
Biaya dan Outcome Hemodialisis di Rumah Sakit Kelas B dan C

Firda Tania¹ dan Hasbullah Thabrany²

Korespondensi: firda.tania@gmail.com

Dikirimkan pada 10 Juli 2016. Ditinjau pada 22 Juli 2016. Diterima pada 25 Juli 2016.

Abstrak

Gagal Ginjal Kronis (GGK) merupakan kondisi yang semakin meningkat kejadiannya di Indonesia, menghabiskan banyak dana publik Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Dalam program JKN, hemodialisis (HD) untuk penanganan GGK dijamin tetapi perlu keseimbangan antara biaya dan outcome. Sejak 2014, BPJS menanggung hampir seluruh biaya HD di Indonesia dengan besaran tarif Casemix Base Group (CBG) yang berbeda menurut kelas Rumah Sakit (RS).

Tujuan

Pertanyaan penelitian ini adalah “apakah tarif yang dibayarkan lebih tinggi pada kelas RS lebih tinggi menghasilkan hasil yang lebih baik?” Selain itu, perlu diketahui pula apakah terdapat perbedaan biaya yang dikeluarkan RS pada kelas yang berbeda.

Metode

Studi evaluasi ekonomi ini dilakukan di dua RS dengan kelas berbeda: kelas B (RS B) dan kelas C (RS C) dengan perbedaan kepemilikan. Kepemilikan RS B adalah pemerintah daerah sedangkan RS C dimiliki oleh yayasan swasta. Outcome HD diukur dengan suatu survey ke pasien HD. Analisis outcome dilakukan dengan penilaian kualitas hidup (instrumen EQ-5D) dengan Indeks EQ, EQ VAS, intermediate outcome berupa rerata Intra Dialytic Weight Loss (IDWL), dan rerata Hb. Perbedaan rerata nilai hasil diuji dengan Student's t-test. Responden dipilih dari pasien GGK yang menjalani HD di kedua RS selama Februari-April 2016. Analisis biaya menurut perspektif pasien, meliputi biaya langsung medis, biaya langsung non medis, dan biaya tidak langsung. Biaya sebenarnya yang dikeluarkan oleh RS dikumpulkan dari dokumen RS. Studi kualitatif tambahan dilakukan dengan wawancara mendalam kepada informan kunci di RS yang bertanggung jawab atas unit HD.

Hasil dan Diskusi

Pada penelitian ini, total responden sebanyak adalah 100 orang (di RS B 76 orang & di RS C 24 orang). Menurut perspektif pasien, biaya langsung medis HD selama sebulan di RS B Rp 5.215.331 dan di RS C Rp 7.781.744. Besaran tarif CBG untuk RS kelas B adalah Rp 962.800 dan kelas C adalah Rp 893.300. Menurut perspektif RS, tidak terdapat perbedaan biaya operasional HD antar kelas RS. Biaya langsung non medis HD selama sebulan di RS B Rp 566.260 dan di RS C Rp 334.500. Biaya tidak langsung HD selama sebulan di RS B Rp 165.530 dan di RS C Rp 45.830. Rerata total biaya HD selama sebulan di RS B Rp 6.149.285 dan di RS C Rp 8.162.077. Pada intermediate outcome didapatkan bahwa rerata Hb pada RS B sebesar 10,26 g% berbeda secara signifikan dengan RS C (8,21 g%), $p=0,000$. Rerata IDWL pada RS B (0,0403) tidak berbeda secara signifikan dengan RS C (0,0438), $p=0,188$. Rerata EQ Indeks sebesar 0,7178 dan EQ VAS sebesar 64,74 di RS B tidak berbeda secara signifikan dengan rerata EQ Indeks sebesar 0,7208 dan EQ VAS sebesar 64,79 di RS C, dengan p value secara berurutan $p=0,94$ dan $p=0,986$.

1 Dinas Kesehatan Pemerintah Provinsi DKI Jakarta

2 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

were no difference with the average EQ index of 0.7208 and EQVAS index of 64,79 in class C hospital, p value of =0.94 and 0.986 respectively.

Conclusion

The difference in price of CBG paid to class B and class C hospital produced the same outcome level. The operational costs in providing HD in both hospitals was no difference statistically. It is concluded that the Government should not pay difference prices for different class of hospitals unless there is different outcome. The Government (Ministry of Health) should revise the CBG prices and pay equal amount of HD for different class of hospitals. However, difference prices are justified between public and private hospital to compensate investment costs of private hospitals.

Key words

Cost and Outcome. Hemodialysis. Class of Hospitals. CBG Prices. JKN or National Health Insurance.

Pendahuluan

Gagal Ginjal Kronik (GGK) sejak Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dijalankan semakin meningkat. Insidens gagal ginjal kronik meningkat dua kali dalam 15 tahun terakhir (Pernefri, 2012). Salah satu terapi simpomatik yang banyak digunakan adalah hemodialisis yang memakan biaya besar. Selain biaya besar, hemodialisis menyerap biaya tidak langsung yang besar karena durasi dan frekuensi terapi (Kaitelidou et al, 2005). Di dunia, sejak 1972, hemodialisis dijadikan menjadi benchmark terapi mempertahankan hidup yang umumnya dibiayai dana publik (Mendelssohn & McFarlanet, 2011). Meskipun prevalensi GGK hanya 0,05-0,07%, tindakan ini menghabiskan 1 sampai 1,6% belanja kesehatan nasional (Kaitelidou et al, 2005). Pada tahun 2014, BPJS Kesehatan membayar klaim kasus GGK sebesar Rp 2,2 Triliun dan pada tahun 2015 meningkat menjadi Rp 2,7 Triliun (BPJS Kesehatan, 2016).

Penanganan GGK merupakan tantangan ekonomi dan politik yang utama bagi pelayanan kesehatan (Teerawattananon, et al, 2007). Sejak 2014, BPJS menanggung biaya hemodialisis (HD) dengan besaran tarif InaCBG (Indonesian Casemix Based Group, Ina-CBG) yang berbeda menurut kelas RS. Tarif hemodialisis di RS kelas B di Jakarta sebesar Rp 982.600 sedangkan tarif di RS kelas C sebesar Rp 893.300. Sementara tarif di RSCM mencapai Rp 2.110.500 (Permenkes No. 59 Tahun 2014).

Pertanyaannya, apakah tarif CBG lebih tinggi pada RS kelas B mencerminkan biaya yang lebih tinggi dan menghasilkan outcome yang lebih baik? Dari perspektif pasien, menurut Sculpher, perlu juga dikaji apakah perbedaan tarif CBG berdampak pada perbedaan biaya tidak langsung bagi pasien (Drummond & Mc Guire, 2001). Dari perspektif RS, apakah biaya aktual yang dikeluarkan RS berbeda menurut kelas RS? Untuk menjawab pertanyaan tersebut, telah dilakukan studi kasus di dua RS, yang satu RS kelas B milik pemda dan RS kelas C milik swasta pada tahun 2016. Secara umum RS kelas B memiliki kemampuan pelayanan kesehatan yang lebih tinggi dari RS kelas C sesuai persyaratannya. Namun pada unit hemodialisis, persyaratan di kedua RS tidaklah berbeda sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 812/Menkes/PER/VII/2010.

Tujuan

Studi ini bertujuan menguji apakah ada perbedaan biaya dan keluaran (outcome) hemodialisis yang dilakukan di dua RS dengan kelas dan pemilik berbeda, yaitu RS kelas B dan RS kelas C.

Metode

Studi ini merupakan studi evaluasi ekonomi dengan kelas mengambil dua RS dengan kelas berbeda: kelas B dan kelas C. Pilihan hanya dua RS adalah dengan pertimbangan bahwa pada studi-studi terdahulu, biaya HD relatif standar dengan varians kecil (Novelia, 2014). Selain itu, pada umumnya RS di Indonesia menggunakan skema sewa alat untuk HD dengan kontrak hanya “membayar” dengan membeli cairan dan filter/dialiser. Di tiap RS diambil pasien HD untuk mengukur kualitas layanan dengan mengukur kualitas hidup menggunakan perangkat alat ukur EQ-5D. Secara umum, kerangka konsep studi ini adalah sebagaimana terlihat dalam Gambar 1. Biaya HD di RS dan biaya tidak langsung diukur dengan wawancara pengelola RS dan wawancara kepada pasien. Analisis biaya, outcome, dan rasio biaya-outcome dilakukan oleh penulis dengan menggunakan perangkat lunak spread sheet dan statistik.

Rumah sakit kelas B yang dipilih adalah RS milik pemerintah daerah yang telah beroperasi lebih dari 14 tahun dan telah melakukan hemodialisis sejak lebih dari 12 tahun. Sedangkan RS kelas C adalah RS milik swasta nirlaba yang relatif dan menyediakan layanan hemodialisis dalam 2 tahun terakhir. Pada saat pengambilan data, RS B menyediakan 32 mesin HD dengan jumlah pasien HD rawat jalan sebanyak 127 orang, sedangkan RS C menyediakan 37 mesin HD dengan jumlah pasien HD rawat jalan sebanyak 129 orang. Untuk mengukur biaya tidak langsung dan outcome, dilakukan survei kepada pasien hemodialisis di kedua RS tersebut. Populasi penelitian adalah pasien dengan gagal ginjal kronik yang menjalani HD yang terdaftar di RS kelas B dan kelas C. Dilakukan sampel waktu, seluruh pasien yang memenuhi kriteria inklusi yang menjalani hemodialisis selama bulan Februari - April 2016, dan telah menjalani hemodialisis lebih dari 2 (dua) tahun untuk dapat mengukur outcome kualitas hidup. Selain itu, kriteria inklusi lain adalah terdapat rekam medis riwayat terapi lengkap dan persetujuan pasien untuk menjadi sampel studi. Pasien yang memiliki gangguan kognitif, mental, pendengaran atau bicara yang tidak memungkinkan diwawancarai dikeluarkan dari sampel. Untuk mengukur kualitas outcome, dikumpulkan data laboratorium perkembangan kadar Hb, IDWL (dan pengukuran kualitas hidup menggunakan format EQ-5D.

Untuk mendapatkan data biaya RS, dilakukan wawancara dengan 6 (enam) orang dari kedua RS yang terdiri dari 2 (dua) orang yang mewakili manajemen RS, 2 (dua) orang yang mewakili penanggung jawab layanan HD, dan 2 (dua) orang yang mewakili pelaksana harian HD. Untuk menjamin validitas data biaya, dilakukan triangulasi metoda dan telaah dokumen.

Analisis biaya dilakukan dengan mengambil biaya menurut perspektif pasien dengan perhitungan estimasi biaya HD selama satu bulan dengan rumus berikut:

$$X = x \times f$$

$$Y = (y_1 + y_2 + y_3 + y_4) \times f$$

$$Z = (z_1 + z_2) \times h$$

$$\text{Total biaya HD} = X + Y + Z$$

Keterangan:

X : biaya langsung medis (berdasarkan data tagihan RS) selama sebulan

x : biaya langsung medis untuk satu tindakan HD

f : jumlah tindakan HD selama sebulan (frekuensi HD 4x per minggu)

y : biaya langsung non medis selama sebulan

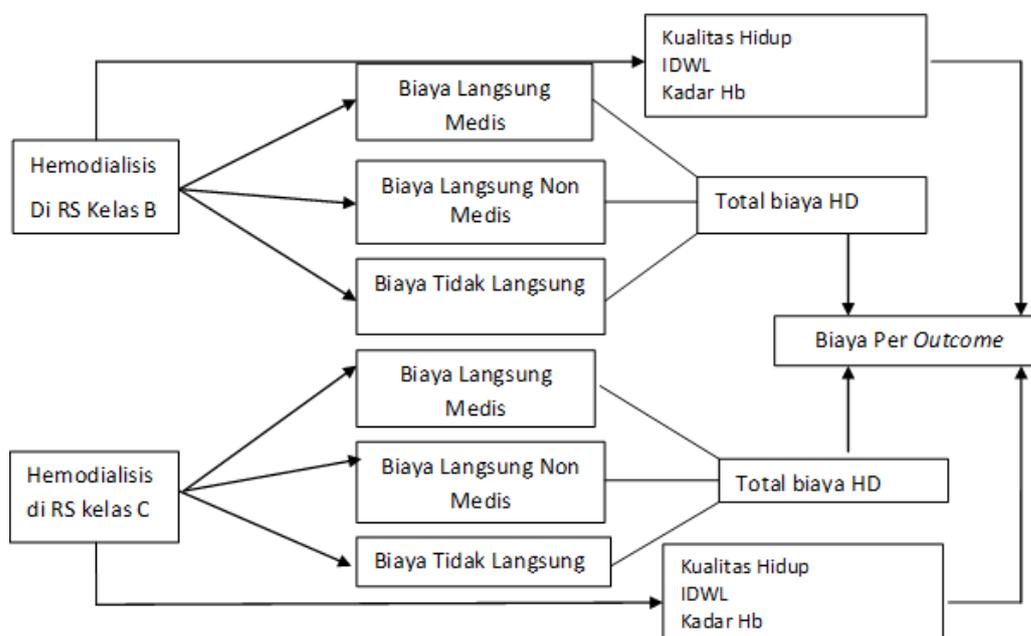
y₁ : biaya transportasi keluarga yang menunggu untuk satu tindakan HD

y₂ : biaya transportasi pasien untuk satu tindakan HD

- y3 : biaya makan keluarga yang menunggu untuk satu tindakan HD
- y4 : biaya makan pasien untuk satu tindakan HD
- Z : biaya tidak langsung selama sebulan
- z1 : jumlah pendapatan per hari pasien
- z2 : jumlah pendapatan per hari keluarga penunggu pasien
- h : jumlah hari kerja yang hilang dalam sebulan karena HD

Perhitungan biaya HD menurut perspektif pasien terdiri dari biaya langsung medis untuk satu tindakan HD yang diperoleh dari tagihan RS. Biaya tagihan RS sudah termasuk biaya tindakan HD, jasa/gaji tenaga medis, bahan medis habis pakai, obat dan pemeriksaan lab. Biaya langsung HD selama satu bulan diperoleh dengan mengalikan biaya satu tindakan HD dengan delapan tindakan HD selama sebulan. Sedangkan biaya langsung non medis dihitung dari biaya yang dikeluarkan pasien maupun keluarga yang menunggu pasien untuk transportasi dan biaya makan selama satu tindakan HD. Biaya selama satu bulan diperoleh dengan mengalikan biaya satu tindakan HD dengan delapan tindakan HD selama sebulan. Sementara biaya tidak langsung dihitung berdasarkan biaya yang terjadi akibat hilangnya pendapatan ketika pasien ataupun keluarga menjalani tindakan HD atau mengantar pasien sehingga mereka tidak bekerja dan kehilangan penghasilan. Biaya ini dihitung per hari dengan membagi penghasilan pasien/penunggu satu bulan (dari wawancara pasien) dengan jumlah hari yang digunakan untuk tindakan HD. Biaya total HD dihitung berdasarkan penjumlahan biaya langsung medis, biaya langsung non medis dan biaya tidak langsung selama sebulan.

Outcome hemodialisis diukur dengan kualitas hidup pasien menggunakan instrument standar yaitu EQ-5D dan rerata Hb. Analisis biaya-outcome dilakukan dengan membandingkan jumlah total biaya HD di RS kelas B dan RS kelas C selama sebulan dibandingkan dengan perbedaan outcome HD yang dinilai dengan rerata skor EQ-5D, rerata skor EQ VAS, rerata IDWL dan rerata Hb.



Gambar 1.

Kerangka Konsep Penelitian Biaya dan Outcome Hemodialisis, 2016

Hasil dan Diskusi

Studi ini berhasil mengumpulkan data biaya HD dan outcome dari 100 orang (76 orang di RS kelas B dan 24 orang di RS kelas C). Distribusi umur responden berada di kisaran usia 51-60 tahun (35%), 41-50 tahun (32%) dan >60 tahun (20%). Rerata usia responden adalah 51,2 tahun (SD= 10,3). Sebaran umur terbanyak pada rentang 51-60 tahun ini sesuai dengan riwayat perjalanan gagal ginjal kronik (Suhardjono, 2007). Penyakit komorbiditas yang diderita responden adalah hipertensi (63%) dan gabungan hipertensi diabetes mellitus (20%). Hipertensi dan diabetes merupakan dua penyebab tertinggi penyakit GJK (Pernefri, 2012, Suhardjono, 2007).

Pasien laki-laki (56%) sedikit lebih banyak daripada perempuan (44%). Sebagian besar responden (41%) berpendidikan SMA dan sebagian besar responden (69%) tidak bekerja, baik karena pensiun, ibu rumah tangga atau memang tidak lagi memiliki pekerjaan karena penyakit GJK. Menurut pengakuan responden, mayoritas sulit memiliki fleksibilitas waktu untuk bekerja formal dan tidak sedikit responden yang memutuskan berhenti bekerja. Beberapa pasien mengaku diberhentikan dari pekerjaannya karena alasan ketidakmampuan fisik maupun banyaknya ijin yang harus diberikan untuk tindakan HD. Hal ini merupakan tantangan tersendiri bagi program Jaminan Kecelakaan Kerja dan Program Pensiun dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional. Mereka yang masih mampu bekerja melibatkan diri dalam pekerjaan usaha mandiri tanpa upah (informal). Hal ini mempengaruhi biaya tidak langsung yang ternyata tidak terlalu besar. Hanya sebagian kecil responden (11%) yang memiliki pekerjaan dengan menerima upah (formal), baik sebagai PNS atau karyawan swasta.

Pada umumnya responden menjalani tindakan HD 2 (dua) kali seminggu, hanya 7% responden yang menjalani HD 3 (tiga) kali seminggu karena tingkat keparahan GJK yang lebih serius. Sebagian besar responden terdiagnosa GJK (71%) dan menjalani HD (76%) kurang dari 4 (empat) tahun (mean 4,7 tahun, modus 2 tahun, nilai lama 2 tahun dan nilai maksimum 21 tahun). Hanya 29% responden yang terdiagnosa GJK lebih dari 4 tahun dan hanya 24% responden yang sudah menjalani HD lebih dari 4 tahun. Beberapa responden berupaya menunda HD sejak diagnosa dengan berupaya mencari pengobatan alternatif. Tingginya frekuensi (76%) lama HD 2 (dua) tahun berhubungan dengan mulainya JKN. Sebelum JKN, seperti halnya di masa Askes, jumlah pusat HD terbatas karena kebanyakan pasien GJK yang tidak memiliki jaminan tidak sanggup membayar HD.

Biaya HD, Perspektif Pasien

Biaya langsung medis yang diambil dari data tagihan RS kelas B terdiri dari dua tarif, bergantung pada jenis dialiser yang digunakan. Dialiser baru dipakai pertama kali pada awal HD bertarif Rp 800.000, pada HD kedua sampai keenam (reuse) bertarif Rp 600.000. Untuk studi ini digunakan rerata kedua tarif tersebut dengan memperhitungkan distribusi jumlah HD yang dilakukan. Biaya HD RS kelas B = $\{(1 \times \text{Rp } 800.000) + (5 \times \text{Rp } 600.000)\} : 6 = \text{Rp } 633.333$. Pemeriksaan laboratorium yang rutin dilakukan di RS B adalah hema 1 sebulan sekali dan ureum creatinin pre-post HD tiga bulan sekali. Jadi, biaya laboratorium dihitung berdasarkan 4 (empat) kali dalam setahun pemeriksaan hema 1 beserta ureum creatinin sebelum dan sesudah tindakan HD, serta 8 (delapan) kali pemeriksaan hema 1 saja. Jumlah biaya pemeriksaan lab digabungkan selama setahun dan didapat rerata biaya perbulan. Jumlah biaya pemeriksaan lab digabungkan selama setahun dan didapat rerata biaya perbulan. Sehingga diperoleh rerata biaya lab = $\{(4 \times \text{Rp } 195.000) + (8 \times \text{Rp } 55.000)\} : 12 = \text{Rp } 101.667/\text{bulan}$. Selain itu ada biaya alkes (sputum 3 cc, gentamycin) sebesar Rp 5.875 untuk satu kali tindakan HD. Dengan demikian, diperoleh biaya rerata HD/bulan di RS kelas B sebesar $= (8 \times \text{Rp } 633.333) + (8 \times \text{Rp } 5.875) + \text{Rp } 101.667 = \text{Rp } 5.215.331$ untuk frekuensi HD 2x/minggu. Sedangkan untuk pasien yang menjalani HD tiga kali seminggu diperoleh rerata biaya HD/bulan = $(12 \times \text{Rp } 633.333) + (12 \times \text{Rp } 5.875) + \text{Rp } 101.667 = \text{Rp } 7.772.163$.

Di RS kelas C layanan HD tersedia sejak JKN berlaku tahun 2014 dengan tarif CBG untuk HD yang dibayar oleh BPJS Kesehatan sebesar Rp 893.300 per tindakan sebagaimana tercantum dalam Permenkes No. 59 Tahun 2014. Tagihan HD di RS C ini bagi pasien bukan JKN sebesar Rp 890.000 ditambah jasa dokter sebesar Rp 100.000. Pada pasien bukan JKN, tagihan dapat berbeda-beda tergantung jumlah obat, bahan medis habis pakai, lab dan biaya lain-lain. Biaya langsung medis RS C, sesuai tagihan, adalah minimum Rp 721.318 dan maksimum Rp 1.145.156, dengan rerata Rp 872.718. Modus tagihan adalah pada rentang Rp 750.000- Rp 800.000, diluar jasa dokter. Total biaya per tindakan HD rata-rata adalah Rp 972.718. Sedangkan BPJS membayar RS kelas C sebesar Rp 893.300. Rata-rata total biaya langsung medis sesuai tagihan RS C adalah Rp 7.781.744 (belum termasuk biaya investasi). Jika dimasukkan dalam tarif, akan terlihat selisih yang lebih besar. Informan di RS tersebut mengatakan bahwa RS swasta baru mencapai BEP jika tarif CBG sebesar 1,5 kali tarif kelas C yang berlaku sekarang.

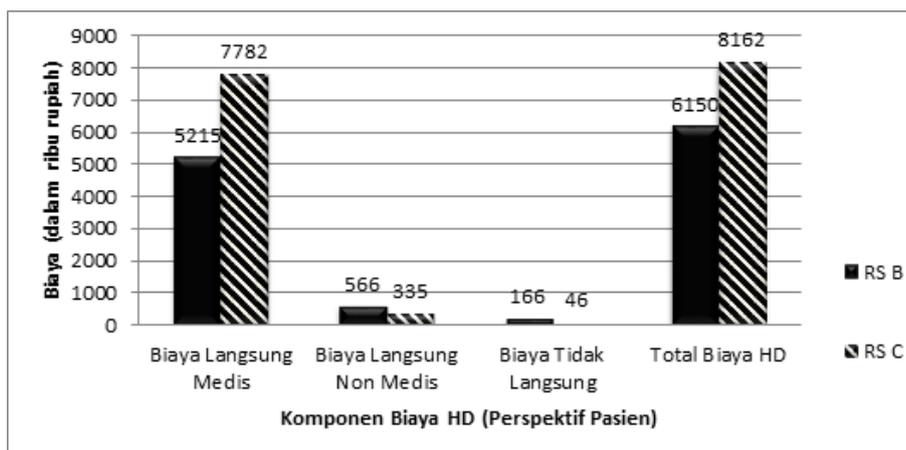
Rerata biaya transpor di RS kelas B sebesar Rp 302.130 perbulan dengan rentang Rp 0 - Rp1.200.000. Sedangkan di RS kelas C biaya transpor rata-rata sebesar Rp 204.830 per bulan, dengan rentang Rp 0- Rp 880.000. Rerata biaya makan di RS kelas B sebesar Rp 264.130 perbulan, dengan variasi Rp 0 – Rp 1.600.000 per bulan. Responden di RS kelas C menghabiskan biaya makan rata-rata sebesar Rp 129.670 per bulan (rentang Rp 0- Rp 480.000). Rata-rata biaya langsung total non medis di RS kelas B sebesar Rp 566.260 dengan variasi Rp 0 - Rp 1.920.000. Sedangkan di RS kelas C, rerata total biaya langsung non medis sebesar Rp 334.500, dengan variasi Rp 0 - Rp 960.000. Biaya tidak langsung HD selama sebulan di RS B Rp 165.530 dan di RS C Rp 45.830.

Rerata total biaya HD pada RS kelas B (Rp 6.149.285) lebih rendah dari total biaya HD di RS kelas C (Rp 8.162.077) karena perbedaan faktor biaya investasi. Pergub membatasi tarif RSUD tidak boleh lebih tinggi dari biaya satuan diluar investasi. Maka median total biaya HD di RS kelas B sebesar Rp 5.755.331, lebih rendah dari median di RS kelas C sebesar Rp 8.069.744. Rerata biaya di RS B berhubungan dengan sesi HD yang lebih lama (5-6jam) dibandingkan sesi HD di RS C (4-5 jam) sehingga responden lebih banyak kehilangan waktu produktif. Ilustrasi visual perbandingan biaya disajikan dalam gambar 2.

Semua responden di unit HD di kedua RS merupakan peserta JKN. Responden mengaku harus membayar sebagian biaya yang tidak ditanggung BPJS, seperti biaya vitamin, obat yang tidak terkait penyakit GJK/HD, ataupun obat yang atas keinginan pasien sendiri. Beberapa pasien mengaku mendapat obat yang diresepkan oleh dokter RS namun mereka enggan menebusnya di apotek RS karena antrian yang panjang. Rerata biaya yang dibayar pasien di RS B adalah Rp 157.470 (Rp 0 –Rp 1.450.000) per bulan. Sedangkan rerata biaya yang dibayar pasien di RS C adalah Rp 203.750 (Rp 0-Rp 3.000.000).

Menurut perspektif RS, dari wawancara mendalam, secara umum tidak terdapat perbedaan biaya operasional yang dikeluarkan oleh kedua RS untuk HD. Persyaratan layanan HD menurut Permenkes 812/2010 tidak membedakan kelas RS. Tindakan yang dilakukan sama, prosedur sama, mesin dan bahan habis pakai juga sama, semua komponen lainnya pun sama. Kondisi pasien yang dilayani (severitas, komplikasi, dll) pun tidak berbeda. Tetapi, ada perberbedaan biaya investasi. Bagi RS C yang milik swasta; semua investasi harus ditanggung sendiri, sementara di RS B yang milik pemda, investasi maupun biaya operasional didanai pemerintah.

Beberapa kendala yang dikeluhkan kedua RS antara lain tarif CBG untuk HD rawat inap tidak mencukupi, ketersediaan sumber air yang mahal, banyak pasien anemia yang membutuhkan biaya besar, pemeriksaan SI-TIBC atau transfusi, dan penggunaan dialiser



Gambar 2. Distribusi Biaya HD (Perspektif Pasien) di RS Kelas B dan di RS Kelas C, 2016

Keluaran/Outcome

Keluara tengah (intermediate) pasien HD diukur dengan rerata Hb dengan hasil di pada RS B sebesar 10,26 g% berbeda bermakna dengan rata-rata Hb di RS C yang hanya 8,21 g% ($p= 0,000$). Penelitian (Frankenfield DL, 2002) menemukan asosiasi signifikan antara nilai rerata Hb dengan rerata Kt/V dan nilai serum albumin yang menggambarkan pencapaian adekuasi dialisis. Pada pasien hemodialisis, anemia terjadi karena dialisis yang tidak adekuat (Stefansson, 2011; Locatelli et al, 2003 dalam Aprilianti R, 2013). Penelitian Aprilianti (2013) menunjukkan bahwa HD yang tidak adekuat berpotensi dua kali menyebabkan anemia dibanding dengan HD memadai.

Perbedaan rerata Hb tersebut berkaitan erat dengan penanganan anemia dan tarif CBG. Dalam wawancara, responden mengakui bahwa biaya transfusi darah di RS C dibebankan kepada pasien. Karena banyak pasien tidak sanggup, sebagian pasien tidak melakukan transfusi meski kadar Hb nya rendah. Selain itu di RS C pasien hanya diberikan hemapo 2x dalam sebulan, pasien harus bayar sendiri hemapo ke-3 dst. Sedangkan di RS B transfusi darah dan hemapo diberikan sesuai kebutuhan pasien tanpa biaya pada pasien. Prilaku RS menyiasati beban biaya ini sejalan dengan studi Dor (2007) yang mengindikasikan bukti kuat bahwa tingkat pembayaran mempengaruhi prilaku RS.

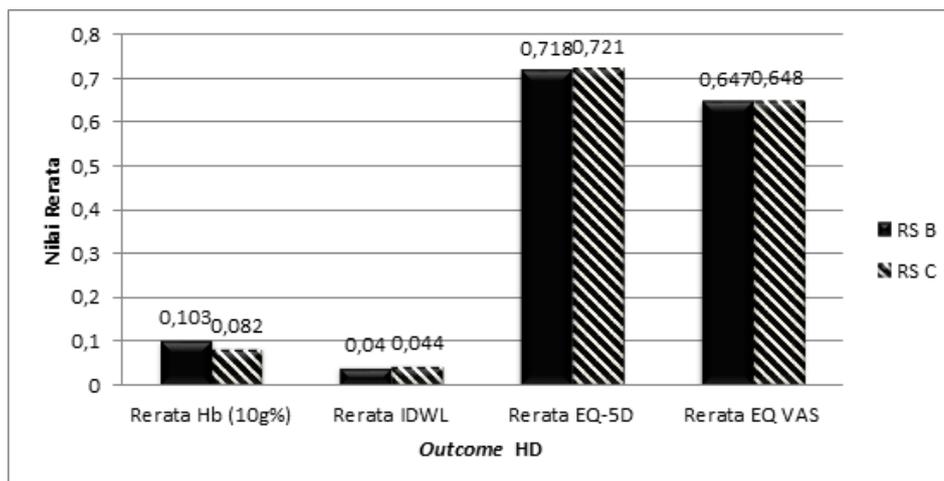
Indikator IDWL menentukan tingkat mortalitas pasien hemodialisis (Szczech et al, 2002; Tentori et al, 2012; Foley et al, 2002; Saran et al, 2003; Kalantar et al, 2009; Szczech et al. 2002). Persentasi IDWL berkorelasi dengan berat badan (BB) pasca dialisis, indeks massa tubuh yang lebih besar, dan kadar natrium. Pada penelitian Foley et al. (2002) IDWL/BB $>4,8\%$ menaikkan hazard ratio (HR) menjadi 1,12. Saran et al. (2003) melaporkan risiko mortalitas pada IDWL/BB $>5,7\%$ menhasilan yang sama HR= 1,12. Studi Kalantar et al (2009) di Amerika mendapatkan risiko mortalitas meningkat (HR 1,25) pada IDWL/BB $\geq 4\%$. Hasil pengukuran rerata IDWL pada penelitian ini didapatkan hasil yang tidak berbeda di antara kedua RS. Rerata IDWL pada RS kelas B sebesar 0,0403 (4%) tidak berbeda bermakna dengan rerata IDWL di RS kelas C dengan IDWL=0,0438 ($p= 0,188$). Artinya, keluaran HD, yang diukur dengan IDWL, di kedua RS tidak berbeda.

Pengukuran kualitas dengan instrumen EQ-5D juga menghasilkan rerata skor EQ-5D Indeks dan rerata skor EQ Visual Analog Scale (EQ VAS) yang tidak berbeda. Rerata indeks EQ di RS B sebesar 0,7178 dan di di RS C sebesar 0,7208 ($p= 0,94$). Rerata EQVAS di RS B sebesar 64,74 juga tidak berbeda

bermakna dengan rerate EQVAS di RS C sebesar 64,79 ($p= 0,986$). Terdapat konsistensi pengukuran utilitas dengan indeks EQ-5D dan indeks EQ VAS, dimana responden dengan indeks EQ-5D yang tinggi juga memiliki indeks EQ VAS yang tinggi. Hasil pengukuran keluaran kualitas hidup pasien HD yang telah dua tahun menjalani HD di kedua RS tersebut menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna.

Namun perlu difahami bahwa secara umum pasien GGK umumnya memiliki HRQOL yang lebih buruk dibanding populasi umum (Morales et al, 2007; Reina-Neyra et al, 2008; Varela et al, dalam Reynaga-Ornelas, 2011). Skor indeks EQ-5D di kedua RS berkisar pada angka 70 dan EQVAS pada angka 0,71. Skor maksimum (sehat sekali) indeks EQ adalah 100 dan EQVAS adalah 1. Dapat disimpulkan bahwa skor sekitar 70% dari nilai sehat sekali pasien HD merupakan skor status sehat yang sama baiknya di kedua RS tersebut. Faktor kemandirian pasien memberi nilai tinggi pada EQVAS. Hal ini sesuai dengan temuan Abraham & Ramachandran (2012) yang menyatakan turunnya kualitas hidup pasien HD disebabkan oleh ketergantungan pada dialisis. Tindakan HD memicu rasa ketidakpuasan diri, ansietas, dan depresi. Masalah finansial memperburuk kualitas hidup pasien HD.

Karena kini tersedia pilihan Peritoneal Dialisis (PD) atau transplantasi, riset perbedaan kualitas hidup pasien GGK dengan HD dan dengan PD di Indonesia perlu dikaji dan JKN dapat memberikan layanan dengan hasil kualitas hidup yang lebih baik. Tajima et al. (2010) menemukan penurunan kualitas hidup pasien HD berhubungan dengan progresivitas GGK, anemia, kurang gizi, hipertensi, diabetes, atau penyakit kardiovaskular. Penelitian Lee et al. (2005) melaporkan pasien transplantasi ginjal memiliki kualitas hidup yang lebih baik (skor 0,712) dibanding dengan pasien HD (skor 0,44) dan pasien PD (skor 0,569).



Gambar 3. Distribusi Outcome Pasien HD di RS Kelas B dan di RS Kelas C, 2016

Pada gambar 3 dapat dilihat bahwa outcome HD berupa Indeks EQ maupun EQVAS antara kedua kelas RS tidak jauh berbeda. Uji T menunjukkan perbedaan outcome tersebut tidak signifikan, kecuali untuk outcome tengah nilai Hb yang dipengaruhi beban pasien untuk membayar hemapoe. Jika tarif CBG memadai dan adil mempertimbangkan sumber dana investasi, maka pasien tidak dibebani biaya hemapoe, maka kadar Hb akan sama. Pasien di RS kelas C yang milik swasta terpaksa menerima perbedaan kadar Hb, karena besaran tarif CBG yang sama untuk RS milik pemerintah dan milik swasta. Seharusnya RS swasta juga mendapat kompensasi investasi agar persaingan layanan JKN seimbang. Perdebatan dan kajian-kajian yang mengharuskan bayaran berbeda, untuk kompensasi investasi yang diberikan secara terpisah oleh pemerintah kepada RS pemerintah, telah banyak dilakukan. Penetapan besaran tarif CBG khusus di

RSCM yang lebih dari dua kali biaya HD di RS kelas C sama sekali bukan merupakan kebijakan publik yang berkeadilan. Hal itu merupakan pemborosan besar dana JKN yang menguntungkan tenaga kesehatan di kota besar.

Besaran tarif CBG, secara umum, yang jauh lebih besar di RS kelas A dan tarif di RS khusus seperti di RSCM merupakan kebijakan publik yang tidak berkeadilan dan tidak mendorong pemerataan layanan. Dengan tarif yang lebih besar di RS kelas A dan khusus, yang ada di kota-kota besar, para spesialis justeru didorong atau diberi insentif untuk bermigrasi ke kota. Padahal, kebutuhan spesialis di pedesaan atau kota/kabupaten kecil, justeru tidak terpenuhi. Tarif CBG yang layak dan prospektif/futuristik justeru harus dibalik, yaitu lebih besar di RS kelas C dan kelas D serta lebih besar di RS milik swasta agar terjadi insentif untuk dokter spesialis dan investor swasta memberikan layanan kepada penduduk Indonesia di pedesaan atau di kota/kabupaten kecil yang selama ini tidak mendapat layanan yang sama. Hal ini sesuai dengan azas Keadilan Sosial yang secara Nasional kita sepakati dalam Pancasila.

Kesimpulan dan Saran

Pada penilaian ini tidak ditemukan perbedaan biaya operasional antara layanan HD di RS kelas B dan di RS kelas C dan keluaran (outcome) yang sama kedua kelas RS. Perbedaan biaya menurut perspektif pasien disebabkan karena ada perbedaan jarak dan lama sesi HD. Terdapat penurunan indeks kualitas hidup (sekitar 70%) dibandingkan dengan masyarakat normal, bukan penderita GGGK. Namun, indeks kualitas hidup yang dialami pasien HD di RS kelas B tidak berbeda dengan indeks kualitas hidup di RS kelas C. Sementara besaran tarif CBG yang ditetapkan Kementerian Kesehatan berbeda cukup besar. Perbedaan biaya HD di kedua RS dalam penelitian ini hanya karena perbedaan biaya investasi yang tidak dikompensasi oleh besaran tarif CBG. Seharusnya besaran tarif CBG untuk HD dibedakan berdasarkan kepemilikan RS, bukan berdasarkan kelas RS. Penetapan tarif khusus HD di RSCM yang lebih dari dua kali tarif HD di RS kelas C merupakan pemborosan dana publik dalam JKN.

Peneliti menyarankan agar secara bertahap, namun segera, besaran bayaran CBG, khususnya untuk HD direvisi untuk keadilan pembayaran sesuai dengan rata-rata biaya pasar (average market cost) atau harga keekonomian yang layak. Besaran tarif HD harus sama antara RS kelas A sampai kelas D, tanpa ada besaran HD di RS khusus. Agar besaran tarif CBG memenuhi harga keekonomian dan perdebatan perbedaan tarif dikurangi, disarankan agar Kemenkes atau BPJS Kesehatan melakukan atau menyediakan dana yang memadai untuk riset komprehensif penetapan tarif harga keekonomian yang berkeadilan.

DAFTAR PUSTAKA

- Abraham S dan Ramachandran A, 2012. Estimation of Quality of Life in Haemodialysis Patients. *Indian Journal of Pharmaceutical Sciences*. November-December 2012, pp. 583-587.
- Aprilianti R, 2013. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Anemia pada Pasien yang Menjalani Hemodialisis di RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung. Tesis. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Idris, F. Bahan presentasi pada Dialog Nasional JKN, Jakarta 30 Mei 2016.
- Dor, Avi, et al, 2007. End Stage Renal Disease and Economic Incentives: The International Study of Health Care Organization and Financing (ISHCOF). *Int J Health Care Finance Econ* Vol. 7, pp. 73-111.

-
- Drummond MF, et al, 2004. *Methods for the Economic Evaluation for Healthcare Programmes*. Third ed. New York: Oxford University Press.
- Foley RN, et al, 2002. Blood Pressure and Long Term Mortality in US Hemodialysis Patients: USRDS waves 3 and 4 study. *Kidney Int* 2002(62), pp. 1784-1790.
- Frankenfield DL & Johnson CA, 2002. Current Management of Anemia in Adult Hemodialysis Patients with End Stage Renal Disease (ESRD). *Am J Health-Syst Pharm*, Vol. 59, pp. 429-435.
- Kaitelidou, et al, 2005. Economic evaluation of hemodialysis: Implications for technology assessment in Greece. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 21(1), pp. 40-46.
- Kalantar-Zadeh K, et al, 2009. Fluid retention is associated with cardiovascular mortality in patients undergoing long term hemodialysis. *Circulation* (119), pp. 671-679.
- Kementrian Kesehatan, 2014. Peraturan Menteri Kesehatan No. 59 Tahun 2014 tentang Besaran Tarif Pelayanan Hemodialisis Era Jaminan Kesehatan Nasional. Kemenkes Jakarta.
- Kementrian Kesehatan, 2010. Peraturan Menteri Kesehatan No. 812/Menkes/PER/VII/2010 tentang penyelenggaraan pelayanan dialisis pada fasilitas pelayanan kesehatan. Kemenkes Jakarta.
- Lee A J, et al, 2005. Characterisation and Comparison of Health Related Quality of Life for Patients with Renal Failure. *Current Medical Research and Opinion*, Vol. 21, No. 11, pp. 1777-1783.
- Mendelssohn, D. C, et al, 2011. Conditionally Funded Field Evaluations – A Solution to the Economic Barrier Limiting Evidence Generation in Dialysis? *Seminar in Dialysis*, Vol. 24, No. 5: pp. 556-559.
- Novelia, Elsa. 2014. Cost Effectiveness Analysis (CEA) Penanganan Gagal Ginjal Terminal dengan Hemodialisis dan CAPD. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Pernefri, 2012. 5th annual report of IRR 2012. Indonesian Renal Registry. <www.pernefri-inasn.org> [Diunduh pada tanggal 4 Juni 2015].
- Reynaga-Ornelas L, 2011. Dialysis Modality and Health Related Quality of Life of Persons with End Stage Renal Disease. Dissertation for Doctor of Philosophy. Arizona State University.
- Saran R, et al, 2003. Nonadherence in Hemodialysis: Association with mortality, hospitalization and Practice Patterns in the DOPPS. *Kidney Int* 2003, Vol. 64, pp. 254-262.
- Suhardjono, 2007. The Development of A Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Program in Indonesia. *Peritoneal Dialysis International*, Vol. 28, pp. S59-S62.
- Szczzech LA, et al, 2002. Interactions between dialysis related volume exposures, nutritional surrogates and mortality among GGK patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*, Vol. 18, Issue 8, pp. 1585-1591.
- Tajima R, et al, 2010. Measurement of Health Related Quality of Life in Patients with Chronic Kidney Disease in Japan with EuroQol (EQ-5D). *Clin Exp Nephrol* Vol. 14, pp. 340-348.
- Teerawattananon, Yot et al, 2007. Economic Evaluation of Palliative Management versus Peritoneal Dialysis and Hemodialysis for End-Stage Renal Disease: Evidence for Coverage Decisions in Thailand. *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) 1098-3015/07/61*: pp. 61-72.
- Tentori F, et al, 2012. Longer dialysis session length is associated with better intermediate outcomes and survival among patients on in-center three times per week hemodialysis: results from the Dialysis Hasils and Practice Patterns Study (DOPPS). *Nephrol Dial Transplant* 0: 1-8.
-