

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

##### **1. Gambaran RSUD Kota Mataram**

Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram adalah rumah sakit milik Pemerintah Daerah Kota Mataram, berada di lokasi strategis di tengah kota, tepatnya di Jalan Bung Karno Mataram. Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram memiliki catatan panjang, pembangunannya murni dari dana APBD Kota Mataram yang perencanaan pembangunannya dimulai sejak 2005. 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 Kota Mataram menjadi Rumah Sakit Kelas B. Perbaikan manajemen terus dilaksanakan untuk menghasilkan kinerja pelayanan yang baik, didukung sumber daya yang profesional antara lain dokter umum dan dokter spesialis dari berbagai keahlian. Hal ini menjadikan Rumah Sakit Umum Daerah siap bersaing dalam memberikan pelayanan yang profesional sehingga menjadi Rumah Sakit Pilihan, khususnya di Kota Mataram dan sekitarnya. Kebijakan dan program yang akan dilakukan oleh RSUD Kota Mataram mengacu pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kota Mataram, antara lain: Program Peningkatan Sarana dan

Prasarana Kesehatan Program ini ditujukan untuk meningkatkan kuantitas dan kualitas pelayanan sarana dan prasarana kesehatan dalam rangka untuk menciptakan suasana lingkungan perkotaan yang sehat, bersih dan nyaman. Sasaran yang ingin dicapai dalam program ini adalah terwujudnya peningkatan dan pemerataan pelayanan masyarakat di bidang kesehatan di seluruh wilayah kota guna mendukung bagi penciptaan suasana perkotaan yang sehat dan nyaman. Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan Rujukan / Rumah Sakit dan Pelayanan Perijinan Sarana Pelayanan Kesehatan. Oleh karenanya disusun program RSUD Kota Mataram sebagai berikut :1).Upaya peningkatan mutu pelayanan dengan menekankan pada penurunan angka kematian dan penyempurnaan sistem pelayanan yang mengacu pada pemenuhan Standar pelayanan Minimal. 2).Pengembangan akses pelayanan kesehatan dengan peningkatan cakupan, jenis dan kemampuan pelayanan yang didukung pengembangan organisasi dan manajemen rumah sakit. 3).Pengembangan dan perbaikan sistem pelayanan yang berbasis pada kepuasan pasien.

RSUD Kota Mataram adalah rumah sakit milik Pemerintah Daerah, berada di lokasi strategis di tengah kota dengan luas lahan 20.473m<sup>2</sup>. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.03/I/1128/2013 tanggal 21 juni 2013 dan Peraturan Daerah Nomor 10 Tahun

2013, RSUD Kota Mataram menjadi Rumah Sakit Kelas B. Jumlah tenaga medis di RSUD Kota Mataram terdiri dari 38 dokter spesialis, 30 dokter umum, 3 dokter gigi, 2 dokter gigi spesialis

Kapasitas tempat tidur RSUD Kota Mataram sejumlah 186 dan 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 menghambat kegiatan pelayanan.

Data kunjungan menunjukkan tren kenaikan dan keuangan Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram dalam kategori sehat sehingga penerapan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) sangat mendukung operasional RSUD Kota Mataram 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 yang efisien mutu pelayanan kesehatan tetap terjamin. Dalam rangka meningkatkan mutu, RSUD Kota Mataram 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 Kota Mataram.**

Berdasarkan pengamatan terhadap biaya perawatan pasien katastrofik menggunakan paket INA-CBGs dengan tarif riil yang dikeluarkan oleh RSUD Kota Mataram 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 Kota Mataram yang sering kali dianggap tidak dapat mencukupi. Hal ini karena pemahaman antara BPJS dan pihak RSUD Kota Mataram 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 dan maksimal.

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 tariff 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 Kota Mataram 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.

Penghitungan tarif riil di RSUD Kota Mataram masih belum menggunakan alat bantu *software* secara efektif, hal

ini kemungkinan untuk dapat terjadi *human error* dalam entri tarif riil. Sedangkan ketepatan melakukan kode diagnosis dan prosedur juga akan mempengaruhi ketepatan tarif INA-CBGs, dengan demikian jarak perbedaan tarif riil dengan INA-CBGs juga akan ditentukan dari ketepatan pengodean

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

### **3. Biaya perawatan pasien katastrofik di RSUD Kota Mataram.**

Perawatan pasien katastrofik memerlukan terapi dengan keahlian khusus dan menggunakan alat Canggih dan atau memerlukan perawatan seumur hidup sehingga menyerap anggaran kalim kesehatan yang tinggi. Beberapa penyakit katastrofik yang sering muncul dalam masyarakat antara lain; kanker, gagal ginjal, jantung (Perlu indakan invasif dan non invasif). Penyakit katastrofik memerlukan pengendalian seumur hidup sehingga selama itu pula memerlukan pembiayaan.

Perubahan pembiayaan dari *fee for servis* menuju *case base group* 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 (hardiman, 2013).

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.

RSUD Kota Mataram 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 1 Selisih biaya rawat inap pasien BPJS SMF Bedah Januari – Juni 2017**

|       | <b>Tarif Rs</b>  | <b>Tarif BPJS</b> | <b>Selisih</b>  |
|-------|------------------|-------------------|-----------------|
| 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  |

Perawatan pasien dengan penyakit katastropik terbanyak adalah Ca Mammae (D.24) sejumlah 106 orang, dengan selisih biaya perawatan sebesar Rp.30.026.495

**Tabel 2 Selisih biaya rawat inap pasien Ca Mammae (D.24) Januari – Juni 2017**

|              | <b>Tarif RS</b>         | <b>Tarif BPJS</b>      | <b>Selisih</b>       |
|--------------|-------------------------|------------------------|----------------------|
| 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        |
| <b>TOTAL</b> | <b>Rp 1.261.346.695</b> | <b>Rp1.231.320.200</b> | <b>Rp 30.026.495</b> |

Pasien rawat inap SMFJantung bulan Januari-Juni 2017 sejumlah 661 pasien, diagnosa terbanyak Coronaria Atrial Disease(125.1), Heart Failure Unspecified(150.9).

**Tabel 3 Selisih biaya rawat inap pasien Kardiovaskular Januari – Juni 2017**

|              | <b>Tarif RS</b>         | <b>Tarif BPJS</b>      | <b>Selisih</b>          |
|--------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| 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        |
| <b>TOTAL</b> | <b>Rp13.304.175.360</b> | <b>Rp6.940.428.000</b> | <b>Rp 6.363.747.360</b> |

#### **4. Mutu pelayanan dan kendali biaya pasien katastropik di RSUD Kota Mataram 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*). Namun kenyataannya kondisi Provinsi/daerah/kota yang ada di Indonesia berbeda-beda yang menyebabkan ketidakseimbangan antara pengguna layanan dan kesiapan fasilitas pemberi layanan kesehatan dan akan berdampak pada; 1) mengurangi pelayanan (*under utilization service*) dan 2) mengurangi kualitas pelayanan dibandingkan dengan standar pelayanan (*inappropriate service*).

Untuk mengakomodir masalah tersebut diatas BPJS melakukan kendali mutu melalui 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.

Dalam melayani masyarakat, RSUD kota Mataram berkomitmen menjaga mutu terutama dalam melayani pasien katastrofik yang semakin meningkat di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan membentuk tim TKMKB (tim Kendali Mutu Kendali Biaya) katastrofik merupakan salah satu penyumbang jumlah pasien terbanyak di ruang rawat inap rumah sakit. kategori penyakit yang membutuhkan waktu lama perawatan dan menyedot biaya tinggi di rumah sakit. Adapun jenis penyakit katastrofik tersebut adalah penyakit kardiovaskuler dan Ca Mammae.

**Tabel 4 Diagnosa pasien katastrofik yang dirawat inap Januari-Juni 2017**

| <b>Jenis Penyakit<br/>Katastropik</b> | <b>Jenis<br/>Pembiayaan</b> | <b>Jenis Pelayanan</b> |
|---------------------------------------|-----------------------------|------------------------|
| 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 Kota Mataram.**

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 Kota Mataram pada bulan Januari sampai Juni 2017 adalah Rp. 6.393.773.855.

**Tabel 5 Selisih biaya rawat inap kelas III pasien katas tropik 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 |

## **B. Pembahasan**

Proses penetapan tarif pelayanan kesehatan di rumah sakit dapat dilakukan dengan mengacu pada proses penetapan tarif yang terdiri dari enam langkah utama dari Amstrong & Kotler (2009). Kegiatan untuk melaksanakan ke enam langkah dalam proses penetapan tarif rumah sakit dapat dilakukan oleh sebuah tim yang ditunjuk oleh pihak manajemen rumah sakit yaitu tim tariff rumah sakit.

Langkah pertama dalam proses penetapan Tarif adalah menentukan tujuan dari penetapan Tarif tersebut. Tujuan penetapan Tarif dari suatu rumah sakit dapat berbeda dengan rumah sakit lain. Tujuan tersebut dapat berupa: 1).*Survival* atau Sekedar Mempertahankan Kelangsungan Hidup Perusahaan, 2).Memaksimalkan Profit Saat ini, 3).Memaksimalkan Pangsa Pasar, 4).Menguasai Pasar, 5).Menjadi Pemimpin Produk Berkualitas Tinggi, 6).Mengembalikan Sebagian Biaya Perusahaan.

Tarif dapat ditentukan dengan tujuan untuk mempertahankan eksistensi rumah sakit. Hal ini terjadi dapat terjadi dalam situasi rumah sakit mengalami: 1).Kelebihan kapasitas , 2).Terjadi persaingan yang sangat ketat, 3).Keinginan konsumen yang berubah-ubah.

Apabila rumah sakit dalam menentukan Tarif bertujuan untuk mempertahankan kelangsungan hidup, maka Tarif

tersebut minimal harus dapat menutup biaya *variable* dan sebagian biaya tetap. Kelangsungan hidup adalah persoalan jangka pendek, dalam jangka panjang, rumah sakit tidak dapat terus-menerus beroperasi dengan Tarif tersebut dan harus belajar bagaimana menambah nilai.

Rumah sakit dapat menentukan Tarif untuk tujuan memaksimalkan laba rumah sakit saat ini. Rumah sakit menghitung biaya pelayanan kesehatan, dan juga mempertimbangkan permintaan akan pelayanan kesehatan dan selanjutnya menentukan Tarif yang paling memungkinkan dapat memaksimalkan laba. Contoh, permintaan akan pelayanan kecantikan di klinik kecantikan sebuah rumah sakit tinggi. Pihak manajemen rumah sakit dapat menentukan Tarif yang relatif tinggi agar memperoleh keuntungan maksimal. Namun apabila tingkat permintaan akan pelayanan kecantikan tidak banyak, maka akan sulit bagi rumah sakit untuk menetapkan Tarif tinggi yang dapat memaksimalkan laba.

Pada kondisi tertentu, pihak manajemen rumah sakit ingin supaya rumah sakitnya dapat menguasai pasar rumah sakit di wilayah operasionalnya. Pengertian pasar menurut Stanton (1993) adalah orang-orang yang mempunyai keinginan/kebutuhan untuk dipuaskan, uang untuk berbelanja dan kemauan untuk membelanjakannya. Dari definisi diatas terdapat 3 unsur penting didalam pasar yaitu : 1).Orang

dengan segala keinginannya, 2).Daya beli mereka, 3).Kemauan untuk membelanjakannya.

Apabila Tarif ditentukan dengan tujuan ini, maka dikenal dengan istilah *Market-Skimming Pricing*. Tarif yang digunakan untuk mencapai tujuan ini pada awalnya ditetapkan tinggi untuk suatu pelayanan kesehatan bagi pasien yang sanggup membayar tinggi dan selanjutnya menurunkan Tarif pelayanan kesehatan secara berkala. Misal, Rumah sakit membeli USG 4 Dimensi. Pada awal pengoperasian alat ini, pihak manajemen rumah sakit menetapkan Tarif tinggi, selanjutnya 6 bulan setelah pengoperasian, Tarif diturunkan. Demikian pula selanjutnya setelah satu tahun pengoperasian awal, Tarif diturunkan lagi.

Penetapan Tarif untuk Memaksimalkan Pangsa Pasar (*Market-Penetration Pricing*). Tujuan penetapan Tarif ini dipilih apabila pihak manajemen rumah sakit berusaha untuk memperbesar pangsa pasar. Pangsa pasar adalah bagian dari keseluruhan pasar yang dikuasai oleh suatu lembaga usaha. Misal, Rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta memiliki pangsa pasar rumah sakit swasta sebesar 25%, artinya dari seluruh konsumen atau pengguna jasa rumah sakit swasta, 25% nya berobat ke RS PKU Muhammadiyah. Apabila pihak manajemen rumah sakit akan memperbesar pangsa pasar, berarti, pihak manajemen rumah sakit akan berusaha menggerogoti sebagian dari pangsa pasar rumah

sakit lain. Pihak manajemen rumah sakit akan menetapkan tarif rendah untuk produk pelayanan kesehatan baru agar mampu menarik konsumen dalam jumlah besar dan mendapatkan pangsa pasar yang besar pula. Misal, rumah sakit melakukan investasi di alat Lasik. Beberapa rumah sakit lain juga sudah memiliki alat ini. Pada awal operasionalnya, pihak manajemen rumah sakit menawarkan Tarif yang murah agar dapat segera merebut pangsa pasar pesaing-pesaingnya.

Pihak manajemen rumah sakit dapat menentukan Tarif dengan tujuan agar pelayanan kesehatan yang ditawarkan dipersepsikan sebagai pelayanan kesehatan yang paling bermutu relatif terhadap pelayanan kesehatan yang sama yang ditawarkan oleh rumah sakit lainnya. Apabila tujuan ini yang dipilih, pihak manajemen akan menetapkan Tarif pelayanan kesehatan yang mahal. Misal, rumah sakit internasional yang beroperasi di Indonesia menetapkan Tarif mahal untuk pelayanan kesehatan yang ditawarkan kepada masyarakat dan masyarakat mempersepsikan produk-produk pelayanan kesehatan di rumah sakit internasional bermutu tinggi.

Pada umumnya tujuan penetapan Tarif yang seperti ini digunakan oleh rumah sakit yang dimiliki oleh organisasi nirlaba dan pemerintah. Organisasi tersebut sadar bahwa organisasi harus mengandalkan sumbangan atau bantuan (subsidi) untuk menutup biaya atau melangsungkan eksistensinya. Apabila tujuan ini yang dipilih oleh pihak

manajemen rumah sakit, maka Tarif akan ditetapkan sekedar untuk menutup sebagian kecil atau sebagian besar biaya pelayanan kesehatan tanpa memasukkan unsur keuntungan. Tarif yang demikian ini besarnya di bawah *unit cost* yang terjadi. Rumah Sakit Umum Daerah pada umumnya menentukan harga dengan tujuan untuk dapat menutup sebagian biaya yang dikeluarkan (*cost-recovery*). RSUD disubsidi oleh Pemerintah untuk dapat melangsungkan kegiatan pelayanan kesehatannya.

Langkah kedua dalam proses penetapan Tarif adalah memprediksikan *demand* atau permintaan. Secara umum dikenal teori permintaan yang menyatakan bahwa apabila terjadi kenaikan permintaan, maka harga (Tarif) berkecenderungan naik, demikian pula sebaliknya. Oleh karena itu, apabila diprediksikan permintaan suatu pelayanan kesehatan itu tinggi, maka pihak manajemen rumah sakit dapat menetapkan harga yang relatif tinggi. Demikian pula apabila pihak manajemen rumah sakit memprediksikan permintaan suatu pelayanan kesehatan cenderung mengalami kenaikan, maka Tarif dapat dinaikkan, namun apabila diprediksikan akan terjadi kecenderungan penurunan permintaan, maka pihak manajemen rumah sakit harus menurunkan Tarif.

Upaya untuk menaikkan atau menurunkan Tarif rumah sakit harus dilakukan dengan memperhatikan elastisitas

permintaan dari pelayanan kesehatan yang ditawarkan kepada masyarakat tersebut. Dengan kata lain, pihak manajemen rumah sakit perlu mengidentifikasi kepekaan atau elastisitas permintaan suatu produk. Permintaan suatu produk pelayanan kesehatan dikatakan elastis apabila permintaan produk tersebut peka terhadap perubahan tarif. Misal, tarif turun/naik 10%, maka permintaan menjadi turun/naik lebih besar daripada 10%.

Langkah ketiga. Langkah ketiga dalam proses penetapan Tarif adalah mengidentifikasi *unit cost*. Untuk mengidentifikasi *unit cost* ini, pihak manajemen rumah sakit perlu mempertimbangkan tiga hal, yaitu: 1.Kapasitas Pelayanan Kesehatan, 2.*Learning curve*, 3.Metode Penghitungan biaya

Langkah keempat dalam proses penetapan Tarif adalah menganalisis pesaing. Langkah ini dilakukan hanya apabila rumah sakit memiliki pesaing. Penganalisaan pesaing perlu mempertimbangkan dua hal penting, yaitu: Pihak manajemen rumah sakit perlu mengidentifikasi tarif yang ditetapkan oleh pesaing terdekat.

Apabila produk pelayanan kesehatan dari rumah sakit memiliki atribut yang bernilai lebih daripada produk pelayanan kesehatan pesaing, maka Tarif pelayanan kesehatan di rumah sakit kita dapat lebih tinggi daripada Tarif produk pelayanan kesehatan rumah sakit pesaing, namun

apabila produk pelayanan kesehatan pesaing lebih memiliki atribut yang bernilai, maka Tarif pelayanan kesehatan rumah sakit kita harus lebih rendah daripada Tarif pelayanan kesehatan pesaing. Pihak manajemen rumah sakit perlu mempertimbangkan kemungkinan reaksi yang diberikan oleh rumah sakit pesaing. Apabila reaksi negatif muncul dari pesaing, maka pesaing akan merespon tarif yang ditentukan oleh rumah sakit kita dengan melakukan penurunan tarif yang signifikan dan kemungkinan dapat berdampak negatif pada jumlah kunjungan pasien dan pendapatan rumah sakit kita.

Langkah kelima dalam proses penetapan Tarif adalah pihak manajemen rumah sakit memilih metode yang akan digunakan dalam penetapan Tarif. Banyak alternatif metode penetapan Tarif yang dapat dipilih, antara lain: 1). *Mark-up pricing*, 2). *Target-return pricing*, 3). *Perceived-value pricing*, 4). *Value pricing*, 5). *Going-rate pricing*, 6). *Group pricing*

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 Kota Mataram. 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 Kota Mataram, tarif riilnya dihitung per rincian jenis pelayanan penyakit katastropik, 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).