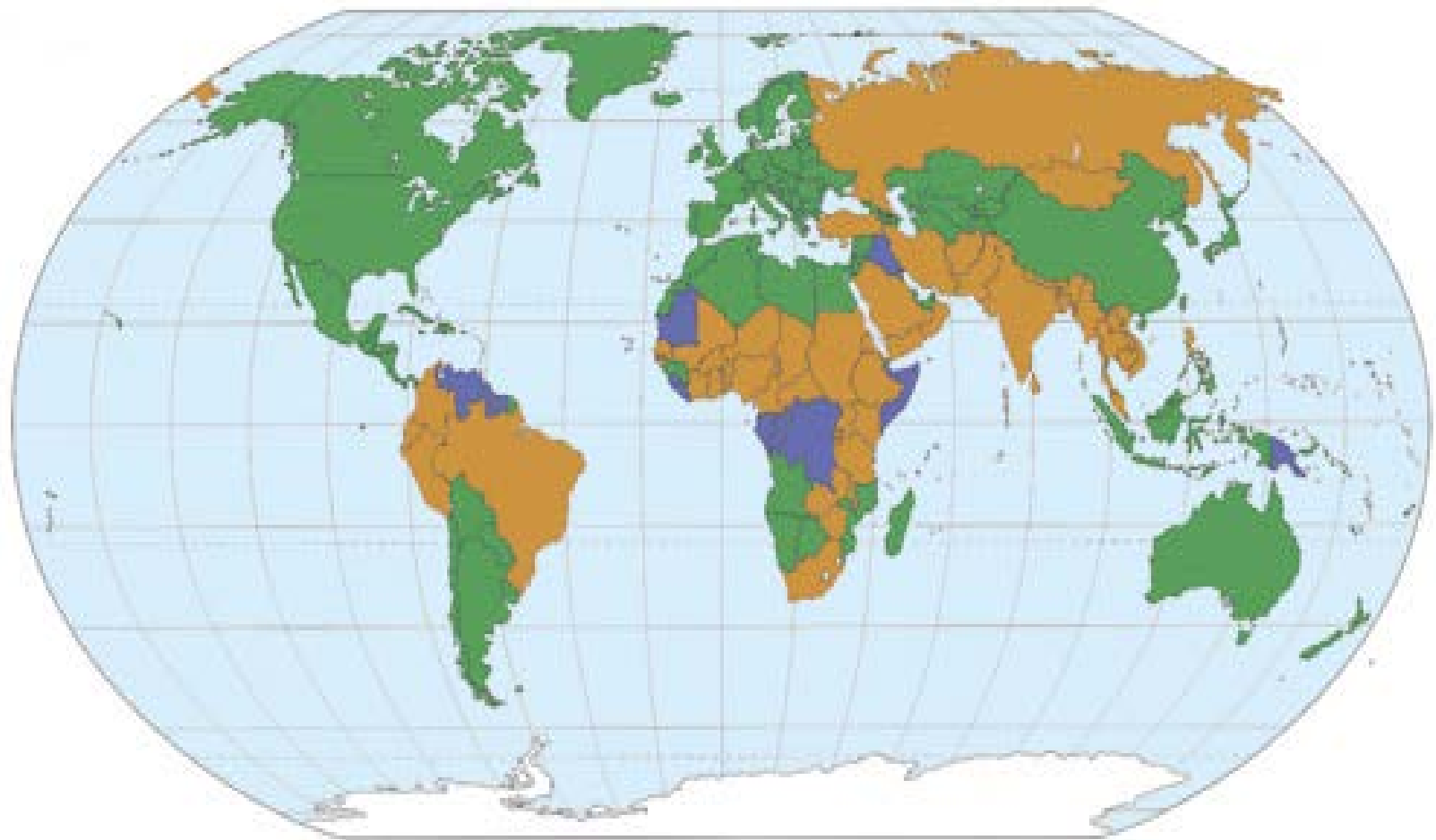




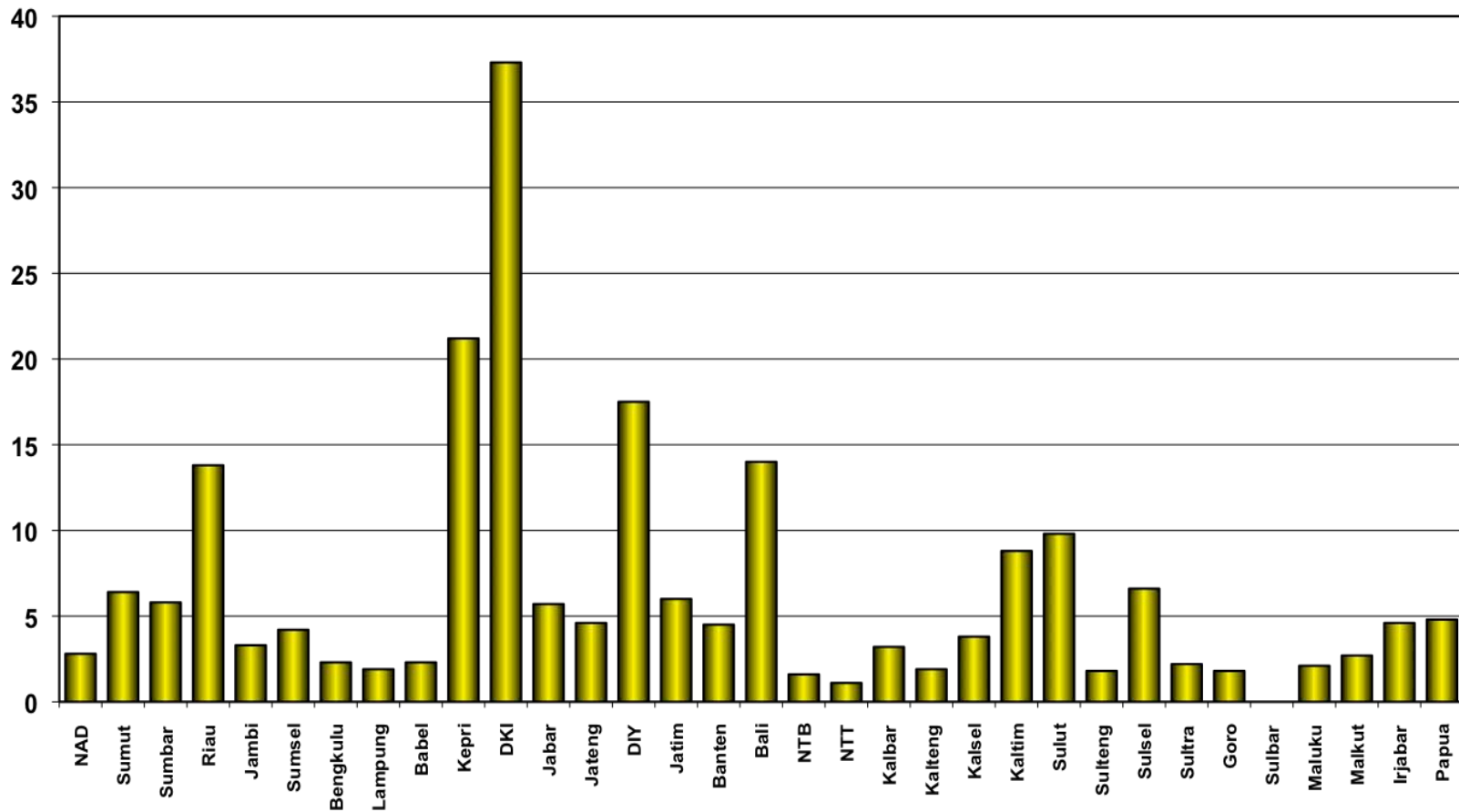
# PRAKTEK SPESIALIS DI ERA SJSN

Aru W. Sudoyo  
Perhimpunan Dokter Spesialis Penyakit Dalam  
Indonesia  
PAPDI

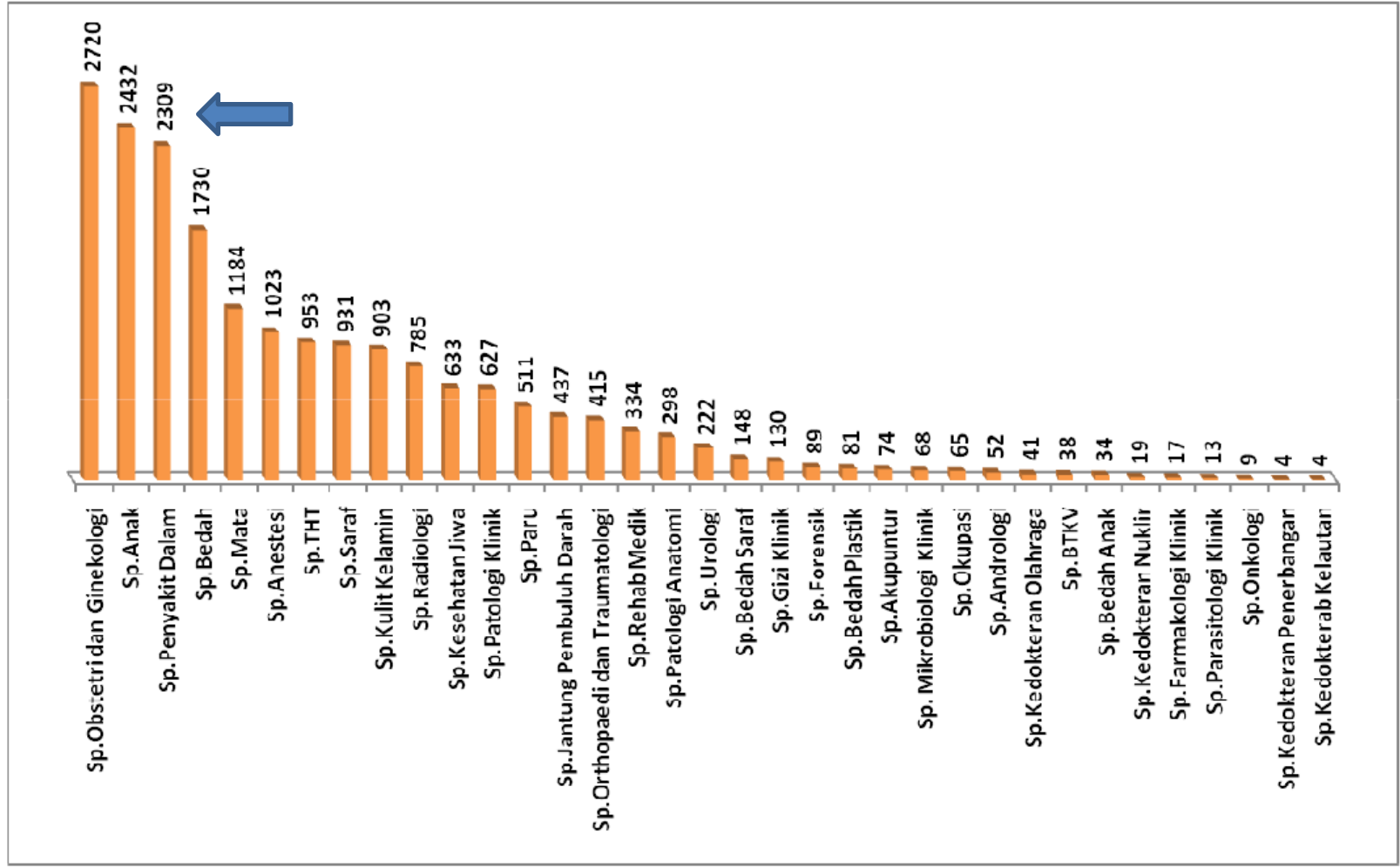




# Jumlah Dokter Spesialis/100.000 penduduk menurut Provinsi



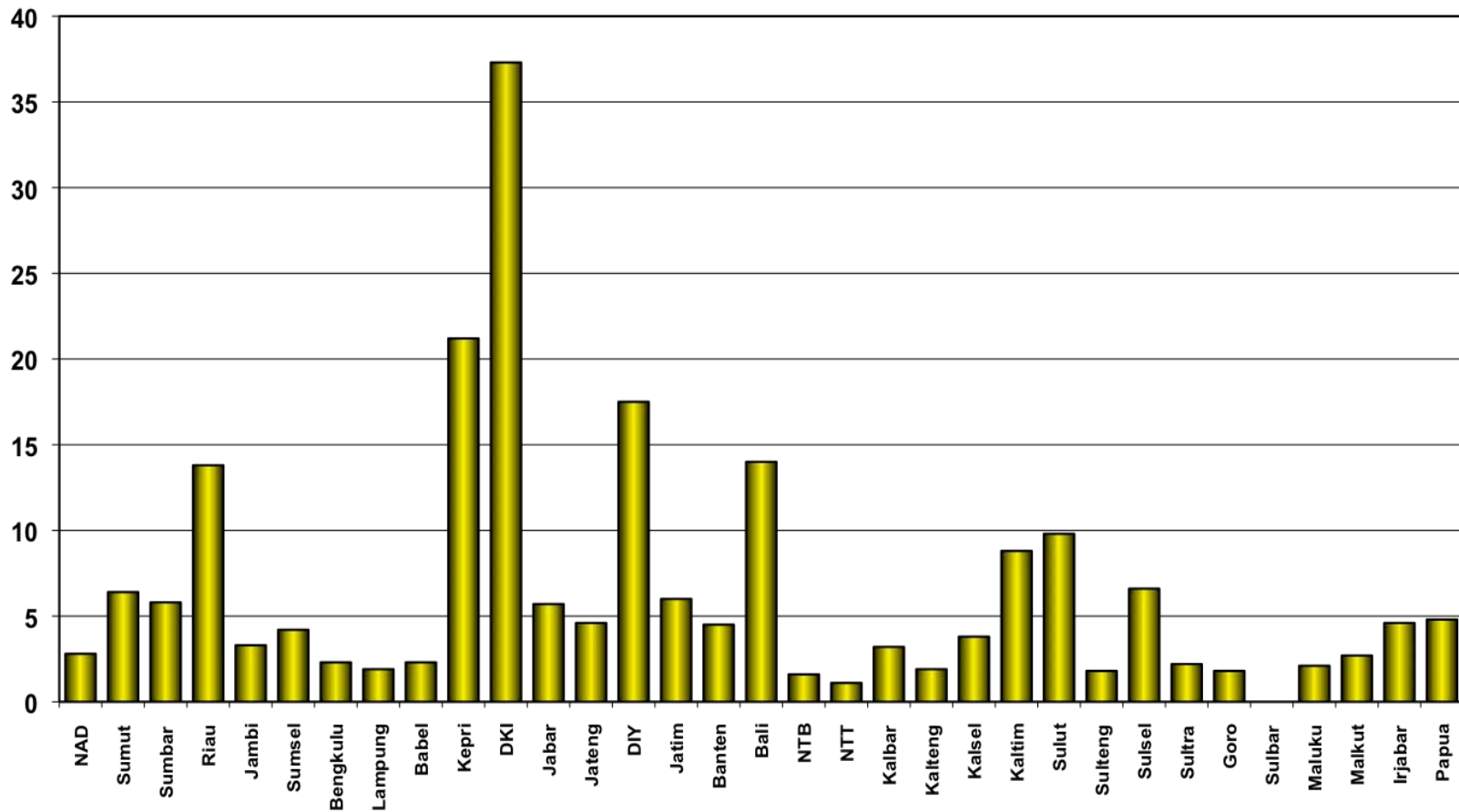
# NUMBER OF SPECIALISTS IN INDONESIA BASED ON SPECIALIZATION FIELDS 2010



**REKAPITULASI DOKTER/DOKTER GIGI/DOKTER GIGI SPESIALIS/DOKTER SPESIALIS DI KKI  
PERIODE TAHUN 2005 S/D 31 DESEMBER 2010**

<b>NO</b>	<b>PROPINSI</b>	<b>DU</b>	<b>DRG</b>	<b>DRGS</b>	<b>DSP</b>	<b>TTL</b>
1	NANGGROE ACEH DARUSSALAM	1324	159	11	221	1715
2	SUMATERA UTARA	5384	1347	31	1119	7881
3	SUMATERA BARAT	1891	500	8	400	2799
4	RIAU	1579	427	6	255	2267
5	JAMBI	624	149	2	119	894
6	SUMATERA SELATAN	1636	239	4	440	2319
7	BENGKULU	442	72	1	45	560
8	LAMPUNG	1072	246	3	165	1486
9	KEP. BANGKA BELITUNG	239	55	3	41	338
10	KEPULAUAN RIAU	507	122	5	126	760
11	DKI JAKARTA+B39	12896	4630	546	4502	22574
12	JAWA BARAT	11456	3187	280	2803	17726
13	JAWA TENGAH	7344	1359	67	1990	10760
14	DI YOGYAKARTA	2122	767	120	790	3799
15	JAWA TIMUR	9835	3324	355	2835	16349
16	BANTEN	3229	1070	65	600	4964
17	BALI	2098	634	18	681	3431
18	NUSA TENGGARA BARAT	498	140	3	95	736
19	NUSA TENGGARA TIMUR	401	95		59	555
20	KALIMANTAN BARAT	516	145	3	142	806
21	KALIMANTAN TENGAH	385	70	2	57	514
22	KALIMANTAN SELATAN	816	148	2	151	1117
23	KALIMANTAN TIMUR	1098	331	12	303	1744
24	SULAWESI UTARA	1491	75	4	293	1863
25	SULAWESI TENGAH	356	68	1	70	495
26	SULAWESI SELATAN	2842	1001	26	780	4649
27	SULAWESI TENGGARA	312	80	1	48	441
28	GORONTALO	214	27		33	274
29	SULAWESI BARAT	89	26		8	123
30	MALUKU	181	39	1	30	251
31	MALUKU UTARA	114	20	1	23	158
32	PAPUA BARAT	151	22		32	205
33	PAPUA	443	81	1	77	602
<b>TOTAL</b>		<b>73585</b>	<b>20655</b>	<b>1582</b>	<b>19333</b>	<b>115155</b>

# DISTRIBUTION OF SPECIALISTS IN VARIOUS PROVINCES IN INDONESIA





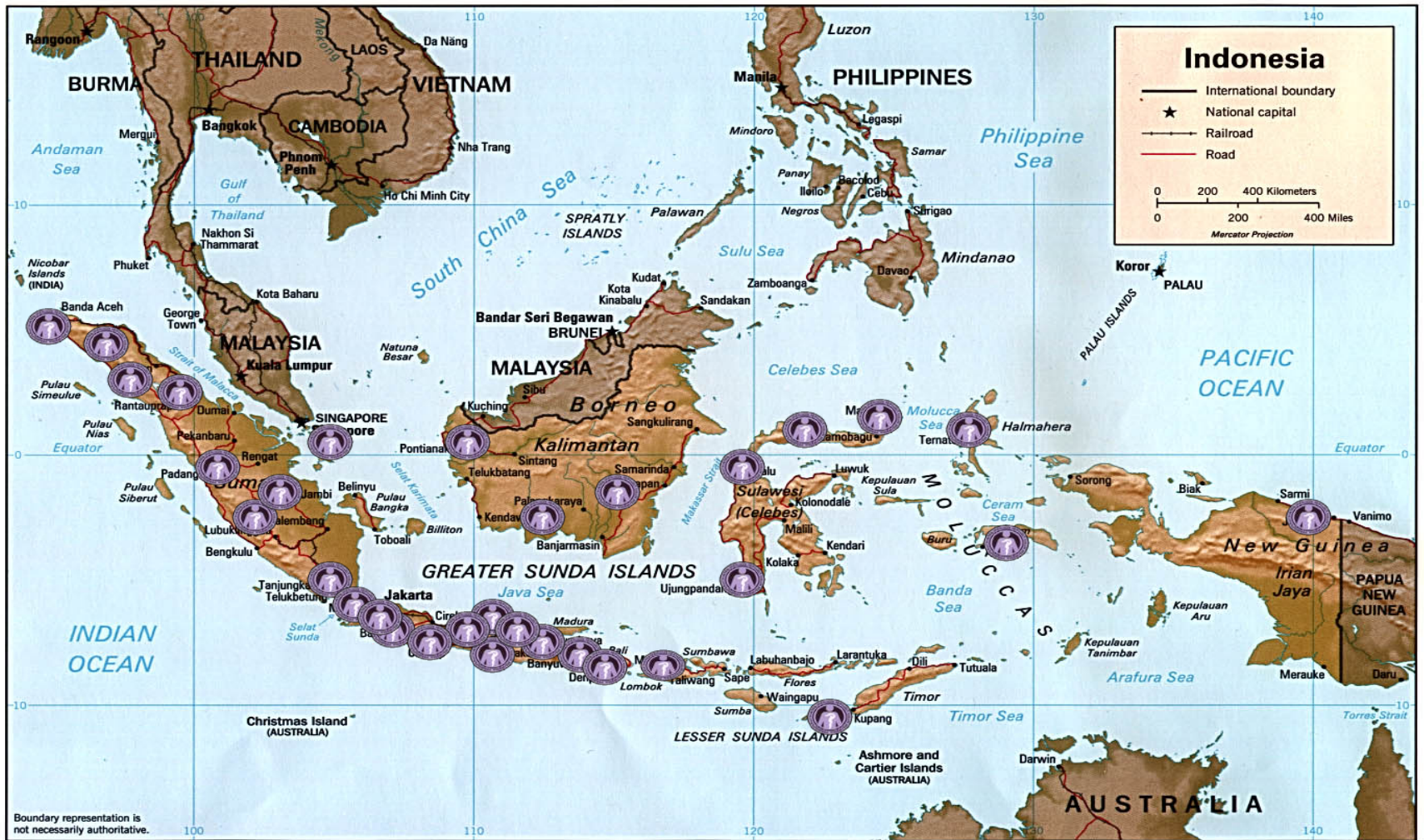
# JUMLAH ANGGOTA SPESIALIS PENYAKIT DALAM DI INDONESIA 2009)

No.	PAPDI CABANG	s.d Juli 2010
1	Jakarta Raya	479
2	Jawa Barat	175
3	Surabaya	163
4	Yogyakarta	86
5	Sumatera Utara / Medan	143
6	Semarang	171
7	Padang	50
8	Palu	15
9	Bogor	23
10	Menado (SULUT)	31
11	Palembang	82
12	Makassar	66
13	Bali	60
14	Malang	52
15	Surakarta	57
16	Kalimantan Timur	43
17	Kalimantan Barat	23

18	Banten	46
19	Dista Aceh	39
20	Kalimantan Selatan Tengah	38
21	Lampung	24
22	Purwokerto	23
23	Gorontalo	9
24	Kepulauan Riau (KEPRI)	12
25	Jambi	17
26	Kupang	9
27	Riau	40
28	Cirebon	24
29	Maluku	5
30	Tanah Papua	16
31	Maluku Utara	7
32	Bekasi	25
33	Nusa Tenggara Barat (NTB)	13
34	Depok	21
<b>JUMLAH INTERNIS</b>		<b>2087</b>



# INTERNIS UMUM



# SJSN 2014

- Sistem jaminan Sosial Nasional 1 januari 2014 meliputi:PBI ( penerima bantuan iuran), peserta Askes, peserta Jamsostek, TNI Polri, Jamkesda, Askes komersial → diawali dengan 120 juta penduduk → 2019 → 257,5 juta penduduk indonesia → Universal Health Coverage.
- Pelayanan primer → Kapitasi.
- Pelayanan sekunder,tersier → INA CBGs

# Pelayanan Medik

- **Primer**
  - Dokter umum
  - Garis Depan
- **Sekunder**
  - Spesialis
  - Rumah sakit
- **Tertier**
  - Subspesialis
  - Rumah Sakit Fasilitas khusus

## Perubahan yang mendukung pelaksanaan jaminan kesehatan nasional adalah :

- Perubahan sistem pelayanan dari ***Specialist Oriented*** menjadi ***Primary Care Oriented***.
- Perubahan komposisi biaya yang sebelumnya 80% pada pelayanan kesehatan sekunder/tersier dan 20% pada pelayanan primer menjadi 50% pada pelayanan kesehatan sekunder/tersier dan 50% pada pelayanan primer

## **Praktek Dokter Spesialis selama era SJSN :**

1. Di RS pemerintah yg melayani pasien SJSN
2. Di RS swasta yg melayani pasien SJSN
3. Praktek perseorangan atau berkelompok di klinik utama ( permenkes 028/2011 )
4. Praktek Spesialis mandiri di rumah / tempat praktek.

*(1) dan (2) pembayaran jasa medis sesuai INA*

*CBGs, (3) sedang dalam pembahasan, (4) tdk masuk dlm sistem jaminan kesehatan nasional*

# Pembiayaan Berbagai Jenjang Pelayanan Kesehatan di Era SJSN 2014



## Pelayanan Berjenjang

Kapitasi,  
Pay For Performance

**Pelayanan Primer:** Dokter (Dr/Drg, Bidan untuk persalinan), Tempat praktik perorangan, Klinik Pratama, Klinik Umum di Balai/ Lembaga Yan Kes, Poliklinik Umum RS Kelas D Pratama, Di Daerah tertentu dimana ada kendala akses yan primer → Poli Umum RS (Supply Induced Demand)



DRG/INA CBG'S

**Pelayanan Sekunder:** pelayanan kesehatan spesialistik yang dilakukan oleh dokter spesialis atau dokter gigi spesialis yang menggunakan **pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialistik**



DRG/INA CBG'S

**Pelayanan Tersier:** pelayanan kesehatan sub spesialistik yang dilakukan oleh dokter sub spesialis atau dokter gigi sub spesialis yang menggunakan **pengetahuan dan teknologi kesehatan sub spesialistik**



# PENDAHULUAN



## Perubahan bagi peserta

	SEBELUM JKN	ERA JKN
<b>Akses ke fasilitas kesehatan</b>	Tidak terstruktur, bebas ke mana saja	Terstruktur, setiap peserta harus menggunakan Point of Care (POC) yang ada di wilayahnya
<b>Akses ke dokter</b>	Bebas memilih dokter, setiap saat bisa berganti dokter	Terbatas pada Dokter Pelayanan Primer (DPP) yang ada di POC
<b>Kunjungan ke spesialis</b>	Bisa langsung tanpa surat rujukan	Dirujuk oleh DPP
<b>Obat-obatan</b>	Bebas, pasien bisa meminta asal mampu	Dibatasi oleh daftar obat
<b>Prosedur medik</b>	Bebas, pasien bisa meminta asal mampu	Atas indikasi medik yang ditentukan oleh dokter

- INA-CBGs
- - Penentuan tarif jasa medis dgn INA-CBGs :
- Indonesia Case Base Groups : →
- - Suatu sistem pengelompokan penyakit berdasar :
  - Ciri Klinis yang sama
  - Biaya Perawatan yang sama
- - Dikaitan dengan Pembiayaan
- - Dengan tujuan meningkatkan mutu dan efektif



- Dasar pengelompokan masih menggunakan
- ICD 10 : untuk diagnosa.
- ICD 9 CM : untuk prosedur atau tindakan

## • ICD 10

- **Diagnosis utama**
  - Yang menghabiskan biaya terbanyak
  - Berbeda dengan penyebab kematian
- **Diagnosis sekunder**

## TINDAKAN

- ICD 9 CM
- Tindakan operatif
  - Di kamar operasi
  - Di luar kamar operasi
- Tindakan diagnostik
  - Radiologi
  - Laberstorium

# Manfaat INA-CBGs bagi pasien, dokter dan Rumah Sakit

PASIEN	DOKTER	RUMAH SAKIT
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Memberikan prioritas perawatan berdasarkan tingkat keparahan</li><li>2. Kualitas pelayanan yg lebih baik.</li><li>3. Mengurangi resiko yg dihadapi pasien</li><li>4. Mempercepat pemulihan / meminimalisir kecacatan.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Memberikan treatment tepat berdasarkan tingkat keparahan.</li><li>2. Meningkatkan komunikasi antar spesialis.</li><li>3. Sebagai monitor dan kontrol kualitas pelayanan.</li><li>4. Kualitas pelayanan yg lebih baik.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Evaluasi mutu pelayanan RS.</li><li>2. Quality Assurance.</li><li>3. Informasi variasi pelayanan.</li><li>4. Rencana perawatan yg tepat.</li><li>5. Benchmarking dan perencanaan anggaran.</li></ol>

# Potensi Masalah INA-CBGs dalam praktek spesialis di Rumah Sakit

Jasa medis dokter tidak dipisahkan dari unit cost lain, yaitu masuk dalam jasa pelayanan maksimal sebesar 44 persen dari total. Dengan sistem ini maka akan meningkatkan sengketa antara manajemen RS dengan dokter. Bahkan ada beberapa RS yang hanya memberi jasa medis dokter sebesar 5%. Ini sangat merugikan dokter karena dalam melakukan tindakan medis yang sama, akan berbeda beda jasa medisnya tiap RS, tergantung pada kebijakan direktur.

# Kekurangan INA CBGs dalam praktek spesialis di rumah Sakit

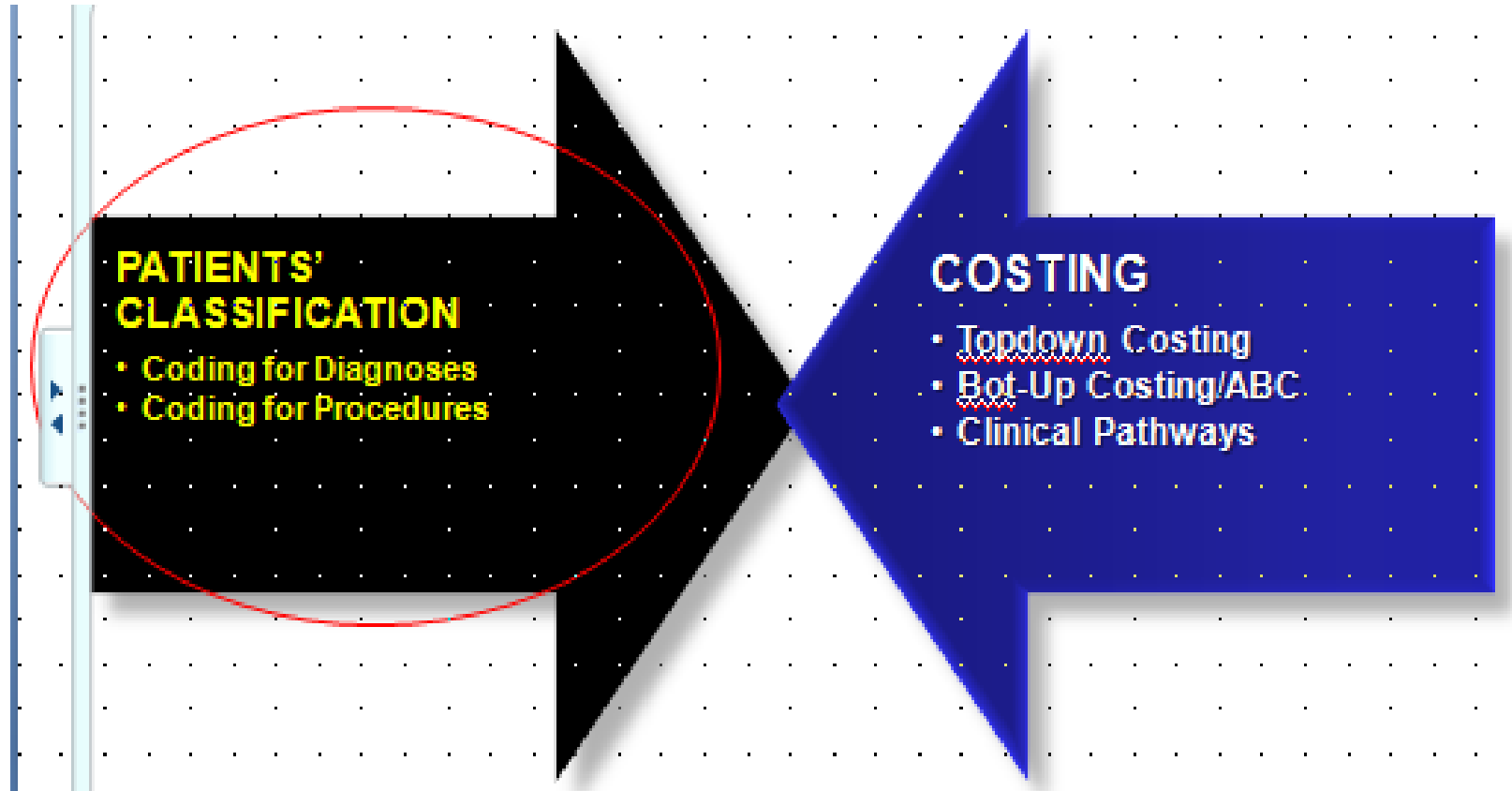
**ADANYA PERBEDAAN TARIF YANG SANGAT  
MENYOLOK ANTARA STRATA RS PADA  
TINDAKAN MEDIS YANG SAMA, HAL INI  
SANGAT MENGUNTUNGGKAN RS TIPE A  
PENDIDIKAN, DOKTER YANG BEKERJA DI RS  
TIPE B,C,D TIDAK MENDAPAT KEADILAN.**

# JALAN KELUARNYA :

1. Organisasi / Perhimpunan profesi harus segera menetapkan tarif jasa medis dokter spesialis karena
2. Tarif jasa medis tersebut dapat ditentukan berapa persen tarif jasa medis dari total cost.
3. Persentasi nominal jasa medis harus dikeluarkan dari cost yg lain sehingga hak dokter spesialis seimbang mengurangi sengketa antar dokter dengan pihak manajemen RS.

3. Antar strata RS dalam satu wilayah tidak boleh ada perbedaan tarif jasa medis untuk satu tindakan yg sama, kecuali RS di daerah terpencil harus disesuaikan dengan indeks keekonomian.
4. Pembuatan Clinical pathway di setiap perhimpunan profesi → kendali mutu dan kendali dalam setiap kasus yg ditangani di RS.

Jalan keluarnya yg lain → Peningkatan pada kemampuan Coding dan Costing INA CBGs para Dokter Spesialis.





PRESIDEN  
REPUBLIK INDONESIA

PERATURAN PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 12 TAHUN 2013  
TENTANG  
JAMINAN KESEHATAN

Pasal 39

- (1) BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama secara praupaya berdasarkan kapitasi atas jumlah Peserta yang terdaftar di Fasilitas Kesehatan tingkat pertama.
- (2) Dalam hal Fasilitas Kesehatan tingkat pertama di suatu daerah tidak memungkinkan pembayaran berdasarkan kapitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), BPJS Kesehatan diberikan kewenangan untuk melakukan pembayaran dengan mekanisme lain yang lebih berhasil guna.
- (3) BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan berdasarkan cara *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBG's).



# Rekam Medik:

1. Pengisian rekam medis secara **benar dan lengkap**
2. Harus selalu disertakan **diagnosis utama, komplikasi, komorbid, tindakan prosedur** yg dilakukan
3. Costing dan coding yg benar akan **meningkatkan besarnya jasa medis** antar tindakan sehingga jasa medis dokter juga meningkat.
4. Perlu dilakukan **pelatihan berkala** bagi para spesialis yg bekerja di RS mengenai ICD 10 dan ICD 9 sehingga mengurangi kesalahan dalam membuat diagnosa

# Contoh costing pd INA CBGs

C106		PROSEDUR TRANSFUSI & TERAPI SUMSUM TULANG			
Tarif Baru Reg-1 (27 Agust send-out [Compatibility Mode])					
	C	D	E	F	G
102	PROSEDUR PENCANGKOKAN SUMSUM TULANG	641	1,0	4,9139	480.267
103	PROSEDUR LIMPA	234	1,0	6,1530	480.267
104	PROSEDUR BESAR PADA NODUL LIMPA DAN TYMUS	0	1,0	5,1606	480.267
105	PROSEDUR KECIL PADA NODUL LIMPA DAN TYMUS	0	1,0	1,1326	480.267
106	PROSEDUR TRANSFUSI & TERAPI SUMSUM TULANG	1	1,0	0,8204	480.267
107	PROSEDUR DIAGNOSTIK DARAH DAN ORGAN PEMBENTUK DARAH	18	1,0	2,1299	480.267
108	AGRANULOSITOSIS RINGAN	82	9,2	0,4969	7.244.082
109	AGRANULOSITOSIS SEDANG	396	9,7	0,9973	7.244.082
110	AGRANULOSITOSIS BERAT	120	10,0	1,2932	7.244.082
111	GANGGUAN PEMBEKUAN DARAH RINGAN	68	5,0	1,1061	7.244.082
112	GANGGUAN PEMBEKUAN DARAH SEDANG	204	7,0	1,9969	7.244.082
113	GANGGUAN PEMBEKUAN DARAH BERAT	210	8,0	2,7433	7.244.082
114	KRISIS ANEMIA SEL SICKLE RINGAN	121		0,6633	7.244.082
115	KRISIS ANEMIA SEL SICKLE SEDANG	3243		0,9200	7.244.082
116	KRISIS ANEMIA SEL SICKLE BERAT	567		1,4127	7.244.082
117	GANGGUAN SEL DARAH MERAH SELAIN KRISIS ANEMIA SEL SICKLE RINGAN	525	4,0	0,5014	7.244.082
118	GANGGUAN SEL DARAH MERAH SELAIN KRISIS ANEMIA SEL SICKLE SEDANG	433	6,0	0,7081	7.244.082
119	GANGGUAN SEL DARAH MERAH SELAIN KRISIS ANEMIA SEL SICKLE BERAT	94	7,0	0,9052	7.244.082
120	GANGGUAN PADA DARAH & ORGAN PEMBENTUK DARAH LAIN-LAIN (RINGAN)	11	5,0	0,5622	7.244.082

Page 3

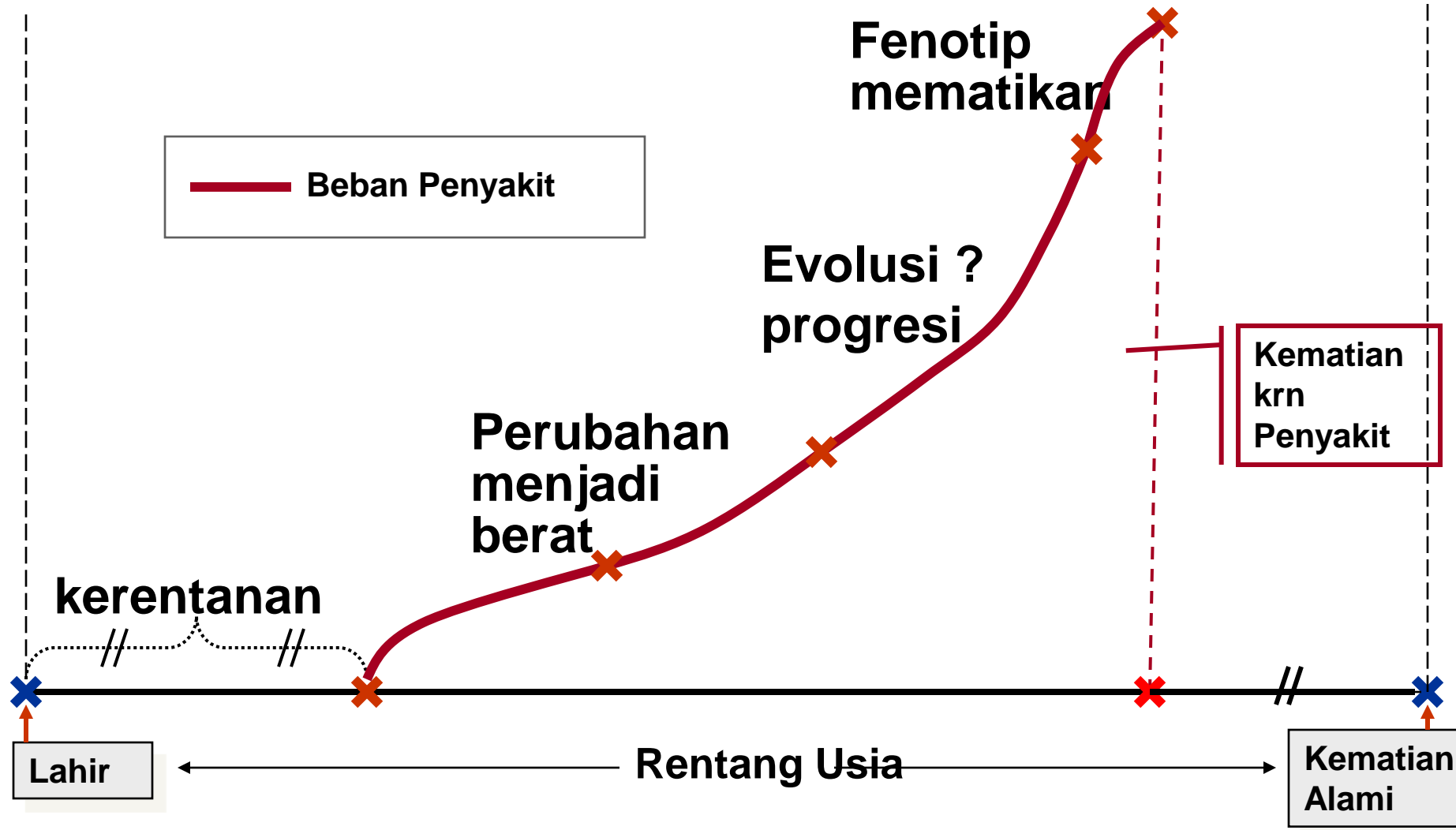
## Penjelasan :

1. Dalam penulisan rekam medis kasus diatas pd pasien dengan Anemia aplastik hanya dituliskan 1 diagnosa saja yaitu : **Anemia Aplastik**.
2. Sebagai diagnosa utama tertulis tarif tindakan medis adalah : Rp 7.244. 082 tanpa menyebutkan diagnosa tambahannya.
3. Dalam perawatan pasien tsb dilakukan **Biopsi dan aspirasi sumsum tulang (BMP)**, dilakukan **transfusi** , terjadi gangguan pembekuan darah dlm bentuk **DIC** yg bila dimasukkan lengkap ...

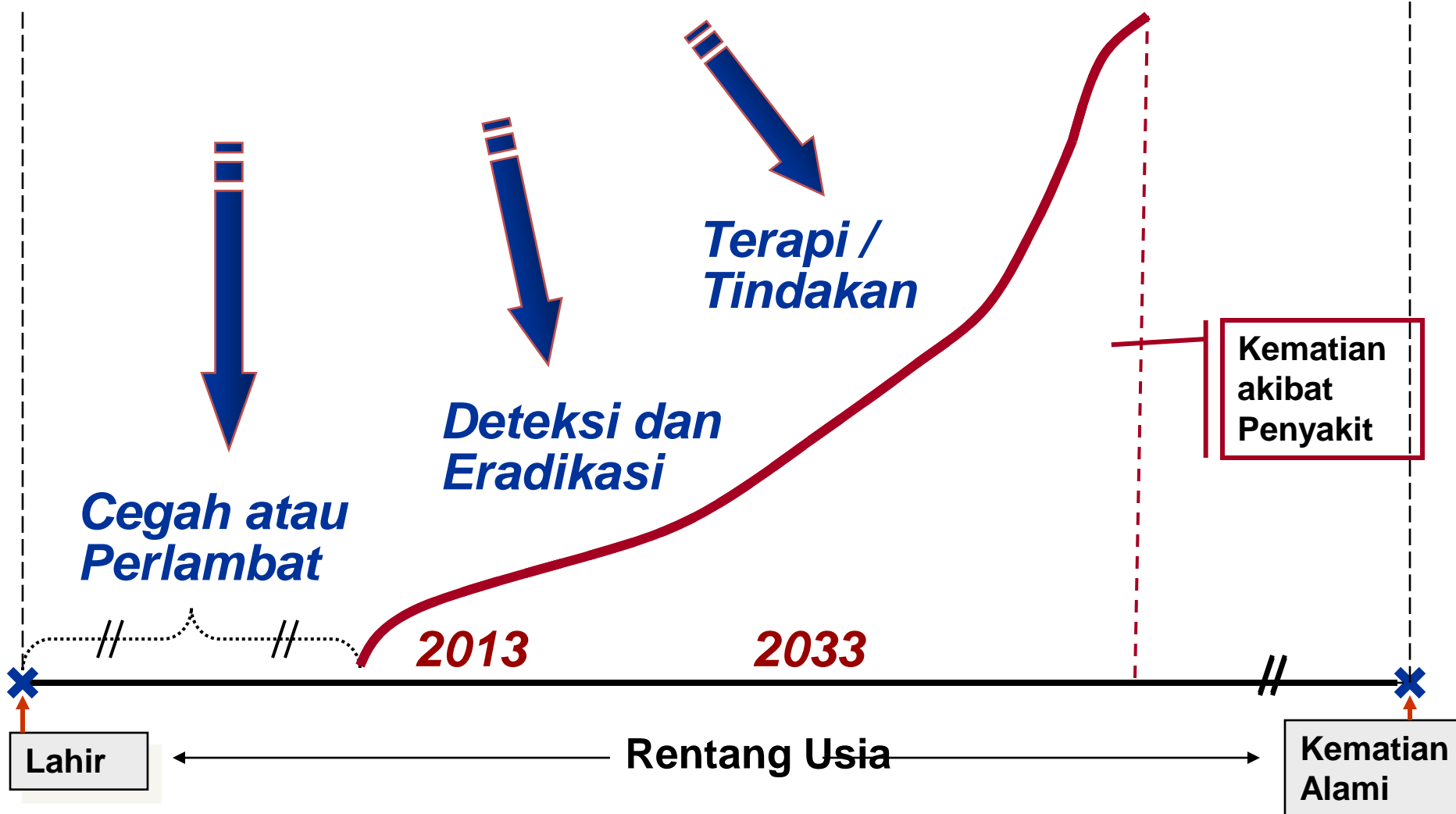
1. ....sebagai diagnosa tambahan maka dalam costing INA CBGs tarif tindakan pasien tsb akan **jauh lebih besar** apabila faktor komorbid dan komplikasi tsb dimasukkan, di atas Rp 20 jt.

Apabila jumlah sebesar itu, dibagi lagi dengan jasa pelayanan maksimal 44 % pun, jasa medis yg diterima dokter akan jauh lebih besar dibanding hanya mencantumkan An.Aplastik saja sbg diagnosa utama saja.

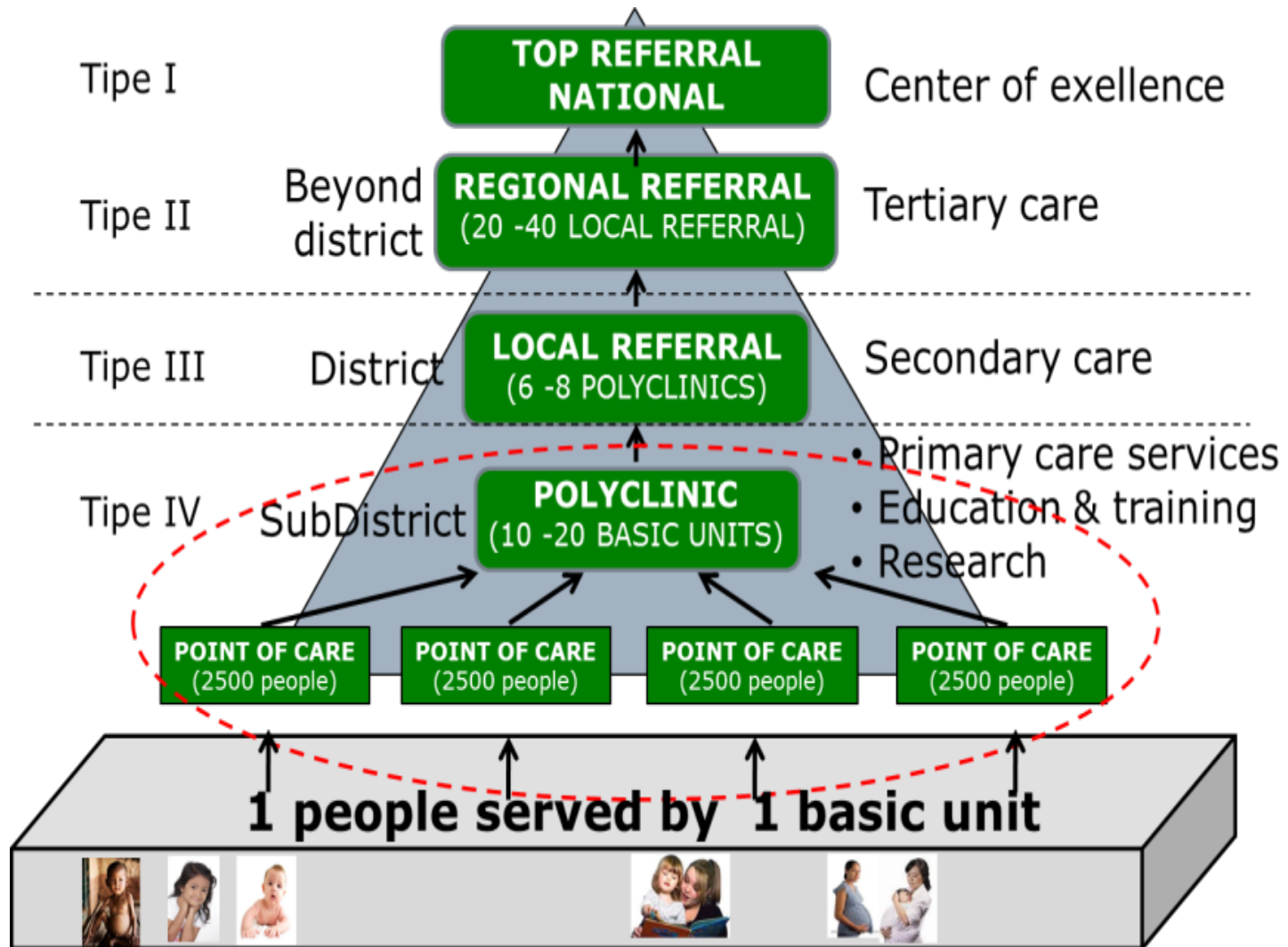
# Proses Penyakit



# Kesempatan untuk Intervensi



# *Menata ulang sistem pelayanan kesehatan agar sejalan dengan jaminan kesehatan nasional*



# Rangkuman : Dokter Spesialis

- Sebelum era SJSN: penghasilan 80-90 persen dari pasien swasta
- Era SJSN: diperkirakan (?) 10-20 persen pasien mampu yang akan bayar sendiri
- Bila pembiayaan baik : kesejahteraan timbal balik



# INDONESIA



# Data Internis PAPDI dan Penyebarannya di 36 Cabang PAPDI

Data per : 26 Juni 2013

Sumber : System Database Anggota PB PAPDI

No.	Cabang PAPDI	Internis
1	JAKARTA RAYA	544
2	JAWA BARAT	195
3	SURABAYA	243
4	YOGYAKARTA	117
5	SUMATERA UTARA	157
6	SEMARANG	195
7	SUMATERA BARAT	74
8	SULAWESI UTARA	40
9	SUMATERA SELATAN	93
10	MAKASSAR	110
11	BALI	99
12	MALANG	71
13	SURAKARTA	82
14	RIAU	46
15	KALIMANTAN TIMUR	48
16	KALIMANTAN BARAT	25

17	PROVINSI ACEH	43
18	KALIMANTAN SELATAN TENGAH	45
19	SULAWESI TENGAH	19
20	BANTEN	73
21	BOGOR	36
22	PURWOKERTO	28
23	LAMPUNG	31
24	KUPANG	20
25	JAMBI	25
26	KEPULAUAN RIAU	18
27	GORONTALO	9
28	CIREBON	27
29	MALUKU	6
30	TANAH PAPUA	18
31	MALUKU UTARA	8
32	BEKASI	39
33	NUSA TENGGARA BARAT	22
34	DEPOK	29
35	BENGKULU	12
36	SULAWESI TENGGARA	11
	<b>Total</b>	<b>2.658</b>



# INTERNISTS IN INDONESIA



TERIMA KASIH