

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Katastropik

Pengertian dari penyakit katastropik adalah Penyakit yang berbiaya tinggi, dan apabila disertai komplikasi akan mengakibatkan ancaman hingga membahayakan jiwa. Hipertensi atau darah tinggi adalah salah satu penyakit yang termasuk dalam kategori penyakit katastropik, karena penyakit ini bisa beresiko menjadi kronis bahkan berkomplikasi. Selain hipertensi ada beberapa penyakit juga yang termasuk dalam kategori penyakit katastropik yaitu penyakit stroke atau serangan jantung, karena penyakit ini membutuhkan penanganan secara komprehensif bila tidak beresiko untuk penyakit seperti Jantung Koroner, selain itu cuci darah yang permanen juga diperlukan untuk penyakit gagal ginjal kronis. Pengobatan yang kontinyu juga sangat diperlukan untuk penyakit dengan kolesterol tinggi. Pengobatan dan perawatan yang dilakukan secara kontinyu diantaranya adalah ; Penderita Diabetes Mellitus (DM) atau kencing manis, penyakit pasca stroke, penyakit keganasan lainnya diantaranya kanker, tumor dan lainnya. Termasuk Penyakit radang hati atau biasa dikenal dengan hepatitis yang dapat menyebabkan sirosis atau TB Paru yang termasuk kategori penyakit infeksi juga tergantung pada pengobatan

dan konsumsi obat-obatan dalam jangka waktu lama (Cummins and Mahul, 2009).

Secara epidemiologis dalam beberapa tahun ini (dua dasawarsa) terjadi kecenderungan pergeseran jenis penyakit dan beban penyakit yang sangat signifikan yaitu dari penyakit menular ke penyakit yang tidak menular. (Data Kementerian kesehatan tahun 2012). Kasus kejadian Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA), diareha dan Tuerculosis (TB) menempati 3 urutan besar penyakit berurutan terbanyak yang terjadi pada era 1990an. Perubahan drastic terjadi pada rentang antara 2010-2015, dari 3 kasus tersebut diatas bergeser menjadi penyakit pembuluh darah (stroke dan jantung), kanker, diabetes mellitus dan kecelakaan lalu lintas (Kemenkes RI, 2012). Pola makan yang tidak baik atau pola makan yang beresiko dan tekanan darah tinggi bisa menyebabkan kadar glukosa darah puasa mengalami peningkatan, perilaku merokok dapat menyebabkan pencemaran udara dalam rumah tangga, kurangnya aktifitas fisik, pekerjaan yang beresiko, indeks masa tubuh, penyalahgunaan obat, defisiensi zat besi berdasarkan data World Health Organization (WHO) pola hidup dan perilaku tersebut yang menyebabkan penyakit katastropik meningkat. (WHO, 2015a).

Sebagaimana dipahami bahwa, terjadi transisi epidemiologi antar wilayah sangat cepat dengan tidak

mengenal batas-batas administratif wilayah. *Double burdens* penyakit serta bonus demografi dengan *triple burdens* didalamnya, menjadi suatu tantangan yang tidak boleh dianggap enteng oleh semua *stakeholder* (Moeleok, 2016). Pada saat ini sangat dibutuhkan untuk mewujudkan jumlah dan mutu pelayanan kesehatan adalah kemampuan dalam penguasaan teknologi layanan kesehatan serta kecepatan dan ketepatan dalam melakukan tindakan pelayanan kesehatan. Hampir 85% dari anggaran total belanja kesehatan dipergunakan untuk membiayai layanan kesehatan untuk penduduk yang sakit diantara 23-30% dibandingkan dengan penduduk yang sehat. Program promotif dan preventif harus terus ditingkatkan karena dengan anggaran yang dibutuhkan sekitar 15 % dari total keseluruhan anggaran dibidang kesehatan, namun kenyataannya memiliki dampak yang sangat besar terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Periode Januari-Juni 2014 terjadi peningkatan jumlah kasus dan biaya penyakit katastropik, yaitu mulai dari kasus terbanyak adalah: penyakit pembuluh darah (jantung,stroke), diabetes melitus, ginjal, kanker, thalasemia, dan penyakit hemofilia (Moeleok, 2015).

Penyebab utama kematian secara global diseluruh dunia dan akan terus mengalami peningkatan terutama di Negara-negara menengah dan miskin adalah Penyakit tidak menular (PTM). Berdasarkan data WHO pada tahun

2005 menunjukkan bahwa hampir dua per tiga dari 57 juta kematian yang terjadi di dunia yaitu sebanyak 36 juta disebabkan oleh penyakit tidak menular, dan lebih parahnya penyakit ini juga juga akan membunuh penduduk dengan usia yang lebih muda. (WHO, 2015a).

Pada tahun 2030 akan terjadi transisi epidemiologi secara menyeluruh, dari tingkat global, regional hingga nasional, transisi tersebut adalah semakin jelasnya pergeseran dari penyakit menular menjadi penyakit tidak menular. Perubahan dan pergeseran gaya hidup yang mengakibatkan kurang gerak dan seiring dengan modernisasi disemua sektor, serta pertumbuhan populasi dan peningkatan usia harapan hidup (UHH) merupakan salah satu faktor risiko peningkatan kejadian penyakit tidak menular di dunia. Diproyeksikan pada tahun 2030 jumlah kesakitan akibat penyakit tidak menular (PTM) seperti penyakit jantung, kanker, paru obstruktif kronik, diabetes melitus (DM), serta penyakit tidak menular atau kronik lainnya akan mengalami peningkatan, sementara itu penyakit menular akan diprediksi menurun, tetapi tetap masih ditemukan kasusnya antara lain penyakit AIDS/HIV, Malaria, TBC, Diare dan penyakit infeksi lainnya. (Moeleok, 2015).

Pemerintah telah berupaya untuk memberikan ruang gerak kepada semua orang untuk dapat berkembang, baik berkembang secara fisik, berkembang secara mental,

berkembang secara spiritualitas dan sosial yang dipersyaratkan udalam pembangunan manusia. Bentuk dari Upaya pemerintah di dalam membangun ruang tersebut adalah disusunnya strategi kebijakan, diantaranya ; 1) program Indonesia pintar agar terwujudnya pembangunan pendidikan, 2) program Indonesia sehat untuk mewujudkan pembangunan kesehatan, 3) program Indonesia kerja atau program keluarga sejahtera melalui pembangunan kesejahteraan untuk mewujudkan penghidupan yang berkelanjutan, 4) revolusi mental dalam rangka pembangunan bangsa yang berkarakter (Moeleok, 2015).

Program-program nawacita yang di implementasikan dalam pelaksanaan kegiatan antara lain pembagian KIP Kartu Indonesia Pintar (KIP), Kartu Indonesia Sehat (KIS), dan Kartu Keluarga Sejahtera (KKS), implementasi SJSN, penyehatan lingkungan dan pengendalian penyakit, gerakan 1.000 hari pertama kehidupan, pelayanan kesehatan ibu dan anak, gerakan percepatan perbaikan gizi masyarakat, serta Pemberdayaan Masyarakat.

Peningkatan peserta Program JKN dari hasil evaluasi sementara adalah peserta mandiri, namun sebagian besar peserta mandiri program JKN ini menderita penyakit katastropik, dengan alasan mereka mau ikut menjadi peserta JKN pada saat sakit saja dan setelah sembuh mereka lalu berhenti membayar iuran. Melihat kondisi seperti ini maka

perlu ditingkatkan adanya asosialisasi tentang azas gotong royong pada program JKN. Solusi tersebut disampaikan oleh dr. Donald Pardede sebagai Kepala Pusat Jaminan Kesehatan pada hari Kamis (11/12) dengan agenda kegiatan pertemuan evaluasi pelaksanaan JKN Regional III, di Makassar. Acara diikuti oleh 375 peserta perwakilan Dinkes Provinsi/Kabupaten/Kota, Rumah Sakit dan Puskesmas di wilayah Sulawesi, Gorontalo, Maluku dan Papua Barat.

Sejak diluncurkan pada awal Januari 2014 Sampai dengan 30 September 2014 jumlah peserta mandiri bukan penerima upah (peserta mandiri) terus bertambah dan melonjak tajam tercatat dari hanya berjumlah 236.6271 menjadi 5,958,000 (P2JK Kemenkes).

Selanjutnya periode dari Januari - Juli 2014 berdasarkan data hasil analisis klaim Rumah Sakit, kunjungan rawat inap pasien penyakit katastrofis terus meningkat dengan data yaitu: jantung sebanyak 232.010 pasien, stroke 172.303 pasien, ginjal 138.779 pasien, diabetes 70.584 pasien, kanker 56.033 pasien, thalasemia 53.948 pasien dan hemofilia 12.170 pasien.

2. *Casemix*

Case-mix adalah suatu sistem pembiayaan kesehatan yang berhubungan dengan mutu pelayanan kesehatan, pemerataan pelayanan kesehatan dan keterjangkauan pelayanan, yang merupakan unsur dalam model pembayaran

biaya pelayanan disarana kesehatan pasien yang berbasis pada kasus campuran. Ada 14 variabel yang dibutuhkan *Case-mix* dan dapat diperoleh dari data rekam medis antara lain: Identitas pasien, tanggal masuk dan tanggal keluar rumah sakit, *lengh of stay* (lama hari rawat), tanggal lahir, umur (th dan hr) ketika masuk rumah sakit, umur (hr) ketika keluar rumah sakit, Jenis kelamin, status keluar rumah sakit (*Outcome*), berat badan baru lahir (gram), diagnosis utama dan sekunder (komplikasi & ko-morbiditi), prosedur pembedahan utama (Hosizah, 2016).

Seluruh masyarakat mempunyai harapan yang sama yaitu mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu baik dan dengan biaya yang dapat dijangkau (Hosizah 2016). Dalam menghadapi persaingan yang semakin ketat antar rumah sakit sebagai pemberi pelayanan dibidang kesehatan yang utama, biaya yang ditimbulkan rumah sakit dapat dilakukan pengendalian contohnya dengan pembiayaan atau pembayaran yang terstandar dan pengendalian mutu pelayanan kesehatan. Hal tersebut akan banyak memberikan keuntungan selain keuntungan bagi pasien secara langsung, keuntungan bagi penyedia pelayanan kesehatan dan tidak kalah pentingnya adalah keuntungan bagi pihak yang meyangand. Pengembangan ini juga nantinya dapat dipergunakan untuk mempermudah evaluasi mutu pelayanan.

Ada beberapa faktor yang menyebabkan kecenderungan terjadinya peningkatan dalam pembiayaan untuk kesehatan di Indonesia diantaranya : perubahan pola dari penyakit degeneratif, adanya orientasi lebih pada pembiayaan yang bersifat kuratif, pembayaran *out of pocket* (*fee for service*) secara individual, provider yang menentukan jenis *service*, perkembangan teknologi yang semakin canggih, (sub) spesialisasi ilmu kedokteran yang mengalami perkembangan, dan tidak lepas juga dari tingkat inflasi. (Hosizah 2016).

Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan melakukan upaya standarisasi tarif dengan membentuk suatu sistem yaitu *Case-mix*, dan sudah diujicoba sejak 2008 akhir. Sistem *Case-mix* ini merupakan suatu pembiayaan dalam pelayanan kesehatan berhubungan dengan mutu pelayanan kesehatan, adanya pemerataan dan kemampuan dalam menjangkau, unsur-unsur mekanisme pembiayaan pembayaran pelayanan dalam kesehatan dengan basis kasus campuran untuk penanganan pasien. Upaya ini diharapkan mampu memberikan mutu dan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang berkualitas, terutama bagi pasien miskin, sehingga derajat kesehatan dimasyarakat semakin meningkat. System casemix ini juga nantinya diharapkan tidak ada lagi rumah sakit yang menentukan tarifnya sendiri-sendiri.

3. Pelayanan Rumah Sakit

Berdasarkan Undang-undang tentang rumah sakit, yaitu UU No 44 Tahun 2009, rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (Kemenkes RI, 2009). Rumah Sakit mempunyai 4 fungsi utama, yaitu:

- a. Menyelenggarakan pelayanan dibidang pengobatan serta pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan kesehatan serta peningkatan derajat kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- c. Penyelenggaraan dibidang pelatihan dan pendidikan sumber daya manusia untuk meningkatkan kemampuan dalam memberikan asuhan pelayanan kesehatan.
- d. Penyelenggaraan dibidang penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi kesehatan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan serta memperhatikan Iptek bidang kesehatan.

Seluruh rumah sakit tidak akan lepas dari keempat fungsi tersebut di atas, baik itu rumah sakit milik pemerintah pusat dalam hal ini kementerian kesehatan (Rumah Sakit Umum Pusat/RSUP) maupun rumah sakit yang dikelola oleh

pemerintah daerah (Rumah Sakit Umum Daerah/RSUD). Rumah sakit milik pemerintah pusat mengacu kepada Kementerian Kesehatan, sementara rumah sakit pemerintah propinsi dan kabupaten/ kota mengacu kepada *stakeholder* utamanya yaitu pimpinan daerah dan lembaga perwakilan masyarakat daerah. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) mempunyai keunikan karena secara teknis medis berada di bawah koordinasi dan binaan Kementerian Kesehatan, sedangkan secara kepemilikan berada di bawah pemerintah provinsi, pemerintah kabupaten atau kota dengan pembinaan dari Kementerian Dalam Negeri (Trisnantoro, 2009). Dalam era JKN ini, walaupun fungsinya tidak selengkap rumah sakit pemerintah, namun Rumah Sakit swasta juga memegang peran penting dalam hal pelayanan kesehatan. meski fungsinya tidak selengkap fungsi rumah sakit pemerintah (Adisasmito, 2007).

Meningkatnya status sosial ekonomi penduduk, meningkatnya kesadaran masyarakat akan kualitas pelayanan yang baik, serta semakin bertambahnya jumlah penduduk yang dilayani, maka tak terhindarkan bahwa peranan oleh sektor swasta akan semakin besar, dengan fenomena dimana semakin menjamurnya rumah sakit swasta terutama di kota padat penduduk dan besar, hal ini meningkatkan persaingan yang tinggi antar rumah sakit. Untuk mempertahankan keberadaannya di era kompetisi yang tinggi tersebut, maka

rumah sakit terutama swasta harus melakukan segala upaya terutama bagaimana dapat menyediakan layanan yang bermutu dengan pembiayaan yang dapat dijangkau. Hanya rumah sakit yang unggul dan bermutu yang mampu bersaing dalam kompetisi ketat tersebut.

Biaya Pelayanan Kesehatan mempunyai makna; 1) Penyelenggaraan dan pelayanan serta biaya pelayanan kesehatan adalah ketersediaan sejumlah dana yang tersedia untuk dapat dipergunakan dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan. 2) dalam hal pengguna jasa pelayanan kesehatan, yang dimaksud biaya pelayanan dalam kesehatan adalah sejumlah dana yang perlu disediakan oleh pengguna jasa untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Perlu diketahui beberapa faktor yang diasumsikan terkait erat dengan biaya pelayanan rumah sakit. Secara spesifik, Feldstein (1983) menggambarkan faktor-faktor yang berhubungan dengan biaya rata-rata layanan di rumah sakit yaitu sebagai berikut: jumlah tempat tidur yang ada di rumah sakit.

4. Biaya Pelayanan Rumah Sakit

Asuransi kesehatan menjadi sangat penting saat ini dan menjadi jawaban atas berbagai permasalahan system layanan kesehatan khususnya biaya pelayanan kesehatan yang semakin meningkat. Asuransi dibidang kesehatan menawarkan Sistem *managed care* sebagai salah satu solusi untuk menyelesaikan masalah tersebut. (Suhanda, 2016).

Managed Care menurut Sekhri (2000) adalah sistem yang terintegrasi untuk proses dalam pembiayaan dan layanan kesehatan yang tepat serta sesuai bagi peserta dengan menggunakan beberapa elemen antara lain:

- a. Terdapat peraturan-peraturan yang disepakati dengan unit layanan kesehatan tertentu untuk memberikan jasa medik yang komprehensif
- b. Dilakukan proses seleksi dari unit layanan kesehatan harus memenuhi standar
- c. Ada proses perbaikan mutu yang berkelanjutan dan pelaksanaan rewiuw utilitas (*utilization review*)
- d. Lebih menekankan promotif, agar setiap peserta tetap sehat dan utilisasi bisa berkurang
- e. Memberikan insentif untuk peserta untuk menggunakan unit layanan yang ditetapkan dan mengikuti prosedur yang telah ditetapkan.

Ciri dari *managed care* yang dapat dilakukan adalah:

- 1) *utilization review* yang ketat; 2) pola praktek dokter perlu adanya tindakan monitoring serta analisis; 3) memakai dokter umum dan tenaga medik lain-nya untuk mengelola pasien; dan 4) perlu meningkatkan kualitas layanan kesehatan dengan kualitas baik dan meningkatkan efisiensi. Faktor *managed care* yang utama dan wajib dilakukan adalah: 1) pengelolaan biaya dan memberikan jasa pelayanan kesehatan(jaspel); 2) penggunaan teknik dalam pengendalian

biaya; 3) membagi risiko keuangan antara asuransi dengan provider; dan 4) mengatur dan meningkatkan *utilisasi review* (Sekhri, 2000, Suhandi, 2016).

Managed Care memberikan kekuatan dalam hal pengendalian kualitas pelayanan kesehatan dan biaya kesehatan bagi peserta, keadaan demikian menyebabkan rumah sakit menggunakan sistem untuk membentuk dan membuat regulasi baru dalam bekerjasama dengan para dokter di rumah sakit, yaitu *physician hospital organization* (PHO). PHO adalah bentuk suatu rancangan untuk memudahkan dan dapat digunakan untuk membagi beban rumah sakit dengan dokter untuk menyesuaikan pelaksanaan *managed care* (Sekhri, 2000).

Sinergi dokter dengan rumah sakit beserta perusahaan asuransi kesehatan diperlukan agar dapat bernegosiasi dan mengevaluasi dalam kontrak *managed care*. Didalam pelaksanaan asuransi kesehatan, PHO menjadi sangat penting bagi rumah sakit dan dokter untuk melakukan kerjasama dalam memberikan pelayanan kesehatan dan membangun hubungan sistem ekonomi terpadu dengan pihak asuransi kesehatan sehingga terjalin hubungan finansial kedua belah pihak untuk melaksanakan pelayanan yang *cost effective* dan bermutu. Asumsi-asumsi yang timbul ialah apakah memungkinkan seorang dokter bisa bekerja dalam suasana

managed care yang berbasis asuransi kesehatan dengan peraturan-peraturan yang mengikat (Suhanda, 2016).

Pada era JKN implementasi dalam pembiayaan kesehatan merupakan bagian yang penting. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, serta pelayanan yang lebih berorientasi pada pasien, mendorong efisiensi, tidak memberikan *reward* terhadap *provider* yang melakukan *over treatment*, *under treatment* maupun melakukan *adverse event* dan mendorong pelayanan tim, adalah tujuan dari pembiayaan kesehatan. Adanya sistem pembiayaan kesehatan yang baik diharapkan mutu pelayanan kesehatan meningkat (Permenkes, 2013).

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pembiayaan rumah sakit masih menjadi masalah. Di negara-negara miskin dan sedang berkembang masih perlu adanya reformasi cara pembayaran dan pembiayaan kesehatan terutama pasien yang memerlukan perawatan di Rumah Sakit. Mathauer and Wittenbecher (2013). Kerjasama pembiayaan antara penyedia jasa pelayanan kesehatan dengan pemerintah dalam meningkatkan dan menyediakan pelayanan kesehatan serta memberikan data pasien untuk proses manajemen klaim asuransi kesehatan.

Terdapat kesenjangan yang jauh antara Negara maju dan Negara miskin dalam menyelesaikan masalah pembiayaan kesehatan. Menurut Gottret and Schieber (2006) kesenjangan tersebut adalah jika dinegara maju terdapat alokasi

pembiayaan besar, meskipun beban penyakit sedikit, hal ini berbanding terbalik dengan yang terjadi di Negara miskin yaitu beban penyakitnya besar namun alokasi yang disiapkan sangat kecil. Hasil penelitian Lu *et al.* (2010) menunjukkan bahwa pembiayaan kesehatan di negara berkembang dalam beberapa tahun terakhir meningkat hampir 100%, peningkatan 120% berdasarkan data IMF dan 88% data WHO. Untuk mencapai tujuan dari system kesehatan yaitu adanya perlindungan pembiayaan dan ekuitas dalam pembiayaan kesehatan, ada beberapa aspek yang harus dipenuhi dalam pembiayaan kesehatan tersebut yaitu aspek kualitas, aspek efisiensi, aspek transparansi, dan aspek akuntabel. Kutzin (2013).

Pemerintah pernah menerapkan kebijakan swadana bagi rumah sakit pada era tahun 1990-an, dimana rumah sakit tersebut diberikan kewenangan untuk mengelola system keuangannya sendiri. Pendapatan rumah sakit yang berasal dari operasional rumah sakit adalah hasil pembayaran dari pelayanan kepada pasien yang berupa pendapatan fungsional rumah sakit. Hasil dari pendapatan asuransi atau jaminan kesehatan dan pasien umum. Pendapatan dari asuransi jaminan kesehatan semakin meningkat dan sebaliknya pendapatan dari pasien umum semakin berkurang, sehingga rumah sakit harus lebih memahami kaidah-kaidah dalam

asuransi kesehatan khususnya asuransi kesehatan sosial yaitu BPJS.

Dengan sistem pembiayaan kesehatan saat ini, rumah sakit diharapkan sejak awal sebelum memberikan pelayanan sudah mengetahui berapa dana yang akan didapatkan rumah sakit untuk satu periode pelayanan kesehatan. Ada system yang direkomendasikan untuk diterapkan di Indonesia dengan tujuan meningkatkan efisiensi dan mengendalikan biaya serta meningkatkan mutu, Smith and Fottler (1985). Metode pembayaran prospektif *case mix* adalah INA-CGBs. Pembayaran dengan metode ini nantinya pihak Rumah sakit akan mampu membentuk *team work* dan bekerja lebih efisien. Tujuan dari pihak manajemen rumah sakit untuk adanya surplus sangat ditentukan oleh keberhasilan dari tim ini. Manfaat lain yang dirasakan adalah dapat memuaskan berbagai pihak khususnya dokter dan tidak merugikan pasien. (Thabrany, 2014). Adanya variasi harga pada prosedur tindakan yang homogen menjadi salah satu penyebab persaingan antar Rumah Sakit (Cooper and Craig 2015).

Abbey (2009) mengemukakan pada pembiayaan rumah sakit terdapat keterlibatan dua pihak, yaitu penerima layanan (pasien atau keluarga) dan pemberi layanan (pihak rumah sakit). Pasien sebagai pihak penerima layanan akan membayar langsung kepada pemberi layanan (rumah sakit). Sedangkan untuk metode pembayaran dengan pihak ketiga,

terdapat pihak lain yang ikut campur tangan dalam pembayaran pelayanan kesehatan pasien, bisa dari asuransi atau lainnya. Metode ini dalam bentuk pasien tidak akan melakukan pembayaran langsung setelah menerima pelayanan kesehatan, melainkan menyerahkannya pada pihak ketiga. Model dari pembayaran ini adalah : 1) pasien melakukan pembayaran terlebih dahulu ke rumah sakit, kemudian tagihan akan diklaim ke pihak asuransi sehingga biaya yang dikeluarkan pasien akan diganti; dan 2) rumah sakit langsung melakukan tagihan biaya pelayanan yang diberikan pada pasien pada pihak asuransi.

5. Tarif Pelayanan Rumah Sakit.

Rumah sakit sebagai sebuah lembaga usaha, baik yang berorientasi profit atau sosial memiliki kewajiban untuk menetapkan tarif bagi pelayanan kesehatan yang ditawarkan kepada masyarakat. Berdasarkan tarif yang ditetapkan, masyarakat dapat menilai apakah mutu pelayanan yang diberikan sudah sebanding atau belum dengan besaran tarif. Di samping itu, dari sisi rumah sakit, penetapan tarif dapat dimanfaatkan untuk menjaga eksistensi rumah sakit dan mengembangkan rumah sakit. Bagi rumah sakit milik pemerintah, penetapan tarif dapat dimanfaatkan untuk menentukan besaran subsidi yang harus diberikan oleh pemerintah. Bagi internal rumah sakit, tarif dapat digunakan sebagai alat untuk mempertahankan produktivitas karyawan.

Tarif adalah sebagian atau seluruh biaya penyelenggaraan kegiatan pelayanan di rumah sakit yang dibebankan kepada masyarakat sebagai imbalan atas jasa yang diterimanya (Depkes RI, 2001). Trisnantoro (2006) menyatakan bahwa tarif adalah nilai suatu jasa pelayanan yang ditetapkan dengan ukuran sejumlah uang berdasarkan pertimbangan bahwa dengan nilai uang tersebut, sebuah rumah sakit bersedia memberikan jasa kepada pasien.

Tarif rumah sakit sangat penting diperhatikan baik oleh rumah sakit swasta maupun rumah sakit pemerintah. Bagi rumah sakit swasta, pola penetapan tarif akan berpengaruh terhadap pendapatan yang kemudian berdampak pada laba, serta kelangsungan hidup rumah sakit tersebut. Bagi sebagian rumah sakit pemerintah, tarif memang masih ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan Menkes atau Pemerintah Daerah. Hal ini menunjukkan bahwa masih adanya kontrol yang ketat dari pemerintah terhadap kebijakan penetapan tarif di rumah sakit pemerintah sebagai pelaku usaha atau lembaga usaha.

Tarif di rumah sakit dapat ditetapkan dengan berbagai tujuan sebagai berikut: (Trisnantoro, 2006) :

1. Meningkatkan pemulihan biaya rumah sakit (*cost recovery rate*) rumah sakit. Hal ini terutama terdapat pada rumah sakit pemerintah yang semakin berkurang subsidiya.

2. Peningkatan akses pelayanan. Salah satu cara meningkatkan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat khususnya masyarakat miskin adalah dengan menetapkan tarif pelayanan yang rendah. Penetapan tarif dengan cara ini hendaknya diikuti oleh subsidi yang memadai dari pemilik atau pemerintah sehingga mutu pelayanan tetap terjaga.
3. Peningkatan mutu pelayanan. Di beberapa rumah sakit pemerintah daerah, kebijakan penetapan tarif pada bangsal VIP bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan dan peningkatan kepuasan kerja dokter spesialis. Dengan dibangun dan ditetapkannya tarif bangsal VIP yang memadai, diharapkan dapat mengurangi waktu dokter spesialis di rumah sakit swasta, sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit tersebut.
4. Penetapan tarif dengan tujuan lain, misalnya untuk mengurangi pesaing, memaksimalkan pendapatan, meminimalkan penggunaan dan menciptakan *corporate image*. Penetapan tarif untuk tujuan mengurangi pesaing dilakukan untuk mencegah dibangunnya rumah sakit baru yang akan menjadi pesaing. Penetapan tarif untuk memaksimalkan keuntungan dapat dilakukan pada pasar yang dikuasai oleh salah satu rumah sakit (*monopoli*),

sehingga pada *demand* yang tinggi, penetapan tarif dapat dilakukan setinggi-tingginya. Penetapan tarif dengan tujuan menciptakan *corporate image* adalah penetapan tarif yang ditetapkan dengan tujuan meningkatkan citra sebagai rumah sakit golongan masyarakat kelas atas.

Strategi tarif merupakan upaya terencana suatu lembaga usaha untuk mencapai tujuan tertentu melalui penetapan tarif. Misal, suatu rumah sakit memiliki tujuan untuk meningkatkan jumlah kunjungan pasien masyarakat dari segmen kelas atas, maka strategi tarif yang ditetapkan oleh rumah sakit tersebut adalah tarif yang mahal. Tarif yang mahal akan dipersepsikan sebagai tarif bagi produk-produk pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi.

Strategi tarif ini akan dijalankan dengan suatu kebijakan tariff tertentu. Misal, strategi tariff tinggi/mahal akan dijalankan dengan kebijakan tariff tidak boleh lebih dari 15% tariff pelayanan kesehatan dari pesaing utama. Oleh karena itu, agar suatu strategi tariff dapat dijalankan dengan baik perlu dukungan kebijakan tarif yang memadai.

Strategi tarif merupakan bagian dari manajemen pemasaran suatu lembaga usaha. Pada kondisi *price competition*, strategi tarif yang dipilih akan sangat menentukan keberhasilan lembaga usaha untuk bertahan dan berkembang di industrinya. Salah satu strategi penetapan tarif (*pricing strategy*) adalah dengan memberikan potongan harga pada *customer*. Cara ini

merupakan bentuk dari strategi tarif yang merupakan bagian dari strategi pemasaran suatu rumah sakit untuk menarik minat dan mempertahankan loyalitas *customer* dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Contoh lain adalah strategi penurunan tarif pelayanan kesehatan di rumah sakit, yang pada kenyataannya sangat jarang diterapkan di rumah sakit. Apabila strategi ini diikuti dengan pelayanan yang baik dan cepat, maka strategi penurunan tarif pelayanan merupakan senjata yang sangat ampuh dalam upaya memenangkan persaingan memperebutkan *customer*. Strategi penurunan tarif ini pada umumnya hanya digunakan untuk jangka pendek, karena apabila diterapkan untuk jangka panjang akan membawa akibat yang tidak baik terhadap kehidupan rumah sakit. Rumah sakit yang memberi potongan harga atau diskon cukup besar untuk pelayanan kesehatan tertentu dalam jangka panjang, pasti akan kehilangan pendapatan yang sangat diperlukan dalam pengembangan usaha rumah sakit.

Strategi tarif di rumah sakit swasta dan rumah sakit pemerintah ditentukan oleh pihak yang berbeda. Di rumah sakit swasta, pihak manajemen rumah sakit memiliki kewenangan lebih besar dalam penetapan strategi tarif, sedangkan di rumah sakit milik pemerintah, pihak manajemen rumah sakit hanya sebatas mengusulkan sedangkan pihak pemerintah dan Dewan Perwakilan Rakyat yang akan menentukan. Namun demikian, dengan adanya Badan Layanan Umum Daerah untuk rumah sakit

milik pemerintah, pihak manajemen rumah sakit memiliki kewenangan yang lebih besar daripada sebelumnya dalam penentuan strategi tarif.

Keterlibatan pemerintah dalam penentuan strategi tarif di rumah sakit milik pemerintah dikarenakan pemerintah mempunyai kewajiban untuk menjamin terjadinya pemerataan pelayanan kesehatan oleh rumah sakit. Di samping itu, pemerintah juga memberikan subsidi, antara lain gaji, investasi dan penelitian pengembangan. Oleh karena itu, pada saat penetapan strategi tarif, pemerintah berperan cukup besar. Bagi rumah sakit pemerintah, pada saat penetapan strategi tarif masih perlu mempertimbangkan faktor-faktor lain seperti isu sosial, amanat rakyat, isu ekonomi, dan isu politik.

Di samping itu, bagi rumah sakit milik pemerintah, pihak pemerintah sudah menggariskan kebijakan tarif seperti yang tertuang dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan R.I. no. 582/Men.Kes/ SK/VI/1997 tanggal 11 Juni 1997 tentang Pola Tarif Rumah Sakit Pemerintah pada Bab II Kebijaksanaan Tarif, Pasal 2 yang berbunyi:

- (1) Pemerintah dan masyarakat bertanggung jawab dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
- (2) Biaya penyelenggaraan Rumah Sakit Pemerintah dipikul bersama oleh Pemerintah dan masyarakat

dengan memperhatikan kemampuan keuangan Negara dan keadaan sosial ekonomi masyarakat.

- (3) Tarif Rumah Sakit tidak dimaksudkan untuk mencari laba dan ditetapkan berdasarkan azas gotongroyong, adil dengan mengutamakan kepentingan masyarakat berpenghasilan rendah.
- (4) Tarif Rumah Sakit untuk golongan masyarakat yang pembayarannya dijamin oleh pihak penjamin, ditetapkan atas dasar saling membantu melalui suatu ikatan perjanjian tertulis.
- (5) Rawat Jalan dan Rawat Inap kelas III A, II, I dan Utama dapat dikenakan jasa pelayanan sedangkan Pasien Rawat Inap Kelas III B tidak dikenakan jasa pelayanan.

Strategi tarif dari suatu rumah sakit dapat menimbulkan reaksi yang beragam di masyarakat. Menurut Suharto & Trisnantoro (1999) pada penelitiannya di RSUD Brebes, menyimpulkan bahwa *responden* tidak mempermasalahkan besarnya tarif. *Responden* lebih mengutamakan faktor kepuasan pelayanan dibanding dengan tinggi rendahnya tarif.

Kotler (2000) menyebutkan bahwa selain pertimbangan *cost*, organisasi yang akan menetapkan tarif perlu mendasarkan juga pada variable lain yaitu *Competitor*, dan *Characteristics of products*. Dengan demikian, penentuan strategi tarif harus

mempertimbangkan faktor *Cost*, *Competitor*, dan *Characteristics of product*. Informasi mengenai *cost* atau biaya merupakan bagian mendasar dari usaha untuk menetapkan strategi tarif. Selanjutnya, pesaing atau kompetitor perlu dipertimbangkan dalam rangka penentuan strategi tarif. Tarif kompetitor akan dijadikan sebagai pembanding dari tarif yang akan ditetapkan.

Selain itu, karakteristik produk atau pelayanan yang diberikan juga akan menentukan strategi tarif. Untuk dapat mengidentifikasi nilai dari karakteristik pelayanan dapat diidentifikasi melalui *Ability to Pay* dan *Willingness to Pay* dari konsumen. Tidak jarang pada saat menetapkan strategi tarif, pihak manajemen rumah sakit mempertimbangkan pula upaya pemulihan biaya, subsidi silang, meningkatkan akses dan mutu pelayanan serta untuk tujuan lain, misalnya mengurangi pesaing, meminimalkan penggunaan dan menciptakan *corporate image* (Trisnantoro, 2006). Intensitas memanfaatkan pertimbangan di atas tergantung pada apakah rumah sakit tersebut dimiliki oleh pihak swasta atau pemerintah.

Rumah sakit pemerintah perlu mempertimbangkan lebih banyak faktor dibandingkan dengan rumah sakit swasta pada saat menentukan kebijakan tarif. Misal, pihak manajemen rumah sakit pemerintah pada saat menentukan kebijakan tarif perlu mendasarkan pada Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor. 582 / Menkes / SK VI / 1997. Misal di Bab VII pasal 8,

ada beberapa hal yang harus diperhatikan dalam penentuan kebijakan tarif suatu pelayanan kesehatan di rumah sakit, yaitu:

1. Dalam menentukan besaran tarif perawatan didasarkan atas perhitungan *unit cost* rata-rata rawat inap di masing-masing rumah sakit. Serta harus memperhatikan kemampuan dan keadaan sosial ekonomi masyarakat setempat, tarif rumah sakit setempat lainnya, kebijakan subsidi silang dan lain-lain.
2. *Unit cost* rata-rata inap dihitung melalui analisis biaya dengan metode distribusi ganda (*double distribution*) tanpa memperhitungkan investasi dan biaya gaji pegawai.
3. Tarif rawat siang (*Day Care*) di rumah sakit jiwa ditetapkan sebesar maksimum $\frac{1}{2}$ dari tarif rawat inap kelas II.
4. Tarif rawat sehari (*One Day Care*) ditetapkan sama dengan tarif perawatan kelas II.
5. Tarif di ruang *intensive* ditetapkan atas dasar perhitungan *unit cost* rata-rata rawat dengan memperhatikan kemampuan masyarakat setempat dan rumah sakit setempat lainnya.
6. Tarif rawat inap seperti diatas tidak termasuk biaya obat-obatan, *visit*, tindakan medis dan terapi maupun penunjang diagnostik.

Varley (1995) menyatakan bahwa kemampuan membayar (*ability to pay*) adalah minat konsumen untuk membayarkan sejumlah (uang) atas suatu barang atau jasa tertentu, sedangkan kemauan membayar (*Willingness to pay* atau dikenal *WTP*) adalah sejumlah (uang) yang akan dibayarkan oleh konsumen atas suatu barang atau jasa tertentu.

Menurut Russel dkk (1995), menyatakan bahwa kemauan untuk membayar adalah konsep yang semakin banyak digunakan untuk memberikan masukan/ informasi pada pengambilan kebijakan dalam sektor kesehatan. Seberapa besar kemauan membayar pada suatu barang atau jasa dapat dinilai dalam dua cara :

1. Mengamati dan menetapkan model pemanfaatan jasa pelayanan kesehatan masa lalu, pengeluaran dan tanggapan terhadap harga pelayanan.
2. Wawancara langsung pada masyarakat seberapa besar kemauan membayar mengenai produk atau jasa pelayanan kesehatan tertentu. Dari sini akan diperoleh informasi pada pengambilan keputusan tentang potensi pasar.

Untuk mengukur kemauan membayar ada dua cara yaitu secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung yaitu dengan menanyakan langsung kepada responden berapa kemauan membayar barang atau jasa. Secara tidak langsung yaitu dihubungkan dengan tingkat pendapatan seseorang. Semakin

banyak pendapatan, semakin tinggi kemauan membayar (Zarkin dkk, 1999).

Elastisitas permintaan menunjukkan tingkat sensitivitas permintaan akan suatu produk atau pelayanan tertentu terhadap perubahan tarif. Suatu permintaan dikatakan elastis terhadap perubahan harga apabila perubahan harga menimbulkan dampak perubahan permintaan dengan prosentase yang lebih besar daripada prosentase perubahan harga. Misal, kenaikan tarif pemeriksaan di laboratorium rumah sakit sebesar 10% mengakibatkan penurunan jumlah pemeriksaan di laboratorium sebesar 15%.

Pihak manajemen rumah sakit pada saat akan menetapkan tarif perlu mengidentifikasi pelayanan kesehatan mana saja yang permintaannya elastis terhadap perubahan harga dan mana yang tidak. Bagi pelayanan kesehatan yang elastis permintaannya terhadap perubahan harga, sebaiknya pihak manajemen rumah sakit tidak menaikkan tarif. Misal, hasil riset yang dilakukan oleh Atri dan Lahiri (1984) menunjukkan bahwa elastisitas permintaan tempat tidur sebagai respon terhadap perubahan tarif rumah sakit adalah -0.2 . Tanda negatif mengandung arti terjadi hubungan negatif antara permintaan dan tarif, artinya apabila terjadi kenaikan tarif, maka jumlah permintaan akan mengalami penurunan. Di sisi lain, penelitian tersebut juga menghasilkan informasi bahwa elastisitas permintaan tempat tidur sebagai respon terhadap perubahan income atau pendapatan pasien adalah

+ 0.4. Hal ini mengandung arti bahwa antara jumlah permintaan *bed* (tempat tidur) dengan tingkat pendapatan pasien berhubungan positif. Dengan kata lain, apabila tingkat pendapatan pasien meningkat, maka akan terjadi peningkatan jumlah permintaan *bed* di rumah sakit.

Pihak manajemen rumah sakit dapat memperhitungkan *operating margin* bagi suatu pelayanan kesehatan di rumah sakit dari komponen Jasa Sarana dan Jasa Pelayanan. Jasa Sarana sepenuhnya akan menjadi hak dari pihak rumah sakit sedangkan Jasa Pelayanan akan menjadi hak sumberdaya manusia yang terlibat dalam proses pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, apabila pihak manajemen rumah sakit menghendaki perolehan *operating margin* bagi rumah sakit, maka Jasa Sarana harus terdiri dari *unit cost* dan *operating margin* yang diperhitungkan dari *unit cost* suatu pelayanan kesehatan dengan demikian *operating margin* yang berasal dari Jasa Sarana akan menjadi hak dari rumah sakit.

Lembaga usaha rumah sakit memiliki karakteristik yang berbeda dengan lembaga usaha lain dalam kaitannya dengan *operating margin*. Karakteristik unik dari rumah sakit yang tidak dimiliki oleh lembaga usaha lainnya adalah unsur dokter atau tenaga medis. Dokter di rumah sakit dalam suatu proses pelayanan kesehatan akan memperoleh Jasa Pelayanan. Jasa pelayanan ini, pada umumnya, tidak menjadi haknya rumah

sakit, akan tetapi menjadi hak dari sumberdaya manusia yang terlibat dalam pelayanan kesehatan tersebut dengan proporsi terbesar adalah dokter. Semua Jasa Pelayanan yang dikumpulkan oleh rumah sakit akan dikembalikan kepada dokter dan karyawan lain yang terlibat dalam proses pelayanan.

B. Penelitian Terdahulu

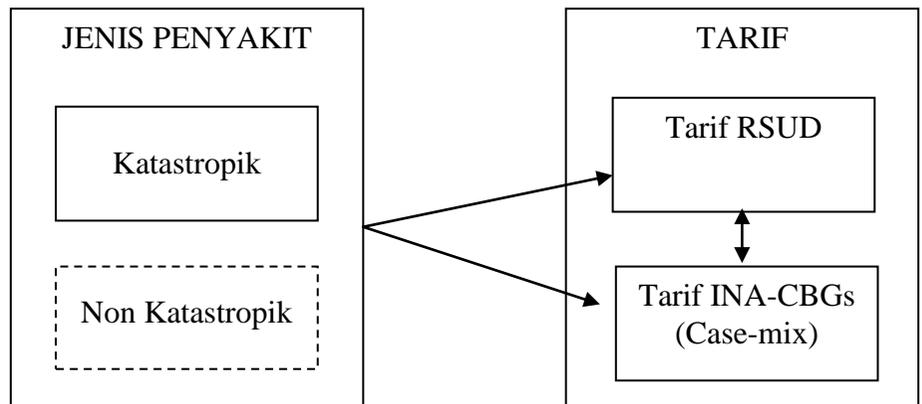
Berdasarkan studi literatur yang telah lakukan, peneliti menjumpai penelitian yang serupa antara lain:

1. Budiarto and Sugiharto (2013) melakukan penelitian dengan judul “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”. Hasil penelitian di 10 rumah sakit milik kemeterian kesehatan dengan hasil 37.11% penyakit jantung, 23,54 penyakit kanker, dan 39,35 penyakit stroke.
2. Mihardjo (2015) melakukan penelitian dengan judul “Evaluasi implementasi jaminan kesehatan nasional ditinjau dari data warehouse rumah sakit dan tarip Indonesian *case based groups*”. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa perbedaan metode sistem tarif tidak selalu memberikan hasil yang sama diakhir perhitungannya, walaupun dengan batasan lingkup yang diperkecil berdasarkan kode ICD dan kode Ina-CBG’s sama dan non variatif. Penelitian ini memberikan

sistem tarif alternatif, yaitu sistem menggunakan metode prospektif seperti sistem tarif Ina-CBG's, dengan biaya berdasarkan data sistem tarif *fee for service*. Sistem tarif alternatif menetapkan biaya berdasarkan diagnosis penyakit pasien, dengan perkiraan biaya sudah teruji dari detil tarif yang ada di sistem tarif regular rumah sakit dari pasien-pasien yang pernah berobat.

3. Zeng *et al.* (2016) melakukan penelitian di China dengan judul "*Developing case-mix standart with the Diagnosis related groups for payment reforms and hospital management in china; A case study in Xiamen City*". Hasil dari penelitian ini adalah untuk menginformasikan reformasi pembayaran asuransi kesehatan dan biaya manajemen rumah sakit dengan kasus virus hepatitis. Hasil analisis penelitian ini juga memberikan perkiraan lebih akurat mengenai biaya campuran kasus untuk penyakit besar di China. Untuk pengeluaran standar adalah nilai referensi untuk administrasi asuransi sosial dalam mengkalibrasi tingkat penggantian dalam perpindahannya ke sistem pembayaran campuran kasus dan membantu pengelolaan biaya rumah sakit.

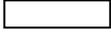
C. Kerangka Konsep



Gambar 1 Kerangka Konsep Penelitian

keterangan:

Tidak Diteliti 

Diteliti 

D. Pertanyaan Penelitian

Pertanyaan penelitian ini adalah: “apakah ada perbedaan antara biaya perawatan pasien katastropik dengan menggunakan sistem casemix dengan tarif yang berlaku di RSUD Kota Mataram?”