
Cost Recovery Rate Tarif Rumah Sakit dan Tarif INA-CBG's Berdasarkan Clinical Pathway pada Penyakit Arteri Koroner di RS Pemerintah A di Palembang Tahun 2015

Cost Recovery Rate of Hospital and INA-CBG's Tariff Based on Clinical Pathway of Coronary Artery Disease in A Public Hospital, Palembang, 2015

Mardiah¹, Ronnie Rivany²

¹Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

²Departemen Administrasi Kebijakan Kesehatan Universitas Indonesia

Korespondensi: Mardiah

e-mail: mardiah.ibrahimarsyad@gmail.com

Abstrak

Adanya selisih negatif pada kasus Coronary Artery Disease (CAD) pada tindakan Percutaneous Coronary Intervention (PCI), mengindikasikan pembiayaan kesehatan masih terdapat kesenjangan antara tarif rumah sakit dengan tarif INA-CBG's. Penelitian ini bertujuan untuk melihat perbedaan cost recovery rate (CRR) tarif INA-CBG's dan tarif rumah sakit kasus CAD dengan PCI di RSA Palembang. Hasil penelitian menunjukkan berdasarkan cost of treatment berbasis clinical pathways pada severity level I CRR RS berada diatas CRR tarif INA-CBG's, sedangkan pada severity level II CRR RS lebih rendah dari CRR tarif INA-CBG's. Pada severity level III CRR tarif INA-CBG's dengan utilisasi stent 1 dan 2 lebih tinggi dari CRR RS. Tarif INA-CBG's tidak memperhitungkan jumlah stent dalam setiap tindakan PCI. Perlu evaluasi metode penghitungan tarif INA-CBG's dari hospital base rate ke metode perhitungan cost of treatment berdasarkan clinical pathway, sehingga biaya operasional RS dapat dipenuhi dan tetap mampu berikan pelayanan yang bermutu.

Kata kunci : Cost Recovery Rate, Cost of Treatment, Clinical pathway, CAD, PCI, INA-CBG's

Abstract

The difference of cost negative in the case of Coronary Artery Disease (CAD) with Percutaneous Coronary Intervention (PCI), indicate health financing gap between of hospital rates and INA-CBG's rates. This study aimed to see the difference between the cost recovery rate (CRR) of hospital rates and INA-CBG's rates for CAD with PCI at A Hospital. The results showed that the cost of treatment based on clinical pathways at the severity level I had a higher CRR Hospital rates compared to INA-CBG's CRR, whereas at the severity level II, Hospital CRR rate was lower than INA-CBG's CRR for the utility of less than 2 stents. At severity level III, CRR INA-CBG's rates with utilization of 1 and 2 stents performed higher rates than the hospitals CRR. This was related to INA-CBG's rate that did not take the magnitude of the stent utilization into account. It is necessary to improve INA-CBG's tariff development method from hospital base rate to clinical pathway-based cost of treatment in order to meet hospital operational cost and ensure the best quality of service.

Keywords: Cost Recovery Rate, Cost of Treatment, Clinical pathway, CAD, PCI, INA-CBG's

Pendahuluan

Program JKN membawa dampak besar dalam pelayanan kesehatan di Indonesia. Diberlakukannya JKN, Indonesia telah menjadi era baru dalam metode pembayaran bagi banyak rumah sakit, dimana sebagian besar rumah sakit yang selama ini menggunakan mekanisme pembayaran *Fee for Service* (FFS) mulai beralih ke mekanisme pembayaran dengan klaim berdasarkan Indonesia *Case Base Groups* (INA-CBG's).

Perubahan pembiayaan dari FFS ke INA-CBG's membawa RS menghadapi kondisi yang bisa menjadi ancaman atau peluang. Peluang jika RS dapat memanfaatkan program JKN dengan baik sehingga selisih klaim bernilai positif karena mampu menyesuaikan dengan tarif INA-CBG's dan yang negatif karena belum mampu memberikan pelayanan yang

efektif dan efisien sehingga menjadi ancaman terhadap pengelolaan keuangan RS (Hardiman, 2013).

Banyak keluhan dari rumah sakit bahwa Tarif INA-CBG's jauh dibawah biaya yang dikeluarkan rumah sakit, padahal anggaran BPJS pada 2014 disediakan nyaris 20 Triliun, jauh lebih besar dari Jamkesmas, hal tersebut harusnya menyenangkan rumah sakit (Purnawan, 2014). Pada kenyataannya sebagian besar rumah sakit masih mengalami selisih negatif antara klaim tarif rumah sakit dibandingkan dengan tarif INA-CBG's, sebagaimana yang tergambar dalam tabel selisih tarif pelayanan di beberapa rumah sakit di Sumatera Selatan.

Klaim pembiayaan pasien peserta JKN pada 2014 menunjukkan adanya selisih positif dan negatif atas biaya klaim RS A dengan Tarif INA-CBG's untuk rawat inap selama Tahun 2014 adalah sebesar

Rp232.263.700. Sedangkan untuk Kasus CAD pada pasien rawat inap terdapat selisih negatif sebesar Rp 598.025.075. Bahkan untuk kasus CAD dengan tindakan PCI (*Percutaneous Coronary Intervention*) selisih negatif yang terjadi jauh lebih besar yaitu sebesar Rp876.512.398.

Tingginya selisih biaya negatif pada kasus CAD pada tindakan PCI, mengindikasikan pembiayaan kesehatan masih terdapat kesenjangan antara tarif rumah sakit dengan tarif INA-CBG's di rumah sakit pada tahun 2014, sehingga perlu dilakukan penelitian mengenai perhitungan *Cost Recovery Rate* (CRR), dengan membandingkan *cost of treatment* dengan tarif INA-CBG's dan tarif rumah sakit pada kasus CAD dengan tindakan PCI.

Metodologi Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dan kualitatif. Desain penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* untuk analisis biaya. Penelitian diawali dengan menentukan *clinical pathway* yang kemudian dilakukan penyusunan *cost of treatment* dari kasus CAD dengan tindakan PCI. Kemudian membandingkan *cost of treatment* yang telah tersusun dengan Tarif INA-CBG's dan *cost of treatment* dengan Tarif Rumah Sakit. Sedangkan penelitian kualitatif dilakukan dengan *Focus Discussion Group* (FGD) dan wawancara. Penelitian dilakukan di bagian rekam medis, bagian keuangan, ruang SIMRS di RS A Palembang. Penelitian dilaksanakan sejak bulan Januari -Maret 2015. Pengambilan data primer dilakukan dengan pengamatan langsung dari ruang admisi sampai ke ruang rawat inap Instalasi *Brain and Heart Center*, ruang Kateter Jantung serta melaksanakan wawancara dengan kelompok Staf Medis Penyakit Dalam Divisi Kardiovaskuler (Dokter Spesialis Penyakit Dalam Konsultan Kardiovaskuler) dan Kelompok Staf Medik Kardiologi (Dokter Spesialis Jantung dan Paru).

Data sekunder diperoleh dari pengisian formulir daftar isian untuk mengetahui pemakaian fasilitas dalam tindakan PCI pada pasien Penyakit Jantung Koroner selama bulan Januari sampai Maret tahun 2015 yang ada pada catatan Rekam Medis Pasien. Dikumpulkan pula informasi dari bagian keuangan untuk mengetahui biaya masing-masing variabel dan total yang dibayarkan selama masa perawatan.

Dari karakteristik dan lama hari rawat pasien serta penyakit penyerta dan penyulit, dilakukan pengelompokan berdasarkan *clinical pathway* yang disepakati. Kemudian data yang didapat diolah dan

dihitung sesuai dengan tindakan berdasarkan metode penelitian sehingga diperoleh *unit cost* pelayanan dan kemudian dirangkum sebagai *Cost of treatment* CAD.

Unit cost yang diperlukan dalam kegiatan ini adalah yang terkait dengan kegiatan selama perawatan pasien CAD dengan PCI sesuai *clinical pathway*. Beberapa kegiatan langsung dirangkum menjadi satu *unit cost* kegiatan seperti tindakan PCI dan asuhan keperawatan.

Unit cost untuk obat dan alat kesehatan diperoleh dari daftar harga yang diberikan Instalasi Farmasi RS A Pa. Dalam kegiatan PCI utilisasi alat kesehatan yang berpengaruh dalam tindakan PCI adalah *stent* baik jumlah dan jenis yang dipasang. *Cost of treatment* adalah perhitungan biaya yang terkait dengan biaya langsung dan tak langsung yang dibutuhkan untuk melakukan perawatan/tindakan PCI sesuai dengan *clinical pathway* pada pasien CAD yang telah disepakati.

Penghitungan biaya dilakukan berdasarkan 3 (tiga) *clinical pathway* yang ada di atas. Selain itu penghitungan juga dibedakan berdasarkan akomodasi yang ada dan jumlah *stent* yang dipergunakan pada tindakan PCI yang dilakukan. Dari kesepakatan 3 *clinical pathway* untuk tindakan PCI pada pasien CAD di RS A, selanjutnya dilakukan perhitungan *cost of treatment* masing-masing *clinical pathway* tersebut.

Perhitungan *cost of treatment* dalam penelitian ini menggunakan metode *Activity Based Costing + Double Distribution Method*. Metode *double distribution* dipergunakan untuk menghitung biaya satuan per unit pelayanan. Setelah didapat *unit cost* masing-masing unit produksi maka dikalikan dengan utilitasnya berdasarkan *activity based costing* dengan penambahan biaya obat dan jasa medis juga asuhan keperawatan.

Hasil Penelitian

Karakteristik Responden

Karakteristik responden dalam penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 1, dimana dari total 32 pasien yang diobservasi, mayoritas adalah lansia (60 tahun ke atas), berjenis kelamin laki-laki, dan merupakan peserta (JKN) atau non-PBI.

Adapun penyakit penyerta yang diperhitungkan adalah penyakit yang jumlahnya paling banyak ditemukan dalam waktu pengambilan kasus penelitian yaitu 1) Dislipidemia (E. 789), 2) *Hipertensive Heart Disease /HHD* (I.119), 3) Hipertensi (I.10) dan 4) Diabetes Melitus (E119). Jenis penyakit pen-

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Pasien CAD dengan Tindakan PCI

No.	Karakteristik		n (%)			
1	Umur (tahun)	Anak-anak (0-17)	0 (0)			
		Muda (18-<45)	1(3)			
		Tua(≥60)	31 (97)			
		Total	32 (100)			
2	Jenis Kelamin	Laki-laki	22 (69)			
		Perempuan	10 (31)			
		Total	32 (100)			
3	Cara Bayar	Kelas Rawat				
			I	II	III	
		PBI	-	-	-	-
		Non-PBI	24	5	1	30 (93.8)
		JAMKESDA	-	-	2	2 (6.2)
		PRIBADI	-	-	-	-
		Total Kasus	24	5	3	32 (100)
		Persen (%)	79	16	9	100

Tabel 2 Lama Hari Rawat Pasien CAD dengan PCI

Diagnosa	Lama Hari Rawat (hari)							Total (hari)	Mean (hari)	Modus (hari)
	3	4	5	6	7	8	12			
Murni	1	1	1	-	-	-	-	12	4	-
Penyulit	10	6	6	3	-	1	-	110	4,2	3
Penyulit dan Penyerta	1	-	-	-	1	1	1	26	6,5	-

yulit yang ditemui bersama penyerta yang ditemukan dalam rentang waktu pengambilan kasus penelitian yaitu *Congestive Heart Failure* (I.110) dan Infark Miokard (I.21.0). Tabel 2 menggambarkan jumlah hari rawat pasien berdasarkan jenis diagnosanya yang menunjukkan bahwa dibandingkan dengan Pasien CAD dengan tindakan PCI Murni dan Penyulit, pasien dengan Penyulit dan Penyerta memiliki

Length of Stay yang lebih lama.

Tabel 3 menunjukkan bahwa *cost of treatment* pasien CAD didominasi untuk operasi, disusul dengan pra dan post-operasi dimana nilainya semakin besar seiring dengan adanya penyerta dan penyulit. *Cost Index* merupakan persentase perhitungan dari total cost pada tiap tahapan dalam *clinical pathway* pasien. Pada Tabel 3 dijelaskan bahwa CAD yang diba-

Tabel 3 *Cost of treatment* (tanpa Akomodasi) berdasarkan *Clinical pathway* Pasien CAD dengan Tindakan PCI di RS A Palembang

Kegiatan	CAD Murni		CAD Penyerta		CAD Penyerta+Penyulit	
	(Rp)	(%)	(Rp)	(%)	(Rp)	(%)
LOS	3		3		6	
Pendaftaran	15.879	0,05	15.879	0,05	15.879	0,04
Penegakan Diagnostika	1.778.375	5,64	1.778.375	5,22	1.778.375	4,91
Pra -Operasi	174.289	0,55	1.399.518	4,11	1.937.078	5,35
Operasi	29.284.773	92,91	29.284.773	86	29.284.773	80,82
Post-Operasi	195.087	0,62	1.445.306	4,24	3.085.435	8,52
Pulang	69.652	0,22	129.085	0,38	132.564	0,37
COT	31.518.054	100	34.052.935	100	36.234.104	100

Tabel 4 *Cost Indeks* (tanpa Akomodasi) berdasarkan *Clinical pathway* Pasien CAD dengan Tindakan PCI tanpa Perhitungan Jumlah Stent

Kegiatan	CAD Murni	CAD Penyerta	CAD Penyerta+Penyulit
	Cost Index (%)	Cost Index (%)	Cost Index (%)
LOS	3	3	6
Pendaftaran	0,05	0,05	0,04
Penegakan Diagnostika	5,64	5,22	4,91
Pra Operasi	0,55	4,11	5,35
Operasi	92,91	86	80,82
Post Operasi	0,62	4,24	8,52
Pulang	0,22	0,38	0,37
COT	100	100	100

gi dengan *cost of treatment* yaitu CAD murni, CAD Penyerta dan CAD penyerta dan penyulit. Secara keseluruhan dalam kasus pasien CAD yang dilakukan tindakan PCI maka cost index terbesar berada dalam tahapan tindakan operasi PCI.

Cost Index merupakan persentase perhitungan dari total cost pada tiap tahapan dalam *clinical pathway* pasien CAD yang dibagi dengan *cost of treatment*. Pada tabel 4 dapat dilihat secara keseluruhan dalam kasus pasien CAD yang dilakukan tindakan PCI maka cost index terbesar berada dalam tahapan tindakan operasi PCI.

Tabel 5 menjelaskan bahwa dalam INA-CBG's terdapat *Special CMG* pada tarif INA-CBGs yang saat ini dibuat agar mengurangi resiko keuangan rumah sakit. Saat ini hanya diberikan untuk beberapa obat, alat-alat kesehatan, prosedur, pemeriksaan penunjang, kasus penyakit subakut dan kronis yang selisih tarif INA-CBGs dengan tarif rumah sakit masih cukup besar. Sedangkan saat ini kode *special CMGYY03* tarifnya sesuai *groupier* versi 4.1 hanya bernilai Rp.18.600.200. Nilai tarif Prosedur PCI dalam tarif *INA-CBGs* sesuai kelas rawat dan penambahan *special CMG*.

Tabel 5 Tarif INA-CBGs Pasien CAD dengan Tindakan PCI Murni dan Penyerta

Diagnosa PCI Murni	Jumlah Stent	LOS (hari)	COT (Rp)		Tarif INA-CBG (Rp)		CRR (%)	
			Murni	Dengan Penyerta	Murni	Dengan Penyerta	Murni	Dengan Penyerta
Kelas I	Stent 1	3	51.342.045	53.876.926	44.640.500	82.969.900	87	154
	Stent 2		69.838.221	72.373.101			64	115
	Stent 3		88.334.396	90.869.276			51	91
	Stent 4		106.830.571	109.365.452			42	76
Kelas II	Stent 1	3	50.764.230	53.299.110	40.920.500	73.774.300	81	138
	Stent 2		69.260.405	71.795.285			59	103
	Stent 3		87.756.580	90.291.461			47	82
	Stent 4		106.252.755	108.787.636			39	68
Kelas III	Stent 1	3	50.453.730	52.988.610	37.198.600	64.578.600	74	122
	Stent 2		68.949.905	71.484.785			54	90
	Stent 3		87.446.080	89.980.961			43	72
	Stent 4		105.942.255	108.477.136			35	60

Tabel 6 Tarif INA-CBGs Pasien CAD dengan Tindakan PCI Penyerta + Penyulit

Diagnosa CAD Dengan Penyerta + Penyulit	Jumlah Stent	LOS	COT	Tarif INA CBG	CRR (%)
Kelas I	Stent 1	6	56.058.095	104.584.800	188
	Stent 2	6	74.554.270		138
	Stent 3	6	93.050.445		109
	Stent 4	6	111.546.621		67
Kelas II	Stent 1	6	55.480.279	92.294.000	168
	Stent 2	6	73.976.454		122
	Stent 3	6	92.472.630		96
	Stent 4	6	110.968.805		59
Kelas III	Stent 1	6	55.169.779	82.969.900	152
	Stent 2	6	73.665.954		111
	Stent 3	6	92.162.130		87
	Stent 4	6	110.658.305		53

Dari hasil perbandingan tarif pada tabel 6 penulis kemudian mencoba menempatkan pengelompokan tarif RS dan INA-CBG's terhadap COT yang dianggap setara. Dari tarif INA-CBG's yang bisa kita hitung nilai CRR nya hanya untuk Pasien CAD dengan tindakan PCI Murni diasumsikan setara dengan tindakan *perkutaneus* ringan. Sedangkan den-

gan penyerta dianggap setara dengan tindakan PCI sedang dan yang tertinggi CAD dengan penyerta penyulit dianggap setara dengan tindakan PCI berat. Sedangkan perbedaan harga *stent* tidak dapat diukur. Hal ini dikarenakan tidak adanya kejelasan pengelompokan kriteria ringan, sedang dan berat pada pola tarif INA-CBG's.

Tabel 7 Perbandingan CRR Tarif RS dan Tarif *INA-CBGs* pasien Kelas I, II, III berdasarkan *Cost of treatment* berbasis *Clinical pathway* Pasien CAD dengan Tindakan PCI Murni, dengan Penyerta, serta Penyulit dan Penyertadi RS A Palembang Tahun 2015

	JUMLAH STENT	LOS	COT (Rp)	TARIF RS (Rp)	CRR (%)	TARIF INA CBG (Rp)	CRR (%)
MURNI							
Kelas I	3	3	93.895.871	87.973.106	94	44.640.500	48
Kelas II	3	4	93.318.055	88.534.317	95	40.920.500	44
PENYERTA							
	1	3	55.504.350	56.030.356	101		149
	2	3	75.854.350	73.389.245	97	82.969.900	109
Kelas I	3	3	96.204.350	143.607.728	149		86
	4	3	157.254.350	96.811.727	62		53
Kelas II	1	6	54.994.996	58.832.588	107	73.374.100	100
PENYERTA & PENYULIT							
Kelas II	3	3	95.694.996	88.139.598	92	92.294.000	96
Kelas III	1	12	54.684.496	66.182.799	121	82.969.900	152

Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian, dalam penulisan diagnosis yang tertera didalam rekam medis biasa dilakukan oleh dokter dan hasilnya tidak selalu sama dan sesuai dengan diagnosa yang dipilih coder atau petugas rekam medis. Dari data yang diperoleh selama penelitian, diagnosa *Coronary Artery Disease* termasuk dalam pengkodean ICD X yaitu I.25.1 *Atherosclerotic heart disease* masuk dalam MDC 5 *Disease and Disorder of the circulatory system*.

Berdasarkan wawancara dengan petugas rekam medis, dokter penanggung jawab pasien dan perawat ruangan, pada umumnya dokter tidak pernah menulis diagnosa berdasarkan pengkodean ICD X. Pengkodean ICD dilakukan oleh petugas rekam medis. Hal ini sejalan dengan beberapa penelitian terdahulu yang menyebutkan bahwa pencatatan rekam medis di rumah sakit masih belum baik, baik dari segi kelengkapan maupun pemahaman tentang ICD-X (Suryati, 1998, Muchlis, 2014).

Pada Tabel 2 menunjukkan bahwa kelompok penyakit CAD dengan diagnosa murni dan CAD dengan penyerta memiliki lama hari rawat yang hampir sama. Hal ini disebabkan oleh penyakit penyerta pada pasien CAD yang pada prinsipnya merupakan faktor risiko kejadian CAD sendiri seperti dislipidemia, hipertensi, koagulasi dan diabetes melitus, sehingga penatalaksanaan perawatan dan pengobatan yang lebih kurang sama. Namun, penderita CAD dengan penyerta dan penyulit memiliki lama hari rawat yang lebih panjang, disebabkan adanya penat-

alaksanaan terhadap penyulit yang muncul.

Clinical pathway disusun dari data rekam medis yang dikumpulkan sehingga menjadi suatu *draft* dengan sesuai pedoman yang terdiri dari pendaftaran, penegakkan diagnosa, pra-terapi (pra-operasi), terapi (operasi), tindak lanjut, dan pulang. Diskusi dilakukan sampai tersusun suatu *clinical pathway* yang disepakati dan dapat digunakan untuk kasus CAD dengan tindakan PCI.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa penanganan pasien kasus CAD dengan tindakan PCI dapat dilakukan selama 3 hari untuk pasien CAD murni dan CAD dengan penyerta, secara umum telah dilakukan para dokter, tetapi sebagian masih melebihi waktu yang telah ditetapkan tersebut. Dari rata-rata 3 hari tersebut dapat dilihat besaran biaya pelayanan yang ditimbulkan jika melebihi masa rawat tersebut semakin besar biaya yang dikeluarkan dan menunjukkan bagaimana efisiensi layanan yang diberikan. Hal ini sesuai dengan tujuan *clinical pathway* yaitu sebagai alat ukur efisiensi dalam pelayanan kesehatan. Sesuai dengan penelitian Dewi Indah (2015) yang menunjukkan bahwa dengan adanya penatalaksanaan pasien melalui *clinical pathway* beserta utilitasnya maka biaya dapat dihitung sesuai dengan kondisi dan kelompok *diagnosis* suatu penyakit.

Dalam penelitian ini, *unit cost* yang mendukung kegiatan pelayanan kasus CAD dengan tindakan PCI diperoleh dari *unit cost* rumah sakit yang disusun pada tahun 2012, padahal idealnya disusun berdasarkan *unit cost* yang sudah disesuaikan dengan

data tahun terakhir.

Dari *unit cost* yang menyusun biaya pelayanan tindakan PCI pada pasien CAD ternyata *unit cost* tertinggi adalah *unit cost* layanan tindakan PCI, yaitu sebesar Rp 29.284.773, sedangkan dalam tiap tindakan PCI terdapat utilitasi *stent* yang bernilai rata-rata Rp18.496.175 per satuannya, dimana jenis *stent* yang digunakan pada seluruh sampel penelitian adalah DES (*drug eluting stent*).

Dalam penelitian ini, *cost of treatment* dari pasien CAD dengan tindakan PCI bervariasi sesuai 3 *clinical pathway* yang telah disepakati, semakin berat derajat keparahan penyakit, semakin besar COT yang dihasilkan. Pasien CAD yang menjalani PCI tanpa penyerta dan penyulit, besar COT hanya Rp 31.518.054, sedangkan dengan penyerta bernilai Rp 34.052.935 dan CAD dengan penyerta dan penyulit nilai COT meningkat menjadi Rp 36.234.104. Hal ini disebabkan adanya perbedaan dalam pemeriksaan penunjang yang dilakukan, obat-obatan yang digunakan, serta lamanya hari rawat. Selain itu, jenis kelas rawat juga berpengaruh terhadap besar COT (Muchlis, 2014), seperti pasien Kelas I yang akan mengalami peningkatan nilai pada tahapan *discharge* sehingga akan mempengaruhi nilai COT secara keseluruhan.

Dalam penelitian ini, COT tertinggi ada pada kelas rawat yang paling tinggi dan pada CAD dengan penyulit dan penyerta dimana akomodasi yang ditambahkan menjadi 6 kali akomodasi kelas I ditambah utilitasi *stent* sebanyak 4 buah sehingga nilai COT mencapai Rp112.874.436, sedangkan CAD murni dengan tindakan PCI pada ruang perawatan kelas III dengan utilitasi *stent* hanya 1 buah nilai COT hanya mencapai Rp51.342.045.

Berdasarkan studi ini, tahapan terapi (operasi) mempunyai proporsi terbesar dari total COT (92,91%) baik pada kelompok penyakit murni, penyerta, maupun kelompok komplikasi dan penyerta. Hal ini juga terbukti di beberapa rumah sakit lainnya, seperti appendiktomi murni di RSUD Kab. Tangerang (2014), Herniotomi Murni di PMI Bogor (2013), dan Ca Payudara Murni Bedah MRM RS Kanker Dharmais (2008) yang menghabiskan masing-masing 77,67%, 73,9%, dan 76,8%.

Dengan kata lain, dibanding dengan RS lain, *unit cost* tindakan PCI yang terdapat di RS A Palembang cukup tinggi. Penggunaan *stent* yang mahal dalam tindakan PCI juga sangat mempengaruhi besaran *cost of treatment*. Semakin banyak *stent* yang digunakan maka akan semakin besar nilai *cost of treat-*

ment yang muncul dan akan mempengaruhi persentase *cost index* tahapan tersebut. Berdasarkan PMK nomor: 100/PMK.05/2014 dan SK Direktur, penggunaan satu *stent* (DES) memiliki tarif sebesar Rp55.000.000, sedangkan empat *stent* (DES) sebesar Rp96.000.000.

Tarif INA-CBG's yang digunakan dalam pengklaiman pasien BPJS di RS A Palembang adalah Tarif INA-CBG's versi 4.1. Dalam aplikasi terakhir INA-CBG's yaitu sistem INA-CBG's versi 4.1 terjadi peningkatan dan penurunan nilai tarif. *Top-up* tersebut pada PCI bernilai sama pada semua *severity level* dan pada semua kelas, untuk Regional 2 RS tipe A bernilai Rp 18.600.200 (PMK 59 th.2014). Nilai spesial prosedur PCI termasuk yang mengalami penurunan nilai tarif, dimana dari sebelumnya bernilai Rp19.476.681.

Tarif INA-CBG's tidak melihat besaran jumlah alat medis ataupun alat habis pakai yang digunakan dalam tindakan PCI, ini ditunjukkan dari seragamnya nilai *top-up* tindakan PCI pada semua *severity level* dan pada semua kelas. Perbedaan metode penghitungan biaya dalam menentukan tarif rumah sakit adalah berdasarkan *hospital base rate*. Hal ini sesuai dengan penelitian Dewi (2013) dan Muchlis (2014) yang menyebutkan sulitnya menerapkan pengelompokan tarif berdasarkan INA-CBG's karena perbedaan pengelompokan dengan tarif RS.

Dalam pengelolaan suatu rumah sakit baik pemerintah maupun swasta, nilai CRR diatas 100% merupakan tujuan yang ingin dicapai. Hal ini artinya total biaya yang dikeluarkan dapat ditutupi seluruhnya dengan biaya penerimaan rumah sakit. Nilai CRR memperlihatkan seberapa besar subsidi yang harus diberikan pada suatu rumah sakit. Hasil penelitian memperlihatkan untuk kategori pasien BPJS dengan tarif INA-CBG's, pada tiap diagnosa yang berbeda dengan utilitasi yang berbeda maka muncul nilai CRR yang berbeda. Semakin banyak jumlah *stent* yang digunakan maka semakin kecil nilai CRR yang dihasilkan.

Nilai CRR tarif INA-CBG's yang ada untuk kasus CAD murni pada pasien kelas I sampai kelas III secara umum berada dibawah angka 90% untuk 1 *stent* dan kecenderungannya semakin kecil jika *stent* yang dipergunakan meningkat sampai 4 *stent*. Sedangkan untuk kasus CAD dengan Penyerta yang dilakukan tindakan PCI secara umum jika pemakaian *stent* mencapai 2 *stent* maka CRR masih berada diatas 100%, namun jika *stent* yang digunakan sudah mencapai 3 *stent* maka CRR rata-rata berada pada

kisaran 90%. Jika *stent* yang digunakan 4 buah maka CRR hanya mencapai 50% bahkan kurang atau lebih. Pada kasus CAD dengan Penyertadan Penyulit untuk tindakan PCI yang menggunakan 1 dan 2 *stent* baik pada kelas I sampai kelas III rata-rata CRR berada diatas 100%. Hal ini disebabkan utilisasi *stent* menghabiskan biaya cukup besar, sedangkan *top-up* pada spesial prosedur PCI hanya diperkenankan satu kali dengan nilai yang sama disetiap kelas yaitu sebesar Rp18.600.200 padahal *unit cost* yang dikeluarkan oleh rumah sakit untuk setiap *stent* adalah Rp18.496.175 per satuannya.

Adapun CRR yang dapat diperbandingkan adalah tindakan PCI pada CAD murni di kelas rawat I dan kelas III dengan utilisasi *stent* sebanyak 3 buah, tarif RS menunjukkan CRR mendekati 100% sedangkan tarif INA-CBG's hanya mencapai 50%. Untuk perbandingan CRR pada pasien CAD dengan Penyulit dan Penyerta dikelas II dengan utilisasi *stent* 3 CRR Tarif RS mencapai 92% sedangkan tarif INA-CBG's mencapai 100%. Pada pasien kelas III dengan utilisasi *stent* 1 buah CRR tarif RS mencapai 119,01% sedangkan dari tarif INA-CBG's mencapai 149%.

Dalam penelitian ini dilakukan analisis sensitivitas yang dimaksudkan untuk mencari nilai maksim

mal dari perubahan komponen penyusun *unit cost* sehingga dapat memberikan penilaian yang berbeda dari tarif yang diperbandingkan. Sebagai rumah sakit pemerintah, biaya investasi berupa bangunan dan peralatan serta gaji PNS mendapatkan bantuan biaya dari APBN, sehingga untuk melihat sensitivitas dalam penelitian ini dalam perhitungan *unit cost* biaya investasi dikeluarkan untuk melihat besaran CRR tanpa investasi dan CRR tanpa investasi dan tanpa gaji PNS dengan mengeluarkan biaya investasi dan gaji PNS dalam perhitungan *unit cost*.

Tabel 8, perbandingan CRR Tarif INA-CBG's dan Tarif Rumah Sakit terhadap COT dengan Investasi dan Gaji PNS, COT Tanpa Investasi serta COT tanpa Investasi dan gaji PNS metunjukkan bahwa jika biaya investasi dikeluarkan maka CRR tarif INA-CBG's dan CRR tarif rumah sakit menunjukkan nilai yang lebih baik, kecenderungan mencapai nilai 100% lebih, kecuali utilisasi *stent* 3 pada kelompok penyakit CAD dengan PCI Murni maka CRR tarif INA-CBG's masih berkisar diangka 47%- 56%. Hal ini menunjukkan nilai *stent* masih tetap memegang peranan penting dalam menentukan besarnya *cost of treatment* baik tanpa mempehitungkan nilai investasi maupun dengan mempehitungkan nilai investasi.

Tabel 8 Tabel Perbandingan CRR Tarif INA-CBGs dan Tarif Rumah Sakit terhadap COT dengan Investasi dan Gaji PNS, COT Tanpa Investasi serta COT Tanpa Investasi dan gaji PNS

Klasifikasi CAD dengan PCI	Stent	LOS	Tarif RS	INA-CBGs	COT			CRR Rumah Sakit			CRR INA-CBGs		
					Investasi Dan Gaji PNS Dihitung	Biaya Investasi Tidak Dihitung	Biaya Investasi Dan Gaji PNS Tidak Dihitung	Investasi Dan Gaji PNS Dihitung	Biaya Investasi Tidak Dihitung	Biaya Investasi Dan Gaji PNS Tidak Dihitung	Investasi Dan Gaji PNS Dihitung	Biaya Investasi Tidak Dihitung	Biaya Investasi Dan Gaji PNS Tidak Dihitung
Murni Kelas I	3	3	87.973.106	44.640.500	88.334.396	86.174.132	79.407.050	99,59%	102,09%	110,79%	51%	52%	56%
Murni Kelas II	3	4	88.534.317	40.920.500	87.756.580	85.344.356	78.829.234	100,89%	103,74%	112,31%	47%	48%	52%
Penyerta Kelas I	1	3	56.030.356	82.969.900	53.876.926	51.324.975	44.400.219	104,00%	109,2%	126,2%	154%	162%	187%
Penyerta Kelas I	2	3	73.389.245	82.969.900	72.373.101	69.821.150	62.896.394	101,40%	105,1%	116,7%	115%	119%	132%
Penyerta Kelas I	3	3	88.450.637	82.969.900	90.869.276	88.317.325	81.392.569	97,34%	100,2%	108,7%	91%	94%	102%
Penyerta Kelas I	4	3	96.811.727	82.969.900	109.365.452	106.813.501	99.888.745	88,52%	90,6%	96,9%	76%	78%	83%
Penyerta Kelas II	1	6	58.832.588	73.774.300	53.299.110	50.341.663	43.822.403	110,38%	116,9%	134,3%	138%	147%	168%
Penyerta Kelas III	2	3	69.304.504	64.578.600	71.484.785	68.527.339	62008078,32	96,95%	101,1%	111,8%	90%	94%	104%
Penyerta+Penyulit Kelas II	3	6	88.139.598	92.294.000	93.222.630	90.452.350	83.428.059	94,55%	97,44%	105,65%	99%	102,04%	110,63%
Penyerta+Penyulit Kelas III	3	6	66.182.799	82.969.900	55.609.279	52.838.999	45.814.708	119,01%	125,25%	144,46%	149%	157%	181%

Disamping itu, nilai investasi dan gaji pegawai memegang peranan yang cukup besar melihat adanya penurunan nilai *cost of treatment* pada tiap kelompok CAD berdasarkan *clinical pathway*.

Kesimpulan dan Saran

Kesimpulan

Ada perbedaan *cost recovery rate* (CRR) tarif INA-CBG's dan tarif rumah sakit pada kasus CAD dengan PCI dimana CRR tarif rumah sakit pada *severity level* I dan II dengan utilisasi *stent* 1-4 lebih baik dari CRR INA-CBG's karena tarif RS memperhitungkan penambahan jumlah *stent* pada setiap tindakan PCI sedangkan tarif INA-CBG's tidak memperhitungkan penambahan *stent* tersebut. Tetapi pada *severity level* III dengan utilisasi *stent* sampai dengan 2 nilai CRR INA-CBG's lebih baik dari CRR RS karena tarif INA-CBG's terhadap tindakan PCI di *severity level* III cukup tinggi melebihi COT, namun jika utility *stent* lebih dari 2 maka CRR sudah turun dibawah angka 100%. Ini berarti nilai *stent* sangat berpengaruh dalam menentukan nilai COT pada tindakan PCI bagi pasien CAD.

Saran

Perlu dilakukan evaluasi metode penghitungantarif INA-CBG's yang berdasarkan metode *case base rate*, agar menggunakan pendekatan *cost of treatment berdasarkan clinical pathway*, sehingga besaran biaya yang dikeluarkan untuk penyakit tersebut sudah dipertimbangkan sepenuhnya. Diharapkan adanya perbedaan pengkodean dan tarif terhadap tindakan kardiovaskuler perkutan berdasarkan utilisasi *stent* pada masing-masing *severity level* dan kelas rawat.

Daftar Pustaka

Adisasmito, (2008), Kebijakan standar pelayanan medik dan diagnosis related group (drg), kelayakan penerapannya di Indonesia Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Budiarto,Wasis dan Sugiharto,Mugeni, 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 – Vol. 16 No. 1 Januari 2013: 58–65

Casto & Clayman, (2006). Principles of Healthcare Reimbursement, American Health Information Management Association, 5-10.

Darmawan A, (2010). Penyakit jantung koroner. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah.

Dewi,I. Maulina, (2014)., Price Analysis Tarif Rumah Sakit Dan Tarif INA-CBGs Pada Tindakan Herniotomy Kelas III Dengan Perhitungan *Cost of treatment* Berbasis *Clinical pathway* Di Rumah Sakit PMI Bogor Tahun 2014. Tesis, FKM UI, Depok

Djunadi,Purnawan, 2014, Jaminan Kesehatan Nasional,Jalan masih panjang, Jurnal Kedokteran Indonesia, Medika, No.2 Tahun ke XI, Jakarta

Dody Firmanda, *Clinical pathways* Kesehatan Anak, Sari Pediatri, Vol. 8, No. 3, Desember 2006: 195 – 208

Djasri, Hanevi,2014, Langkah Penyusunan *Clinical pathway*, Workshop Penyusunan *Clinical pathway* dan Perhitungan Cost of Care di RSUD Sampit,2014

Evolution of Drugs (updated). Journal of AHIMA (American Health Information Management Association.) Updated April 2010, bielby, (2010). <http://library.ahima.org/xpedio/groups/public/documents/ahima> tanggal 21 Februari 2015

Harun S, Alwi I, (2006). Infak Miokard Akut Tanpa Elevasi St. In Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. 4th ed. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam. P:1626

Hospital Payment Systems Based On Dignosis Related Groups; Experiences In Low and Middle-Income Countries; Inke Mathauera & Friendrich Wittenbecherb; Bulletin World Health Organization

Majid, Abdul, (2007) Penyakit jantung korner Patofisiologi, Pencegahan dan Pengobatan TerkiniPidato pengukuhan Guru Besar., Universitas Sumatera Utara

Muchlis,Achmad,(2014) Cost Shifting bedah Appendiktomi di Rumah Sakit Umum Tangerang,

McPhee et al, 2007, Current Medical Diagnosis and Treatment 2007, Forty Sixth Edition, McGraw-Hill Companies

Mulyadi, Activity Based Costing – System, edisi 6 cetakan ke 2, (2007). UPP STIM YKPN Yogyakarta

Nelwan, Ester Karakteristik Individu Penderita Penyakit Jantung Koroner Di Sulawesi Utara Tahun 2011, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi Manado

Paruntu, Svetlana, Tesis analisis cost arewness dan cost monitoring untuk efisiensi biaya pelayanan

-
- di sub departemen radiologi rumkital dr. Minto-hardjo (studi kasus: pelayanan thoraks ap/pa foto), FKM UI program KARS, (2012).
- Putra , Ryryn, et al (2011), Analisis Biaya Satuan (*Unit cost*) Perjenis Tindakan Berdasarkan Relative Value Unit (Rvu) Pada Bagian Persalinan Rsud Ajjapange Kabupaten Soppeng Tahun 2011, Jurnal AKK, Vol 2 No 1, Januari 2013, hal 35-41
- Setiaji, Hendadi (2006) Analisis Biaya Pelayanan Rawat Inap Di Ruang Vip Cendrawasih RSUD Dr. Soeselo Kabupaten Tegal Tahun 2006, Tesis, FKM UNDIP Semarang
- Sugiyarti et al, (2013). Analisis Biaya Satuan Dengan Metode Activity Based Costing studi kasus di poli mata RSD Balung Kabupaten Jember, Jurnal Pustaka Kesehatan Volume 1, 2013.
- Suryawati, C, (2008). Bahan kuliah inflasi biaya kesehatan- fkm-mikm Universitas Diponegoro, Semarang. www.eprints.undip.ac.id tanggal 11 Februari 2015
- Textbook of financial cost and management accounting, periasamy, p, (2010). Global media, Himalaya publishing house, India
- Thabrany, Hasbullah, (2014). Jaminan Kesehatan Nasional, PT. Raja Grafindo Persada
- Tribowo, Anang (2014) Perbandingan Tarif Ina-CBGs dengan Tarif RS disampaikan pada Seminar Pencegahan Fraud dan Peningkatan Mutu Layanan Kesehatan di Rumah Sakit Pada Era Jaminan Kesehatan Nasional pada tanggal 20 November 2014 di Auditorium RS RK Charitas
- Trisnantoro, L, 2009, Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit, Cetakan keempat, Gadjah Mada University Press. Yogyakarta
- Wakefield, John. Patient Safety and Quality Improvement Service, Center for Health Care Improvement, Queensland Version 3, 1, 2012)
- Zelman, Et Al, (2004). Financial management of health care organizations, an introduction to fundamental tools, concepts, and Applications, Blackwell Publishing, 2004, Second Edition.