

UNIT COST RUMAH SAKIT DAN TARIF INA-CBGs: SUDAHKAH PEMBIAYAAN PELAYANAN KESEHATAN RUMAH SAKIT DIBAYAR DENGAN LAYAK?

Hospital Unit cost and INA-CBGs Tariff: Is The Hospital Health Services Paid Fair?

Lestari Handayani, Suharmiati, Niniek Lely Pratiwi

Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan - Balitbangkes - Kemenkes RI

Naskah Masuk: 3 Juli 2018, Perbaikan: 15 Juli 2018, Layak Terbit: 22 Oktober 2018
<http://dx.doi.org/10.22435/hsr.v2li4.45>

ABSTRAK

Berbagai komentar baik dukungan ataupun penolakan dilontarkan pihak rumah sakit (RS) sejak diberlakukan tarif INA-CBGs pada tahun 2014 dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sebagian RS mengeluhkan ketidakadilan besaran tarif yang dianggap tidak sesuai dengan biaya riil pelayanan kesehatan. Tarif INA-CBGs sesuai peraturan, ditinjau minimal setiap dua tahun. Pemerintah melakukan evaluasi dan revisi terhadap Tarif yang ditetapkan berdasar atas perhitungan *Unit cost* (UC) serta memperhitungkan berbagai aspek terkait. Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara umum hasil perhitungan UC dengan metode *step down* untuk pelayanan rawat inap, dan rawat jalan di 84 RS Umum BLU/BLUD lebih rendah dari Tarif INA-CBGs. Dapat disimpulkan bahwa pemberlakuan tarif INA-CBG masih memenuhi rasa keadilan dan dapat diterapkan. Direkomendasikan agar peninjauan tarif disamping memperhitungkan perubahan UC juga kondisi ekonomi global/regional/nasional sehingga dapat dilakukan sesuai kebutuhan dan tidak harus dilakukan setiap dua tahun. Di pihak lain, RS perlu mengelola pembiayaan INA-CBGs untuk pelayanan kesehatan secara efisien agar dapat menjaga mutu pelayanan sesuai harapan masyarakat.

Kata kunci: *Unit cost*, Tarif, Rumah sakit, Jaminan Kesehatan Nasional

ABSTRACT

Various comments either support or rejection made by the hospital since the introduction of INA-CBGs tariff of the National Health Insurance (JKN) in January of 2014. Some hospitals complained about the unfairness of tariffs that are considered inconsistent with the real cost of health services. INA-CBGs tariffs are subject to regulations, reviewed at least every two years. The Government evaluates and revises the tariffs determined based on Unit cost (UC) calculations and takes into account various aspects. The results showed that in general UC calculation result with step down method for inpatient and outpatient service at 84 Public Hospital BLU / BLUD is lower than INA-CBGs Tariff. It can be concluded that the implementation of INA-CBG tariffs still meet the sense of justice and can be applied. It is recommended that the tariff review also takes into account the UC change and global / regional / national economic conditions so it should not be done every two years. On the other hand, hospitals need to manage INA-CBGs health services financing efficiently in order to maintain the quality of service and to meet the patients demand.

Keywords: *Unit cost, Tariff, Hospital, National Health Insurance*

PENDAHULUAN

Indonesia menargetkan pencapaian Cakupan Kesehatan Semesta (*Universal Health Coverage*) pada tahun 2019, artinya pada tahun tersebut

rakyat Indonesia terjamin kesehatannya secara keseluruhan. Pelayanan kesehatan diperoleh dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) maupun Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL)

Korespondensi:

Lestari Handayani

Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan - Badan litbangkes - Kemenkes RI

E-mail: lestarimail@yahoo.com.sg

di rumah sakit (RS). Rumah Sakit terkena dampak perkembangan kesepakatan dunia dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang universal.

Dalam sistem pembiayaan kesehatan di RS, Indonesia mengembangkan sistem *Casemix* pada Tahun 2006 dengan nama INA-DRG (*Indonesia-Diagnosis Related Group*). Implementasi pembayaran RS dengan INA-DRG dimulai 1 September 2008 pada 15 rumah sakit vertikal. Pada September 2010 dilakukan perubahan nomenklatur dari INA-DRG menjadi INA-CBG (*Indonesia Case Based Group*) seiring dengan perubahan grouper dari 3M Grouper ke UNU (United Nation University) Grouper. Tarif *Indonesia Case Based Groups* (INA-CBGs) bagi rumah sakit diterapkan sesuai Peraturan Menteri Kesehatan No. 59 Tahun 2014.

Penetapan Tarif INA-CBGs memerlukan proses panjang, diawali dengan penghitungan UC yang dilakukan oleh Tim Tarif Kementerian Kesehatan. Dilakukan analisis data dasar dan data *costing* RS yang diperoleh dari sejumlah RS terpilih. Tarif INA-CBGs merupakan rata-rata biaya yang dibutuhkan untuk suatu kelompok diagnosis yang terperinci untuk 5 regional, kelas rumah sakit, kepemilikan rumah sakit (pemerintah atau swasta). Pengembangan pelayanan rumah sakit dengan pembiayaan atau pembayaran yang terstandar ini akan dapat memberikan banyak keuntungan baik bagi pasien, penyedia pelayanan kesehatan dan pihak penyandang dana (Kementerian Kesehatan, 2014).

Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013, mengamanatkan tarif ditinjau sekurang-kurangnya setiap 2 (dua) tahun dan pada tahun 2016 telah ditetapkan tarif hasil peninjauan ulang (Indonesia, 2013). Dasar penetapan tarif adalah perhitungan NCC (*National Casemix Cost*) ditambah berbagai faktor yang mempengaruhi tarif RS. Telah diterbitkan Tarif INA CBGs sesuai Permenkes 64 tahun 2016 (Kementerian Kesehatan RI a, 2016) sebagai pengesahan legal formal perbaikan dari tarif INA CBGs sebelumnya yaitu Permenkes No.59 tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan, disamping itu terbit pula juga permenkes no. 76 tahun 2016 Pedoman INA-CBGs tentang Pedoman INA-CBGs.

Terjadi perkembangan pembiayaan kesehatan secara drastis, sejak diberlakukan reformasi pembiayaan kesehatan yakni Jaminan Kesehatan

Nasional (JKN) pada tahun 2014 (Thabrany H. 2014). Terjadi peningkatan utilisasi fasilitas kesehatan yang luar biasa. Beban akibat jumlah pasien yang meningkat di beberapa RS menjadi keluhan petugas kesehatan. Beberapa manajemen RS dan *provider* mengeluhkan Tarif INA-CBGs yang dianggap tidak memenuhi kecukupan biaya riil pelayanan (*actual cost*). Hasil penelitian Fika Edya (2017) bahwa *Cost Recovery Rate* untuk pasien rawat inap BPJS Kesehatan adalah 83,20 % yang artinya pendapatan dari pasien Rawat Inap peserta BPJS Kesehatan belum sepenuhnya mampu menutupi biaya operasional pasien rawat inap peserta BPJS Kesehatan. Penelitian lain pada pasien rawat jalan di suatu RS oleh Aulia Sandra dkk (2015) mengemukakan bahwa biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit baik biaya tetap maupun tidak tetap tertutup oleh pendapatan pelayanan pasien JKN dengan tarif INA CBG's. Dengan perhitungan angka riil pendapatan dikurangi total biaya langsung dan tidak langsung maka keuntungan yang diperoleh rumah sakit adalah sebesar 9%. Penelitian Budiarto W dan Sugiarto M (2013) berdasar data peserta Jamkesmas rawat inap di 10 rumah sakit milik Kementerian Kesehatan menyebutkan bahwa biaya klaim INACBGs lebih besar 14,39% dibandingkan dengan biaya menurut tarif rumah sakit baik rumah sakit kelas A, B dan RS Khusus.

Keresahan RS yang diungkap dalam tulisan di atas perlu dipastikan kebenarannya melalui kajian ini. Data Riset Pembiayaan Kesehatan (RPK) pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) di Rumah Sakit Badan Layanan Umum/ Daerah (BLU/BLUD) yang dilakukan pada tahun 2016 belum dimanfaatkan secara maksimal oleh karena itu dilakukan analisis lanjut menghasilkan informasi untuk membuktikan pertanyaan tersebut. *Unit cost* RPK 2016 dihitung dengan metode sama dengan yang dilakukan *National Casemix Center* (NCC) maka hasil hitungan tersebut disandingkan dengan tarif INA-CBGs (Handayani L, dkk. 2016). Analisis berdasar penghitungan yang aktual tersebut, meskipun tidak sama persis dengan tarif RS diharapkan dapat menjadi dasar mengetahui kelayakan tarif INA CBGs sehingga dapat menjawab keresahan RS tentang penerimaan besaran klaim yang dianggap kurang adil.

METODE

Riset Pembiayaan Kesehatan dilaksanakan pada tahun 2016 di 84 RSU yang berstatus Badan Layanan

Umum (BLU)/ Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) yaitu 9 RS kelas A, 37 RS kelas B dan 38 RS kelas C, tersebar di 80 kabupaten/kota di Indonesia. Data hasil penelitian memberikan data biaya rumah sakit yang bervariasi terdistribusi menjadi biaya di seluruh rumah sakit tentang biaya langsung (*direct cost*) dan biaya tidak langsung (*indirect cost*) dihitung menurut peruntukan biaya (investasi, operasional dan pemeliharaan).

Unit cost (UC) dihitung dengan metode *step down*, mempertimbangkan biaya investasi (*full cost*) dan tanpa investasi (*direct cost*). Penghitungan dikelompokkan menjadi biaya *overhead*, *intermediate* dan *final*. Dilakukan distribusi biaya *overhead* ke biaya *intermediate*, selanjutnya biaya tersebut didistribusikan ke biaya final (Donald, S. 2000). UC final merupakan biaya unit produksi berupa pelayanan kesehatan rawat inap dan rawat jalan. Cara ini menyesuaikan dengan metode yang digunakan dalam menghitung *Unit cost* RS sebagai dasar penghitungan Tarif INA-CBG. Proses terbentuk tarif masih melalui tahap yang panjang sesuai dengan ketentuan perundangan sehingga banyak faktor yang mempengaruhi dari UC sampai menjadi tarif. Tarif ulur besaran tarif RS dipengaruhi oleh kebijakan pemerintah terkait ketersediaan dan alokasi anggaran Pemerintah. Hasil penghitungan *Unit cost* data RPK 2016 merupakan UC untuk tahun pelayanan 2015 dan menunjukkan variasi *Unit cost* di RS kelas A, B dan C.

Perolehan data yang dibutuhkan untuk menghitung UC dengan rumus yang sudah distandarkan tidak semuanya dapat diperoleh lengkap dan detail di seluruh rumah sakit sampel. Mengantisipasi keadaan tersebut dilakukan penggantian metode pembagi, misalkan dengan proporsi berdasar jumlah penggunaan sumber listrik (Donald, S. 2000). Data yang terkumpul dilakukan pembersihan semaksimal mungkin dan dilakukan cek dan cek ulang ke data mentah untuk melakukan pemilahan. Kondisi data tersebut berpengaruh pada hasil akhir UC yaitu adanya beberapa angka ekstrem dan sebagai konsekuensinya tidak dilakukan penghitungan rata-rata tetapi dengan membagi dalam kuartil (empat bagian). Hasil *Unit cost* disandingkan dengan Tarif INA-CBG RS yang berlaku tahun 2016 yang tertuang dalam Permenkes No. 52 tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Tarif pelayanan rawat jalan dan

rawat inap juga dikelompokkan menurut kuartil agar dapat disandingkan dengan UC (Handayani, L. dkk. 2016). Pengelompokan menurut kuartil (K) menjadi 4 bagian yang dibatasi oleh 3 titik nilai batas rata-rata UC di setiap kelas pelayanan rawat inap atau rawat jalan yaitu kurang dari batas nilai K1, antara K1-K2, antara K2-K3 dan di atas K4.

HASIL

Hasil penghitungan *Unit cost* penelitian diuraikan per kelas rumah sakit (A, B dan C) bersama dengan pembahasan untuk memudahkan saat disandingkan dengan tarif INA-CBGs tahun 2016. Penyampaian hasil dan pembahasan dilakukan menurut tujuan penelitian yaitu terkait *Unit cost* pelayanan rawat inap dan perawatan rawat jalan.

Unit Cost Rawat Inap Rumah Sakit dan Tarif INA-CBGs

Unit cost sebagai dasar dari perhitungan tarif INA-CBGs seperti yang dilakukan oleh Tim Tarif Kementerian Kesehatan tidak semata-mata diambil begitu saja namun melalui proses yang cukup rumit. Beberapa penelitian mengemukakan bahwa sangat penting penentuan tarif didasarkan pada *Unit cost* karena menjadi penentu pokok hari rawat inap ataupun rawat jalan. Penelitian oleh Maretandra Inri Putri (2014), menggunakan cara perhitungan *Unit cost* dengan metode *Activity Based Costing* (ABC) untuk menetapkan tarif, apabila dibandingkan dengan metode tradisional maka metode ABC memberikan hasil yang lebih besar kecuali pada kelas VIP yang memberikan hasil lebih kecil (Putri, MI. 2014). Perhitungan *Unit cost* penting diketahui agar RS dapat menjual jasa (tarif) tanpa mengalami kerugian atau mengambil untung yang berlebihan. Tarif ditetapkan berdasar UC ditambah margin keuntungan dengan besaran tergantung kebijakan RS. Dengan demikian, RS dapat mengelola biaya yang mencukupi setelah diperhitungkan *Unit cost*-nya.

Produk yang dihasilkan rumah sakit sangat banyak jenisnya yang mengakibatkan banyak pula jenis biaya dan aktivitas terjadi di rumah sakit. Keadaan ini menuntut ketepatan pembebanan biaya *overhead* atau *full cost* dalam menentukan harga produk (Fieda. 2007). Pembebanan biaya tersebut digunakan untuk menghitung UC pelayanan. Berikut adalah UC rawat inap kelas A, B dan C disandingkan dengan tarif INA-CBGs.

Tabel 1. *Unit cost* Rawat Inap di 9 RS BLU/BLUD Kelas A Tahun 2015 dan tarif INA- CBGs Rawat Inap 2016

Unit Cost RPK RAWAT INAP RS Kelas A				
		Kelas 3	Kelas 2	Kelas 1
<i>DIRECT COST</i>	Kuartil 1	2.991.675	2.701.771	5.055.422
	Kuartil 2	3.807.771	4.509.412	5.212.585
	Kuartil 3	4.594.952	6.094.963	8.285.367
<i>FULL COST</i>	Kuartil 1	5.013.949	4.915.894	8.862.945
	Kuartil 2	6.565.223	9.998.232	11.811.646
	Kuartil 3	9.261.701	15.193.903	16.088.734
TARIF INA-CBGs RAWAT INAP				
		Kelas 3	Kelas 2	Kelas 1
RS PEMERINTAH	Kuartil 1	5.373.850	6.448.675	7.523.450
	Kuartil 2	8.607.800	10.329.400	12.050.950
	Kuartil 3	17.047.725	20.457.300	23.866.825

1. Rawat Inap Rumah Sakit Kelas A

Penyampaian hasil penghitungan UC rawat inap rumah sakit kelas A dipilah untuk *direct cost* dan *full cost* per kuartil 1 (25%), 2 (50%), dan 3 (75%) untuk kelas perawatan 1, 2 dan 3.

Tabel 1 memuat tentang Unit cost dan tarif INA-CBGs rawat inap di RS kelas A.

Berdasarkan tabel 1 tampak bahwa untuk secara umum biaya *full cost* rawat inap di RS Kelas A, di ruang inap kelas 1, 2 maupun kelas 3 masih lebih rendah dari perhitungan tarif INA-CBGs secara keseluruhan. Hal ini juga terjadi pada semua kelompok kuartil 1, kuartil 2 maupun kuartil 3. Pembiayaan Rumah sakit kelas A baik berdasarkan perhitungan melalui *direct cost* dan *Full cost* pada umumnya semakin besar biaya menurut kelas 1, diurutkan kedua kelas 2, kemudian kelas 3 baik pada kuartil 1, 2 dan kuartil 3. Biaya *direct cost* dan *full cost* pada kuartil 1 – rawat inap, pada kelas 2 lebih rendah dibandingkan kelas 3 baik *direct* maupun *full cost*. Ada kemungkinan hal ini terjadi karena pemanfaatan rawat inap kelas 2 banyak jumlahnya.

2. Rawat Inap Rumah Sakit Kelas B

Penyampaian hasil penghitungan UC rawat inap rumah sakit kelas B sama dengan RS kelas A yaitu dipilah untuk *direct cost* dan *full cost* per kuartil 1 (25%), 2 (50%), dan 3 (75%) untuk kelas perawatan 1, 2 dan 3. Tabel 2 memuat tentang *Unit cost* dan tarif INA-CBGs.

Berdasarkan perhitungan melalui *direct cost* dan *full cost* pada umumnya semakin besar biaya menurut kelas 1, diurutkan kedua kelas 2, kemudian kelas 3, baik pada kuartil 1, 2 dan kuartil 3.

3. Rawat Inap Rumah Sakit Kelas C

Penyampaian hasil penghitungan UC rawat inap rumah sakit kelas C sama dengan RS kelas A dan B yaitu dipilah untuk *direct cost* dan *full cost* per kuartil 1 (25%), 2 (50%), dan 3 (75%) untuk kelas perawatan 1, 2 dan 3. Tabel 3 memuat tentang *Unit cost* dan tarif INA-CBGs.

Tabel 3 menunjukkan bahwa secara umum biaya *full cost* rawat inap Rumah sakit Kelas C di ruang rawat inap Kelas 1, 2, maupun kelas 3 masih lebih rendah dari perhitungan tarif INA-CBGs secara keseluruhan. Hal ini juga terjadi pada semua kelompok kuartil 1, kuartil 2 maupun kuartil 3. Pembiayaan Rumah sakit kelas C baik berdasarkan perhitungan melalui *direct cost* dan *full cost* pada umumnya semakin besar biaya menurut kelas 1, diurutkan kedua kelas 2, kemudian kelas 3, baik pada kuartil 1, 2 dan kuartil 3. Biaya *direct cost* dan *full cost* pada kuartil 1, justru pada rawat inap kelas 2 lebih rendah dibandingkan kelas 3, hal ini kemungkinan banyak yang menggunakan kelas 2 dalam pelayanan. Hasil penghitungan UC menggambarkan sekilas bahwa UC di rumah sakit kelas A cenderung lebih tinggi dari kelas B dan C. Tingginya biaya satuan pada rumah sakit kelas A dibanding kelas B dan C dapat terjadi karena rumah sakit kelas A sampel penelitian ini seluruhnya adalah

Tabel 2. Unit Cost Rawat Inap di 37 RS BLU/BLUD Kelas B Tahun 2015 dan tarif INA- CBGs Rawat Inap 2016

Unit Cost RPK RAWAT INAP RS Kelas B				
		Kelas 3	Kelas 2	Kelas 1
<i>DIRECT COST</i>	Kuartil 1	782.589	1.432.453	1.576.198
	Kuartil 2	1.635.346	2.366.812	2.533.394
	Kuartil 3	2.415.791	3.653.890	4.855.529
<i>FULL COST</i>	Kuartil 1	1.501.549	1.772.107	2.473.589
	Kuartil 2	2.188.067	2.793.658	3.863.691
	Kuartil 3	3.153.197	5.071.328	6.056.378
TARIF INA-CBGs RAWAT INAP				
		Kelas 3	Kelas 2	Kelas 1
RS PEMERINTAH	Kuartil 1	3.845.450	4.614.525	5.383.625
	Kuartil 2	6.104.800	7.325.750	8.546.700
	Kuartil 3	11.798.975	14.158.850	16.518.625

Tabel 3. Unit Cost Rawat Inap di 37 RS BLU/BLUD Kelas C Tahun 2015 dan Tarif INA- CBGs Rawat Inap 2016

Unit Cost RPK RAWAT INAP RS Kelas C				
		Kelas 3	Kelas 2	Kelas 1
<i>DIRECT COST</i>	Kuartil 1	2.991.675	2.701.771	5.055.422
	Kuartil 2	3.807.771	4.509.412	5.212.585
	Kuartil 3	4.594.952	6.094.963	8.285.367
<i>FULL COST</i>	Kuartil 1	5.013.949	4.915.894	8.862.945
	Kuartil 2	6.565.223	9.998.232	11.811.646
	Kuartil 3	9.261.701	15.193.903	16.088.734
TARIF INA-CBGs RAWAT INAP				
		Kelas 3	Kelas 2	Kelas 1
RS PEMERINTAH	Kuartil 1	5.373.850	6.448.675	7.523.450
	Kuartil 2	8.607.800	10.329.400	12.050.950
	Kuartil 3	17.047.725	20.457.300	23.866.825

rumah sakit pendidikan yang mendidik dokter, dokter spesialis ataupun perawat dan sebagai tempat praktik tenaga kesehatan yang lain. Beban biaya tinggi terjadi paling tidak dari bahan habis pakai medis karena ada tambahan ekstra tindakan yang dilakukan oleh siswa (hasil wawancara). Selain itu, tindakan yang dilakukan menjadi lebih lama oleh karena harus melalui bimbingan dan pendampingan dari dokter spesialis atau pendidik yang ada. Keberadaan alat diagnostik ataupun alat terapi canggih merupakan biaya mahal baik pengadaan maupun pemeliharaan. Hal ini juga mempengaruhi dalam penghitungan *Unit cost*, apalagi bila penggunaan alat tidak maksimal.

Unit Cost Rawat Jalan Rumah Sakit Kelas A, B dan C dan Tarif INA-CBGs

Penyampaian hasil penghitungan UC rawat jalan rumah sakit kelas A, B dan C sama semua tanpa mengenal kelas oleh karena itu disampaikan dalam satu tabel. UC rawat jalan RS kelas A, B dan C dipilah untuk *direct cost* dan *full cost* per kuartil 1 (25%), 2 (50%), dan 3 (75%) untuk kelas perawatan 1, 2 dan 3.

Tabel 4 memuat tentang *Unit cost* rawat jalan dan tarif INA-CBGs. Pada tabel 4 tersebut terbukti bahwa berdasarkan perhitungan sesuai tarif INA CBGs rawat jalan pada rumah sakit kelas A, kelas B dan Kelas C pemerintah ternyata pada umumnya lebih besar dibandingkan perhitungan *direct cost* maupun *full*

cost baik pada kuartil 1, kuartil 2 maupun kuartil 3. Bila dilihat tarif INA CBGs berdasar biaya Konsultasi/ Pemeriksaan lain-lain dan Kontak Pelayanan Kesehatan Lain-lain maka UC tampak lebih besar daripada tarif. Tarif yang melonjak tinggi pada kuartil 3 ada kemungkinan karena pemanfaatannya yang rendah.

PEMBAHASAN

Penentuan tarif pelayanan di rumah sakit baik rawat inap maupun rawat jalan berdasarkan klasifikasi diagnostic dalam INA CBGs. Diagnosa yang tepat dan akurat oleh provider yang melayani adalah kunci ketepatan penegakan diagnosa. Diagnosa yang tertulis harus terperinci sehingga memudahkan dalam menetapkan aplikasi klaim kepada BPJS. Kemampuan dan pemahaman provider tentang diagnosa dengan menggunakan ICD 10 yang menjadi rujukan dalam penetapan tarif perlu dimiliki. Diagnosa yang tertulis pada dokumen rekam medis (DRM) pasien tidak semua masuk ke dalam *grouper* karena tidak semua diagnosa lain yang timbul masuk ke diagnosa utama. Besaran klaim tergantung pada sistem grouper INA-CBGs 3.1 yang apabila kode diagnosa sekunder yang dimasukkan dianggap bukan faktor yang memberatkan atau mempengaruhi diagnosa utama maka sistem *grouper* akan menolak diagnosa sekunder tersebut. Selisih biaya tersebut

kemungkinan disebabkan karena rumah sakit belum menerapkan *Clinical Pathways* (CP) dalam pemberian pelayanan rawat inap sehingga berdampak prosedur dalam perawatan dan pengobatan pasien. Implementasi CP sangat erat berhubungan dan berkaitan dengan *Clinical Governance* dalam rangka menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan dengan biaya yang dapat diestimasikan dan terjangkau (Firmanda, 2006).

Standar pelayanan medis belum tentu sama dengan Clinical Pathways yang dapat digunakan sebagai salah satu komponen *Cost analysis*. *Clinical Pathway* tidak digunakan untuk memperkirakan tarif melainkan untuk *maintenance cost weight* (berkaitan langsung dengan standarisasi *Length Of Stay*). Penerapan *clinical pathways* dalam pemberian pelayanan rawat inap akan sangat membantu penegakan diagnose karena tujuan dari *Clinical Pathway* antara lain mengurangi variasi pelayanan sehingga biaya lebih mudah diprediksi, pelayanan lebih terstandarisasi, meningkatkan kualitas pelayanan (*Quality of Care*), meningkatkan prosedur *costing*, meningkatkan kualitas dari informasi yang telah dikumpulkan serta sebagai *counter-check* terutama pada kasus-kasus *high cost, high volume* (Kusumaningtyas, dkk. 2013). Kesalahan dalam pemberian kode diagnosa baik diagnosa primer maupun diagnosa sekunder/komplikasi oleh petugas koding (koder) juga akan mempengaruhi hasil nilai

Tabel 4. *Unit Cost* Rawat Jalan di RS BLU/BLUD Kelas A, B, dan C Tahun 2015 dan Tarif INA- CBGs Rawat Jalan 2016

UNIT COST RAWAT JALAN RPK				
		Kelas A	Kelas B	Kelas C
<i>DIRECT COST</i>	Kuartil 1	230.429	94.251	94.078
	Kuartil 2	367.287	124.500	145.004
	Kuartil 3	543.410	215.229	193.415
<i>FULL COST</i>	Kuartil 1	275.860	137.290	120.444
	Kuartil 2	484.670	169.329	172.306
	Kuartil 3	911.595	288.136	238.238
TARIF INA-CBGs RAWAT JALAN				
		Kelas A	Kelas B	Kelas C
Meliputi Prosedur & Tindakan	Kuartil 1	461.600	305.900	296.400
	Kuartil 2	706.000	472.600	453.200
	Kuartil 3	1.849.900	1.246.700	1.075.400
Konsultasi/Pemeriksaan Lain-lain		161.500	149.300	138.100
Kontak Pelayanan Kesehatan Lain-lain		163.800	127.600	118.000

klaim INA-CBGs. Kesalahan akan dapat diminimalisir bila dilakukan audit medik dalam penetapan diagnosa utama oleh dokter dan audit koding untuk memastikan bahwa kode diagnosa dan kode tindakan yang ditetapkan benar-benar akurat. Keakuratan penetapan diagnosa akan berdampak pada ketepatan penetapan kelompok Tarif INA-CBGs⁴. Kemungkinan yang lain adalah tentang pembuatan daftar tarif paket INA-CBGs 3.1 oleh pemerintah yang belum seimbang dengan realita biaya perawatan di rumah sakit. Diagnosa yang tertulis pada dokumen rekam medis (DRM) pasien juga tidak semua masuk ke dalam *grouper* karena tidak semua diagnosa lain yang timbul masuk ke diagnosa utama sehingga *grouper* tidak menganggap sebagai diagnosa komplikasi.

Pelayanan RS sebagian besar digunakan untuk pelayanan rawat inap kelas 3 pasien BPJS. Kemampuan manajemen dalam pengelolaan keuangan menjadi salah satu pertaruhan dalam kecukupan pembiayaan. Keluhan provider tentang kebutuhan pelayanan yang minim dan remunerasi yang tidak sesuai perlu dikaji dan dibahas bersama dengan pihak manajemen. Keterbukaan dan komunikasi menjadi salah satu kunci kerjasama tim yang baik sesuai saran dalam pengelolaan rumah sakit. Terbukti keluhan tentang penerapan tarif INA-CBG tidak terjadi di semua rumah sakit tetapi hanya oleh rumah sakit tertentu saja. Bahkan beberapa rumah sakit bahkan mampu memberikan remunerasi kepada staf medis maupun non medis yang lebih baik dari sebelumnya. Rumah sakit Haji merupakan salah satu RS yang berhasil melakukan pelayanan dengan skema JKN. Implementasi program JKN di RSUD Haji Surabaya relatif berhasil dan mampu menghasilkan pelayanan yang berkualitas. Hal ini antara lain karena komitmen pelaksana Program JKN di Instalasi Rawat Inap dengan berbagai kegiatan yang dilakukan melalui Monitong dan Evaluasi (Monev), Pengembangan Standart Operasional Prosedur (SOP) layanan pasien JKN, Alur Layanan Pasien, Pengembangan layanan Pasien JKN dan pengembangan rawat inap untuk pasien dengan penyakit tertentu (Roekminiati S dan Pramono S. 2017).

Rumah sakit perlu melakukan suatu upaya cepat mengantisipasi “ledakan” kunjungan pasien. Penyediaan layanan harus semakin efektif dan efisien agar RS mampu beroperasi dengan pembiayaan yang pembayarannya diatur sesuai ketetapan sistem INA-CBGs. Upaya RS dalam menyesuaikan tarif dengan pelayanan khususnya untuk pelayanan rawat

inap. Hasil penelitian pada prosedur operasi dan operasi sesar oleh Tresnani Suci Nurani dan Ronnie Rivany (2015) menunjukkan bahwa ada potensi lama hari rawat yang seharusnya didasarkan semata pada indikasi medis ikut dipengaruhi oleh faktor non medis lainnya. Hal ini perlu disoroti agar dapat dipastikan bahwa pasien mendapat pelayanan yang bermutu sesuai harapan.

Hasil penghitungan *Unit cost* penelitian ini sebagian besar sudah lebih rendah dari tarif INA-CBGs tahun 2016. UC final (rawat inap & rawat jalan) berupa *full* dan *direct cost* di RS kelas A,B, dan C lebih rendah dari tarif INA-CBGs tahun 2016 terutama di Kuartil 3 ke bawah. Dapat dikatakan bahwa tarif INA-CBG tahun 2016 sudah merefleksikan biaya aktual pelayanan atau sudah cukup adil untuk diterapkan di rumah sakit sebagai pemberi pelayanan bagi peserta BPJS. Perubahan tarif yang dilakukan oleh pemerintah adalah dalam rangka memberikan pembayaran yang adil kepada RS sesuai pelayanan yang telah diberikan. Besaran tarif tersebut perlu dikelola secara efisien oleh rumah sakit agar mampu membiayai pelayanan kesehatan yang bermutu dan memperoleh keuntungan agar dapat memberikan jasa remunerasi yang layak bagi *provider* kesehatan ataupun staf manajemen. Seberapapun besar tarif, apabila terjadi pemborosan oleh *provider* maka biaya satuan yang terjadi akan membengkak dan tentu saja berdampak pada ketidak cukupan biaya.

Manajemen RS harus melakukan evaluasi agar mampu mengelola pelayanan kesehatan yang efisien. Melakukan evaluasi kembali penghitungan biaya pelayanan medis akan menunjang pencapaian efisiensi biaya yang tinggi tanpa mengabaikan mutu. Sesuai dengan tuntutan JKN, maka RS perlu meningkatkan mutu pelayanan baik dari sisi SDM Kesehatan di pelayanan ataupun manajemen sesuai indikator akreditasi. Mutu pelayanan RS akan tercapai bila RS melakukan evaluasi strategi mengelola biaya (costs) bersumber tarif INA-CBGs dengan melakukan audit manajemen, manajemen mutu dan biaya klinik, meningkatkan Mutu Klinis, *Electronic Data Interchange/EDI*, Manajemen *Revenue*, melakukan koordinasi Tim (staf Klinis, Sistem Informasi Manajemen, Manajemen Keuangan, Staf Profesional, Pembiayaan Kesehatan). Di samping itu pihak manajemen RS harus menyusun *Strategic Planning and Financial Management* untuk mengidentifikasi dan implementasi *cost reduction strategies*, dan meningkatkan produktivitas melalui *revenue cycle*, serta memanfaatkan investasi sistem IT sebagai

pendukung. Tarif yang merefleksikan biaya aktual pelayanan akan mendorong RS memenuhi kebutuhan medis yang diperlukan pasien serta memberikan *reward* kepada RS yang telah melakukan pelayanan dengan *outcome* memuaskan (DPPFSARKESR. 2017; Hosizah. 2007).

Hasil diskusi pada penelitian ini dengan Direktur RS kelas A dan B menunjukkan bahwa dengan pengelolaan yang baik biaya rumah sakit bersumber dari tarif INA-CBGs dapat mencukupi kebutuhan biaya pelayanan. Penelitian yang dilakukan oleh Yuniarti dkk (2015) memberikan hasil bahwa tarif INA CGBs lebih rendah dari tarif RS namun Sari (2014) dalam penelitiannya tentang tarif rawat inap pada pasien Diabetes Mellitus menunjukkan hasil bahwa tarif INA CBGs lebih tinggi dari tarif RS (Sari, RP. 2014; Yuniarti, dkk. 2015). Penelitian lain oleh Rahayuningrum IO, dkk, dengan hasil senada dengan penelitian Sari menyatakan bahwa Tarif RS swasta lebih rendah dari tarif INA-CBGs. Dalam arti RS sebenarnya telah menerima besaran biaya INA-CBGs yang lebih besar daripada tarif yang ditetapkan RS. Hal ini menurut penelitian tersebut bisa disebabkan antara lain inefisiensi (Rahayuningrum, dkk. 2017). Menurut Tabhrani (1998), inefisiensi pada rumah sakit pemerintah pada umumnya lebih tinggi daripada RS swasta. Perlu dilakukan efisiensi secara alokatif maupun tehnik untuk meningkatkan produksi. Kuantitas output dengan biaya paling sedikit akan diperoleh bila dilakukan efisiensi teknik sedangkan efisiensi alokatif mengutamakan nilai daripada sekedar kuantitas (Thabrani H. 1998; Clewer dan Perkins. 1998).

KESIMPULAN

Secara umum diperoleh gambaran bahwa *Unit cost* penting untuk kebijakan penetapan tarif INA-CBGs. Perhitungan UC sangat bergantung kepada *input data costing* dan pengalokasian data sesuai lokasi produksi. Data semakin valid dan presisi tinggi maka UC yang dihitung per pelayanan semakin akurat. *Unit cost* yang dihasilkan dapat dimanfaatkan mengantisipasi pengelolaan RS.

Penghitungan *Unit cost* penelitian sebagian besar lebih rendah dari tarif INA-CBGs tahun 2016 sehingga tarif INA-CBG tahun 2016 sudah merefleksikan biaya aktual pelayanan atau sudah cukup adil untuk diterapkan. Tarif yang merefleksikan biaya aktual pelayanan akan mendorong RS memenuhi kebutuhan medis yang diperlukan pasien serta memberikan

reward kepada RS yang telah melakukan pelayanan dengan *outcome* memuaskan.

SARAN

Penelitian ini merekomendasikan:

Penetapan tarif INA-CBGs berdasar penghitungan *Unit cost* (UC) akan memberikan data yang terbaik apabila diperoleh angka UC yang mendekati biaya riil. Metode perhitungan *Unit cost* seharusnya disepakati sehingga didapat patokan yang sama. Manajemen RS melakukan evaluasi agar mampu mengelola pelayanan kesehatan yang efisien namun dengan terus meningkatkan mutu pelayanan dari berbagai aspek di pelayanan ataupun manajemen sesuai indikator akreditasi. Segera diterapkan *clinical pathway* dalam pemberian pelayanan rawat inap kepada pasien dan melakukan audit medik dalam penetapan diagnosa utama oleh dokter dan audit koding untuk memastikan keakuratan penetapan diagnosa.

UCAPAN TERIMA KASIH

Analisis lanjut ini merupakan analisis terhadap data yang dihasilkan dalam “Riset Pembiayaan Kesehatan di Fasilitas Rujukan Tingkat Lanjut tahun 2016” yang telah dilakukan pada kurun kegiatan tahun 2017. Upaya ini merupakan wujud dari pemanfaatan data hasil penelitian yang lebih besar dan menyediakan banyak data agar memberikan informasi yang lebih terperinci dan fokus. Laporan penelitian ini diselesaikan dengan biaya DIPA Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan tahun 2017. Oleh karena itu tidak berlebihan apabila kami Tim Peneliti mengucapkan terima kasih kepada: 1) Kepala Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan, 2) Kepala Bidang Kebijakan dan Pembiayaan Kesehatan, dan 3) Kepala Sub Bidang Pembiayaan Kesehatan yang memberi kepercayaan dan memfasilitasi kegiatan penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Aulia Sandra, Supriadi, Kartika Dewi S, Muthi Arthaingan. Cost Recovery Rate Program Jaminan Kesehatan Nasional BPJS Kesehatan. AKUNTABILITAS, VIII. (2), 111–120.
- Clewer A and Perkins D. 1998. Economics for health care management. London, Prentice Hall.
- DPPFSPFARKE SR. Strategi rumah sakit dalam menghadapi tarif INA-CBGs. Available at: <http://>

- fsparkesreformasi.org/2017/08/13/strategi-rumah-sakit-dalam-menghadapi-tarif-ina-cbgs/ [accessed 2017 Oct 4].
- Donald S. Shepard. Dominic Hodgkin. Yvone E. Anthony. 2000. *Analysis of Hospital Cost: a Manual for Manager*. Geneva, World Health Organization.
- Fieda. 2007. Penerapan Metode Activity Based Costing pada Tarif Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah di Makasar. Makasar, Universitas Hassanudin.
- Fika Edya. 2017. Analisis Perbandingan Tarif INA-CBGs dengan Tarif Rumah Sakit dan Cost Recovery Rate Pasien Rawat Inap Peserta BPJS Kesehatan (Studi Kasus pada RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi) (Thesis). Padang, Universitas Andalas.
- Firmanda, D. *Clinical Pathways*. 2006. *Kesehatan Anak*. Sari Pediatri, 8 (3), 195 – 208.
- Handayani L, dkk. 2016. Laporan Riset Pembiayaan Kesehatan di Fasilitas Rujukan Tingkat Lanjut Tahun 2016. Jakarta, Pusat Humaniora dan Manajemen Kesehatan.
- Hosizah. 2007. Case-Mix: Upaya Pengendalian Biaya Pelayanan Rumah Sakit di Indonesia. *Forum Ilmiah Indonusa*, 4 (3). Available at: <http://www.inacbg.net/2015/08/case-mix-upaya-pengendalian-biaya.html>. [accessed 2017 Oct 4].
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2013. Peraturan Presiden Nomor 12 tentang Jaminan Kesehatan. Jakarta.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2014. Permenkes No. 59 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Jakarta.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2016. Permenkes No. 64 tentang Perubahan atas Permenkes No. 52 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2014. Permenkes no. 27 tentang petunjuk teknis sistem INA-CBG's. Jakarta.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2016. Permenkes no. 76 tentang Pedoman INA-CBG dalam Pelaksanaan JKN. Jakarta.
- Kusumaningtyas DRS, Lily Kresnowati L, Ernawati D. 2013. Analisa Perbedaan Biaya Riil Rumah Sakit Dengan Tarif Ina-Cbg's 3.1 Untuk Kasus Persalinan Dengan Sectio Caesaria Pada Pasien Jamkesmas Di Rsud Tugurejo Semarang Triwulan I Tahun.
- Nurani dan Rivany, 2015 . Analisis Utilisasi (Lama Rawat Inap) Rawat Inap Tingkat Lanjutan pada Peserta JKN di Kabupaten Bogor Periode Desember 2014 – Februari 2015 (Studi kasus Prosedur dan Non Prosedur Berbiaya Tinggi). Tersedia pada: https://www.academia.edu/26031525/Analisis_Utilisasi_Lama_Hari_Rawat_Rawat_Inap_Tingkat_Lanjutan_pada_Peserta_JKN_di_Kabupaten_Bogor_Periode_Desember_2014-Februari_2015_Studi_Kasus_Prosedur_dan_Non_Prosedur_Berbiaya_Tertinggi [Diakses 8 Mei 2018].
- Putri, MI . 2014. Analisis Perhitungan Tarif Rawat Inap Rumah Sakit dengan Metode Activity Based Costing di RSUD Sunan Kalijaga Demak. Skripsi, Fakultas Ekonomi & Bisnis. Tersedia pada: <http://eprints.dinus.ac.id/id/eprint/8770>.
- Rahayuningrum IO, Tamtomo DG, Suryono A. 2017. Analisis Tarif Rumah Sakit dibandingkan dengan Tarif Indonesia Based Groups pada Pasien Rawat Inap Peserta Jaminan Kesehatan Nasional dengan di Rumah Sakit. Tersedia pada: <https://media.neliti.com/media/publication/176031-ID-none.pdf>. [diakses 27 Desember].
- Roekminiati S, Pramono S. 2017. Laporan Penelitian Dosen Program Studi Ilmu Sosial Implementasi Program JKN pada Rumah Sakit sebagai Pemberi Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) di Bagian Rawat Inap Rumah Sakit Umum Haji Surabaya. Surabaya, RSU Haji.
- Sari, RP. 2014. Perbandingan biaya riil dengan tarif paket ina-cbg's dan analisi faktor yang mempengaruhi biaya riil pada pasien diabetes mellitus rawat inap jamkesmas di RSUP dr. Sardjito Yogyakarta. *Jurnal Spread*. 4 (1), 61–70.
- Thabrani H. 1998. Penetapan dan Simulasi tarif rumah sakit. Pelatihan RSPAD 2-5 Nopember 1998.
- Thabrany H . 2014. *Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta, Raja Grafindo Persada.
- Yuniarti E, Amalia dan Handayani TM. 2015. Analisis Biaya terapi penyakit diabetes mellitus pasien JKN di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta- perbandingan terhadap tarif INA CBGs. *Jurnal Kesehatan Indonesia*. 04(3):43-56. (Cited). Tersedia pada: http://eprints.dinus.ac.id/7869/1/jurnal_12798.pdf. [diakses 7 Mei 2017].
- Wasis Budiarto dan Mugeni Sugiharto. 2013. Biaya Klaim INA CBGs dan Biaya Riil Penyakit Katastropik Rawat Inap Peserta Jamkesmas di Rumah Sakit Studi di 10 Rumah Sakit Milik Kementerian Kesehatan Januari–Maret 2012. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 16 (1), 58–65.