

PENGEMBANGAN SISTEM TAGIHAN DENGAN MODEL *DIAGNOSIS RELATED GROUPS* DI RUMAH SAKIT Dr. SYAIFUL ANWAR MALANG

DEVELOPMENT OF PAYMENT SYSTEM WITH DIAGNOSIS RELATED GROUPS AT Dr.SYAIFUL ANWAR HOSPITAL MALANG

Mohammad Kuntadi Syamsul Hidayat¹, Hari Kusnanto², Adi Utarini²

¹ Rumah Sakit Dr. Syaiful Anwar Malang

² Magister Manajemen Rumahsakit UGM Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Current implementation of fee for service payment method has disadvantages in relation to quality of service. The objective of this study was to develop reclassification of diseases or group of diseases according to the Diagnosis Related Groups (DRG) payment system and to calculate its pricing.

Method: All cases diagnosed as DHF and typhoid fever, aged 12 years or below, admitted to type III hospital accommodation between January 1996 up to June 1999 were recruited. Secondary data of 695 patients, consisted of 449 DHF cases and 246 typhoid fever cases were retrieved from the financial information system. The following data were obtained: cost of hospital accommodation, medical visits, supporting examination, drug, length of stay, age and sex. Variable were presented descriptively and analyses were carried out by using independent t test, one sample t test and single linear regression. DRG cost decision is based on mean value and 95% confidence interval. Next, the mean value and 95% confidence interval of payment cost in accordance to LOS limit was determined. The same method is utilized to find cost of drug. DRG cost was obtained by adding up payment cost with and without drug.

Result: The result showed a large variation of total cost for both DHF and typhoid fever (DHF: mean Rp 84.689,82 ± Rp 48.139,82; Typhoid fever: mean Rp 101.455,17 ± Rp 89.871,04). For DHF cases, co-morbidity did not significantly affect the total cost ($t = -2,055$; $p = 0,055$), in similarity with typhoid fever with co-morbidity ($t = -4,535$; $p = 0,011$), and in difference with typhoid fever without co-morbidity ($t = -0,833$; $p = 0,387$). The largest variation was cost of medical visits (mean Rp 11.472,62 ± Rp 11.772,55 and Rp 13.115,29 ± Rp 19.072,63 for DHF and typhoid fever). This study reclassified DHF and typhoid fever into 3 groups with the following cost: 1) Rp. 291.500,- for DHF; (2) Rp. 263.500,- for typhoid fever without co-morbidity; and (3) Rp. 404.000,- for typhoid fever with co-morbidity.

Conclusion: Three diseases classification has been determined based on DRG system, that is DHF, typhoid fever without co-morbidity and typhoid fever with co-morbidity. It is advisable to develop DRG system further based on unit cost.

Keywords: DRG, case mix, pricing, and quality.

PENGANTAR

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Syaiful Anwar Malang adalah rumah sakit tipe B Pendidikan milik Pemerintah Daerah Tingkat I Jawa Timur, yang sejak April 1997 efektif berfungsi sebagai rumah sakit swadana. Rumah sakit ini mempunyai 760 tempat tidur dan 1907 tenaga kerja.

Tahun 1991–1995, rumah sakit ini terpilih sebagai rumah sakit berpenampilan terbaik di tingkat Jawa Timur dan 3 tahun berturut-turut (1993–1995) sebagai rumah sakit berpenampilan terbaik tingkat Nasional. Pada tahun 1996 RSUD Dr. Syaiful Anwar telah terakreditasi untuk masa 3 tahun yang meliputi 5 jenis pelayanan.

Pembayaran terhadap pelayanan kesehatan yang paling banyak dipakai di Indonesia saat ini adalah *fee for service*. Demikian juga yang terjadi di RSUD Dr. Syaiful Anwar Malang, 67,7% pasien membayar sendiri. Pola pembayaran ini mempunyai beberapa kelemahan, diantaranya cenderung menyebabkan volume pelayanan yang tinggi dan mengakibatkan kesulitan dalam penyusunan anggaran. Bagi pasien, hal ini berarti resiko menanggung biaya yang tinggi dengan mutu yang belum tentu baik.

Biaya pelayanan kesehatan dapat dikendalikan dengan berbagai bentuk pembayaran, antara lain *Diagnosis Related Groups (DRG)*. *DRG* merupakan sistem pembayaran prospektif. Unit dasar pembiayaan di bawah sistem pembayaran prospektif adalah jumlah yang telah distandarisasikan dan berat relatif yang ditetapkan *DRG*.

Pihak *provider* membayar sejumlah uang yang tetap kepada rumah sakit per kasus, tanpa memandang biaya atau lama perawatan. Keluarnya pasien secara individu dikelompokkan dalam *DRG* yang menggabungkan kasus dengan konsumsi sumber daya yang setara dan pola klinik yang sama.¹

Diagnosis Related Groups yang diperkenalkan pertama kali oleh Yale University pada tahun 1970-an pada saat ini telah diterapkan di berbagai negara, antara lain di Amerika Serikat pada peserta *Medi-*

care dan *Medicaid*, Irlandia dan Swiss dan juga di Australia.^{2,3,4}

Penerapan *DRG* bermanfaat bagi berbagai pihak. Bagi penyelenggara pelayanan kesehatan, akan terhindar dari pelayanan kesehatan yang berlebihan (*overutilization*), tidak terencana (*unplanned*) dan atau tidak sesuai dengan kebutuhan pemakai jasa pelayanan kesehatan (*misused*). Dengan demikian biaya kesehatan akan lebih terkendali. Bagi sistem dan beban administrasi pihak pengelola dana dan ataupun penyelenggara pelayanan kesehatan akan lebih sederhana serta tidak merepotkan, sehingga menurunkan biaya pengelolaan⁵. Dalam sistem *managed care*, dapat membantu dokter mengidentifikasi bagian mana yang membutuhkan peningkatan kualitas⁶. Di samping itu, kualitas pelayanan tidak menurun⁷.

Selain beberapa manfaat di atas, Kelompok Studi WHO menuliskan beberapa kelemahan *DRG*, antara lain pengalihan pengobatan dari rawat inap ke rawat jalan, penurunan rata-rata lama perawatan dan kecenderungan untuk mengklasifikasikan kembali pasien ke diagnosis yang lebih mahal (*DRG creep up*).⁸

Sebagai langkah awal pengembangan *DRG* di rumah sakit, penelitian ini bertujuan untuk mengembangkan sistem penetapan kelompok penyakit yang mengacu pada pendekatan *Diagnosis Related Groups (DRG)* untuk menentukan besarnya tarif (tagihan).

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan di RSUD Dr. Syaiful Anwar Malang, sejak September 1999 sampai Oktober 1999. Data diambil dari sistem informasi keuangan RSUD Dr. Syaiful Anwar Malang yang telah terkomputerisasi. Sampel penelitian ini adalah data pasien rawat inap dengan diagnosis *typhoid fever* dan DHF. Seluruh pasien berusia = 12 tahun, dirawat di kelas III pada periode Januari 1996 sampai Juni 1999.

Hasil pengumpulan data dianalisis secara deskriptif. Uji *t test* pada variabel jenis kelamin dan ada/tidaknya *co-morbidity*. Uji regresi dilakukan

untuk mengetahui pengaruh variabel LOS, kamar, jasa medis, penunjang medis, obat dan umur terhadap biaya total. Selanjutnya dihitung nilai rerata dan batasan *95% confidence interval* dari LOS untuk menentukan batasan LOS pada tiap-tiap diagnosis.

Langkah berikutnya adalah menentukan rerata dan *95% confidence interval* biaya tagihan dengan

meskipun variasinya lebih kecil daripada yang lain (Tabel 1 dan 2).

Pada pasien DHF dan *typhoid*, komponen biaya yang paling besar kontribusinya terhadap biaya total adalah penunjang medis, namun yang paling bervariasi adalah jasa medis. Rerata biaya obat lebih besar daripada rerata biaya total (Tabel 1 dan 2).

Tabel 1. Distribusi frekuensi biaya kamar, jasa medis, penunjang medis, obat dan biaya total pasien DHF periode Januari 1996-Juni 1999 di RSSA Malang

	KAMAR	JASAMED.	PNJ.MED	OBAT	B.TOTAL
n	442	442	442	30	442
Rerata	29.123,30	11.472,62	44.061,99	154.249,80	84.689,82
Std. Deviasi	17.087,64	11.772,55	30.862,25	68.272,42	48.139,82
Minimal	0	0	0	62.339	3.200
Maksimal	165.000	97.300	34.3100	427.715	470.400

Tabel 2. Distribusi frekuensi biaya kamar, jasa medis, penunjang medis, obat dan biaya total pasien *typhoid fever* periode Januari 1996-Juni 1999 di RSSA Malang

	KAMAR	JASAMED	PNJ.MED	OBAT	B.TOTAL
n	242	242	242	30	242
Rerata	37.690,08	13.115,29	50.090,29	113.172,40	101.455,17
Std. Deviasi	44.604,61	19.072,63	50.216,81	63.263,52	89.871,04
Minimal	2.500	700	0	0	3.200
Maksimal	560.000	245.000	538.100	222.644	935.450

cara mencari distribusi biaya total sesuai batasan LOS yang telah ditentukan di atas. Dengan demikian dapat dihitung biaya *DRG* tanpa obat.

Biaya *DRG* dengan obat merupakan penjumlahan dari biaya *DRG* tanpa obat dengan *95% confidence interval* rerata biaya obat. Dengan demikian diperoleh biaya tagihan total model *DRG*.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada pasien DHF dan *typhoid fever*, biaya yang paling bervariasi adalah jasa medis. Rerata biaya obat lebih besar daripada rerata biaya total,

Untuk menyusun *DRG*, pertama-tama dicari batasan LOS dari distribusi frekuensi LOS, kemudian ditentukan besarnya dengan menggunakan *95% confidence interval*. Didapatkan LOS 6 hari untuk pasien DHF. Pada pasien *typhoid fever* tanpa *co-morbidity* didapatkan LOS 8 hari dan 11 hari untuk *typhoid fever* dengan *co-morbidity*.

Penentuan besarnya biaya tagihan (*DRG* tanpa obat) dilakukan dengan mencari distribusi biaya total pada masing-masing batasan LOS. Kemudian dilakukan penentuan jumlah tagihan dengan

menggunakan *95% confidence interval*. Dalam penelitian ini didapatkan tagihan (tanpa obat) sebesar Rp 90.000,- untuk DHF dan pada *typhoid fever* tanpa *co-morbidity* sebesar Rp 111.000,- dan Rp 163.000,- pada *typhoid fever* dengan *co-morbidity*.

Metode yang sama digunakan untuk menghitung besar tagihan obat. Tagihan obat DHF sebesar Rp 201.500,- *typhoid fever* tanpa *co-morbidity* sebesar Rp 152.500,- dan Rp 241.000,- untuk *typhoid fever* dengan *co-morbidity*. Selanjutnya untuk menyusun *DRG* total, dilakukan dengan menjumlah *DRG* tanpa obat dengan tagihan obat. Perbandingan rerata pembayaran pasien DHF dengan menggunakan *DRG* (tanpa obat) mempunyai nilai lebih tinggi daripada pembayaran sebelumnya. Demikian juga pada pasien *typhoid fever*, perbandingan rerata pembayaran dengan *DRG* mempunyai nilai lebih tinggi daripada pembayaran sebelumnya.

Tabel 3. Jumlah total tagihan model *DRG* dengan pembayaran sebelumnya pada diagnosis DHF dan *typhoid fever* periode Januari 1996 - Juni 1999 di RSSA Malang

	BIASA	DRG
DHF dengan atau tanpa <i>co-morbidity</i>	37.432.900	39.780.000
<i>Typhoid fever</i> tanpa <i>co-morbidity</i>	19.057.750	22.311.000
<i>Typhoid fever</i> dengan <i>co-morbidity</i>	5.494.400	6.683.000

Penelitian ini menunjukkan bahwa pembayaran dengan model *DRG* memberikan nilai yang lebih besar daripada pembayaran sebelumnya, artinya akan dapat memberikan keuntungan lebih besar bagi rumah sakit (Tabel 3). Namun demikian kenyataan yang ada menunjukkan bahwa masih sangat jarang atau bahkan belum ada rumah sakit di Indonesia yang menerapkan sistem tagihan dengan model *DRG*.

Penerapan sistem tagihan model *DRG*, akan membuat pihak penyelenggara pelayanan kesehatan menerima besarnya biaya (tagihan) tanpa mempedulikan besarnya biaya riil (*real cost*) yang dikeluarkan oleh penyelenggara pelayanan^{2,5,8}. Rumah sakit masih khawatir biaya riil yang dikeluarkan lebih tinggi, akibat rendahnya *compli-*

ance dokter pada standar diagnosis dan terapi yang telah ditentukan. Besarnya variasi biaya kamar, jasa medis, penunjang medis dan obat memberikan indikasi belum diterapkannya secara utuh standar diagnosis dan terapi oleh dokter.

Pihak dokter yang merawat pasien juga merasa kebebasan profesional medisnya akan semakin berkurang dalam melakukan pemeriksaan dan memberikan terapi. Para dokter tidak bisa lagi meresepkan obat yang tidak sesuai dengan formularium di rumah sakit⁹.

Penerapan sistem tagihan dengan model *DRG* seharusnya justru memacu pihak rumah sakit dan dokter untuk semakin meningkatkan kualitasnya. Rumah sakit harus semakin meningkatkan efisiensi dan mutu pelayanannya. Pihak dokter juga harus meningkatkan kualitasnya baik dalam pemeriksaan maupun terapi. Sebagaimana dikatakan Nash bahwa *DRG* dapat membantu dokter untuk meningkatkan kualitas⁶.

Pada sisi lain, pihak rumah sakit harus mempunyai komitmen untuk melakukan audit, baik audit medik maupun audit keperawatan secara berkala. Hal ini dibutuhkan untuk membuktikan bahwa suatu diagnosis (dan yang terkait) telah sesuai dengan standar prosedur pelayanan yang ditetapkan, sehingga berhak untuk dibayar².

Sebagai pembayar, pasien atau asuransi juga mendapatkan keuntungan oleh karena adanya kepastian dalam biaya pelayanan kesehatannya. Asuransi ingin memperoleh kepastian-kepastian dan hitungan-hitungan matematis⁹. Tiap penyakit/kelompok penyakit sudah mempunyai tarif yang pasti. Oleh karenanya, setelah diagnosis ditetapkan, maka pihak pembayar sudah dapat mengetahui berapa biaya yang harus dikeluarkan. Dengan

demikian biaya pelayanan kesehatan dapat lebih dikendalikan.

KESIMPULAN DAN SARAN

1. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa biaya yang paling tinggi adalah biaya obat, lebih besar daripada biaya total. Biaya jasa medis dan biaya kamar sangat bervariasi, baik pada pasien DHF maupun *typhoid fever*. Dengan menggunakan data pada sistem informasi keuangan dapat disusun *DRG* sebagai pola pembayaran alternatif.
2. Rumah Sakit Dr. Syaiful Anwar diharapkan dapat meningkatkan kualitas data dan meningkatkan upaya untuk menurunkan variasi obat.
3. Untuk pengembangan selanjutnya, dapat disusun *DRG* yang berbasis *unit cost*.

KEPUSTAKAAN

1. Edwards, N., Honemann, D., Burley, D. and Navarro, M., Refinement of the Medicare Diagnosis-Related Groups to Incorporate a Measure of Severity, *Health Care Financing Review*, 1994, 16 (2): 45-63.
2. Sulastomo. Asuransi Kesehatan dan Managed Care. PT.(PERSERO) Asuransi Kesehatan Indonesia, Jakarta, 1997.
3. Kelompok Studi WHO. Evaluasi Perubahan-Perubahan Mutakhir Dalam Pembiayaan Pelayanan Kesehatan, Magister Manajemen Rumah Sakit Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 1993.
4. Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRGs), Acute and Coordinate Care Branch-Casemix Site, <http://www.health.gov.au/casemix>.
5. Azwar, A., Arah Kebijakan Nasional Asuransi Kesehatan Indonesia, Makalah Simposium Nasional Asuransi Kesehatan, Jakarta, 1998.
6. Nash, D. B. The Physician's Guide to Managed Care, Aspen Publishers, Inc., Maryland, 1994.
7. Rogers, W. H., Draper, D., Kahn, K. L., Keeler, E. B., Rubenstein, L. V., Kosecoff, J., Brook, R. H., Quality of Care Before and After Implementation of the DRG-Based Prospective Payment System, *JAMA*, 1990; 264 (15): 1989-1994.
8. DeMuro, P. R., The Financial Manager's Guide to Managed Care & Integrated Delivery System, Profesional Publishing, Chicago, 1995.
9. Riyarto, S. Trend Ilmu Manajemen Kesehatan: Kembali ke Scientific Management Theory dari Taylor, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 1999; 02 (02): 55-56.