
ANALISIS AKUNTABILITAS PERBANDINGAN TARIFINA-CBG'S DAN TARIF RUMAH SAKIT PADA TINDAKAN KATETERISASI JANTUNG DENGAN PEMASANGAN STENT (PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENSI)DI RSI AISIYAH MALANG

Oleh

Farida Munawaroh¹, Dwi Nita Aryani², Widanarni Pudjiastuti³

^{1,2,3}STIE Malangkucecwara, Malang

Email: ²dwinita@stie-mce.ac.id

Article History:

Received: 05-03-2022

Revised: 15-03-2022

Accepted: 24-04-2022

Keywords:

Percutaneous Coronary Intervention, INA CBGs, accountability

Abstract: *Aisyiyah Islamic Hospital (RSIA) in Malang is a private hospital with C type that provides cardiac catheterization services with the installation of a Stent or Percutaneous Coronary Intervention (PCI). The payment system in the implementation of the National Health Insurance has been regulated that the payment pattern to advanced level health facilities used INACBGs. This study aims to analyze the accountability of the comparison of INA-CBG's rates and hospital rates for cardiac catheterization with stent placement. This research employs a qualitative approach and descriptive analysis. The study concluded that the cost rates in handling of cardiac catheterization between INA CBGs and RSIA is different. Monitoring, implementing strict business plans and budgets, testing with Ratio Analysis and communicating in the Doctors in Charge of Cardiology Specialist forums are the keys to accountability.*

PENDAHULUAN

Konsep pelayanan BPJS Kesehatan menggunakan sistem rujukan berjenjang sebagai berikut: (1) Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (PPK 1) atau disebut juga provider tingkat pertama adalah rujukan pertama yang mampu memberikan pelayanan kesehatan dasar, (2) Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat Dua (PPK 2) atau disebut juga provider tingkat dua adalah rujukan kedua yang mampu memberikan pelayanan kesehatan spesialis dan (3) Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat Tiga (PPK 3) atau disebut juga provider tingkat tiga adalah rujukan ketiga yang mampu memberikan pelayanan kesehatan sub spesialis

Rumah Sakit Islam (RSI) Aisyiyah Malang, yang merupakan Rumah Sakit dengan Tipe C yang merupakan sebuah Amal Usaha di bidang kesehatan milik Pimpinan Pusat Muhammadiyah yang didirikan oleh Pimpinan Daerah Muhammadiyah (PDM) Kota Malang dan penyelenggaraannya dilaksanakan oleh Majelis Pembina Kesehatan Umum-PDM Kota Malang. Rumah Sakit Islam Aisyiyah (RSIA) Malang merupakan salah satu RS swasta tipe C yang memberikan pelayanan Tindakan Kateterisasi Jantung dengan pemasangan Stent atau Percutaneous Coronary Intervensi (PCI). Percutaneous Coronary Intervensi adalah prosedur intervensi non bedah dengan menggunakan kateter untuk melebarkan atau membuka

pembuluh darah koroner yang menyempit dengan stent. Dalam implementasinya, pola pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan adalah dengan mengacu kepada sistema INA-CBGs. INA-CBGs merupakan sistem pembayaran dengan sistem “paket”, yaitu berdasarkan penyakit yang diderita pasien. Rumah sakit akan mendapatkan pembayaran berdasarkan tarif INA CBGs yang merupakan rata-rata biaya yang dihabiskan oleh untuk suatu kelompok diagnosis. Kelompok diagnosis yang ada dalam sistem INA CBGs mengacu pada kelompok diagnosis dari ICD-10 dan ICD – 9 yang dikeluarkan oleh WHO. Rumah sakit harus lebih bijak mengelola keuangan dengan pola INA CBGs, karena bisa jadi tarif terlihat kecil karena ada beberapa tindakan yang tidak cost-effective atau masih adanya tindakan yang tidak perlu dilakukan pada pasien yang mengambil porsi biaya yang cukup besar dari paket tersebut. Manfaat INA CBGs yang diharapkan adalah adanya kepastian biaya yang bersifat objektif sehingga dapat meningkatkan mutu dan layanan RS itu sendiri yang sesuai dengan perkembangan kebutuhan tatalaksana klinis. Penyesuaian tarif yang ada pada sistem INA CBGs diharapkan dapat meningkatkan pelayanan yang lebih berkualitas kepada pasien sesuai dengan perkembangan pelayanan klinis (Persi, 2020)

Penerapan tarif INA-CBG's BPJS Kesehatanyang berbeda dengan perhitungan tarif rumah sakit menuntut rumah sakit untuk dapat mengendalikan biaya rumah sakit dengan lebih baik, salah satunya dengan cara menghitung tingkat pemulihan biaya (cost recovery rate) oleh pihak rumah sakit dalam melayani pasien JKN, sehingga dapat diketahui apakah tarif INA-CBG's tersebut dapat menutupi biaya-biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit. Cost recovery rate berfungsi sebagai alat penentuan efisiensi untuk mengetahui sejauh mana pendapatan rumah sakit dapat menutup biaya yang dikeluarkan rumah sakit. Idealnya, cost recovery rate suatu organisasi idealnya bernilai > 1 atau $> 100\%$. Jika CRR dibawah 100 % artinya organisasi tersebut belum mampu menutupi biaya operasionalnya (Aini, 2013)

Dalam mengamati perbedaan tarif di Rumah Sakit, akuntabilitas menjadi penting dikarenakan, akuntabilitas di fasilitas kesehatan, terutama bagi dunia perumahsakit, merupakan sebuah tuntutan bagi rumah sakit untuk dapat beroperasi sesuai dengan norma dan nilai-nilai yang dianut serta mampu mengakomodasi berbagai kebutuhan masyarakat yang sesungguhnya. Dengan diimplementasikannya universal health coverage, akuntabilitas di rumah sakit tidak akan terlepas dari bagaimana rumah sakit menjalankan tugas sebagai bagian dari sistem kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Implementasi prinsip akuntabilitas di era JKN ini memerlukan berbagai macam kajian dan pengembangan, dengan harapan bahwa rumah sakit di semua sektor dapat survive dan dapat mengembangkan diri, dengan tidak mereduksi kualitas layanan dan aspek keselamatan pasien.

Penelitian Mardiah (2015) menunjukkan bahwa berdasarkan cost of treatment berbasis clinical pathways pada severity level I nilai CRR di Rumah Sakit berada diatas CRR tarif INA CBGs, sedangkan pada severity level II nilai CRR RS lebih rendah dari CRR tarif INA CBGs. Pada severity level III CRR tarif INA CBGs dengan utilisasi stent 1 dan 2 lebih tinggi dari CRR RS. Tarif INA CBGs tidak memperhitungkan jumlah stent dalam setiap tindakan PCI. Perlu evaluasi metode penghitungan tarif INA CBGs dari hospital base rate ke metode perhitungan cost of treatment berdasarkan clinical pathway, sehingga biaya operasional RS dapat dipenuhi dan tetap mampu berikan pelayanan yang bermutu. Penelitian lain yang

dilakukan oleh (Aulia, 2015) menemukan bahwa biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit baik biaya tetap maupun tidak tetap dapat tertutupi oleh pendapatan pelayanan pasien JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) dari tarif INA-CBG's. Dengan perhitungan anggarannya pendapatan dikurangi total biaya langsung dan tidak langsung maka keuntungan yang diperoleh rumah sakit adalah sebesar 9%. Dengan pelayanan minimum, rata-rata cost recovery rate adalah sebesar 93%, dan keuntungan berdasarkan data riil rata-rata sebesar 9%. Penelitian dari (Suhartoyo, 2018) mengungkapkan bahwa pengaturan Permenkes No. 27 Tahun 2014 tentang petunjuk teknis sistem Indonesian Case Base Groups dan Permenkes No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional telah berjalan sebagaimana mestinya karena telah tersediannya instrumen teknis petunjuk pelaksanaan pembayaran klaim Rumah Sakit Kepada BPJS yang berorientasi pada perlindungan profesi kesehatan di Rumah sakit, melalui penjenisan dan penggolongan rumah sakit.

Adanya perbedaan hasil tersebut, maka penelitian ini memiliki tujuan untuk mengetahui bagaimana akuntabilitas perbandingan tarif INA-CBG's dan Tarif Rumah Sakit pada tindakan Kateterisasi Jantung dengan pemasangan stent (Percutaneous Coronary Intervensi) di RSI Aisyiyah Malang

LANDASAN TEORI

Kajian Tentang BPJS

BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan) adalah Badan Usaha Milik Negara yang ditugaskan khusus oleh pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia, terutama untuk Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun PNS dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan Badan Usaha lainnya ataupun rakyat biasa (Rahayu, 2017). Sedangkan Menurut UU no. 24 tahun 2011 tentang BPJS pasal 7 ayat (1) dan Ayat (2), pasal 9 ayat (1) dan UU. No. 40 Tahun 2004 Tentang SJSN, Pasal 1 Angka 8, Pasal 4 Dan Pasal 5 ayat (1)) memberikan keterangan bahwa (UU, 2017)

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum publik yang bertanggung jawab kepada presiden dan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia. (UU No. 24 tahun 2011 tentang BPJS). Manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, pelayanan obat sesuai indikasi medis yang diperlukan. BPJS kesehatan dalam melakukan pelayanan promotif dan preventif yaitu dengan mengadakan program kesehatan, program skrining, entry aplikasi, perawatan anak, imunisasi, penyemprotan demam berdarah dan mengadakan olahraga. Pelayanan promotif dan preventif bertujuan untuk menyehatkan para peserta BPJS Kesehatan sehingga mengurangi biaya yang dikeluarkan untuk pengobatan yang dilakukan di fasilitas kesehatan yang lebih mahal biayanya dibandingkan dengan pelayanan promotif dan preventif ini.

Sedangkan pelayanan kuratif atau pengobatan yaitu BPJS Kesehatan berupa pengobatan kepada peserta di fasilitas kesehatan yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Program rehabilitatif atau pasca pengobatan yaitu BPJS Kesehatan mengadakan kontrol ulang bagi peserta yang sudah sembuh kemudian peserta tersebut dapat melakukan rehab medis sehingga peserta tersebut tidak kembali sakit atau melakukan pengobatan di

fasilitas kesehatan yang bisa mengurangi biaya yang dikeluarkan BPJS Kesehatan. Pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan penyuluhan kesehatan perorangan, imunisasi dasar, keluarga berencana dan skrining kesehatan

Sistem INA CBG's

Pola pembayaran Case Based Groups adalah salah satu pola pembayaran prospektif kepada FKRTL(pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut)berupa pengelompokan diagnosis dan prosedur yang memiliki ciri klinis dan penggunaan sumber daya yang mirip atau sama. Untuk tarif yang berlaku pada 1 Januari 2014, telah dilakukan penyesuaian dari tarif INA-CBGs Jamkesmas dan telah ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan (PerMenkes) Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) dan FKRTL(Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut) dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan dan peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 64 tahun 2016 tentang perubahan atas peraturan menteri kesehatan nomor 52 tahun 2016 tentang standar tarif pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan(Kemenkes-RI, 2014)

Dalam menunjang kesuksesan program JKN, BPJS Kesehatan menggunakan suatu metode pembiayaan baru pada fasilitas kesehatan tertentu, khususnya rumah sakit. Metode pembiayaan yang diterapkan dalam era JKN adalah metode pembayaran prospektif dan diharapkan dapat mewujudkan harapan sebagaimana tersebut di atas. Salah satu metode pembayaran prospektif yang kini dianut di Indonesia adalah casemix (case based payment) dan telah diterapkan sejak tahun 2008 pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Sejak diimplementasikannya sistem casemix di Indonesia telah dihasilkan tiga kali perubahan besaran tarif, yaitu tarif INA-DRG tahun 2008, tarif INA-CBGs tahun 2013 dan tarif INA-CBGs tahun 2014. Pengelompokan kode diagnosis dan prosedur dilakukan dengan menggunakan grouper UNU (Kemenkes-RI, 2014)

Akuntabilitas

Akuntabilitas adalah kewajiban untuk memberikan pertanggungjawaban atau menjawab dan menerapkan kinerja dan tindakan seorang pimpinan suatu unit organisasi kepada pihak yang memiliki hak atau yang berwenang meminta pertanggungjawaban. Akuntabilitas adalah suatu hal yang penting untuk menjamin nilai-nilai seperti efisiensi, efektifitas, reliabilitas dan prediktibilitas. Suatu akuntabilitas tidak abstrak tapi konkrit dan harus ditentukan oleh hukum melalui seperangkat prosedur yang sangat spesifik mengenai masalah apa saja yang harus dipertanggungjawabkan (LAN, 2000)

Akuntabilitas terdiri dari 2 macam yaitu akuntabilitas vertikal (vertical accountability) dan akuntabilitas horizontal (horizontal accountability). Pertanggungjawaban vertikal adalah pertanggungjawaban atas pengelolaan dana kepada otoritas yang lebih tinggi sedangkan pertanggungjawaban horizontal adalah pertanggungjawaban kepada masyarakat luas Melalui pemahaman akuntabilitas dan dimensi akuntabilitas diatas, peneliti kemudian dapat melakukan pengolahan data atas dasar tersebut saat melakukan pengambilan data di RSI Asyiyah Malang agar dapat melihat proses akuntabilitas pengolaan perbedaan tarif RS dan INA-CBGs untuk tindakan katetersasi Jantung dengan pemasangan stent

METODE PENELITIAN

Jenis dan Pendekatan Penelitian

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi kasus dimana peneliti berusaha untuk mengetahui bagaimana analisa perbandingan tarif INA-CBG's dan Tarif Rumah Sakit pada tindakan Kateterisasi Jantung dengan pemasangan stent (Percutaneous Coronary Intervensi) inkuiri empiris yang menyelidiki fenomena dalam konteks kehidupan nyata, bilamana batas-batas antara fenomena dan konteks tak tampak dengan tegas, dan dimana multi sumber bukti dimanfaatkan. Studi kasus lebih banyak berupaya menjawab pertanyaan-pertanyaan "how" (bagaimana) dan "why" (mengapa), serta pada tingkatan tertentu juga menjawab pertanyaan "what" (apa/apakah), dalam kegiatan penelitian (Burhan, 2005)

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif.(Moleong, 2012)mengemukakan bahwa metode kualitatif merupakan prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis maupun lisan dari orang-orang dan perilaku yang diamati. Data diperoleh dengan melakukan observasi pada objek atau tempatnya yakni tentang bagaimana akuntabilitas perbedaan tarif Rumah sakit dengan tarif CBG's untuk tindakan Kateterisasi Jantung dengan pemasangan stent; wawancara kepada kepala bagian yang terkait. Hasilnya akan dideskripsikan mengenai perbedaan tarif Rumah sakit dengan tarif CBG's untuk tindakan Kateterisasi Jantung dengan pemasangan stent jantung di RSI Aisyiyah Malang.

PEMBAHASAN

Akuntabilitas Data Katerisasi Jantung di RSIA Malang

Akuntabilitas menurut asal katanya dapat diartikan sebagai sebuah "situasi yang dapat dipertanggung jawabkan". Akuntabilitas di fasilitas kesehatan, terutama bagi dunia perumah sakitan, merupakan sebuah tuntutan bagi rumah sakit untuk dapat beroperasi sesuai dengan norma dan nilai-nilai yang dianut serta mampu mengakomodasi berbagai kebutuhan masyarakat yang sesungguhnya. Dengan diimplementasikannya universal health coverage, akuntabilitas di rumah sakit tidak akan terlepas dari bagaimana rumah sakit menjalankan tugas sebagai bagian dari sistem kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Implementasi prinsip akuntabilitas di era JKN ini memerlukan berbagai macam kajian dan pengembangan, dengan harapan bahwa rumah sakit di semua sektor dapat survive dan dapat mengembangkan diri, dengan tidak mereduksi kualitas layanan dan aspek keselamatan pasien.

Pada Konteks peneltian ini, Rumah Sakit Islam Aiyiah Malang menjalankan system akuntabilitas atau keuangan yang transparan dan sesuai dengan arahan yang sudah diatur, dalam sebuah keterangan bagian keuangan RSIA Malang menjelaskan sebagai berikut :

System Keuangan di Rumah Sakit adalah keseluruhan Proses siklus, Sejak Ditetapkannya rencana Pelayanan yang terdiri Jumlah / Jenis / Mutu Layanan yang merupakan Kinerja RS, yang diaktualisasikan dalam Rencana Bisnis dan Anggaran dengan Menetapkan Standar Layanan dan Satuan Tarif RS. Jika bekerjasama dg BPJS Kes maka Tarif yang digunakan sebagai Rencana Pendapatan yang akan diterima adalah Tarif Ina CGg's. Dengan demikian Sumber Dana yang diperoleh RS adalah Dari Pasien Non BPJS maupun Pasien BPJS(Hasil Wawancara dengan bagian keuangan RSIA Malang, 16 Februari 2021)

Penyelenggaraan pelayanan publik dalam konteks penelitian ini adalah RSIA Malang selain harus sesuai dengan nilai atau norma organisasi juga harus sesuai dengan nilai atau norma yang dimiliki oleh masyarakat. Harapan Masyarakat saat menggunakan fasilitas

pelayanan di Rumah Sakit adalah sesuai dengan harapannya, namun ada aturan standar pelayanan yang harus dipatuhi, dan nilai-nilai yang ada dimasyarakat

Kabid pelayanan RSIA Malang menjelaskan bahwa kedudukan akuntabilitas keuangan sangat penting sebagai proses pertanggung jawaban dari kinerja rumah sakit :

Kedudukannya Sangat penting, Akuntabilitas keuangan merupakan Pertanggungjawaban dalam mengendalikan keseluruhan proses bisnis Sehingga Entitas mampu beroperasi, mampu berdaya saing secara baik bahkan berkembang, serta memiliki keberlangsungan hidup (going concern). Saat ini Tool yang digunakan belum menggunakan sistem terprogram secara teknologi informasi online, masih secara manual, yaitu dengan membandingkan Billing system (yang merupakan keseluruhan tarif dalam satu periode pasien opname) dan Coding Ina Cbg's yang informasinya dari Bagian Casemix Perbedaan Tarif di RSIA Malang.

Dalam Tabel 1 menunjukkan tarif tindakan untuk kelas 1-2-3 berdasar pemakaian sumberdaya dan kelas perawatan.

Tabel 1. Pemakaian Sumberdaya Prosedur Kardiovaskular Perkutan
Kelas Perawatan Kelas 1-2-3

Kelas	Kategori	Total Pasien	Proporsi Rata-Rata penggunaan Sumber Daya dengan Tarif RSI Aisyiyah				
			Tidak Cathlab dan Jasa Medis	Penunjang	Akomodasi	Obat dan BMHP	Jumlah
kelas 1	Berat	21	38%	5%	5%	52%	100%
kelas 2		18	37%	6%	5%	52%	100%
kelas 3		19	37%	7%	7%	49%	100%
Jumlah Kategori Berat		58	37%	6%	6%	51%	
kelas 1	Sedang	57	44%	2%	3%	51%	100%
kelas 2		34	44%	5%	3%	48%	100%
kelas 3		47	40%	3%	4%	53%	100%
Jumlah Kategori Sedang		138	43%	3%	3%	51%	
kelas 1	Ringan	1	48%	3%	2%	47%	100%
kelas 2		9	43%	4%	4%	49%	100%
kelas 3		2	40%	2%	3%	55%	100%
Jumlah Kategori Ringan		12	44%	3%	3%	50%	

Dari Tabel 1 dapat ditarik kesimpulan, pada kelas 1, 2, 3 untuk masing – masing Kategori Berat, Sedang dan Ringan, proporsi Rata-Rata penggunaan sumber daya tertinggi adalah Obat dan Bahan Medis Habis Pakai, yang berkisar 50% dengan masing-masing untuk Kategori Berat sebesar 51%, Kategori Ringan = 50% dan Kategori Sedang = 51%. Gambaran tersebut juga sesuai dengan penelitian Dumaris (2016) yang mengungkapkan bahwa komponen tarif rumah sakit yang paling besar adalah obat.

Menurut Djuhaeni (2009), Gani (1996) suatu organisasi dikatakan ideal apabila CRR > dari 1 atau 100%. Apabila CRR = 1 atau 100% maka suatu organisasi belum memperoleh keuntungan (laba) karena pendapatan yang diperoleh sama dengan biaya yang dikeluarkan.

Tabel 2. Analisis CRR Prosedur Kardiovaskular Perkutan
berdasarkan kelas Perawatan 1-2-3

Deskripsi_Inacbg	KELAS	KATEGORI	ANALISA CRR	
			CRR > 100%	CRR < 100%

			Total Pasien	Jumlah Pasien	(%) jumlah Pasien	Jumlah Pasien	(%) jumlah Pasien
Prosedur Kardiovaskular Perkutan	KELAS 1	Berat	21	19	90%	2	10%
	KELAS 2	Berat	18	7	39%	11	61%
	KELAS 3	Berat	19	9	47%	10	53%
Jumlah Per Kategori "BERAT"			58	35	60%	23	40%
Prosedur Kardiovaskular Perkutan	KELAS 1	Sedang	57	42	74%	15	26%
	KELAS 2	Sedang	34	15	44%	19	56%
	KELAS 3	Sedang	47	26	55%	21	45%
Jumlah Per Kategori "SEDANG"			138	83	60%	55	40%
Prosedur Kardiovaskular Perkutan	KELAS 1	Ringan	1	0	0	1	100%
	KELAS 2	Ringan	9	1	11%	8	89%
	KELAS 3	Ringan	2	0	0%	2	100%
Jumlah Per Kategori "RINGAN"			12	1	8%	11	92%
Jumlah Kasus Seluruh Kelas			208	119	57%	89	43%

Pada Tabel 2 menunjukkan total dari Detail per kelas dengan jumlah 208 kasus tindakan yang menunjukkan bahwa CRR > 100% sebanyak 57% , sedangkan CRR < 100% sebanyak 43% . Hal ini menunjukkan bahwa secara keseluruhan Subsidi yang harus dikeluarkan Rumah Sakit adalah sebesar 43% atau sejumlah 89 Pasien dari 208 pasien. Hal ini sejalan dengan penelitian Munawaroh (2019) yang menyatakan ada hubungan antara lama rawat dan keparahan penyakit kasus stroke dengan tarif. Ditambahkan juga bahwatarif INA – CBG's masih belum mencukupi untuk membiayai perawatan stroke iskemik.

Hal tersebut juga didukung oleh hasil penelitian Edya (2017) yang menjelaskan bahwa Cost Recovery Rate untuk pasien rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD dr. Achmad Mochtar Bukit tinggi adalah 83,20 % yang berarti pendapatan dari pasien Rawat Inap peserta BPJS Kesehatan masih lebih kecil dari pada biaya operasional pasien rawat inap peserta BPJS Kesehatan. Ditambahkan juga hasil dari Yuniarti , Amalia dan Handayani (2015) yang menunjukkan hasil bahwa tarif INA CGBs lebih rendah dari tarif RS di PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada pasien diabetes mellitus. Namun hasil tersebut berkebalikan dengan hasil Sari (2014) yang menyatakan bahwa biaya tarif INA CGBs lebih tinggi dari tarif RSSardjito pada penderita DM.

Perbedaan tersebut dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Menurut Thabrani (2011), faktor-faktor yang mempengaruhi biaya kesehatan yaitu komponen inflasi biaya rumah sakit, kebijakan pemerintah, pembayar pihak ketiga (asuransi), maupun tenaga kesehatan sendiri. Dalam sebuah wawancara dengan pihak RSIA terjadinya perbedaan tarif disebabkan beberapa hal, yakni :

Tarif RS ditetapkan oleh RS secara mandiri dengan perhitungan biaya operasional, investasi dan jasa , BMHP baik langsung maupun tidak langsung. Tarif yang ditetapkan RS, sifatnya adalah berdasarkan unit layanan, namun saat pasien melakukan Pelayanan dari seluruh unit pelayanan, akan nampak secara keseluruhan dalam Billing Pasien, atau dari total tagihan seluruh Biaya perawatan, antara lain terdiri dari : 1) Tarif kamar perawatan, jumlah tagihan tergantung dari lama dan kelas perawatan. 2) Tarif penunjang (Pemeriksaan Laboratorium maupun pemeriksaan Radiologi), tergantung dari Jenis Pemeriksaan. 3) Obat dan Bahan Medis habis pakai yang digunakan tergantung dari harga, Jumlah dan Jenis macamnya. 4) Tindakan yang dilakukan tergantung dari kecanggihan alat yang dipakai, ruangan yang digunakan, dan tarif kelas perawatannya. 5) Jasa Medis dan Paramedis, tergantung dari Kelas perawatan dan jumlah Tim Medis atau paramedis yang menangani. Secara Keseluruhan Nilai dalam billing RS inilah yang akan dibandingkan dengan Tarif Ina

CBG'. Sedangkan Tarif Ina CBG's, merupakan Tarif Paket, yang sudah ditetapkan, tidak mempertimbangan (sumberdaya): a) Lama Pasien dirawat. b) Harga, Jenis dan Harga Obat dan BMHP. c) Tarif Penunjang (Pemeriksaan Laboratorium dan Radiologi, d) Berapa Jumlah DPJP (dokter Penanggung Jawab Pelayanan. Sehingga ini yang menyebabkan perbedaan tarif, semakin Banyak sumber daya yang digunakan maka semakin besar selisih Tarif yang terjadi, demikian sebaliknya

Apa yang disampaikan tersebut sejalan dengan Rahayuningrum, Tamtomo, Suryono (2017) yang mengungkapkan bahwa tarif RS lebih rendah dari tarif INA CBGs dan faktor yang mempengaruhi tarif RS adalah jenis RS, kelas perawatan, penggunaan ICU, dan lama perawatan. Dari uraian tersebut, berarti RS perlu menyeimbangkan layanan kualitas kesehatan dengan tarif melalui tindakan efisiensi seperti yang disampaikan oleh Schwartz, Guilkey dan Racelis (2002). Menurut Chang dan Lan (2010), faktor-faktor yang mempengaruhi efisiensi dan perlu dikelola oleh RS adalah persaingan, pemakaian tempat tidur rata-rata, jumlah dokter, jumlah perawat, pemakaian teknologi, struktur keluarga, lama hari perawatan, serta kebijakan kesehatan

Sedangkan menurut Cleverly (1997), ada empat 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;
4. Meningkatkan efisiensi produksi

Melalui pengamatan peneliti, Perbedaan tarif ini akhirnya turut mempengaruhi nominal tarif pelayanan kesehatan di RSIA Malang yang rata-rata lebih rendah dibanding nominal klaim menggunakan tarif paket INA-CBG khususnya untuk tindakan Kateterisasi Jantung dengan pemasangan stent. Oleh karena itu evaluasi transaksi tindakan harus terus dilakukan, dengan harapan sesuai dengan kondisi yang seharusnya, sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan.

PENUTUP

Kesimpulan

Terdapat perbedaan tarif di RSIA Malang spesifik pada penanganan kateterisasi jantung baik dari tarif INA CBG's dan tarif dari rumah sakit RSIA sendiri. Faktor yang membuat adanya perbedaan tersebut diakibatkan secara Keseluruhan Nilai dalam billing RS inilah yang akan dibandingkan dengan Tarif Ina CBG'. Sedangkan Tarif Ina CBG's, merupakan Tarif Paket, yang sudah ditetapkan, Mengingat Tarif Ina CBG's yang diberlakukan adalah Ketetapan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2016, untuk tindakan Kateterisasi Jantung, Tarif ini belum dilakukan perubahan, sedangkan Tarif ini tidak fleksibel terhadap Perubahan Tarif RS saat ini

Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang memiliki komitmen kuat dalam mewujudkan akuntabilitas baik secara pelayanan dan system keuangan dalam rangka memberikan pelayanan yang paripurna untuk para pasien, khususnya dalam konteks penelitian ini adalah pasien kateterisasi Jantung. Beberapa hal yang telah dilakukan RSIA Malang dalam mewujudkan akuntabilitas adalah melakukan monitoring secara continue, Pelaksanaan Rencana Bisnis dan Anggaran, Proses Pelayanan, Proses Keuangan dan Akuntansi, menguji

dengan Analisa Ratio serta dengan mengkomunikasi dalam forum tertentu dengan DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pelayanan) Spesialis Jantung.

Saran-Saran

Peneliti menyarankan kepada pihak RSIA Malang agar melakukan evaluasi secara terus menerus dalam menggunakan metode penghitungan tarif baik secara INA CBGs ataupun tarif riil RSIA, sehingga biaya atau sumber daya yang digunakan untuk pelayanan pasien tidak terdapat perbedaan yang signifikan, dengan harapan RS mampu survive dalam melakukan pelayanan dan dapat mengembangkan RS serta tidak mereduksi pelayanan kepada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] Aulia, S. (2015). Cost Recovery Rate Program Jaminan Kesehatan. Jakarta: Program Vokasi Universitas Indonesia.
- [2] Aini, A. R. (2013). Optimalisasi cost recovery rate berdasarkan biaya satuan menggunakan metode activity costing. Jurnal administrasi kesehatan indonesia, Vol.1 Nomor 2.
- [3] Burhan, B. (2005). Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif. Jakarta: Prenadamedia.
- [4] Chang L dan Lan YW. 2010. Has the national insurance scheme improved hospital efficiency in taiwan ?identifying factors that affects its efficiency. African Journal of Business Management 4 (17):3752-3760
- [5] Cleverly, William. 1997. Essentials of Health Care Finance, Fourth Edition. Maryland: Aspen Publishers Inc.
- [6] Djuhaeni, Henni. 2009. Jasa Pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah (Teori dan Praktis). Pustaka UNPAD.
- [7] Dumaris, Hotma. (2015). Analisis Perbedaan Tarif Rumah Sakit dan Tarif INA-CBG's Pelayanan Rawat Jalan di RSUD Budhi Asih Jakarta tahun 2015. Vol 3 (1).
- [8] Edya, Fika. 2017. Analisis Perbandingan Tarif INA-CBGs dengan Tarif Rumah Sakit dan Cost Recovery Rate Pasien Rawat Inap Peserta BPJS Kesehatan (Studi Kasus pada RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi) (Thesis). Padang, Universitas Andalas.
- [9] Gani, A. 1997. "Analisis Biaya Rumah Sakit (Pedoman-Pedoman Pokok Dalam Analisa Biaya Rumah Sakit)." Disajikan Pada Pelatihan .Penyusunan Pola Tarif Rumah Sakit Pemerintah di lingkungan Ditjen Pelayanan Medik Tahun Anggaran 1996/1997. Cisarua: Bogor
- [10] Kemenkes-RI. (2014). Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- [11] LAN. (2000). Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan (BPKP), Pengukuran Kinerja Instansi Pemerintah : Moadul Sosialisasi sistem akuntabilitas Kinerja institut Pemerintah. Jakarta: Lembaga Administrasi Negara.
- [12] Mardiah. (2015). Cost Recovery Rate (CRR) Tarif Rumah Sakit dan Tarif INA-CBG's Berdasarkan Clinical Pathway pada Penyakit Arteri Koroner di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang Tahun 2015. Jurnal Administrasi Rumah Sakit. Vol. 2 (3).
- [13] Moleong, L. J. (2012). Metodologi Penelitian Kualitatif. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- [14] Munawaroh, Siti., Sulistiadi, Wahyu., Rachmad. (2019). Jurnal Manajemen Dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia (MARSI). Vol 3 (2).
- [15] Persi. (2020). White Paper: Optimalisasi Koding INA-CBGs untuk Prosedur Jantung Intervensi dan Invasif di Era JKN. Admin Persi, Vol-I.
- [16] Rahayu, S. (2017). Seputar pengertian BPJS Kesehatan. Jakarta: Grafindo .

-
- [17] UU, N. (2017). BPJS Kesehatan. Jakarta: UUD.
 - [18] Rahayuningrum IO, Tamtomo DG, Suryono A. 2017. Analisis Tarif Rumah Sakit dibandingkan dengan Tarif Indonesia Based Groups pada Pasien Rawat Inap Peserta Jaminan Kesehatan Nasional dengan di Rumah Sakit. Tersedia pada: <https://media.neliti.com/media/publication/176031-ID-none.pdf>. Prosiding
 - [19] Sari, RP. (2014). Perbandingan biaya riil dengan tarif paket ina-cbg's dan analisi faktor yang mempengaruhi biaya riil pada pasien diabetes mellitus rawat inap jamkesmas di RSUP dr. Sardjito Yogyakarta. Jurnal Spread. 4 (1), 61–70.
 - [20] Schwartz JB, Guilkey DK dan Racelis R. 2002. Decentralization, allocative efficiency and healthcare service outcome in the philippines. Chapel Hill, NC. University of North California
 - [21] Suhartoyo. (2018). Klaim Rumah Sakit Kepada BPJS Kesehatan Berkaitan Dengan Rawat Inap Dengan Sistem INA– CBGs. Administrative Law and Governance Journal, vol. 1, no. 2, pp. 182-195.
 - [22] Thabrani, Hasbullah. 2011. Sistem Pembayaran Fasilitas Kesehatan. Dalam Hatta (ed.). Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan. Jakarta: UI-Press.
 - [23] Yuniarti E, Amali dan Handayani TM. 2015. Analisis Biaya terapi penyakit diabetes mellitus pasien JKN di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta- perbandingan terhadap tarif INA CBGs. Jurnal Kesehatan Indonesia. 04(3):43-56