

**BIAYA KLAIM INA CBG_s DAN BIAYA RIIL PENYAKIT KATASTROPIK
RAWAT INAP PESERTA JAMKESMAS DI RUMAH SAKIT
STUDI DI 10 RUMAH SAKIT MILIK KEMENTERIAN KESEHATAN
JANUARI–MARET 2012**

***(Expense of INA CBG_s Claim and Real Expense of Catastrophic Diseases
Inpatient Jamkesmas Participant at Hospital Study in 10 Ministry of
Health Hospital of January to March 2012)***

Wasis Budiarto¹ dan Mugeni Sugiharto¹

ABSTRACT

Background: The implementation of INA-CBGs system on hospital financing of catastrophic diseases (heart, cancer, stroke) to Jamkesmas members at inpatient hospital, giving consequences catastrophic diseases represent threat to more expense of Jamkesmas financing period of coming, while other side hospital feel that INA-CBGs claim that lower of hospital tariff. The purpose of this research is to conduct expense of medication of catastrophic disease and comparison of INA CBGs claim with real expense based on hospital tariff. **Methods:** Research type is observational with research cross sectional layout is according to hospital perspective. Data taken by using retrospective method taken away by medical record document. The research subjects are lodging patient at 10 Ministry of Health hospital within periode January–March 2012. Data analysis conducted descriptively. **Results:** The result of this study indicate that inpatient hospital of Jamkesmas members by catastrophic disease is heart disease 37.11%, cancer 23.54% and stroke 39.35%. **Conclusion:** The average real expense inpatient hospital in A class much more compared to class of B and special hospital. Expense of INA CBGs claim much more of A class hospital compared to B class and special hospital. Component of many expense is accomodation cost, room action, laboratory, non surgical operation for the heart, surgical operation for cancer and the medicine expense. Expense of disease catastrophic pursuant to compared to bigger claim based on INA-CBGs of real expense to hospital tariff, so that for hospital catastrophic disease not lose. So, the policy of ladder referral to Jamkesmas participant have to observe tightly so that health services to poor community become more well quality guaranteed, exepense and sustainability

Key words: catastrophic, INA-CBGs, hospital expense

ABSTRAK

Latar belakang: Implementasi sistem INA-CBGs bagi pasien penyakit katastrofik (jantung, kanker, stroke) peserta Jamkesmas di rumah sakit, memberikan konsekuensi di satu pihak bahwa penyakit katastrofik merupakan ancaman terhadap membengkaknya pembiayaan Jamkesmas di masa datang, sedangkan di pihak lain, rumah sakit merasakan bahwa biaya penggantian klaim INA CBGs lebih rendah dari tarif yang berlaku di rumah sakit. **Tujuan:** Tujuan penelitian ini untuk memperoleh gambaran biaya pengobatan penyakit katastrofik dan perbandingan pembiayaan klaim berdasarkan INA-DRGs dengan biaya pengobatan riil penyakit katastrofik di rumah sakit. Jenis penelitian adalah deskriptif menurut perspektif rumah sakit. **Metode:** Metode pengambilan data dilakukan secara retrospektif yang diambil dari penelusuran dokumen catatan medik pasien penyakit katastrofik di 10 rumah sakit selama 3 bulan (Januari–Maret 2012). Analisis data dilakukan secara deskriptif. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien Jamkesmas yang dirawat dengan kasus katastrofik terdiri dari penyakit jantung sebesar 37,11%, penyakit kanker 23,54% dan sisanya sebesar 39,35% pasien penyakit stroke. **Kesimpulan:** Biaya pengobatan rawat inap berdasarkan tarif rumah sakit kelas A jauh lebih besar dibandingkan kelas B dan RS Khusus, biaya klaim berdasarkan INA-CBGs jauh lebih besar di rumah sakit kelas A dibanding kelas B dan RS Khusus. Komponen biaya yang

¹ Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Litbang Kesehatan. Kementerian Kesehatan
Alamat korespondensi: E-mail: wasis_pskk@yahoo.com

banyak peruntukannya adalah biaya akomodasi, tindakan ruangan, pemeriksaan laboratorium, tindakan intervensi non bedah untuk jantung, tindakan operasi untuk kanker serta biaya obat-obatan. Biaya penggantian klaim penyakit katastropik berdasarkan INA CBGs lebih besar dibandingkan dengan biaya riil berdasarkan tarif rumah sakit, sehingga untuk penyakit katastropik rumah sakit tidak merugi. Untuk itu pelaksanaan kebijakan rujukan berjenjang bagi peserta Jamkesmas harus diawasi secara ketat sehingga pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin menjadi lebih terjamin mutu, biaya dan keberlangsungannya

Kata kunci: katastropik, INA-CBGs, biaya rumah sakit

Naskah Masuk: 17 Desember 2012, Review 1: 17 Januari 2013, Review 2: 17 Januari 2013, Naskah layak terbit: 27 Maret 2013

PENDAHULUAN

Penyakit katastropik yang berasal dari '*catastrophic*' yang berarti bencana atau malapetaka, merupakan penyakit yang '*high cost, high volume* dan '*high risk*' sehingga banyak para penentu kebijakan mengkhawatirkan terjadinya pembengkakan biaya penyakit sehingga penyelenggaraan asuransi kesehatan tidak mencantumkan penyakit tersebut ke dalam paket manfaatnya.

Program Jamkesmas adalah program pemerintah untuk memberikan bantuan dana berobat kepada masyarakat miskin yang membutuhkan pelayanan kesehatan, yang diambil dari kas negara, diberikan oleh pembayar dana setelah melalui proses verifikasi oleh tim verifikator yang ditunjuk oleh pemerintah. Ernawati Carisma, (2012). Penyelenggaraan Jamkesmas memerlukan pengelolaan dana yang terencana, terkendali, dan memanfaatkan penggunaan dana semaksimal mungkin untuk santunan penduduk miskin yang sakit, dari manapun asal penduduk itu dan di manapun mereka berobat di Indonesia ini (Kartono Muhammad, 2011). Jamkesmas memperoleh dana dari APBN bagi penduduk miskin dengan kuota, dan daerah dapat menyelenggarakan jaminan kesehatan bagi penduduk miskin non kuota melalui Jamkesda, sebagai tambahan terhadap jaminan SJSN untuk penduduk daerahnya tetapi dengan aturan main yang sama dan disinkronkan dengan jaminan SJSN. Dampak positifnya adalah status kesehatan penduduk daerah tersebut akan meningkat dan selanjutnya akan meningkatkan produktivitas penduduk.

Pembiayaan Jamkesmas akan semakin meningkat karena peningkatan kesadaran penduduk akan kesehatan, peningkatan jumlah penyakit menular yang memakan biaya yang sangat besar, perekonomian semakin berkembang dan mobilitas horisontal penduduk serta pertambahan penduduk itu sendiri. Di lain pihak, rumah sakit sebagai provider pelayanan kesehatan peserta Jamkesmas sering mengeluhkan

bahwa biaya klaim Jamkesmas masih lebih rendah dibandingkan biaya tarif rumah sakit, sehingga rumah sakit merasa 'rugi' dengan pelayanan Jamkesmas.

Sejalan dengan permasalahan tersebut, di mana di satu pihak penyakit katastropik merupakan ancaman terhadap membengkaknya pembiayaan Jamkesmas di masa datang, sedangkan di pihak lain, rumah sakit merasakan bahwa biaya penggantian klaim INA CBGs lebih rendah dari tarif yang berlaku di rumah sakit, sehingga rumah sakit merasakan 'kerugian' dengan pola klaim berdasarkan INA-CBGs. Penelitian ini bertujuan untuk melakukan komparasi biaya klaim INA CBGs dengan biaya riil rumah sakit untuk pasien Jamkesmas yang rawat inap. Penyakit katastropik dalam studi ini meliputi kelompok penyakit jantung, kelompok penyakit kanker dan kelompok penyakit stroke.

TINJAUAN PUSTAKA

Masalah cakupan universal (universal coverage) sebagaimana yang diamanatkan dalam UU No. 4 tahun 2004 tentang SJSN, maka elemen pembiayaan kesehatan tidak dapat dipisahkan dengan implikasinya pada penyediaan pelayanan kesehatan. Kelebihan dan kekurangan pilihan sistem pengelolaan asuransi kesehatan sosial secara nasional perlu dianalisis berdasarkan kriteria keadilan, efisiensi, dan daya tanggap (responsiveness), baik dalam aspek pembiayaan maupun penyediaan pelayanan kesehatan (Sreshthaputra, 2001; WHO, 2005).

Keadilan (*equity*) adalah pembiayaan pelayanan kesehatan dan akses terhadap pelayanan kesehatan dengan kualitas yang sama bagi setiap warga. Efisiensi (*efficiency*) meliputi penggunaan sumber daya, baik dalam administrasi dan manajemen dana asuransi maupun efisiensi penyediaan pelayanan kesehatan, sedangkan ketanggapan (*responsiveness*) meliputi ketanggapan sistem pembiayaan dan penyediaan

pelayanan kesehatan dalam memenuhi hak dan ekspektasi warga terhadap pelayanan kesehatan yang efektif, bermutu, dan dibutuhkan. (Bhisma Murti, 2011).

Pembiayaan Jamkesmas khususnya yang berkaitan dengan biaya penggantian klaim didasarkan pada INA-CBGs disusun berdasarkan '*clinical pathway*' yang diujicobakan di 15 rumah sakit. *Clinical pathway* seperti yang didefinisikan oleh *Queensland Health Clinical Pathways Boards 2002* (Queensland Government, 2012) adalah rencana penatalaksanaan pasien yang bersifat multi disiplin, yang berisi detail langkah-langkah penanganan seorang pasien mulai masuk rumah sakit sampai dengan keluar rumah sakit. *Clinical pathway* merupakan langkah-langkah protokol terapi dan standar pelayanan pasien, dan merupakan pengingat (*reminder*) dan perangkat evaluasi untuk kemajuan pasien. *Clinical pathway* bukan merupakan tirani bukti ilmiah dan tidak mengancam kebebasan klinik. Penyimpangan/variansi dari *pathway* masih sangat dimungkinkan sesuai dengan perkembangan kondisi pasien. Penelitian yang dilakukan oleh Thomas Rotters, dkk. (2013) memperlihatkan bahwa tidak ada beda bermakna dalam hal mortalitas dan lama rawat inap antara kelompok yang menjalani *pathway* dan kelompok tanpa *pathway*. Pemberlakuan *pathway* pada penyakit stroke akan memperbaiki proses dokumentasi, dan edukasi pada pasien secara bermakna (Sulch, dkk, 2002). Hasil serupa juga ditunjukkan oleh penelitian Kwan, dkk. (2004) pada 251 pasien stroke dengan metode pre dan *post test analysis*.

Berlakunya UU No. 24 tahun 2011 tentang BPJS yang akan diberlakukan pada Januari 2014, dengan memberlakukan sistem pembiayaan seperti yang dilakukan pada INA-CBGs, mendesak kepada pemerintah untuk segera menetapkan paket-paket pelayanan yang spesifik diterapkan bagi peserta BPJS. Ada pihak-pihak yang menilai penyakit-penyakit katastrofik seperti kanker, jantung, stroke dan gagal ginjal tidak perlu dijamin oleh jaminan kesehatan karena mahal. Padahal, dengan penerapan jaminan kesehatan untuk seluruh rakyat (*universal coverage*), beban biaya pengobatan penyakit katastrofik termasuk kanker sebenarnya dapat ditekan (Thabrany, 2011). Untuk itu para pengambil kebijakan perlu melakukan analisis farmakoekonomi untuk memutuskan dan menetapkan intervensi terapi yang paling masuk akal ditinjau dari aspek ekonomi, klinik dan humanistik (Iwan Dwiprahasto, 2011). Pengobatan bukan hanya

yang berbasis riset ilmiah tetapi juga harus dilihat sisi ekonomi dan valuenya, sehingga alokasi biaya harus efisien dan seimbang dengan hasil yang diperoleh.

METODE

Penelitian ini dilakukan di 10 (sepuluh) rumah sakit milik Kementerian Kesehatan yang terdiri dari 5 (lima) RSU kelas A, yakni RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung, RSUP dr. Kariadi Semarang, RSUP dr. Sardjito Jogjakarta, RSUP Sanglah Denpasar dan RSUP dr Wahidin Soedirohusodo Makassar. 2 (dua) RSU kelas B yakni RSUP Prof. dr. RD Kandou dan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten, dan 3 (tiga) RS Khusus yakni RS Kanker Dharmais, RS Pusat Jantung Harapan Kita di Jakarta dan RS Stroke Nasional di Bukittinggi. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan data sekunder, yakni penelusuran terhadap data-data perawatan pasien khususnya perawatan, tindakan dan pembiayaannya di 10 rumah sakit serta data klaim peserta yang diperoleh dari PPKJ Kemenkes selama 3 (tiga) bulan yaitu Januari–Maret 2012. Data dikumpulkan oleh petugas catatan medik rumah sakit yang bersangkutan. Pengolahan dan analisis data dilakukan tim peneliti bersama dengan petugas catatan medik dari 10 rumah sakit tersebut dalam suatu pertemuan di Surabaya dan Sidoarjo.

Jenis penyakit disesuaikan dengan ICD X terdiri dari: penyakit jantung meliputi kode I20.0–I20.9, kode I21.0–I21.9, kode I50.0–I50.9 kecuali Q20.0–Q25.9 (Jantung congenital); penyakit kanker kode C50.0–C50.9, kode C81–C85; stroke kode I60–I69. Jumlah pasien ketiga kelompok penyakit di 10 rumah sakit selama 3 bulan sebanyak 1.202 pasien yang terdiri dari pasien Jamkesmas dengan penyakit jantung sebanyak 446 orang, pasien kanker sebanyak 283 orang dan pasien stroke sebanyak 473 orang.

HASIL

Karakteristik Pasien Penyakit Katastrofik

Pasien peserta Jamkesmas yang dirawat di 10 rumah sakit dengan kasus penyakit katastrofik sebagian besar perempuan (58,99%) dan sisanya (41,02%) laki-laki. Kasus penyakit katastrofik terbanyak adalah stroke (39,4%), jantung (37,1%) dan sisanya kanker (23,5%). Pasien Jamkesmas tersebut sebagian besar dirawat di RSUP Kelas A

(57,4%), RSUP Kelas B (35,6%) dan RS Khusus (7,0%). Sebagian besar penderita jantung dari peserta Jamkesmas adalah laki-laki (55,83%), penderita kanker sebagian besar adalah perempuan (84,45%) dan penderita stroke sebagian besar juga perempuan (57,72%). Sebagian besar pasien berumur di atas 40 tahun (jantung 88,12%, kanker 72,09% dan stroke 90,70%). Terdapat pasien yang berumur kurang dari 10 tahun dengan menderita penyakit jantung (0,22%), kanker (0,35%) dan stroke (1,27%).

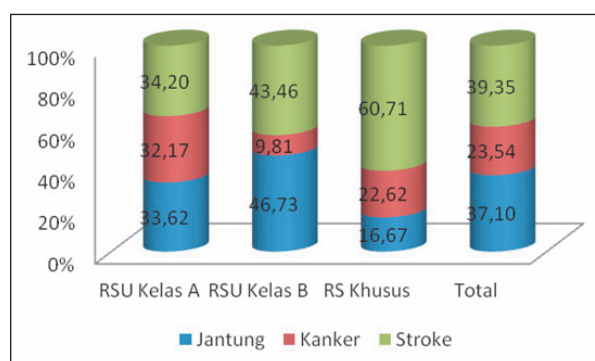
Sebagian pasien penyakit jantung adalah buruh/sopir (39,79%) dan ibu rumah tangga (20,07%), sedangkan penyakit kanker banyak diderita oleh ibu rumah tangga (40,98%) dan petani dan nelayan (17,56%) dan buruh/sopir (15,12%). Untuk penyakit stroke sebagian besar diderita oleh buruh/sopir (39,72%) ibu rumah tangga (24,47%). Baik penyakit jantung, kanker dan stroke sebagian besar diderita oleh peserta Jamkesmas dengan status perkawinan kawin (jantung 77,13%), kanker 77,39% dan stroke 78,22%). Sebagian pasien penyakit katastropik yang dirawat inap di rumah sakit, keluar rumah sakit karena sembuh (jantung 84,75%, kanker 90,11% dan stroke 75,48%). Walaupun pasien jamkesmas adalah gratis pembiayaannya, tetapi masih banyak yang pulang paksa (jantung 5,61%, kanker 3,53% dan stroke 3,59%). Hal yang perlu dicermati adalah keluar rumah sakit karena meninggal dunia (jantung 9,64%, kanker 6,36% dan stroke 20,93%).

Pembiayaan penyakit Katastropik peserta Jamkesmas

a. Proporsi Jumlah Pasien

Jumlah pasien peserta Jamkesmas yang dirawat inap di 10 rumah sakit dengan penyakit jantung, kanker dan stroke terlihat pada tabel 1.

Dari tabel tersebut terlihat bahwa jumlah pasien di 10 rumah sakit dengan penyakit katastropik bulan Januari–Maret 2012 sebanyak 1.202 pasien yang terdiri 37,11% pasien penyakit jantung, 23,54% pasien penyakit kanker dan sisanya 39,35% pasien pemyakit stroke. Proporsi jumlah pasien yang dirawat di RSUP kelas A, RSUP kelas B dan RS khusus yang terinci pasien penyakit jantung, kanker dan stroke terlihat pada gambar 1.



Gambar 1. Proporsi penderita penyakit katastropik menurut Kelas RS Januari s/d Maret 2012 (dalam %)

Tabel 1. Jumlah Pasien Rawat Inap Peserta Jamkesmas dengan Penyakit Jantung, Kanker dan Stroke di 10 Rumah Sakit bulan Januari–Maret 2012

No	Nama Rumah Sakit	Kelompok Penyakit			Total
		Jantung	Kanker	Stroke	
RSUP Kelas A					
1	RSUP Dr. Kariadi	116	113	88	317
2	RSUP Sanglah	40	33	38	111
3	RSUP Dr. Haan Sadikin	19	25	55	99
4	RSUP Dr. Sardjito	18	10	25	53
5	RSUP Dr. Wahidin S	39	41	30	110
RSUP Kelas B					
6	RSUP Prof RD Kandou	62	30	60	152
7	RSUP Dr. Soeradji T	138	12	126	276
RS Khusus					
8	RS Kanker Dharmais	0	19	0	19
9	RS Jantung Harapan Kita	14	0	0	14
10	RS Stroke Nasional	0	0	51	51
Total		446	283	473	1202
Persen total dari 10 RS		37,11	23,54	39,35	100

Tabel 2. Biaya per Pasien Penyakit Katastropik menurut Kelas Januari s/d Maret 2012 (dalam Rp)

Kelas RSUP	Biaya per pasien penyakit Katastropik		
	Jantung	Kanker	Stroke
Kelas A	83.590.111	90.018.978	69.295.894
Kelas B	4.079.878	6.867.048	3.271.237
RS Khusus	8.190.252	13.692.311	3.657.221
Rata-rata	45.568.486	72.554.004	36.255.390

Dari gambar tersebut terlihat bahwa pasien Jamkesmas yang dirawat di RSUP Kelas A dengan kasus penyakit katastropik sebanyak 690 orang, yang sakit jantung sebanyak 33,62%, kanker 32,17% dan stroke sebanyak 34,20%. Di RSUP kelas B sebagian besar penderita penyakit jantung (46,73%)m kanker (9,81%) dan stroke (43,46%), dan di RS khusus sebagian besar penderita stroke (60,71%), kanker (22,62%) dan jantung (16,67%). Secara keseluruhan (1.202 pasien Jamkesmas), penderita stroke terbanyak (39,36%) disusul jantung (37,10%), dan terakhir kanker (23,54%).

Biaya Riil Penyakit Katastropik di Rumah Sakit

Biaya riil sesuai tarif rumah sakit untuk penyakit katastropik menurut kelas di RSUP terlihat pada tabel 2. Tabel tersebut merupakan hasil bagi dari total biaya masing-masing kelompok penyakit dibagi dengan jumlah pasien

Dari tabel 2 terlihat bahwa biaya rawat inap kelompok penyakit jantung peserta Jamkesmas yang dirawat di RSUP kelas A jauh lebih besar dibandingkan dengan pasien yang dirawat di RSUP Kelas B atau sekitar 20 kali, dan 10 kali bila pasien dirawat di RS Khusus. Demikian pula untuk penyakit kanker, di mana biaya perawatan di RSUP kelas A juga tertinggi atau 14 kali bila dirawat di kelas B atau 7 kali bila dirawat di RS Khusus. Untuk biaya rawat inap kasus penyakit stroke, antara RSUP kelas B dengan RS khusus relatif sama, sedangkan biaya perawatan di kelas A mencapai 20 kali lipat.

Biaya Klaim INA-CBGs Penyakit Katastropik di Rumah Sakit

Biaya klaim INA-CBGs penyakit katastropik di rumah sakit dilakukan dengan membagi jumlah biaya klaim yang dialokasikan ke rumah sakit untuk pengobatan rawat inap dibagi dengan jumlah pasien

Tabel 3. Rata-rata Biaya Klaim INA-CBGs per pasien menurut Kelas RS Januari s/d Maret 2012 (dalam Rp)

Kelas RS	Rata-rata Klaim INA CBGs per pasien		
	Jantung	Kanker	Stroke
Kelas A	93.227.404	71.828.561	16.212.746
Kelas B	6.936.283	4.495.967	2.977.179
RS Khusus	16.647.900	11.999.754	3.217.077
Rata-rata	52.127.993	57.818.963	8.240.261

rawat inap untuk masing-masing kasus, terlihat pada tabel 3.

Dari tabel 3 terlihat bahwa untuk semua kelompok penyakit katastropik (jantung, kanker, stroke), biaya klaim INA-CBGs untuk rawat inap RSUP kelas A jauh di atas RSUP kelas B dan RS Khusus. Untuk penyakit jantung, biaya klaim per pasien sebesar Rp. 93 juta atau 15 kali klaim per pasien di kelas B atau lebih dari 5 kali rawat inap per pasien di RS Khusus. Hal tersebut juga terjadi untuk penyakit kanker, di mana biaya klaim per pasien di RSUP kelas A rata-rata sebesar Rp. 71,82 juta sedangkan di RSUP kelas B hanya Rp. 4,49 juta sedangkan untuk RS khusus sekitar Rp. 12 juta per pasien. Untuk kasus stroke, biaya rawat inap di RSUP kelas A mencapai Rp. 16,21 juta, dan di RSUP kelas B hanya seperdelapan dari kelas A, sedangkan di RS khusus biaya rawat inap per pasien sebesar seperlima dari perawatan di RSUP kelas A.

Komponen Biaya Riil Rawat Inap Penyakit Katastropik

Di samping besarnya biaya riil dan biaya klaim untuk penyakit katastropik, juga dikaji tentang komponen-komponen biaya yang menentukan besar kecilnya biaya tersebut. Biaya-biaya tersebut meliputi biaya akomodasi, tindakan di ruangan, periksa laborat, radiologi, tindakan operasi, tindakan intervensi non bedah, tindakan rehab medik, tindakan lain, obat dan AMHP, yang terlihat pada tabel 4.

Dari tabel 4 terlihat bahwa proporsi terbanyak untuk semua rumah sakit adalah biaya obat yakni antara 11–31% dan akomodasi antara 7–26%. Biaya tindakan intervensi non bedah hanya dilakukan di RSUP Kelas A saja, sedangkan biaya rehabilitasi medik juga hanya di kelas A, juga di RS Stroke Nasional. Biaya tindakan di ruangan semua rumah sakit ada yakni antara 8–32% dari total biaya. Biaya untuk tindakan operasi

Tabel 4. Proporsi Biaya RS berdasarkan Kelompok Penyakit dan Kelas RS Januari s/d Maret 2012 (dalam persen)

Komponen Biaya	RSUP Kelas A (5 RS)			RSUP Kelas B (2 RS)			RS Khusus (3 RS)		
	Jantung	Kanker	Stroke	Jantung	Kanker	Stroke	Jantung	Kanker	Stroke
Akomodasi	9,86	12,84	13,47	11,74	7,61	13,89	26,69	9,71	11,23
Tindakan di ruangan	15,70	9,87	14,79	26,17	9,75	25,15	28,36	8,38	32,12
Periksa laboratorium	19,19	11,17	23,01	14,94	6,63	11,87	10,85	11,25	12,35
Radiologi & pencitraan	2,55	3,05	12,17	5,33	1,55	12,91	3,45	2,98	8,33
Tindakan operasi	2,44	21,74	5,29	1,46	12,53	2,61	0,00	32,77	0,00
Tind interv non bedah	10,45	0,05	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tind rehab medik	3,12	0,09	1,27	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,21
Tindakan lain	4,74	3,47	2,12	4,69	1,04	5,34	8,78	14,83	2,33
Obat	28,09	37,53	26,46	26,61	11,78	19,96	21,87	20,07	31,42
AMHP	3,86	0,18	1,30	9,06	49,12	8,27	0,00	0,00	0,00
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Rata-rata per RS (dalam juta Rp)	410	236,24	228,68	396,13	136,48	305,97	38,22	86,71	62,13

pada penderita jantung semua ada, kecuali operasi jantung di RS Khusus yakni RS Jantung Harapan Kita dan RS Stroke Nasional. Biaya AMHP yang cukup tinggi di RS Kelas B untuk penderita kanker. Dari gambaran tersebut dapat dikatakan bahwa pola pembiayaan antara RSUP Kelas A, B dan RS Khusus cukup bervariasi peruntukannya, sedangkan khusus untuk obat, akomodasi dan tindakan ruangan polanya hampir sama. Untuk kajian lebih mendalam tentang komponen pembiayaan dalam program Jamkesmas harus dilakukan, khususnya dalam rangka melakukan upaya efisiensi.

Komparasi Biaya Riil dan Biaya Klaim INA CBGs Penyakit Katastropik

Biaya riil yang dihitung dari jumlah biaya pelayanan, perawatan, penunjang, tindakan dan obat sesuai

Tabel 5. Perbandingan Biaya Penyakit Katastropik (Jantung, Kanker, Stroke) menurut Tarif RS dan Klaim INA-CBGs Jan s/d Mar 2012 (dalam juta Rp)

Kelas RS	Biaya menurut Tarif RS	Biaya menurut Klaim INA CBGs	Selisih
(1)	(2)	(3)	(4) = (3)-(2)
RSUP kelas A	19.392,90	21.628,76	2.235,86
RSUP kelas B	815,97	1.387,26	571,29
RS Khusus	114,66	233,07	118,41
Total	20.323,54	23.249,08	2.925,54

dengan standar tarif masing-masing rumah sakit dibandingkan dengan penggantian biaya oleh P2JK Kemenkes yang dibayarkan ke RS yang bersangkutan terlihat pada tabel 5.

Dari tabel 5 terlihat bahwa baik untuk RSUP kelas A, kelas B maupun RS khusus biaya penggantian klaim menurut INA CBGs lebih besar dibandingkan dengan biaya menurut tarif riil rumah sakit. Di sini menunjukkan bahwa untuk penyakit katastropik (jantung, kanker dan stroke) biaya yang dibayarkan ke rumah sakit masih lebih tinggi dibandingkan biaya menurut tarif RS masing-masing, artinya rumah sakit 'tidak rugi' kalau penggantian perawatan dan tindakan pasien Jamkesmas menggunakan INA CBGs.

PEMBAHASAN

Dari beberapa tabel dan gambar di atas menunjukkan bahwa pasien Jamkesmas untuk penyakit katastropik banyak dirawat di rumah sakit kelas A dengan biaya yang jauh lebih besar. Biaya perawatan peserta Jamkesmas yang dirawat di rumah sakit kelas A tersebut akan menyedot biaya yang sangat besar bagi kelangsungan penyelenggaraan Jamkesmas, Jika hal tersebut tidak dilakukan pengawasan yang ketat, dapat dipastikan program tersebut akan menyedot anggaran negara yang sangat besar. Penyakit-penyakit katastropik yang didefinisikan sebagai penyakit yang 'high cost, high volume dan high risk' walau pada studi ini hanya sekitar 6% dari total pasien, tetapi ke depan akan

bertambah besar seiring dengan pengembangan fasilitas kesehatan dan perkembangan status sosial dan ekonomi masyarakat.

Seperti yang disampaikan Lusya Kus Anna (2011) bahwa dibandingkan satu dekade lalu, kini banyak pengobatan kanker yang menunjukkan hasil memuaskan. Harapan hidup pasien meningkat, dan bahkan jumlah yang sembuh total pun bertambah banyak. Akan tetapi, terapi baru pengobatan kanker membutuhkan biaya yang sangat mahal, padahal, sebagian besar penduduk di Indonesia belum memiliki asuransi kesehatan. PT Askes pada tahun 2010 mengeluarkan dana sebesar Rp. 1,3 triliun untuk pembiayaan tiga penyakit tidak menular, yakni jantung, gagal ginjal dan kanker pada tahun lalu (Umbu M Mariasi, 2012).

Penelitian yang dilakukan Sugiyanto dan Catur Kristin (2011) menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara karakteristik pasien dan jumlah faktor risiko yang menyertai stroke iskemik dengan lama waktu perawatan di RS. Rata-rata biaya pengobatan riil stroke iskemik lebih rendah dan berbeda bermakna dengan biaya standar INA-DRGs, sedangkan hubungan LOS riil dengan standar INA-DRGs menunjukkan perbedaan yang tidak bermakna dan lebih rendah.

Isu di masyarakat dan di rumah sakit yang menyatakan bahwa biaya klaim INA-CBGs lebih rendah daripada tarif yang berlaku di rumah sakit tidak semuanya benar, dan terbukti dari biaya untuk pasien jantung, kanker dan stroke ternyata sebaliknya, biaya klaim INA-CBGs lebih besar dari biaya berdasarkan tarif yang berlaku. Perbedaan tersebut mungkin disebabkan karena kurang pemahamannya rumah sakit untuk menyusun tarif yang diberlakukan di rumah sakitnya. Beberapa pertimbangan dalam menyusun tarif adalah (1) kontinuitas dan pengembangan layanan, (2) daya beli masyarakat, (3) asas keadilan dan kepatutan serta (4) kompetisi yang sehat. Bagi sebagian rumah sakit pemerintah, tarif memang ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan Menkes atau Pemerintah Daerah. Hal ini menunjukkan adanya kontrol ketat pemerintah sebagai pemilik terhadap rumah sakit sebagai firma atau pelaku usaha. Akan tetapi disadari bahwa tarif pemerintah umumnya mempunyai *cost recovery* (pemulihan biaya) yang rendah. Apabila tarif mempunyai tingkat pemulihan biaya rendah diberlakukan pada kelas pelayanan bawah (misal kelas III) maka hal tersebut merupakan sesuatu yang layak, sehingga terjadi

subsidi pemerintah bagi masyarakat miskin untuk menggunakan pelayanan rumah sakit.

M Panella dkk (2003) mengemukakan bahwa tujuan dari *clinical pathway* adalah untuk meningkatkan outcome dengan memperbaiki mekanisme koordinasi perawatan dan akan menurunkan biaya, yang selanjutnya akan memberikan dampak positif pada mutu pelayanan kesehatan. Pemberlakuan *clinical pathway* dalam pelayanan kesehatan mutlak harus dilakukan karena merupakan protokol standar dari pengobatan penyakit.

Oktaviani, Dwiparahanto dan Andayani (2012) melakukan penelitian di RSUD dr. Moewardi Surakarta tentang biaya kanker serviks menyatakan bahwa rata-rata biaya pengobatan kanker serviks berdasarkan tarif RSUD Dr. Moewardi pada tingkat keparahan I: pembedahan Rp.2.893.243 ± Rp.1.531.975, kemoterapi Rp.3.313.342 ± Rp.2.386.899, radioterapi Rp.3.988.027 ± Rp.2.912.931, dan *radical hysterectomy* Rp.10.039.072 ± Rp.1.331.822. Tingkat keparahan II: pembedahan Rp.5.885.859 ± Rp.4.059.020 dan kemoterapi Rp.4.474.084 ± Rp.2.588.966. Tingkat keparahan III: *radical hysterectomy* Rp.13.347.209 ± Rp.2.852.551. ALOS rumah sakit lebih lama dibandingkan dengan ALOS INA-DRG kecuali pada tingkat keparahan III. Vivin Roswita (2012) mengemukakan bahwa rata-rata biaya perawatan gagal jantung pada tingkat keparahan I, II, dan III lebih rendah dibandingkan tarif paket INA-DRG, selisih biaya yang diklaimkan menjadi keuntungan bagi rumah sakit karena telah berhasil memberikan pelayanan optimal secara efisien.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Dari beberapa bahasan di atas dapatlah disimpulkan beberapa hal sebagai berikut: a) Pasien Jamkesmas yang dirawat di 10 rumah sakit dengan kasus penyakit katastrofik bulqñ Januari s/d Maret 2012 terdiri 37,11% pasien penyakit jantung, 23,54% pasien penyakit kanker dan sisanya 39,35% pasien penyakit stroke. b) Biaya riil berdasarkan tarif rumah sakit rawat inap untuk kelompok penyakit katastrofik bervariasi menurut kelas rumah sakit, dan untuk penyakit jantung di kelas A biaya berdasarkan tarif rumah sakit sebesar 20 kali dibandingkan kelas B, untuk penyakit kanker 14 kali dan stroke sebesar

20 kalinya. c) Biaya klaim rawat inap menurut INA-CBGs untuk penyakit katastropik di kelas A lebih tinggi dibandingkan dengan semua kelas rumah sakit, untuk penyakit jantung biaya di RS Kelas A 15 kali lebih besar biaya di RS Kelas B, 17 kali untuk penyakit kanker dan 8 kali untuk stroke, sedangkan biaya klaim INA-CBGs lebih besar 14,39% dibandingkan dengan biaya menurut tarif rumah sakit, baik rumah sakit kelas A, B dan RS Khusus. d) Komponen biaya yang banyak peruntukannya adalah biaya obat (11–31% dari total biaya), biaya akomodasi (7–26%), tindakan ruangan (8–32%) dan pemeriksaan laboratorium (6–19%).

Saran

Dari beberapa kesimpulan tersebut dapatlah diberikan saran sebagai berikut: a) Pelaksanaan aturan rujukan berjenjang harus diawasi secara ketat sehingga pasien yang dirawat di rumah sakit kelas A harus benar-benar pasien yang tidak dapat diatasi di kelas B, sehingga pelayanan menjadi efisien, tetap bermutu dan berkesinambungan. b) Penentuan tarif INA-CBGs sebaiknya disempurnakan dengan menggunakan sampel yang diperluas, yakni mengikutsertakan RSUD milik Pemprov dan RSUD milik Pemkab/Kota sehingga tarif klaim yang diberlakukan mencerminkan kondisi rumah sakit yang sebenarnya, untuk menjaga likuiditas dan sustainabilitas dana yang tersedia di rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

Anna, Lusiana Ku, 2012. Biaya Kanker dapat Ditanggung Asuransi, www.health.kompas.com/read/2011/05/11

Bhisma Murti, 2011. Strategi untuk Mencapai Cakupan Universal Pelayanan Kesehatan di Indonesia, Makalah disampaikan pada Temu Ilmiah Reuni Akbar FK UNS 27 Nov 2010.

Dwiprahasto, Iwan. 2011. Diskusi Penatalaksanaan dan Pembiayaan Kanker di Indonesia; FKM-UI & Roche Indonesia, Jakarta, 11 Mei 2011.

Kwan, Joseph, 2007. Care pathways for Acute Stroke care and stroke rehabilitation: From theories to evidence, *Journal of Clinical Neuroshelle*, vol 14 issue 3 March 2007 p. 189–200 www.sciencedirect.com/science/article/pii

Lanin, Ivan, 2012. Katastropik, www.ivanlanin.wordpress.com. diakses 10 Maret 2013.

Mariasi, Umu M, 2012. Askes Keluarkan Rp 1,3 Triliun untuk Biayai Penyakit Jantung, Gagal Ginjal, dan Kanker; Kaltim.tribunnews.com/mobile/index.php/2012 tgl 27 Oktober 2012.

Muhammad, Kartono, 2011. Penyakit Kronis dan SJSN, www.inssin.org diakses 10 Maret 2013.

Oktaviani, Devi, Iwan Dwiprahanto, Tri Murti Andayani, 2012. Analisis Biaya Pengobatan Kanker Serviks sebagai Pertimbangan dalam Penetapan Pembiayaan Kesehatan Berdasarkan INA DRGs di RSUD dr. Moewardi, Universitas Gajah Mada Jogjakarta.

Panella, M. Marchisio, S, St F Di, 2013. Reducing clinical variations with clinical pathways: do pathways work? *International Journal for Quality in Health Care* Vol. 15 issue 6; April: 509–521.

Queensland Government, 2012. Patient Safety and Quality Improvement, Clinical Pathways: www.qld.gov.au/psg/pathways

Roswita, Vivin, 2012. Analisis Biaya Pengobatan Gagal Jantung sebagai Pertimbangan dalam Penetapan Pembiayaan Kesehatan berdasarkan INA-DRGs di RSUD Dr. Moewardi Surakarta, Universitas Gajah Mada, Jogjakarta.

Rotter, Thomas, 2013. The Effects of Clinical Pathways on Professional Practice, Patient Outcomes, Length of Stay and Hospital Costs: *Cochrane Syatematic Review and Meta Analysis*, Sage Journals. ehpp.sagepub.com/content/35/1/3.refs

Sreshthaputra, 2001. The Universal Coverage Policy in Thailand: An Introduction, APHEN:Asia Pacific Health Economic Network. www.unescap.org/aphen/thailand/universal_coverage/htm

Sugiyanto dan Kristin Catur (2011) Analisis Biaya Pengobatan Stroke Iskemik sebagai Pertimbangan dalam Penetapan Pembiayaan Kesehatan Berdasar INA-DRGs di RSUP Dr. Sardjito, UGM, Jogjakarta; ctd.ugm.ac.id/index.php?mod=penelitian_detail&sub

Sulch, David. 2002. Does an Integrated Care Pathway Improve Processes of Care in Stroke Rehabilitation: A randomized Controlled trial. *British Geriatric Society. Age and Aging* 2002.

Thabrany, Hazbullah, 2011. Diskusi Penatalaksanaan dan Pembiayaan Kanker di Indonesia; FKM-UI & Roche Indonesia, Jakarta, 11 Mei 2011.

WHO, 2005. The World Health Report 2005. www.who.int/who/2005/en/