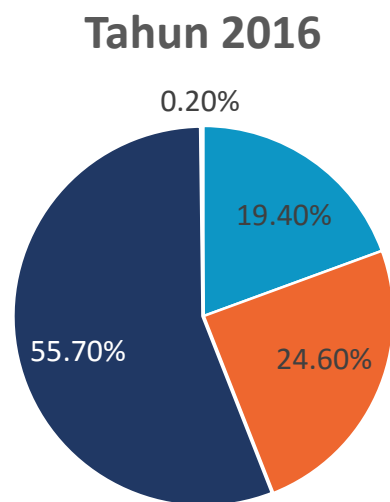
	2014 (Laporan Audited Des)	2015 (Laporan Audited Des)	2016 (Laporan Non Audited Des)	2017 (Laporan Bulanan BPJS Sampai dengan Bulan Desember)	2018 (Laporan Bulanan BPJS Kesehatan sampai Bulan Desember)
Kunjungan di FKTP (Puskesmas, Dokter Praktek Perorangan/ Klinik Pratama)	66,8 juta	100,6 juta	134,9 juta	146,5 juta	147,4 juta
Kunjungan di Poliklinik Rawat jalan RS	21,3 juta	39,8 Juta	50,4 Juta	64,43 juta	76,7 juta
Kunjungan Rawat Inap RS	4,2 juta	6,3 juta	7,6 Juta	8,72 juta	9,65 juta
Total Pemanfaatan	92,3 juta	146,7 Juta	192,9 Juta	219.6 juta	233,75 juta

Sumber : BPJS Kesehatan

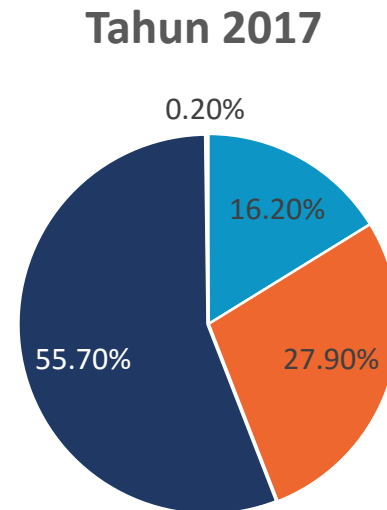
Proporsi Biaya Pelayanan Kesehatan dalam JKN



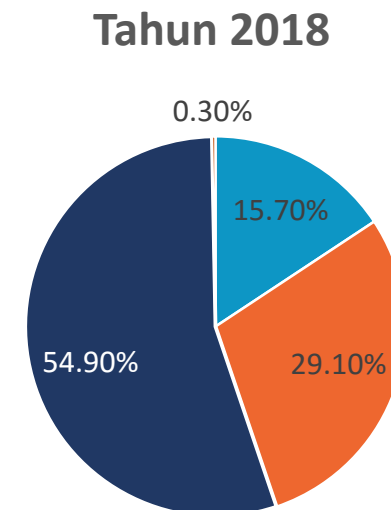
Total 57 T



Total 67.2 T



Total 84.4 T



Total 94.29 T

Biaya Pelayanan Kesehatan dalam JKN meningkat setiap tahunnya dan 70%-80% dari biaya tersebut di gunakan pada Pelayanan Kesehatan di FKRTL

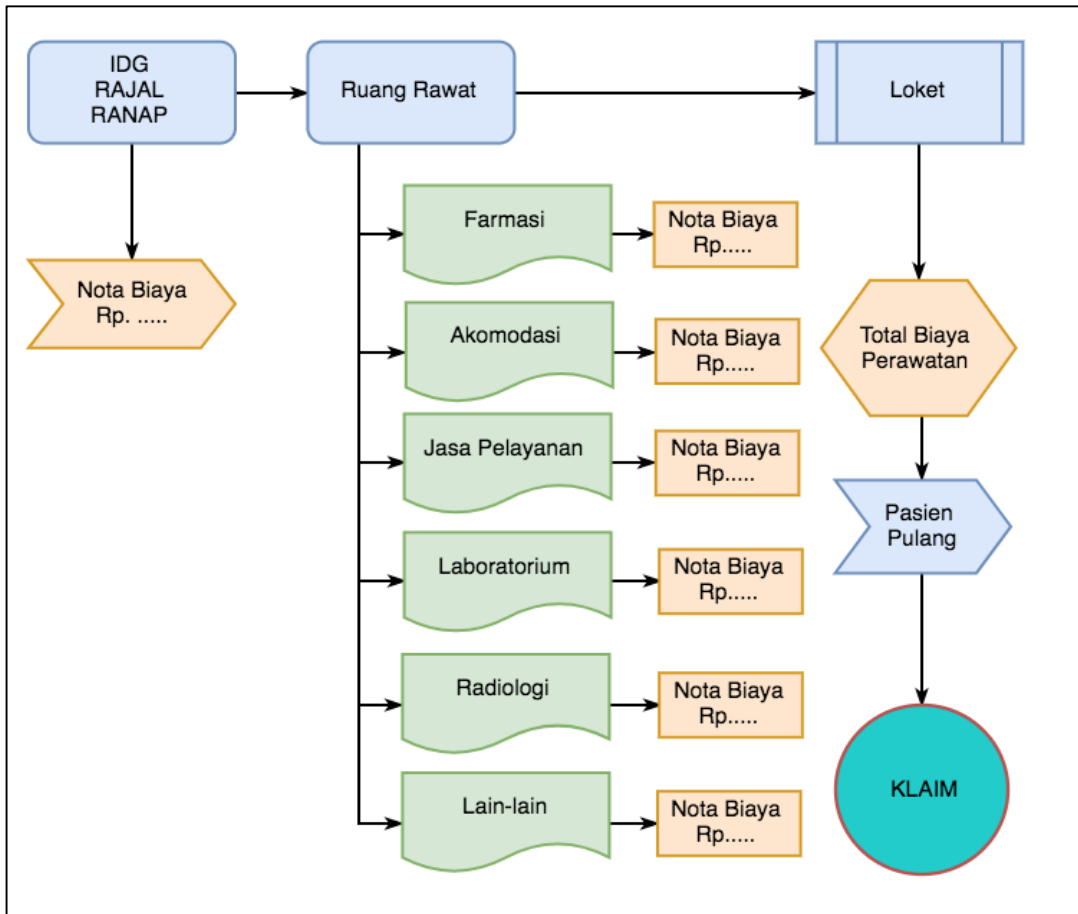
Trend Peningkatan Biaya Pelayanan Katastrofik dalam JKN

Jenis Penyakit	2016	2017	2018
	Biaya dlm jutaan	Biaya dlm jutaan	Biaya dlm jutaan
cirrhosis hepatis	271,691	319,755	334,220
gagal ginjal	3,486,753	2,339,685	2,395,347
haemophilia	128,462	258,346	358,121
jantung	7,576,484	9,276,267	10,545,485
kanker	2,615,200	3,180,153	3,406,308
leukaemia	211,917	326,468	333,326
stroke	1,430,393	2,187,832	2,565,601
thalasemia	496,391	532,866	490,997
Total	16,217,291	18,421,372	20,429,405
% dari Biaya Pelayanan	24,12 %	21,81 %	21,64 %

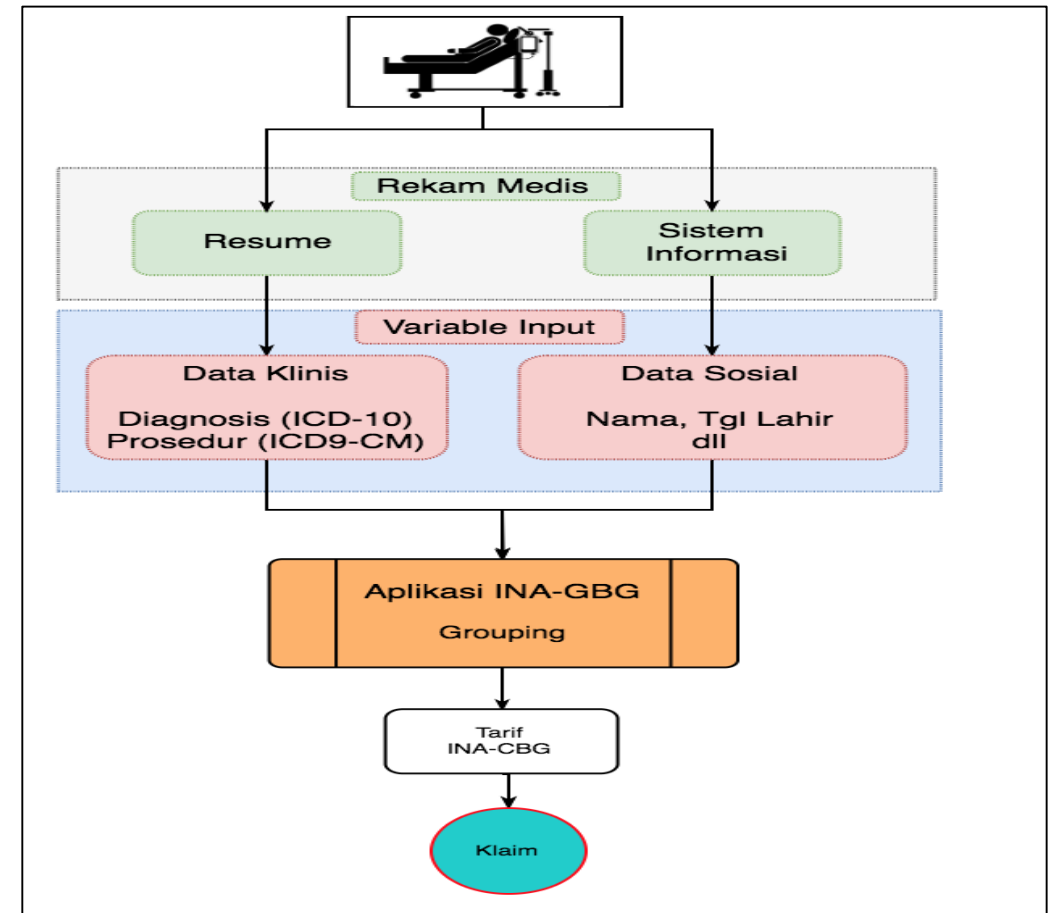
Dari tahun 2016 sampai tahun 2018 terlihat peningkatan biaya pelayanan katastrofik dalam JKN. Biaya pelayanan katastrofik mencapai 20% dari total biaya pelayanan kesehatan. Penyakit katastrofik dapat dicegah sejak dini dengan penguatan upaya promotive preventif termasuk deteksi dini dan skrining.

Perbandingan FFS vs INA-CBG

SEBELUM ERA JKN

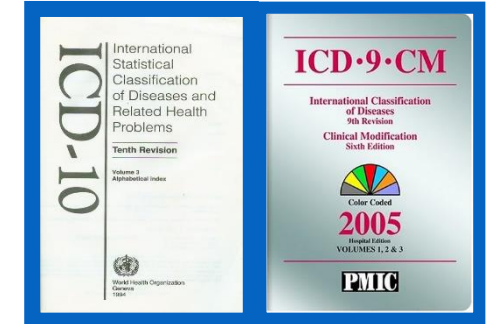


SESUDAH ERA JKN

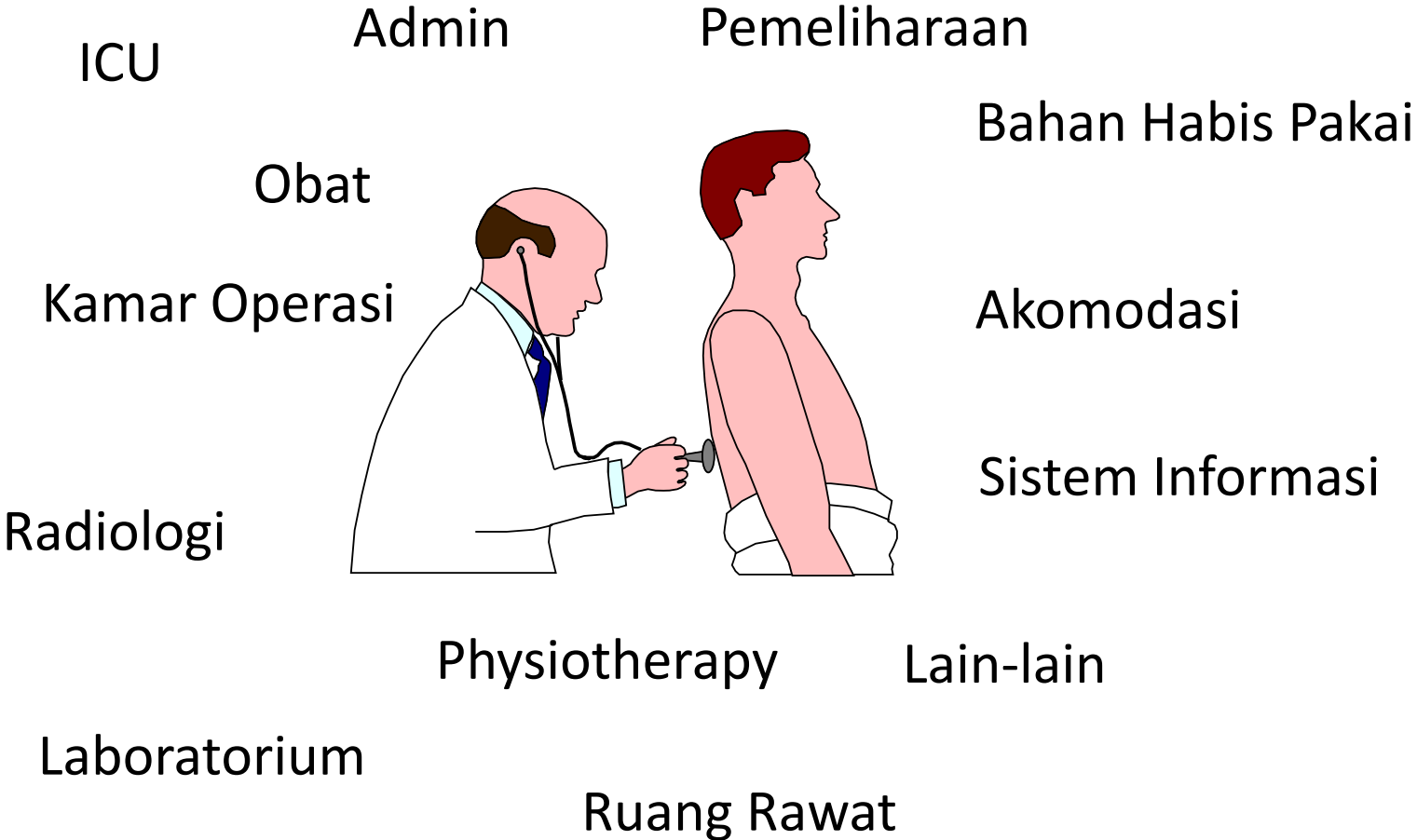


Tarif INA-CBG

- INA-CBG merupakan **Sistem Casemix** (*pengelompokan kasus berdasarkan ciri klinis dan pemakaian sumber daya yang relative sama/mirip*) yang di Implementasikan di Indonesia
- Dasar pengelompokan kasus dengan menggunakan :
 - ❖ ICD 10 Untuk Diagnosis (\pm 14.500 kode)
 - ❖ ICD 9 CM Untuk Prosedur/Tindakan (\pm 7.500 kode)
- Tarif INA-CBG merupakan **tarif paket**, meliputi seluruh komponen biaya pelayanan yang diberikan kepada pasien
- Daftar Tarif INA-CBG saat ini terdiri atas 1075 kelompok kasus, meliputi :
 - 786 kelompok kasus rawat inap → kelas 1, 2, 3
 - 289 kelompok kasus rawat jalan
- Pengelompokkan Tarif INA-CBG :
 - berdasarkan kelas RS
 - berdasarkan kepemilikan RS
 - berdasarkan regionalisasi



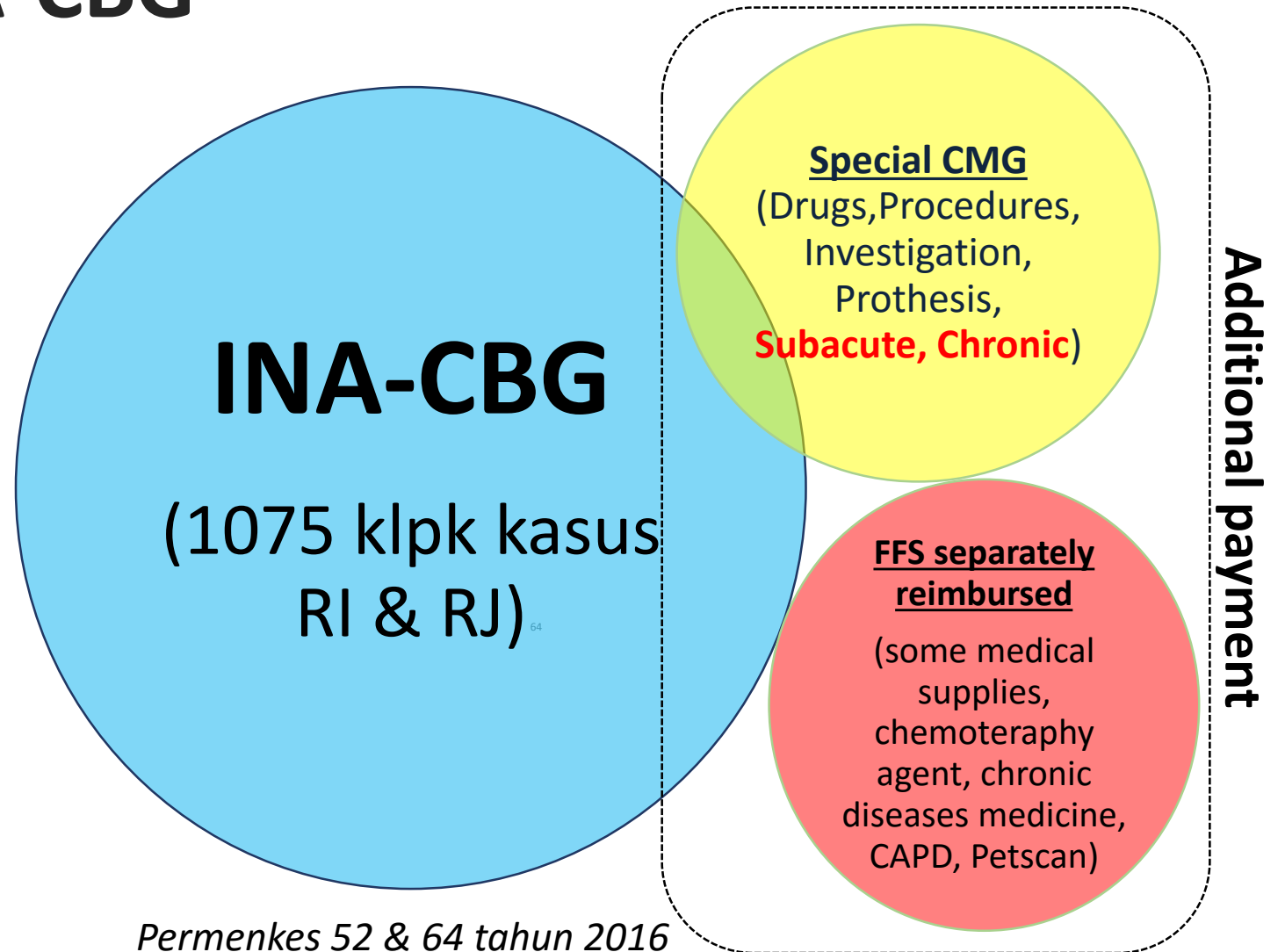
Komposisi Tarif INA-CBG



Model Pembayaran INA-CBG & Non-INA-CBG

Perubahan pada tarif INA-CBG di RS yang dilakukan :

1. Perbedaan Tarif RS pemerintah dan Swasta
2. Rasionalisasi tarif pada beberapa Group Tarif INA-CBG yang dianggap terlalu tinggi ataupun yang dianggap terlalu rendah
3. Upaya rasionalisasi sesuai dengan kompetensi RS



Pengelompokkan Tarif INA-CBG 2016 berdasarkan **Klasifikasi RS**

Tarif RSUPN Cipto Mangunkusumo

Tarif RSJP Harapan Kita, RSAB Harapan Kita, RSK Dharmais

Tarif RS Pemerintah dan Swasta Kelas A

Tarif RS Pemerintah dan Swasta Kelas B

Tarif RS Pemerintah dan Swasta Kelas C

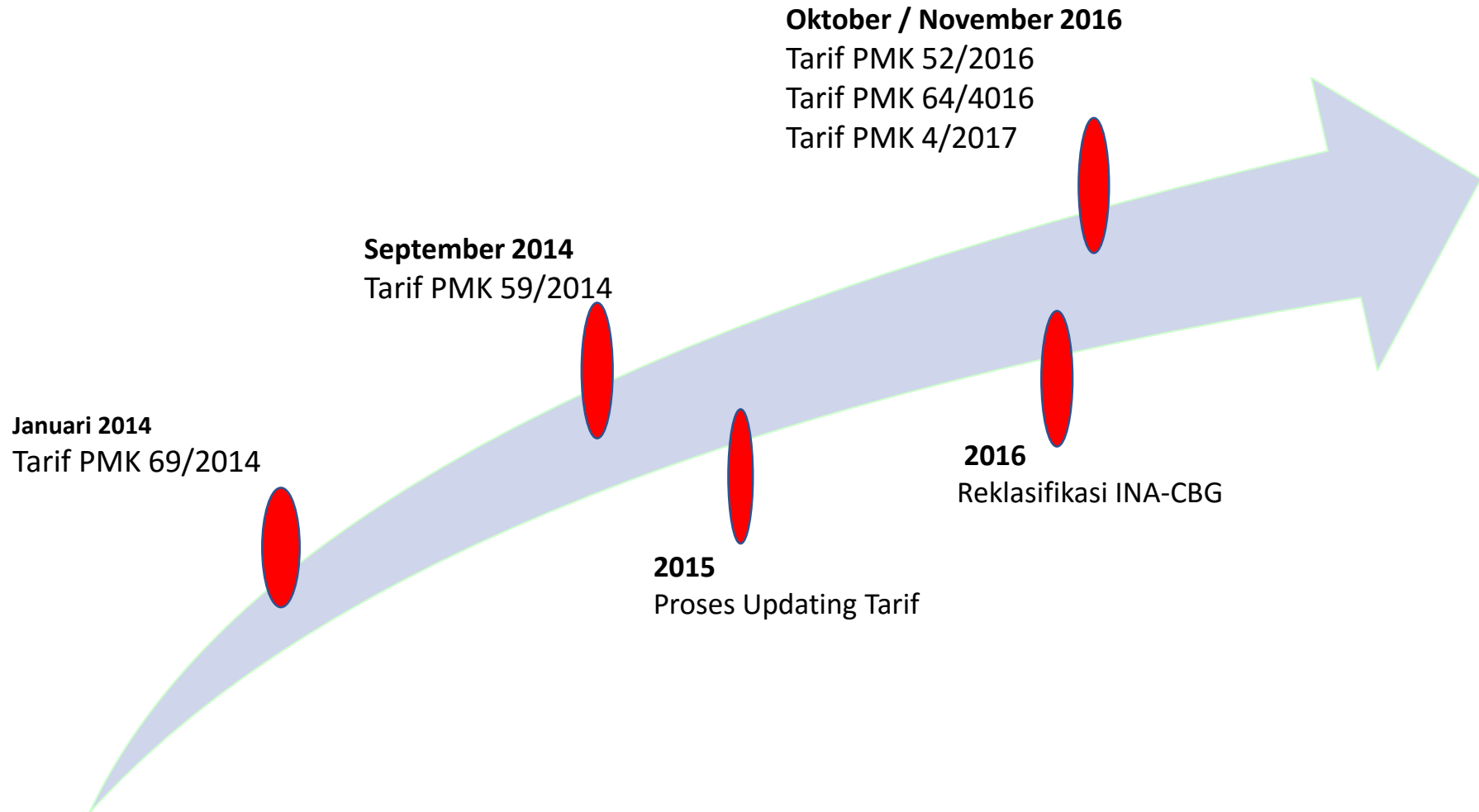
Tarif RS Pemerintah dan Swasta Kelas D

Pengelompokkan Tarif INA-CBG 2016 berdasarkan Regionalisasi

Regional 1	Regional 2	Regional 3	Regional 4	Regional 5
Banten, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur	Sumatra Barat, Riau, Sumatra Selatan, Lampung, Bali, Nusa Tenggara Barat	Nangro Aceh Darussalam, Sumatra Utara, Jambi, Bengkulu, Bangka Belitung, Kepulauan Riau, Kalimantan Barat, Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Barat, Sulawesi Selatan, Gorontalo.	Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, Kalimantan Utara Kalimantan Tengah	Nusa Tenggara Timur, Maluku, Maluku Utara, Papua, Papua Barat

*perbedaan tarif antar wilayah akibat adanya perbedaan harga obat/ alkes, dsb dg acuan Indeks Harga Konsumen (BPS)

PENGEMBANGAN TARIF INA-CBG di era JKN



TARIF INA-CBG UNTUK KASUS JIWA

Special CMG untuk *Subacute* dan *Chronic*

Ketentuan Lama Hari Rawat (LOS)

Fase Akut : 1 sampai dengan 42 Hari
Fase Subakut : 43 sampai dengan 103 Hari
Fase Kronis : 104 sampai dengan 180 Hari

Penghitungan tarif *special CMG*
subakut dan kronis

Fase Akut : 1 sampai dengan 42 Hari
Fase Subakut : 43 sampai dengan 103 Hari
Fase Kronis : 104 sampai dengan 180 Hari

Dalam hal pasien mendapatkan perawatan lebih dari 180 hari, maka diklaimkan **satu episode** dengan fase kronis.

Penilaian pasien subakut dan kronis dengan menggunakan WHO-DAS (*WHO – Disability Assesment Schedule*) versi 2.0 → instrumen yang digunakan untuk mengukur disabilitas

TARIF RS KHUSUS JIWA

Untuk pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit khusus di luar kekhususannya, berlaku kelompok tarif INA-CBG **satu tingkat lebih rendah** dari kelas rumah sakit yang ditetapkan.

Pelayanan sesuai kekhususannya :

- ❑ Jika kode diagnosis utama sesuai dengan kekhususan rumah sakit
- ❑ Dalam hal kode diagnosis yang sesuai kekhususannya merupakan kode asterisk dan diinput sebagai diagnosis sekunder maka termasuk ke dalam pelayanan sesuai kekhususannya.

Daftar kode diagnosis untuk pelayanan yang sesuai dengan kekhususan rumah sakit sesuai Lampiran Permenkes No. 76 Tahun 2016.

Pelayanan dan Pembayaran Obat Jiwa

Obat penyakit kronis di FKRTL diberikan maksimum untuk 30 (tiga puluh) hari sesuai indikasi medis.

Tatacara pemberian obat :

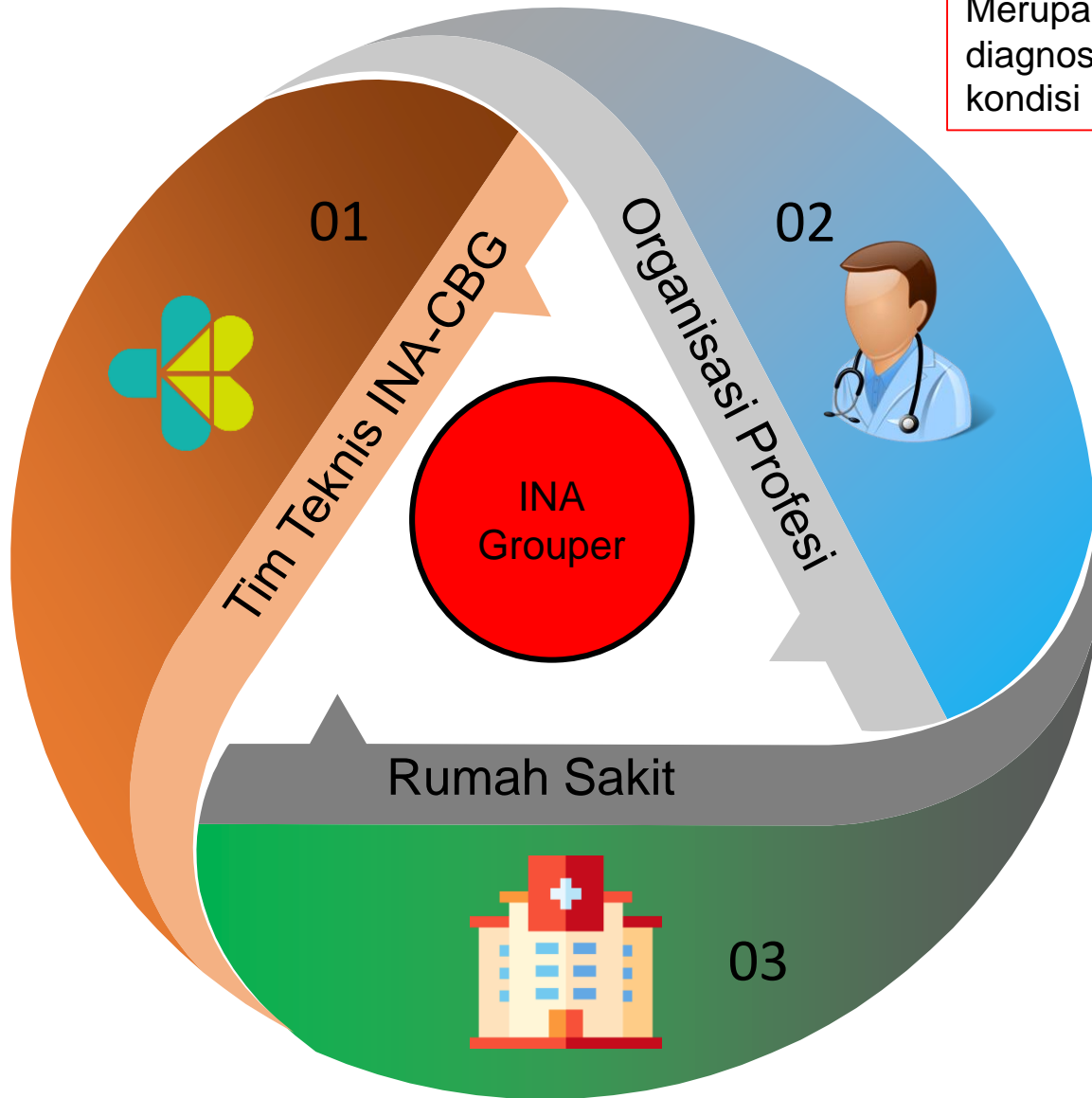
- Sebagai bagian dari paket INA-CBG, diberikan minimal 7 (tujuh) hari
- bila diperlukan tambahan hari pengobatan, obat diberikan terpisah di luar paket INA-CBG serta diklaimkan sebagai tarif Non INA-CBG, dan harus tercantum pada Formularium Nasional.

ROADMAP PENGEMBANGAN INA-CBG 2015-2019



REKLASIFIKASI INA-CBG

Merupakan proses pengelompokan ulang kasus-kasus yang ada melalui diagnosis dan prosedur yang terdapat dalam ICD untuk disesuaikan dengan kondisi lokal di Indonesia



01

Berperan melakukan analisis statistik, pembuatan logic dan grouper

02

Mempunyai peran melakukan mapping dan partisi dari diagnosis dan prosedur serta menyusun algoritma sesuai dengan kompetensinya

03

Berperan menyediakan data billing dan data costing yang akan digunakan dalam analisis statistik untuk menggambarkan homogenitas hasil proses reklasifikasi

Hal Penting untuk Perbaiki INA-CBG ke depan

**Pelayanan
Kesehatan**

Penerapan
PNPK/PPK/CP

Costing yg **VALID**

Pembayaran

Cost dari Pelayanan
yang sesuai Standar

Pembentukan Tarif
yang **Representatif**

Terima Kasih

Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan

Kementerian Kesehatan

Lantai 14, gedung Prof Suyudi

Jl. HR Rasuna Said Blok X 5 Kavling 4-9

Jakarta 12950

email : ppjkkemenkesri@gmail.com

PENGELOLAAN INA-CBGS UNTUK OPTIMALISASI PELAYANAN PASIEN SKIZOFRENIA DAN BIPOLAR

Dr. Metta Desvini PS SpKJ

FGD Optimalisasi Pelayanan Penyakit Kejiwaan di Era JKN

Jakarta, 23 April 2019

OUTLINE

- Skizofrenia
- Bipolar
- Data-data
- Pengobatan
- Kesimpulan

SKIZOFRENIA

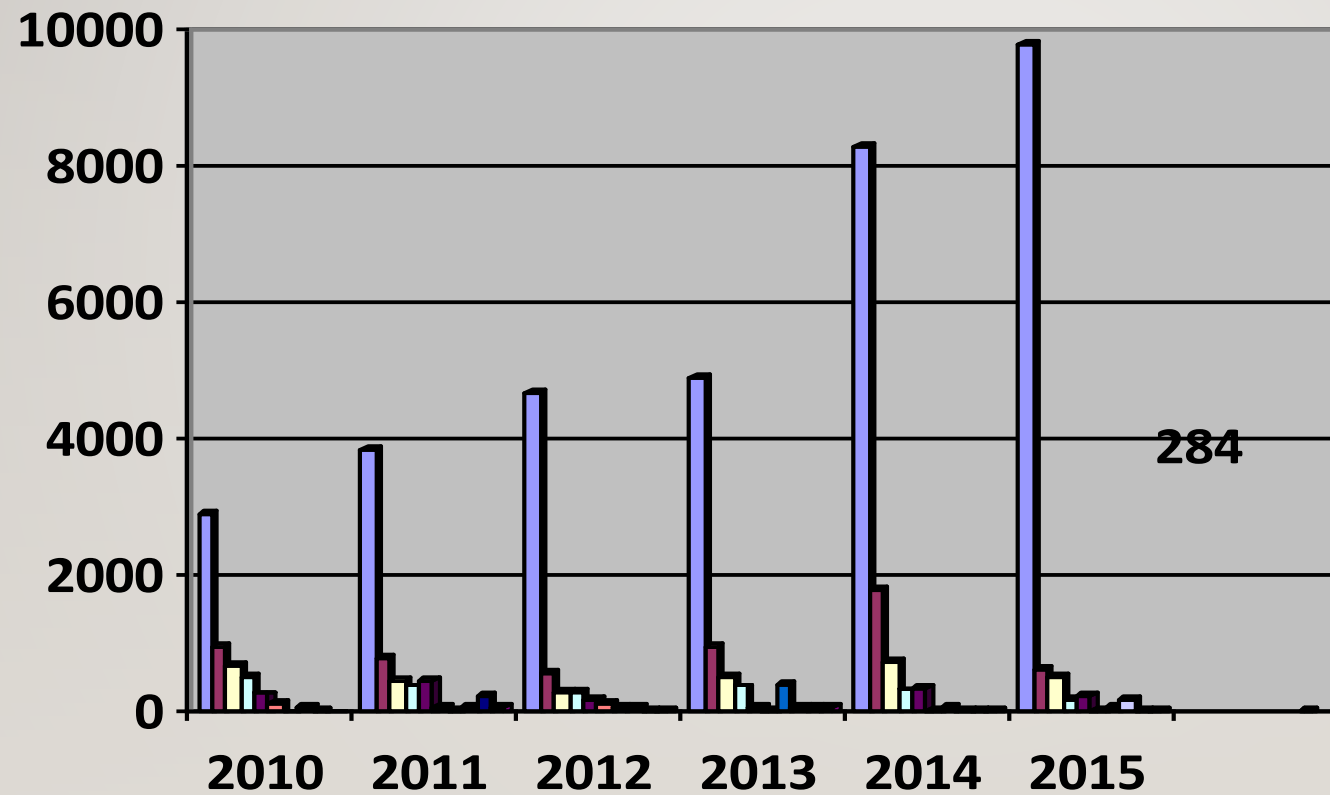
- Penyakit otak, kronis, gangguan menilai realitas yang mengganggu fungsi pekerjaan, hubungan sosial dan perawatan diri
- Rentan dialami pada usia produktif 15 - 20 tahun
- Gejala positif : Waham, Halusinasi, Agitasi, Agresif
- Gejala negative : Abulia, Alogia Asosialitas, Afek datar.
- Target Terapi : menghilangkan gejala dan meningkatkan kualitas hidup
- Terapi : Farmakoterapi +Psikoterapi dan Rehabilitasi Psikososial
- Terapi pasien Gangguan Jiwa :“*Tailor Made*”

BIPOLAR

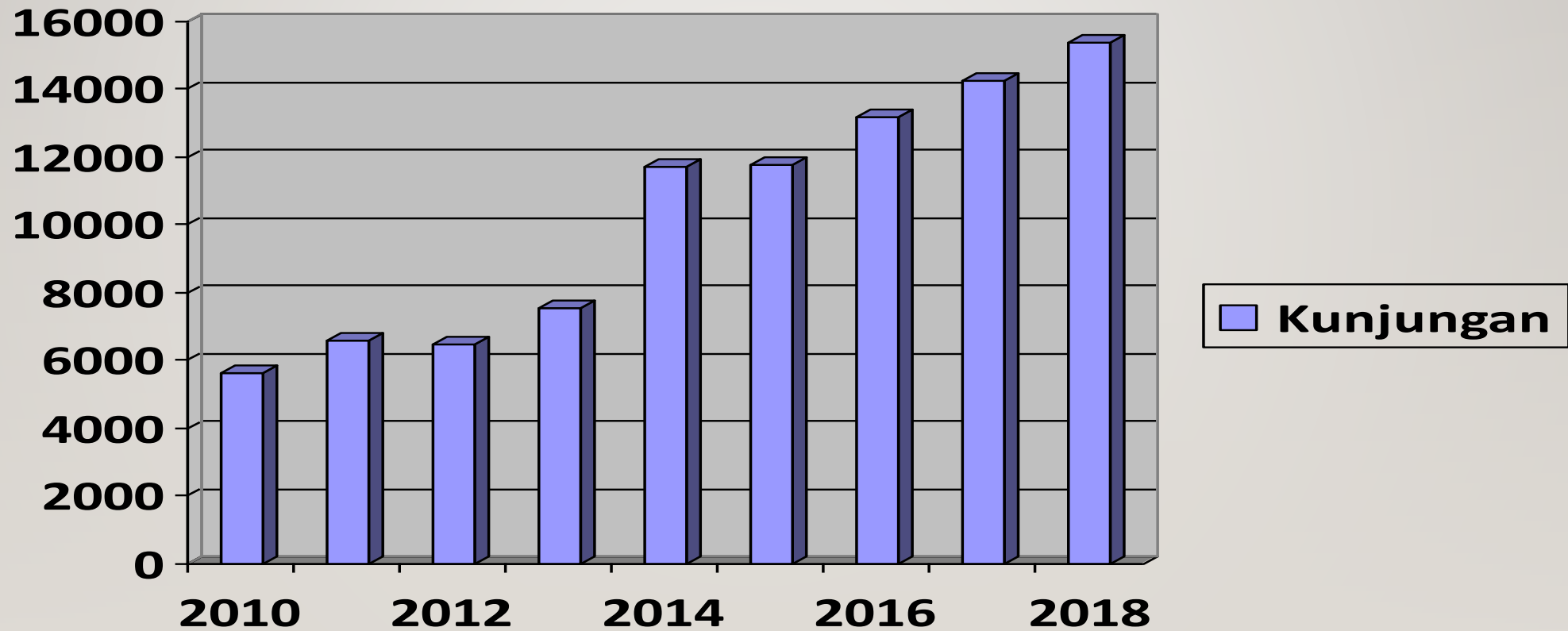
Gangguan alam perasaan (Mood) : Depresi, Manik atau campuran kadang disertai gejala Psikosis

- Berlangsung seumur hidup, sering kambuh, mengakibatkan gangguan fungsi sehari-hari dan penurunan kualitas hidup.
- Puncak I: usia 15-19 Thn, II: 20-24 Thn
- Gangguan Otak akibat stressor: Psikologis, Hormonal dan Medikasi
- Sering terjadi pada pasien Bipolar: Kesalahan Diagnosa/ Tidak dikenali
- Target Terapi : Mengembalikan fungsi - Mempertahankan Remisi - Meningkatkan kualitas hidup

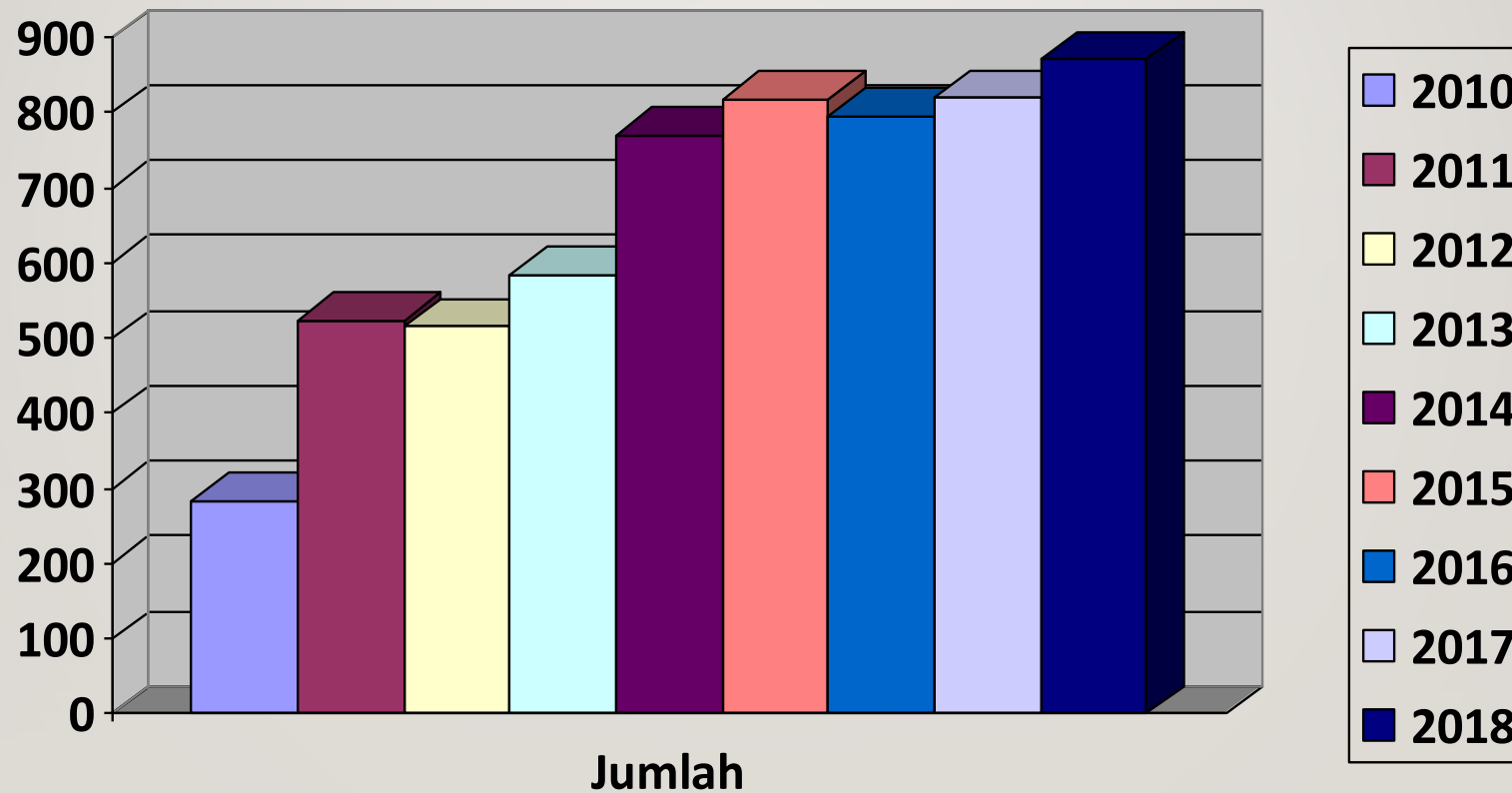
DATA DIAGNOSA 10 PENYAKIT TERBANYAK



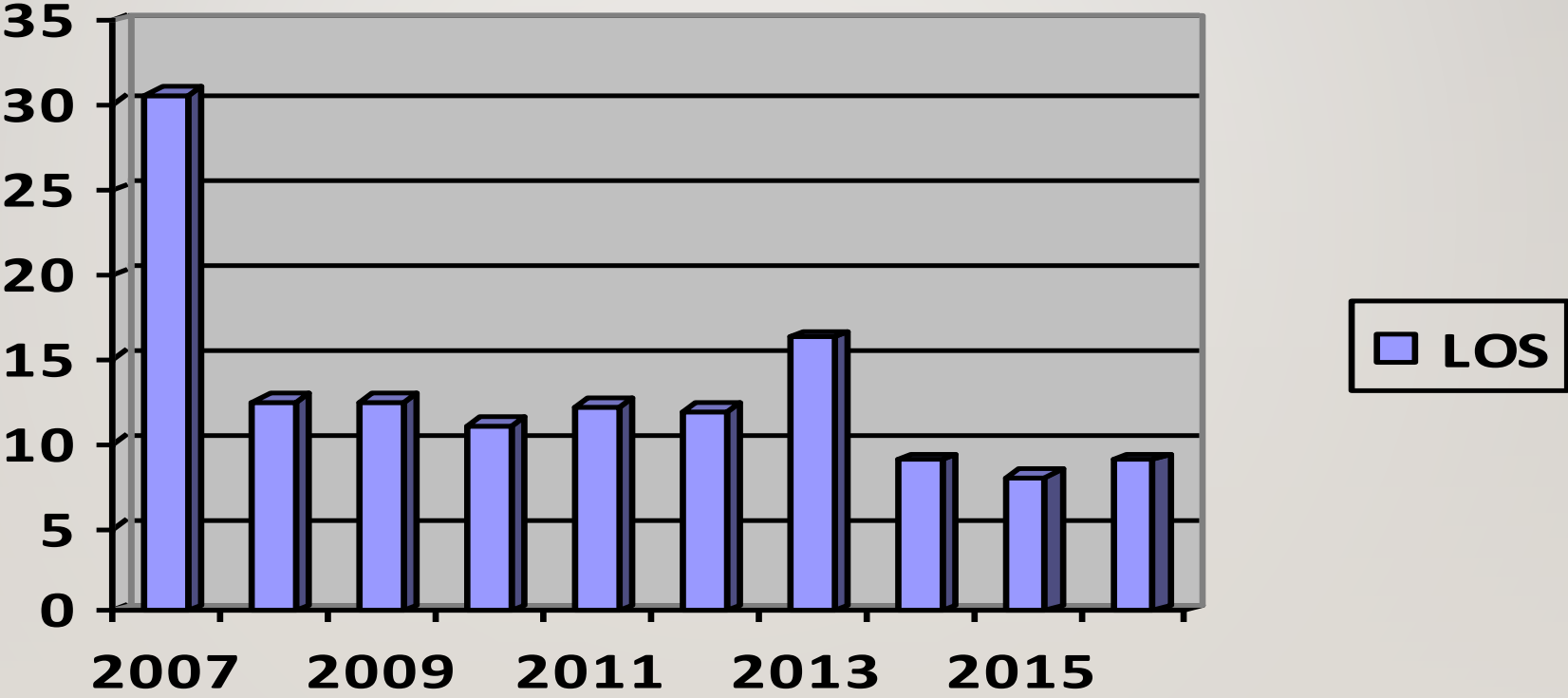
KUNJUNGAN RAWAT JALAN RSJ



KUNJUNGAN RAWAT INAP PASIEN GANGGUAN JIWA DI RSJ



LAMA RAWAT INAP



- Kunjungan Rawat Inap dengan episode perawatan 45 hari, pembiayaan INA CBGs, selanjutnya dengan WHO DASH.
- Pasien Kambuh dalam episode perawatan inap, rujuk ke RS lain: masalah tenaga medis dengan keluarga pasien.
- Ekspektasi keluarga: rawat sampai “Sembuh” dalam waktu lama
- Menolak membawa pulang pasien
- Ingin membayar sendiri tanpa jaminan JKN
- Rehabilitasi Psikososial sangat membantu “Kemandirian”



PENGOBATAN

- Tarif INA CBGs pembiayaan obat untuk 7 hari pasien kronis.
- Perbedaan persepsi verifikator terhadap obat di RS yg berbeda
- Pembatasan obat, hanya untuk Diagnosa tertentu, restriksi Fornas
- Pasien lama yang sudah biasa dengan kombinasi obat menolak berubah dan “memaksa” tetap dengan obat yg sama dengan pembiayaan JKN
- Pasien JKN dengan obat diluar Fornas
- Peraturan BPJS tidak boleh *cost sharing* kondisi dilematis
- Coding untuk ESO yang tidak sama dengan persepsi DPJP
- Top Up Anti Psikotik Long acting untuk pasien “sulit“

SIMULASI PEMBIAYAAN OBAT PASIEN SKIZOFRENIA /BIPOLAR DENGAN INA CBGS

- Pasien dengan Diagnosa Skizofrenia/ Bipolar di RSJ tipe C atau RSU tipe C dan B,
- Biaya perkali kunjungan Rawat Jalan INA CBGs :Rp 192,400,-
- Biaya terdiri dari: Jasa Konsultasi Dokter, administrasi RS dan biaya Obat.
- Pembiayaan obat penyakit kronis menggunakan INA CBGs untuk 7 hari dan 23 hari dengan Fee for service
- Pasien kronis diberikan obat untuk satu bulan

Contoh Simulasi Therapi pasien Skizofrenia dan Bipolar :

I. R/ Risperidone 2 dd 3 mg ... 7 hari: 14 x Rp 6160

THP 2 dd 2mg:14 X Rp 1400

Clozapin 2 dd 25 mg: 14 X Rp 15.694

Total biaya obat untuk 7 hari Rp, 23.254,-

II. R/ Aripiperazol 1 dd 15 mg7 hari : 7 x Rp 32.400 = Rp, 226.800


Lorazepam 1 dd 2 mg7 hari : 7 x Rp 864 = Rp, 6.048

Total Biaya 7 hari dengan INA CBGs Rp, 232.848,-

III. R/ Quetiapin XR 1 dd 600mg7 hari: 400mg x Rp 18.865,= Rp, 132.055

200mg x Rp 15.260=Rp, 106.820

Total biaya 7 hari dengan INA CBGs Rp, 238.875



KESIMPULAN

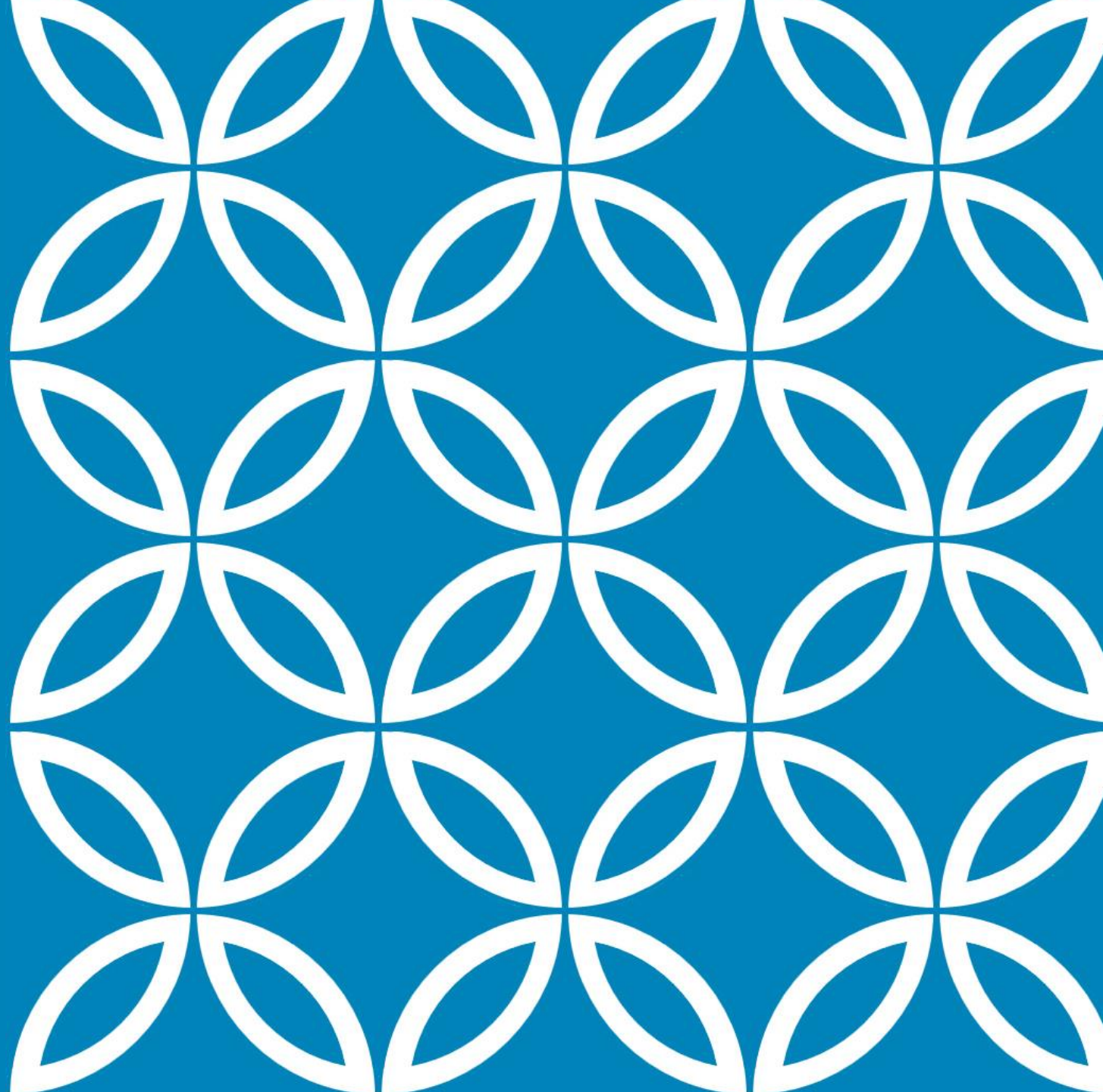
Adanya JKN membuat cakupan pelayanan pasien dengan Gangguan jiwa menjadi lebih luas namun masih ada beberapa permasalahan yang masih harus diperbaiki secara terus menerus dalam pelaksanaannya demi tercapainya pelayanan Kesehatan Jiwa yang komprehensif dan bermutu

Terima Kasih

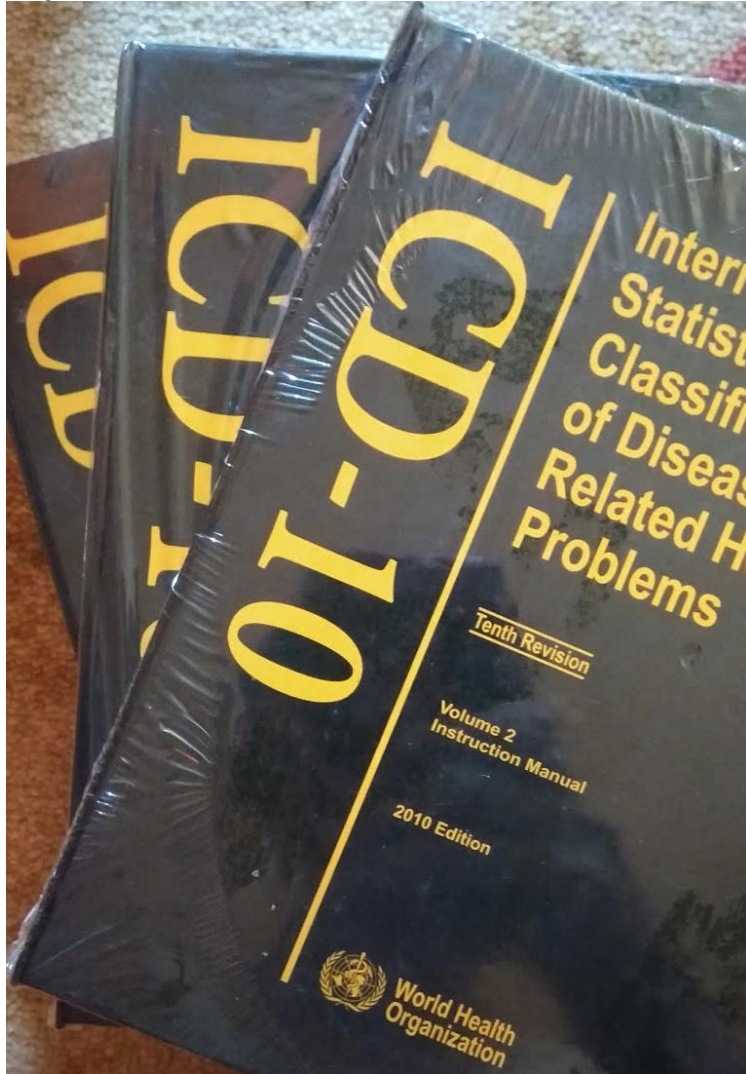


STUDI KASUS KLAIM OBAT SKIZOFRENIA DAN BIPOLAR DI JKN

Jakarta, 23 April 2019



KODING KASUS JIWA



BAB V

Kelainan Jiwa dan Tingkah laku (F00-F99)

Blok-blok di dalam bab ini:

- F00-F09 Kelainan jiwa organik, termasuk yang hanya berupa gejala
- F10-F19 Kelainan jiwa dan tingkah laku akibat penggunaan zat psikoaktif
- F20-F29 Schizophrenia, schizotype dan waham (delusion)
- F30-F39 Kelainan alam perasaan (mood/affective]
- F40-F48 Kelainan neurotik, berhubungan dengan stress-dan somatoformis.
- F50-F59 Sindroma tingkah laku akibat kekacauan fisiologis dan faktor fisik
- F60-F69 Kelainan kepribadian dan tingkah laku pada orang dewasa.
- F70-F79 Retardasi mental
- F80-F89 Kelainan perkembangan psikologis
- F90-F98 Kelainan tingkah laku dan emosi yang biasa mulai pada masa anak dan remaja
- F99 Kelainan mental yang tidak dijelaskan

Kategori asterisk untuk bab ini:

- F00* Dementia yang timbul pada penyakit Alzheimer
- F02* Dementia yang timbul pada penyakit lain yang klasifikasinya di tempat lain

PERMASALAHAN KODING JiWA

1. Dokter tidak menulis diagnosa di resume medis
2. Dokter tidak menulis diagnosa dengan jelas dan lengkap di resume medis

Contoh Resume Medis

3. Cara Pembiayaan JKN Jamkesda

4. Tanggal Berobat Tgl/Bln/Thn

5. Tanggal Lahir Tgl/Bln/Thn

6. Jenis Kelamin Laki-laki Perempuan

*7-11 Diisi oleh Dokter Pemeriksa

7. Cara Pulang Kontrol Ulang Rujuk RS Lain Rujuk Balik Rawat Inap Sembuh Meninggal

8. Diagnosa Utama ICD 10 :

9. Jenis Kasus Baru Lama

10. Diagnosa Sekunder

	Diagnosa	ICD 10
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

11. Tindakan / Terapi

	Tindakan / Terapi	ICD 9 CM
1.		
2.	Amis, Mide	
3.		
4.	Antipsyk	
5.		

Aplikasi INA-CBGs

Akun

JENIS KASUS

engan kondisi yang sesungguhnya.

1 - 9 (9)

Simple schizophrenia	F20.6
Other schizophrenia	F20.8
Schizophrenia, unspecified	F20.9
Residual schizophrenia	F20.5
Post-schizophrenic depression	F20.4
Hebephrenic schizophrenia	F20.1
Catatonic schizophrenia	F20.2
Undifferentiated schizophrenia	F20.3
Paranoid schizophrenia	F20.0

Simpan

NURUL ARFIANTI

RISHA WULANSARI

Kasus:

Pasien dari FKTP dirujuk menggunakan sistem rujukan online ke RS Tipe A khusus dengan indikasi **Skizofrenia Paranoid** pada rawat jalan diresepkan Quetiapin XR 300 mg untuk 30 hari.

Diketahui:

1. Restriksi FORNAS untuk Quetiapin XR adalah sebagai berikut

quetiapin*					
a)	Untuk skizofrenia.				
b)	Untuk pasien bipolar yang tidak memberikan respons terhadap pemberian litium atau valproat.				
c)	Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa.				
1.	tab SR 200 mg		√	√	60 tab/bulan.
2.	tab SR 300 mg		√	√	30 tab/bulan.
3.	tab SR 400 mg		√	√	30 tab/bulan.

2. Harga Quetiapin XR di E-Katalog

Nama dan Kekuatan Sediaan	Harga
Quetiapin XR 400 mg	18,616/tab
Quetiapin XR 300 mg	15,548/tab
Quetiapin XR 200 mg	14,300/tab

Paket INA-CBGs

• 7 x Tablet 300 mg =
Rp 108,836

Non Paket

• 23 x Tablet 300 mg =
Rp 357,604

3. Standar tarif INA-CBGs Tipe RS A Khusus

Home Coding / Grouping Kirim Data Online Laporan Dashboard Akt

041543 -- NOFANDI -- LAKI-LAKI -- 7 NOV 1985

Tarif Rumah Sakit : Rp 2.48,836

<input checked="" type="checkbox"/> Prosedur Non Bedah	<input type="text" value="0"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Prosedur Bedah	<input type="text" value="0"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Konsultasi	<input type="text" value="90000"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Tenaga Ahli	<input type="text" value="0"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Keperawatan	<input type="text" value="0"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Penunjang	<input type="text" value="0"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Radiologi	<input type="text" value="0"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Laboratorium	<input type="text" value="0"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Pelayanan Darah	<input type="text" value="0"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Rehabilitasi	<input type="text" value="0"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Kamar / Akomodasi	<input type="text" value="50000"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Rawat Intensif	<input type="text" value="0"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Obat	<input type="text" value="0"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Obat Kronis	<input type="text" value="108836"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Obat Kemoterapi	<input type="text" value="0"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Alkes	<input type="text" value="0"/>	<input checked="" type="checkbox"/> BMHP	<input type="text" value="0"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Sewa Alat	<input type="text" value="0"/>

*) Menyatakan benar bahwa data tarif yang tersebut di atas adalah benar sesuai dengan kondisi yang sesungguhnya.

Diagnosa (ICD-10):

Paranoid schizophrenia Primer

Prosedur (ICD-9-CM):

Psychiatric mental status determination

Neuroleptic therapy

Hasil Grouper - Final					
Info 0	IFAH MUZDALIFAH @ 18 Apr 2019 14:45 -- Kelas A -- Tarif : TARIF RS KELAS A PEMERINTAH				
Jenis Rawat	Rawat Jalan Regular				
Group	PELAYANAN KESEHATAN MENTAL EKSTENSIF	F-5-10-0	Rp	466,700	
Sub Acute	-	-	Rp	0	
Chronic	-	-	Rp	0	
Special Procedure	-	-	Rp	0	
Special Prosthesis	-	-	Rp	0	
Special Investigation	-	-	Rp	0	
Special Drug	-	-	Rp	0	
<input checked="" type="checkbox"/> Status Data Klaim	Klaim belum terkirim ke Pusat Data Kementerian Kesehatan				
<input checked="" type="checkbox"/> Status Klaim					
[debus]				Total Rp	466,700

PERMASALAHAN KLAIM OBAT SKIZOFRENIA DAN BIPOLAR

1.

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT JiWA Dr. SOEHARTO HEERDJAN
Jl. Prof. Dr. Latumeten No. 1 Jakarta Barat
Telepon (021) 5682841 - 5682842

RUANG/INSTALASI :
TANGGAL : 26/11/2018
ALERGI :
 TIDAK
 YA, NAMA OBAT

R /

PEESERTA
RTO HEERDJAN

Peserta : PBI (APBD)
COB : -
Jns.Rawat : R.Jalan
Kls.Rawat : -
Penjamin :

Konfirmasi diagnosa ?

INST. RAWAT JALAN
PESERTA
BPJS - KESEHATAN

Daprih, 1500, 70 x 210 (90)
1500 L

2.

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT JiWA Dr. SOEHARTO HEERDJAN
Jl. Prof. Dr. Latumeten No. 1 Jakarta Barat
Telepon (021) 5682841 - 5682842

RUANG/INSTALASI :
TANGGAL : 28/11/18
ALERGI :
 TIDAK
 YA, NAMA OBAT

R /

SERTA
HEERDJAN

Peserta : PBI (APBD)
COB : -
Jns.Rawat : R.Jalan
Kls.Rawat : -
Penjamin :

Rwayat Valproat (lithium)?

INST. RAWAT JALAN
PESERTA
BPJS - KESEHATAN

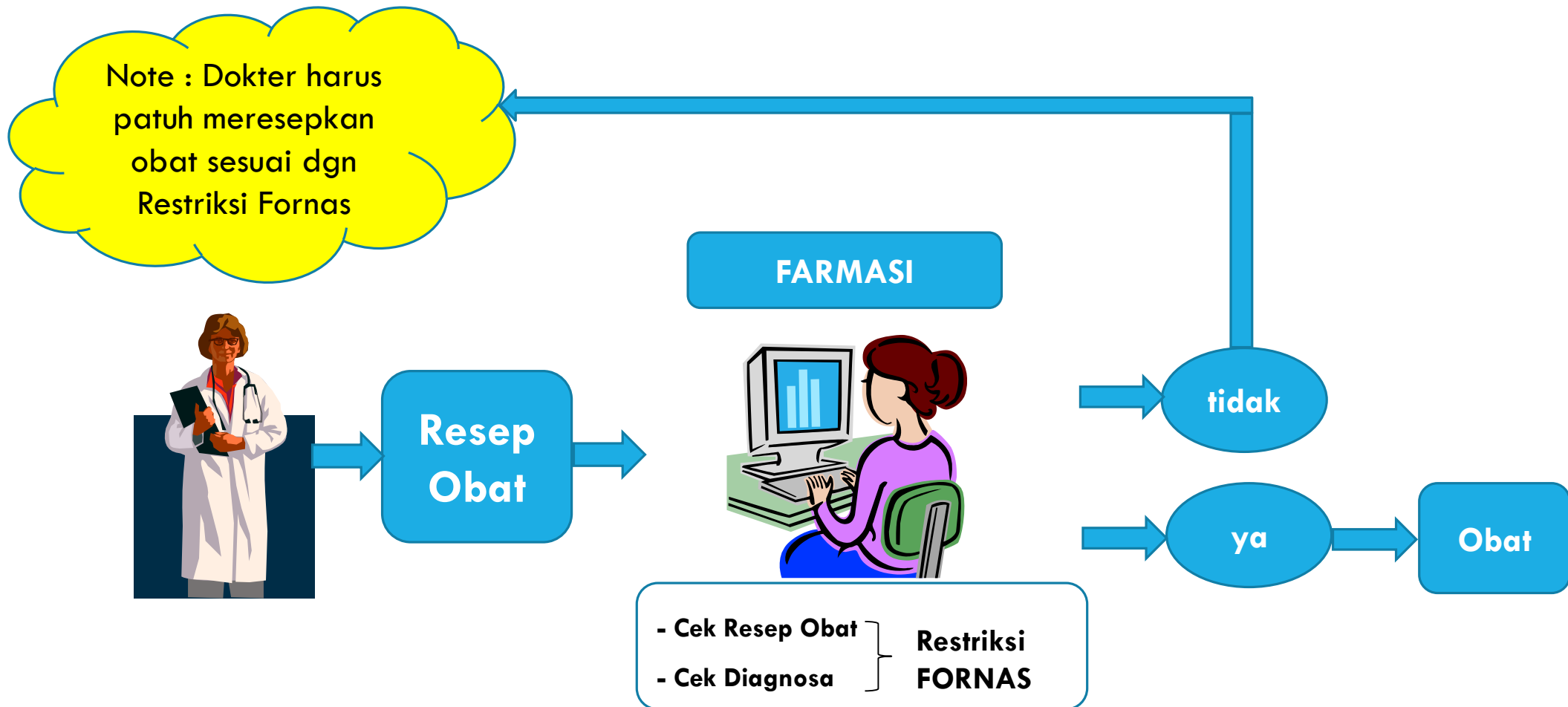
312 500

her tre
RUJUKAN

Pasien/Keluarga Pasien

TIPS KLAIM OBAT SKIZOFRENIA DAN BIPOLAR

1. Dokter harus patuh meresepkan obat sesuai dengan restriksi FORNAS
2. Farmasi mengkonfirmasi ke dokter bila ada resep yang tidak sesuai dengan restriksi FORNAS



TERIMA KASIH