

ANALISIS BIAYA PERAWATAN PASIEN KATASTROPIK DENGAN MENGGUNAKAN SISTEM CASEMIX DI RSUD X

Meyka Aris Yusron¹, Nur Hidayah²

1. Mahasiswa Pascasarjana Magister Manajemen Rumahsakit, UMY

2. Dosen Pascasarjana Magister Manajemen Rumahsakit, UMY

Korespondensi: aris.yusron@gmail.com

ABSTRACT

Background: The X Public Hospital tariff that deals with diseases catastrophic lower than claims INA-CBGS, this is likely to the hospital in case of encountering the universal health coverage at 2019.

Research objective: The difference management costs catastrophic between claims INA-CBGs and the expense of the costs at the X Public Hospital.

Methods: The research is based on the descriptive qualitative research with case study by using the primary and secondary data. The research object is the tariff of X Public Hospital in Mataram and cost of INA-CBGs claim, based on Case-Unit. The research subjects are the quality control and cost control team (TKTMB), the coder team, the Financial Department of Health Insurance Claim (IKJK), the doctor in charge of the patient (DPJP) who treat the patient with the Diagnosis during January - June 2017.

Result: There is difference of real tariff with INA-CBGs package rate and there are variations in service delivery high cost in X Public Hospital, Mataram 2017.

Conclusions: implementation of clinical pathways as one as measure of efficiency in care service, evaluate unit cost every period as base in tariff arrangement.

Keywords: Cost analysis, Catastrophic care, Casemix systems, Clinical pathway

PENDAHULUAN

Setiap negara, pemerintah dan sistem kesehatan bertanggung jawab untuk menyediakan pelayanan kesehatan secara kuratif yang cukup dan hemat biaya⁽¹⁾. Peningkatan aksesibilitas dan pemanfaatan layanan kesehatan sangat penting dalam memperbaiki sistem kesehatan. Tantangan utama sistem kesehatan adalah melindungi rumah tangga dari risiko kemiskinan karena biaya *out-of-pocket* perawatan kesehatan⁽²⁾.

Pengeluaran kesehatan rumah tangga didefinisikan sebagai bencana ketika ra-

sio pengeluaran kesehatan *out-of-pocket* rumah tangga dan pendapatan disposablenya dari 30% atau 40% kapasitas untuk membayar, atau jika mencapai 10% total pengeluaran^(3, 4). Di negara Jerman sebesar 32.680 dolar Amerika rata-rata *Gross Domestic Product* (GDP) dan pembiayaan kesehatan *out of pocket* sebesar 10%. Di Indonesia sekitar 2,5% anggaran GDP untuk kesehatan dan *out of pocket* sebesar 70%⁽⁵⁾. Di negara maju untuk melindungi rumah tangga dan orang-orang dari pengeluaran bencana oleh institusi sosial

seperti asuransi sosial ditetapkan dengan kebijakan kesehatan yang ideal⁽⁶⁾.

Untuk pelayanan kesehatan pada peserta oleh fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan, BPJS Kesehatan melakukan pembayaran berdasarkan *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBGs). Tarif INA-CBGs merupakan besarnya pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan atas paket layanan berdasarkan diagnosis jenis penyakitnya⁽⁷⁾.

Di Indonesia sistem INA-CBGs belum secara efektif berjalan baik, beberapa penelitian menunjukkan kecenderungan biaya INA-CBGs lebih besar dibandingkan pelayanan (*fee for service*) terutama dalam kasus non bedah. Biaya INA-CBGs kasus bedah cenderung lebih rendah jika dibandingkan *fee for service*⁽⁸⁾. Faktor-faktor yang mempengaruhi biaya pelayanan kesehatan yaitu biaya obat, lama dirawat, penggunaan *Intensive Care Unit* (ICU), dan lokasi rumah sakit⁽⁹⁾. Biaya pelayanan kesehatan penyakit katastrofik meliputi akomodasi, tindakan, laboratorium, tindakan intervensi dan obat-obatan⁽¹⁰⁾. Untuk biaya pelayanan kesehatan berhubungan dengan tingkat perawatan maupun keparahan dan sebesar 32% total biaya pelayanan kesehatan adalah penyakit katastrofik⁽¹¹⁾.

Tarif di Rumah Sakit Umum Daerah X yang berhubungan

dengan penyakit katastrofik (Kardiovaskuler, Ca Mammae) lebih tinggi dari klaim INA-CBGs. Tarif tersebut berpotensi merugikan pihak rumah sakit, jika menghadapi era *Universal Health Coverage* rencana akan diberlakukan pemerintah tahun 2019. Tujuan penelitian adalah untuk melihat selisih biaya pengelolaan pasien katastrofik di RSUD X, antara klaim INA-CBGs dengan pengeluaran biaya di Rumah Sakit Umum Daerah X.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif dengan rancangan studi kasus. Penelitian studi kasus menggunakan data primer dan sekunder. Data primer dari wawancara responden (dokter penanggung jawab pasien, tim TKMKB, tim koder, IKJK) untuk mengetahui biaya perawatan pasien katastrofik selama bulan Januari-Juni 2017.

Objek penelitian adalah tarif RSUD X dan biaya klaim INA-CBGs berdasarkan *case-mix*. Subjek penelitian ini tim kendali mutu dan kendali biaya (TKMKB), tim koder, instalasi klaim jaminan kesehatan (IKJK), dan dokter penanggung jawab pasien (DPJP) yang merawat pasien dengan diagnosa penyakit katastrofik di RSUD X bulan Januari sampai Juni 2017.

Tabel 1. Karakteristik subjek penelitian berdasarkan tempat tugas

Responden	Jumlah	Keterangan
Dokter Penanggung Jawab Pasien(DPJP)	6 Orang	Spesialis Jantung dan Spesialis Bedah
Tim Kendali Mutu Kendali Biaya(TKMKB)	2 Orang	Ketua tim & anggota
Tim koder	2 Orang	Ketua tim & anggota
Intalasi Klaim Jaminan Kesehatan (IKJK)	2 Orang	Ka Instalasi & staf

Peneliti adalah instrumen utama penelitian ini. Pengumpulan data sekunder dilakukan dengan telaah dokumen rekam medik. Wawancara mendalam (*indepth interview*) dengan pedoman wawancara mendalam.

Analisis data penelitian ini meliputi:

1) data mentah (*transkrip, data lapangan, gambar, dan lainnya*) pengumpulan data di lapangan, lalu membuat transkrip wawancara, hasil observasi; 2) mengolah dan mempersiapkan data untuk dianalisis; 3) membaca keseluruhan data; 4) menganalisis lebih detail dengan meng-coding data; 5) mendeskripsikan *coding*-data untuk menjadikan informasi sangat detail; dan 6) menginterpretasikan atau memaknai data.

HASIL PENELITIAN

1. Gambaran RSUD X.

Rumah Sakit Umum Daerah X adalah rumah sakit milik Pemerintah Daerah, berada di lokasi strategis di tengah kota dengan luas lahan 20.473m². Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.03/I/1128/2013 tanggal 21 juni 2013 dan Peraturan Daerah Nomor 10 Tahun 2013, Rumah Sakit Umum Daerah X menjadi Rumah Sakit Kelas B. Jumlah tenaga medis di RSUD X terdiri dari 38 dokter spesialis, 30 dokter umum, 3 dokter gigi, 2 dokter gigi spesialis.

Rumah Sakit Umum Daerah X mempunyai kapasitas 186 tempat tidur ditunjang dengan fasilitas yang lengkap agar pelayanan dapat dilaksanakan secara optimal. Dalam upaya peningkatan pelayanan yang paripurna, pelayanan terhadap orang miskin, dan dengan keterbatasan anggaran, serta aturan perundang-undangan lama yang berbenturan, hal tersebut yang dapat meng-

hambat kegiatan pelayanan.

Data kunjungan menunjukkan tren kenaikan dan keuangan Rumah Sakit Umum Daerah X dalam kategori sehat sehingga penerapan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) sangat mendukung operasional RSUD X dalam memberikan pelayanan rujukan untuk masyarakat Kota Mataram dan sekitarnya.

Sehubungan dengan program Jaminan Kesehatan Nasional(JKN), salah satu tujuannya adalah kendali mutu dan kendali biaya agar dengan biaya ang efisien mutu pelayanan kesehatan tetap terjamin. Dalam rangka meingkatkan mutu, RSUD X telah membentuk tim untuk menyusun standar prosedur operasional (SPO) setiap tindakan dan penyusunan *clinical pathway*, walaupun belum semua *clinical pathway* dan *clinical guidelines* tersusun dan dilaksanakan dalam perawatan pasien katastrofik.

2. Perbedaan biaya perawatan pasien katastrofik menggunakan INA-CBGs dengan tarif di RSUD X.

Berdasarkan pengamatan terhadap biaya perawatan pasien katastrofik menggunakan paket INA-CBGs dengan tarif riil yang dikeluarkan oleh RSUD X dengan standar perhitungan *fee for service* sesuai Peraturan Walikota Mataram. Biaya perawatan pasien katastrofik seringkali terdapat selisih antara tarif INA-CBGs dan tarif riil di RSUD X yang sering kali dianggap tidak dapat mencukupi. Hal ini karena pemahaman antara BPJS dan pihak RSUD X belum komprehensif dalam menggunakan INA-CBGs terutama oleh dokter yang merawat pasien katastrofik maupun petugas lainnya. Hal tersebut mengakibatkan pelayanan terhadap pasien katastrofik belum efisien.

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya perbedaan tarif riil rumah sakit dengan INA-CBGs adalah pada tarif riil dihitung per rincian jenis pelayanan, bahwa standar tarif sudah ditentukan oleh Peraturan Daerah. Untuk tarif INA-CBGs dihitung sesuai akumulasi atau penggabungan kode diagnosis dan prosedur/tindakan ke dalam sebuah kode CBGs yang standar tarifnya telah ditetapkan oleh Pemerintah Pusat serta menggunakan alat bantu *software* dari Kementerian Kesehatan, sehingga keluaran tarifnya sudah pasti sesuai *database* yang telah ditetapkan.

Dari hasil wawancara dapat diambil kesimpulan bahwa terjadinya perbedaan antara tarif riil rumah sakit dengan INA-CBGs adalah tarif riil dihitung per rincian jenis pelayanan, dalam hal ini standar tarifnya sudah ditentukan dalam Peraturan Daerah. Sedangkan tarif INA-CBGs dihitung berdasarkan akumulasi atau penggabungan kode diagnosis dan kode prosedur/tindakan ke dalam sebuah kode CBGs yang standar tarifnya telah ditetapkan oleh Pemerintah Pusat serta menggunakan alat bantu berupa *software* yang telah ditentukan oleh Kementerian Kesehatan, sehingga keluaran tarifnya sudah pasti sesuai *database* yang telah ditetapkan. Namun pada penghitungan tarif riil di RSUD X belum menggunakan alat bantu *software* secara efektif, sehingga kemungkinan untuk terjadi *human error* ketika mengentri tarif riil. Ketepatan pengkodean diagnosis dan prosedur akan

mempengaruhi ketepatan tarif pada INA-CBGs, dengan demikian jarak perbedaan tarif riil dengan tarif INA-CBG juga akan ditentukan oleh ketepatan pengodean.

RSUD X sudah memiliki standar prosedur operasional (SPO), namun belum semua disusun *clinical pathway*, sehingga pemberian pelayanan kesehatan pada pasien dengan kasus yang sama dapat berbeda-beda pada tiap dokter yang menanganinya. Misalnya pada acuan lama pasien dirawat pemberian obat-obatan, pemberian tindakan medis maupun pemeriksaan penunjang dan prosedur yang lainnya.

3. Biaya perawatan pasien katastropik di RSUD X.

Perawatan pasien katastropik memerlukan terapi dengan keahlian khusus dan menggunakan alat canggih dan atau memerlukan perawatan seumur sehingga menyerap anggaran klaim kesehatan yang tinggi. Beberapa penyakit katastropik yang sering muncul dalam masyarakat antara lain; kanker, dan jantung (perlu tindakan invasif dan non invasif). Penyakit katastropik memerlukan pengendalian seumur hidup sehingga selama itu pula memerlukan pembiayaan.

RSUD X merawat pasien rawat inap di SMF Bedah pada bulan Januari sampai Juni 2017 dengan total pasien sejumlah 829 pasien, diagnosa terbanyak Benigna Neoplasma (D.21), Ca Mammae (D.24), Appendicitis (K.35) dan Hernia (K.40.9).

Tabel 2. Selisih biaya rawat inap pasien BPJS SMF Bedah bulan Januari – Juni 2017

	Tarif RS	Tarif BPJS	Selisih
dr.AA	Rp 1.879.059.060	Rp1.756.065.600	Rp 122.993.460
dr.AB	Rp 2.403.908.700	Rp2.415.984.600	Rp (12.075.900)
dr.AC	Rp 3.285.112.410	Rp3.095.871.000	Rp 189.241.410
TOTAL	Rp 7.568.080.170	Rp7.267.921.200	Rp 300.158.970

Perrawatan pasien dengan penyakit katastrofik yang dilakukan rawat inap terbanyak adalah Ca Mammae (D.24) adalah

sejumlah 106 orang, dengan perbandingan tarif rril terdapat selisih biaya perawatan sebesar Rp.30.026.495.

Tabel 3. Selisih biaya rawat inap pasien Ca Mammae(D.24) bulan Januari – Juni 2017

	Tarif RS	Tarif BPJS	Selisih
dr.AA	Rp 313.176.510	Rp 312.677.600	Rp 498.910
dr.AB	Rp 400.651.450	Rp 402.664.100	Rp (2.012.650)
dr.AC	Rp 547.518.735	Rp 515.978.500	Rp 31.540.235
TOTAL	Rp 1.261.346.695	Rp1.231.320.200	Rp 30.026.495

Pasien katastrofik yang dilakukan rawat inap di SMF Jantung bulan Januari- Juni 2017 sejumlah 661 pasien, diagnosa

terbanyak Coronaria Atrial Disease(125.1), Heart Failure Unspecified(150.9).

Tabel 4. Selisih biaya rawat inap pasien Kardiovaskular bulan Januari – Juni 2017

	Tarif RS	Tarif BPJS	Selisih
dr.XX	Rp 2.780.633.616	Rp1.407.918.600	Rp 1.372.715.016
dr.XY	Rp 4.841.039.724	Rp2.773.442.400	Rp 2.067.597.324
dr.YY	Rp 5.682.502.020	Rp2.759.067.000	Rp 2.923.435.020
TOTAL	Rp13.304.175.360	Rp6.940.428.000	Rp 6.363.747.360

4. Mutu pelayanan dan kendali biaya pasien katastrofik di RSUD X di era JKN.

Pemerintah Indonesia melakukan berbagai macam upaya untuk memenuhi hak kesehatan tiap individu masyarakatnya. Salah satunya adalah dengan memberikan pelayanan kesehatan yang adil dan merata dalam bentuk Asuransi Kesehatan yang disebut dengan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), segenap masyarakat Indonesia yang telah terdaftar di Badan Pengelola Jaminan Nasional (BPJS) Kesehatan berhak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang maksimal. Masyarakat Indonesia sangat antusias menyambut program tersebut sehingga berdampak pada begitu banyaknya

masyarakat yang memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan (*over utilization*).

Untuk mengakomodir masalah tersebut di atas BPJS harus melakukan kendali mutu melalui dengan cara pemenuhan standar mutu fasilitas kesehatan dan proses pelayanan kesehatan. Hal ini tertuang di Pasal 83 Peraturan BPJS Kesehatan No.1 Tahun 2014 tentang “Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan”. Agar terjadi keseimbangan maka dalam pasal 57 Peraturan BPJS Kesehatan No.1 tahun 2014 disebutkan bahwa pelayanan paripurna wajib diberikan pada semua fasilitas kesehatan dan memperhatikan Mutu Pelayanan Kesehatan (PP No.12 Pasal 42 tahun 2013) tentang Jaminan Kesehatan.

Tabel 5. Diagnosa pasien katastrofik yang dirawat inap bulan Januari-Juni 2017

Jenis Penyakit Katastropik	Jenis Pembiayaan	Jenis Pelayanan
Kardiovaskular		
Coronaria Atrial Disease	BPJS	Rawat Inap
Heart Failure Unspecified	BPJS	Rawat Inap
Ca Mammae	BPJS	Rawat Inap

5. Selisih biaya perawatan pasien perawatan katastrofik di RSUD X.

Pembiayaan kesehatan pada pasien di sarana kesehatan sebelum diberlakukan sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah *fee for servis (FFS)*, yaitu provider layanan kesehatan langsung menarik biaya kepada pasien dalam setiap jenis pelayanan kesehatan yang diberikan. Setelah pemberlakuan sistem Jaminan Kesehatan Nasional, penetapan tarif pelayanan kesehatan pasien di sarana pelayanan kesehatan didasarkan pada keputusan SK Menteri Kesehatan.

Perubahan pembiayaan dari *fee for servis (FFS)* menuju *case base group (CBGs)*

berdampak pada kondisi keuangan rumah sakit yang bisa menjadi peluang dan ancaman. Peluang apabila rumah sakit bisa menjadikan manfaat program JKN (BPJS) yang mempunyai selisih klaim mampu menyesuaikan dengan tarif INA-CBGs. Ancaman bagi rumah sakit apabila dalam pelayanannya tidak efektif dan efisien yang menyebabkan kerugian keuangan rumah sakit.

Rumah sakit sering mengeluhkan kerugian setelah diberlakukannya program JKN dengan menerapkan tarif INA-CBGs yang dianggap oleh banyak rumah sakit tarifnya tidak sesuai dengan tarif rumah sakit. Perbedaan pembiayaan perawatan pasien katastrofik rawat inap di RSUD X pada bulan Januari sampai Juni 2017 adalah Rp. 6.393.773.855.

Tabel 6. Selisih biaya rawat inap kelas III pasien katastrofik bulan Januari – Juni 2017

Jenis penyakit Katastropik	Jenis Pasien	Jenis pelayanan	Kelas Perawatan	Selisih
Kardiovaskular	Pasien BPJS	Rawat Inap	Kelas III	Rp 6.363.747.360
Ca Mammae	Pasien BPJS	Rawat Inap	Kelas III	Rp 30.026.495
			<i>jumlah</i>	Rp 6.393.773.855

PEMBAHASAN

Pada hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan tarif riil dengan INA-CBGs, serta terdapat perbedaan rata-rata lama dirawat standar paket dengan lama dirawat riil. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Sugeng (2010), bahwa ada perbedaan signifikan antara biaya pelayanan kesehatan dengan sistem pembayaran INA-DRG dan non INA-DRG pada pasien diare infeksius di RSUP DR. Sardjito, Yogyakarta.

Thabrani (2011), menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi biaya kesehatan yaitu komponen inflasi biaya rumah sakit, kebijakan pemerintah, pembayar pihak ketiga (asuransi), maupun tenaga kesehatan sendiri. Menurut Cleverly (1997), terdapat 4 cara utama secara teknis agar biaya untuk sistem pembayaran paket (*Cased Base Groups*) dapat dikurangi, yaitu: 1) mengurangi harga yang dibayar untuk sumber daya/*input*; 2) mengurangi lama dirawat pasien; 3) mengurangi intensitas pelayanan

yang disediakan; dan 4) meningkatkan efisiensi produksi.

Demikian halnya perbedaan tarif riil dengan tarif paket INA-CBGs pada pembayaran klaim BPJS pasien rawat inap di RSUD X. Hal ini didasarkan oleh perbedaan standar tarif yang diterapkan, lama dirawat, ketepatan kode diagnosis/prosedur, dan *clinical pathway*.

Perbedaan tarif riil dengan tariff paket INA-CBGs di RSUD X, tarif riilnya dihitung per rincian jenis pelayanan penyakit katastrofik, dalam hal ini standar tarifnya sudah ditentukan dalam Peraturan Daerah. Sedangkan tarif INA-CBGs dihitung dari standar akumulasi atau penggabungan kode diagnosa dan prosedur/tindakan ke dalam sebuah kode CBG yang standar tarifnya telah ditetapkan oleh Pemerintah Pusat (*Centre for Casemix* Kemenkes RI).

PUSTAKA

1. Hassanzadeh J, Mohammadbeigi A, Eshrati B, Rezaianzadeh A, Rajaeefard A. Determinants of inequity in health care services utilization in Markazi Province of Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2013;15(5):363-70.
2. Cavagnero E, Carrin G, Xu K, Aguilar-Rivera A. Health financing in Argentina: An empirical study of health care expenditure and utilization. Mexico: Fundación Mexicana para la Salud, A. C. and Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
3. Lu C, Chin B, Li G, Murray C. Limitations of methods for measuring out-of-pocket and catastrophic private health expenditures. *Bulletin World Health Organization*. 2009;87:238-44.
4. Wagstaff A, van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. *Health Economy*. 2003;12(11):921-34.
5. Mundiharno, Thabrany H. Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019. Jakarta: Dewan Jaminan Sosial Nasional; 2012.
6. Zahraei S, Gouya M, Azad T, Soltanshahi R, Sabouri A, Naouri B, et al. Successful control and impending elimination of measles in the Islamic Republic of Iran. *Journal of Infectious Disease* 2011;204(1):S305-11.
7. Cooper Z, Craig SV, Gaynor M, Reenen JV. The price ain't right? Hospital prices and health spending on the privately insured. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 2015.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian terdapat beberapa simpulan adanya perbedaan tarif pada perawatan penyakit katastrofik. Rumah sakit sudah mempunyai Standar Prosedur Operasional (SPO) untuk perawatan pasien katastrofik namun belum semua dibuat *clinical pathway* dan panduan klinis (*clinical quidlines*). *Clinical pathway* berperan mendasar dalam pelayanan kesehatan kepada pasien, juga sebagai landasan tenaga medis menjalankan tugasnya. Tim koder RS secara berkala harus meningkatkan pengetahuan dan koordinasi dalam pengisian kode diagnosa yang ditegaskan oleh dokter. Dasar perhitungan unit cost memberikan informasi terhadap layanan yang *overcosting* maupun *undercosting* yang berpengaruh terhadap biaya layanan kesehatan. Rumah sakit harus menghitung kembali/mengevaluasi unit cost setiap periode untuk mengetahui biaya per unit sebagai dasar dalam penyusunan tarif. Masih ditemukan dokter penanggung jawab pasien (DPJP) yang tidak menulis diagnosa berdasarkan ICD X.

8. Putra P, Indar, Jafar N. Ability to pay dan catastrophic payment pada peserta pembayar mandiri BPJS kesehatan Kota Makassar. *Jurnal Kesehatan*. 2014;4(3):283-90.
9. Puspandari D, Mukti A, Kusnanto H. Faktor-faktor yang mempengaruhi biaya obat pasien kanker payudara di rumah sakit di Indonesia. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*. 2015;4(3):24-35.
10. Budiarto W, Sugiharto M. 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. *Bulletin Penelitian Sistem Kesehatan* 2013;16(1):58-65.
11. Ambarriani A. Hospital financial performance in the Indonesian national health insurance era. *Review of Integrative Business and Economics Research*. 2014;4(1):121-33.