

ANALISIS TARIF PELAYANAN POLI PENYAKIT DALAM DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DALAM ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

*ANALYSIS OF INTERNAL DISEASES POLY SERVICE TARIFF DURING
THE ERA OF THE NATIONAL HEALTH INSURANCE IN A DISTRICT HOSPITAL*

Sri Wusono^{1*}, Julita Hendrartini², Dwi Handono Sulisty²

¹Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat

²Departemen Kebijakan dan Manajemen Kesehatan

Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan
Universitas Gadjah Mada

ABSTRACT

Background: The Hospital as an advanced health facility has an essential role in implementing the National Health Insurance (JKN). Reimbursement mechanism of health services using INA-CBGs package tariff, which the objectives for controlling healthcare costs and improving service standards. However, this has not been implemented well. Therefore INA-CBGs has a disadvantage potential to Hospital.

Objective: To determine the difference between Hospital tariff and INA-CBGs for JKN patients.

Methods: This study was descriptive with a qualitative approach and case study design. Review documents and in-depth interviews with Hospital structural and functional management were used for data collection. Data analyzed used descriptive analysis for secondary data and qualitative analysis to explore hospital policies and strategies to the tariff difference to deepen this study result. The research was conducted from April to June 2018.

Results: Healthcare cost of JKN patients in Internal Disease Poly has negative difference during January–June 2017 with an average of 20,3%. The main factor causing the difference was pharmaceutical 63%. This tariff difference occurred due to several factors such as related with the most morbidity diseases: 61,7% chronic diseases, policies implemented for capacity building of human resources in JKN patient services, improvement of a referral program for stable patients, cross-subsidizing of other income and government, specific strategies in JKN services that listed in the strategic plan. Furthermore, for service output was planned to reach hospital accreditation and conduct excellent heart disease service.

Conclusion: Healthcare cost in Internal Disease Poly had deficit due to hefty deviation tariff between hospital tariff and INA-CBGs. However, potential losses could be anticipated with policies and strategies that support cost control and improve service standards.

Keywords: hospital policy and strategy, national health insurance, tariff analysis

ABSTRAK

Later Belakang: Rumah Sakit sebagai fasilitas tingkat lanjut memiliki peran penting dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Biaya pelayanan kesehatan berdasarkan tarif paket INA-CBGs untuk mengendalikan biaya pelayanan kesehatan dan meningkatkan standar pelayanan. Namun, hal ini belum terwujud dan tarif INA-CBGs berpotensi menimbulkan kerugian rumah sakit.

Tujuan: Mengeksplorasi penyebab selisih tarif rumah sakit dan tarif INACBGs pelayanan pasien JKN.

Metode: Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan kualitatif menggunakan rancangan studi kasus. Data dikumpulkan secara dokumentasi (telaah dokumen) dan wawancara mendalam dengan manajemen baik struktural maupun fungsional. Analisa data dengan analisis deskriptif pada data sekunder dan kualitatif mengeksplorasi kebijakan dan strategi rumah sakit terhadap selisih tarif untuk memperdalam makna dari penelitian. Penelitian dilakukan pada Bulan April–Juni tahun 2018.

Hasil: Biaya pelayanan pasien JKN di Poli Penyakit Dalam berdasarkan pada tarif rumah sakit atau perda dengan tarif paket INA-CBGs mengalami selisih negatif pada bulan Januari–Juni 2017 dengan selisih tarif rata-rata 20,3%. Faktor biaya yang paling banyak menyebabkan selisih adalah farmasi sebesar 53,7%. Hal ini terkait dengan keadaan morbiditas penyakit terbanyak adalah penyakit kronis sebesar 61,7%, kebijakan yang diterapkan untuk peningkatan kapasitas SDM dalam pelayanan pasien JKN, peningkatan program rujuk balik bagi pasien yang sudah stabil, menerapkan subsidi silang dari pendapatan lain maupun pemerintah, belum ada strategi khusus dalam pelayanan JKN yang tercantum pada Renstra, proses klaim dan output pelayanan berencana mewujudkan akreditasi dan pelayanan unggulan hanya pada penyakit jantung.

Kesimpulan: Biaya pelayanan pasien JKN di Poli dalam Bulan Januari–Juni 2017 berdasarkan tarif RS dengan tarif paket INACBGs terjadi selisih negatif karena total biaya pelayanan berdasarkan tarif RS lebih besar dari total tarif Paket INA-CBGs. Namun, potensi kerugian dapat diantisipasi dengan kebijakan dan strategi yang mendukung pengendalian biaya serta meningkatkan standar pelayanan.

Kata Kunci: analisis tarif, kebijakan dan strategi rumah sakit, jaminan kesehatan nasional

*Penulis Korespondensi. Email: luqyboy2@yahoo.co.id

PENDAHULUAN

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan salah satu implementasi upaya pemerintah untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Penyelenggaraan JKN yang komprehensif memerlukan keseimbangan antara sisi *demand* dan *supply* dengan mempersiapkan fasilitas kesehatan dan sistem rujukan.¹ Rumah Sakit sebagai fasilitas rujukan tingkat lanjut memiliki peran penting dalam implementasi program JKN. Selain itu, kemudahan akses, kenyamanan, pelayanan yang menyenangkan dan kecanggihan alat berperan dalam memenuhi kebutuhan kesehatan, masyarakat. Hal ini berdampak pada tingginya biaya kesehatan yang harus ditanggung.² Salah satu penyebabnya adalah metode pembayaran rumah sakit.

Selama ini rumah sakit menggunakan metode pembayaran *fee for service* yaitu, pembayaran ditentukan setelah pelayanan kesehatan diberikan. Hal ini berpotensi menimbulkan tingginya biaya layanan kesehatan karena *over treatment* (pemeriksaan yang berlebihan), *over prescription* (peresepan obat yang berlebihan), serta *over utility* (penggunaan alat pemeriksa yang berlebihan).³ Metode pembayaran tersebut dapat menimbulkan citra buruk sebagai rumah sakit dengan biaya tinggi menyebabkan masyarakat tidak dapat mengakses dan beralih ke rumah sakit lain.

Sedangkan, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan melakukan pembayaran berdasarkan tarif *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBGs) yaitu sistem pembayaran berdasarkan diagnosa. Sistem pembayaran INA-CBGs membuat rumah sakit maupun pembayar tidak lagi merinci tagihan berdasarkan detail pelayanan yang diberikan. Namun, hanya dengan menyampaikan diagnosis pasien dan kode *Disease Related Group* (DRG) dan biaya tersebut telah disepakati bersama antara *provider* atau asuransi atau ditetapkan oleh pemerintah sebelumnya.⁴ Sistem pembayaran INA-CBGs diharapkan tidak merugikan rumah sakit karena sebagian besar tarifnya di atas standar.⁵

Sistem pembayaran INA-CBGs mengharuskan rumah sakit dapat menyediakan pelayanan yang efisien, tepat, dan tidak melakukan *over treatment*, *over prescription*, serta *over utility*. Apabila biaya pelayanan yang dilakukan lebih tinggi dari biaya tarif INA-CBGs, maka akan terjadi defisit. Hal ini akan mengurangi tingkat pendapatan rumah sakit. Perkembangan implementasi program JKN dalam hal pembiayaan memiliki varian berbeda, artinya terdapat rumah sakit yang mengalami untung dan sebaliknya. Hal ini sangat tergantung pada efisiensi rumah sakit karena tarif paket INA-CBGs sudah standar. Sehingga, rumah

sakit perlu mempunyai kemampuan untuk mengendalikan pembiayaan pelayanan dan informasi tentang kecukupan biaya paket INA-CBGs.⁶ Pembiayaan kesehatan bertujuan untuk memastikan adanya sumber pendanaan, serta menentukan insentif finansial yang akan diberikan kepada penyelenggara kesehatan dalam rangka memberikan akses kesehatan individu dan kesehatan masyarakat yang memadai.⁷

Menurut Surat keputusan Menteri Keuangan Nomor 60/MK. 011/1987, pengertian tarif adalah sebagian atau seluruh biaya penyelenggaraan kegiatan pelayanan medik dan non medik yang dibebankan kepada masyarakat atas imbalan jasa yang diterima.⁸ Tarif pelayanan kesehatan di rumah sakit identik dengan struktur harga produk atau jasa lainnya. Karakteristik pelayanan kesehatan memiliki keunikan sifat pelayanan sendiri, yaitu ketidakpastian dan *asymetric of information* menyebabkan sulit untuk mengukur fungsi *supply* dan *demand*.

Selain fungsi ekonomi, rumah sakit memiliki fungsi sosial. Sehingga tarif rumah sakit dirancang sesuai dengan kebutuhan. Pembuatan tarif rumah sakit harus memenuhi rasa keadilan, gotong royong mengutamakan kepentingan masyarakat, dan tidak mencari keuntungan. Sistem INA-CBGs merupakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan atau prosedur yang menjadi output pelayanan, berbasis pada data costing dan coding penyakit berdasarkan *International Classification of Diseases* (ICD) yang disusun WHO sesuai dengan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-Clinical Modifications untuk tindakan atau prosedur.¹⁰

Rumah Sakit Umum Daerah Jaraga Sasameh adalah satu-satunya rumah sakit di Kabupaten Barito Selatan, Provinsi Kalimantan Tengah yang telah melaksanakan program JKN pada tanggal 1 Januari 2014. Jumlah kunjungan peserta JKN mengalami peningkatan setiap tahun. Pasien BPJS pada tahun 2016 dan 2017 sudah melebihi kunjungan pasien umum.³ Pembiayaan klaim INA-CBGs periode bulan Januari sampai dengan Juni 2017 di poli rawat jalan menggambarkan terjadinya selisih negatif terbanyak dari seluruh poli sebesar 89%. Rata-rata selisih negatif yang terjadi pada Januari hingga Juni 2017 sebesar 20,3 %.

Permasalahan selisih negatif ini perlu segera dievaluasi dan diatasi oleh pihak manajemen rumah sakit. Berdasarkan hal ini, perlu dilakukan analisis mengenai biaya pelayanan rawat jalan tingkat lanjut berdasarkan tarif rumah sakit dengan tarif paket INA-CBG, khususnya di Poli Penyakit Dalam serta pasien JKN terbanyak di tahun 2017. Selain itu, perlu diketahui bagaimana biaya pelayanan dapat terjadi selisih negatif dan mengapa dapat terjadi pada tarif paket

yang sudah terstandar.

METODE

Jenis penelitian ini adalah deskriptif kualitatif dengan rancangan studi kasus yang mengamati program, peristiwa, aktivitas sekelompok individu secara naratif atau fenomenologi. Pendekatan kualitatif yang dilakukan dengan menggunakan wawancara mendalam (*indepth interview*) untuk mengetahui kebijakan manajemen dan strategi mengatasi selisih tarif rumah sakit dengan tarif INA- CBGs. Unit analisis penelitian ini adalah biaya pelayanan pasien JKN di Poli Penyakit Dalam RSUD Jaraga Sasameh Kabupaten Barito Selatan Kalimantan Tengah. Subjek Penelitian ini dipilih dengan *purposive sampling* terdiri dari Direktur, Kabid Penunjang, Kabid Medik, Kasie Keuangan, Ketua Komite Medik Dokter Penanggung jawab di Poli Penyakit Dalam, dan Kepala Instalasi Farmasi. Objek penelitian adalah data sekunder yang bersumber dari laporan klaim INA- CBGs, rekam medik, data rekapan kasir pada pasien yang sudah terklaim di Poli Penyakit Dalam pada Bulan Januari–Juni 2017.

Variabel penelitian ini meliputi selisih tarif, biaya obat, biaya konsultasi, biaya administrasi, biaya tindakan medik, biaya pemeriksaan penunjang, kebijakan dan strategi rumah sakit. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelusuran dokumen (data sekunder) berupa data laporan klaim yang sudah terverifikasi oleh BPJS, data rekapan kasir, data di rekam medik dan *billing system*. Sedangkan, proses observasi menggunakan *form check list* dan buku catatan untuk mencatat hasil pengamatan.

Data primer diambil dengan teknik wawancara mendalam (*indepth interview*) untuk mengetahui kebijakan dan strategi manajemen terhadap permasalahan

biaya pelayanan pasien Jaminan Kesehatan Nasional di Poli Penyakit Dalam. Analisa data menggunakan analisis deskriptif pada data sekunder rekapitulasi di *entry Microsoft excel* untuk mencari selisih tarif INA-CBGs dengan tarif rumah sakit. Selanjutnya, peneliti melakukan analisis deskriptif menggunakan alat bantu piranti lunak untuk menjelaskan karakteristik variabel nilai besaran, mean, jenis dan proporsi biaya kemudian intepretasi dalam bentuk tabel dan dinarasikan.¹¹ Sedangkan, analisis data kualitatif dilakukan dengan mereduksi data, mengkategorikan data, memvalidasi data dan menafsirkan kategori untuk menjawab pertanyaan penelitian.

HASIL

Selisih Tarif Rumah Sakit Dengan Tarif INA-CBGS Pelayanan JKN di Poli Penyakit Dalam RSUD Jaraga Sasameh

Implementasi tarif INA-CBGs pada RSUD Jaraga Sasameh sejak 1 Januari 2015 di pelayanan di rawat jalan sering kali selisih negatif. Kemungkinan terjadi karena beberapa faktor, diantaranya: 1) manajerial rumah sakit belum merespons maksimal sistem pembayaran prospektif yang diterapkan oleh pemerintah; 2) tarif INA- CBGs tidak menggambarkan *real cost* rumah sakit pelayanan rujukan tinggi dengan diagnosis dan tindakan medik. Berikut ini merupakan rekap realisasi biaya pelayanan Bulan Januari-Juni 2017.

Berdasarkan (Tabel 1), diketahui bahwa dari Bulan Januari sampai Juni 2017 terjadi selisih negatif yaitu biaya pelayanan pasien JKN lebih besar dari biaya paket tarif INA-CBGs rata – rata selisih sebesar 20,3%.

Tabel 1. Rekap komposisi biaya klaim pasien rawat jalan JKN Poli Penyakit dalam Bulan Januari-Juni 2017

No.	Bulan	N	Total biaya riil (Rp)	Total tarif paket INACBGs(Rp)	Selisih (+/-) Rp	%
1	Jan	642	Rp 144, 465, 457	Rp 120, 126, 100	Rp (24, 339, 357)	20,3%
2	Feb	579	Rp 133, 985, 405	Rp 110, 229, 900	Rp (23, 755, 505)	21,6%
3	Mar	642	Rp 141, 274, 691	Rp 120, 373, 300	Rp (20, 901, 391)	17,4%
4	April	635	Rp 129, 789, 465	Rp 120, 820, 900	Rp (8, 968, 565)	7,4%
5	Mei	539	Rp 129, 903, 602	Rp 102, 690, 700	Rp (27, 212, 902)	26,5%
6	Juni	465	Rp 117, 599, 588	Rp 88, 090, 500	Rp (29, 509, 088)	33,5%
7	Total	3502	Rp 797, 018, 208	Rp 662, 331, 400	Rp (134, 686, 808)	20,3%

Faktor Biaya Paling Besar Menyebabkan Selisih Negatif Pelayanan JKN di Poli Penyakit Dalam RSUD Jaraga Sasameh

Faktor biaya yang paling besar menyebabkan

selisih negatif pelayanan JKN di Poli Penyakit Dalam RSUD Jaraga Sasameh adalah biaya farmasi yang mencapai 53,5% dari total biaya yang harus ditanggung oleh pihak rumah sakit (Tabel 2):

Tabel 2. Distribusi proporsi komponen biaya pelayanan pasien JKN

No	Komponen	Biaya	Presentase	Total tarif paket INACBGs(Rp)	Selisih (+/-)Rp	%
1	Konsultasi	Rp 82.700.500	11,3%	Rp 120, 126, 100	Rp (24, 339, 357)	20,3%
2	Farmasi	Rp 428. 522.464	53,7%	Rp 110, 229, 900	Rp (23, 755, 505)	21,6%
3	Tindakan Medik	Rp 84.710.744	8,9%	Rp 120, 373, 300	Rp (20, 901, 391)	17,4%
4	Pemeriksaan Penunjang	Rp 104.052.100	13,70%	Rp 120, 820, 900	Rp (8, 968, 565)	7,4%
5	Administrasi	Rp 99.032.400	12,40%	Rp 102, 690, 700	Rp (27, 212, 902)	26,5%
6	Total	Rp 797, 018, 208	100%	Rp 88, 090, 500	Rp (29, 509, 088)	33,5%

Berdasarkan (Tabel 2), faktor biaya yang paling besar menyebabkan selisih negatif Pelayanan JKN di Poli Penyakit Dalam RSUD Jaraga Sasameh adalah biaya farmasi yang mencapai 53,7% dari total biaya yang harus ditanggung oleh pihak rumah sakit. Biaya obat menyebabkan biaya pelayanan tinggi adalah anti diabetes, hipertensi dengan komplikasi. Hal ini didukung dengan hasil wawancara:

" semenjak adanya JKN sejak Januari 2014 kebutuhan obat meningkat pesat terutama beberapa kasus penyakit kronis seperti hipertensi dan DM. Obat tersebut selalu habis sebelum jatuh tempo pengadaan, rumah sakit sering dibanjiri komplain dari masyarakat terkait biaya pelayanan obat padahal semua obat sudah disediakan di apotek rumah sakit, pengecualian obat penyakit kronis berdasarkan PKS pengobatan penyakit kronis berkewajiban memberi selama 7 hari dan sisanya oleh apotek mitra..."
(R2)

Kebijakan Manajemen Pengelolaan Biaya Pelayanan JKN di Poli Dalam RSUD Jaraga Sasameh

Pelaksanaan JKN di RSUD Jaraga Sasameh Buntok memiliki beberapa permasalahan, khususnya keuangan. Berdasarkan temuan lapangan, terjadi selisih negatif biaya pelayanan berdasarkan tarif rumah sakit dengan pembayaran tarif paket INA-CBGs, khususnya pada poli penyakit dalam. Hasil wawancara juga menyatakan hal yang sama:

"...jangka pendeknya untuk membuat biaya pelayanan menjadi stabil dengan subsidi silang hasil rawat inap. Jangka panjang terkait dengan pembayaran BPJS adalah akan diusahakan menerapkan pedoman clinical pathway agar efektif pelayanan dan tetap terstandar, penggunaan obat fornas, untuk melancarkan dan ketepatan klaim

adalah pelatihan coding terupdate, penerapan bridging system pengentryan pasien JKN. Artinya SIM RS dan aplikasi BPJS sudah tertintgrasi sehingga klaim akan tepat waktu, transparan dan memudahkan evaluasi proses klaim untuk verifikasi lebih cepat."
(R1)

Strategi Rumah Sakit Pada Pelayanan Peserta JKN

Gambaran strategi Rumah Sakit dalam mengatasi selisih tarif pelayanan JKN di Poli Dalam RSUD Jaraga Sasameh dalam beberapa kegiatan, yaitu:

- 1) Pengelolaan dokter dalam pengendalian biaya dan meminimalkan selisih penerimaan. Kontrol perilaku dokter pada pasien BPJS dapat dilakukan dengan penyediaan *clinical pathway* dan mekanisme pembagian jasa medis, misalnya proporsi jasa diberikan sesuai dengan besarnya kegiatan pelayanan yang diterima pasien;
- 2) Pengelolaan farmasi dengan meningkatkan komitmen untuk berpedoman pada formularium nasional;
- 3) Pengawasan dengan membentuk tim kendali mutu dan biaya agar setiap proses pelayanan terukur dan berdasarkan regulasi yang ditetapkan;
- 4) Melakukan *bridging* sistem informasi, yaitu program SIM-RS dengan INA-CBGs. Sehingga, rumah sakit dapat menghasilkan informasi untuk mengevaluasi setiap komponen tagihan pasien yang dinilai berpotensi dalam menimbulkan selisih bagi penerimaan rumah sakit;
- 5) Memperkuat bagian rekam medis dan *billing* dengan memberikan insentif untuk meningkatkan memotivasi koder untuk lebih memperhatikan ketepatan kodefikasi. Selama ini peran toder hanya terbatas pada pengkodean diagnosa keluar pasien untuk kepentingan pelaporan. Sedangkan, pada pembayaran dengan tarif INA-CBGs, kodefikasi sangat penting. Selain itu, rumah sakit perlu menambah jumlah

koder karena jumlah koder masih kurang;

- 6) Mengidentifikasi pelayanan pasar sebagai strategi untuk melihat potensi subsidi silang dan mengembangkan pelayanan unggulan rumah sakit atau menciptakan jenis pelayanan baru yang dibutuhkan oleh masyarakat.

PEMBAHASAN

Selisih Tarif Pelayanan Pasien JKN di Poli Penyakit Dalam

Implementasi pelayanan pasien JKN di Poli Penyakit Dalam di RSUD Jaraga Sasameh Bulan Januari–Juni terjadi selisih sebesar 89% dari total defisit pelayanan rawat jalan. Sehingga, kondisi ini dapat diartikan bahwa biaya sesungguhnya menyimpang lebih besar dari biaya standar yang telah ditetapkan.¹² Pengendalian pelayanan kesehatan dapat dilakukan dengan mengintervensi input sumber daya. Misalnya, pasien dengan diagnosis Diabetes Miletus telah diberi pengobatan yang mengarah pada diagnosis tersebut. Sehingga, pelayanan lebih tepat sasaran dan efisien.

Namun, kondisi medis pasien tidak selalu sesuai dengan biaya yang sudah ditetapkan karena kebutuhan medis pasien bisa melebar, seperti kasus infeksi nosokomial menambah perawatan dan obat.¹³ Selanjutnya, besaran tarif INA-CBGs dipengaruhi beberapa faktor:

- 1) Kode *Diagnostic Related Group* (DRG) yang menjelaskan diagnosis utama dan sekunder, misalnya lebih tinggi tarif kode penyakit kronis dibandingkan penyakit akut;
- 2) Regional, misalnya terdapat perbedaan tarif di Jakarta dengan Kalimantan¹⁴;
- 3) Penetapan tarif pelayanan rumah sakit, misalnya ketika biaya satuan dimanfaatkan untuk menilai skala ekonomi produk yang dihasilkan, analisis penetapan tarif berdampak pada tingkat utilisasi pelayanan, di mana semakin tinggi manfaat pelayanan maka semakin tinggi penggunaan sumber daya rumah sakit.⁸

Selisih tarif menyebabkan terjadinya defisit di rumah sakit. Sehingga, rumah sakit perlu membuat pedoman pelayanan dan memperkuat komitmen *stakeholder* untuk memastikan ketepatan administrasi, pemeriksaan penunjang, penggunaan obat, tindakan medik, dan pemeriksaan lain pada setiap pasien yang berobat.

RSUD Jaraga Sasameh membuka layanan spesialisasi jantung karena peningkatan kasus penyakit di masyarakat. Layanan spesialisasi juga bertujuan meningkatkan produktivitas pelayanan yang bervariasi

dan meningkatkan pendapatan. Pada era JKN, rumah sakit perlu melakukan strategi kebijakan yang berpengaruh terhadap pendapatan. Salah satu strateginya adalah membentuk *casemix* pada struktur organisasi yang bertanggung jawab untuk *monitoring* evaluasi penggunaan sumber daya dalam pelayanan pasien BPJS, komunikasi, koordinasi, sosialisasi peraturan BPJS dengan tolak ukur berkurangnya klaim pending, proses koding, verifikasi internal tepat waktu, kelengkapan rekam rekam medis, resume medis, *gap coding* dan *costing*.

Faktor Yang Paling Besar Menyebabkan Terjadinya Selisih Negatif

Biaya yang paling banyak dikeluarkan pelayanan pasien JKN adalah biaya obat karena kebutuhan obat meningkat. Rumah sakit memerlukan upaya manajerial farmasi untuk menghemat biaya obat dengan tetap memberikan pelayanan sesuai dengan indikator medis dan formularium nasional. Menurut Mendrofa, rekomendasi obat berdasarkan pada jumlah, substitusi generik bila obat tidak ada, obat paten harus mendapat persetujuan Ketua Komite Medik atau Direktur Rumah Sakit.¹⁵

Kebijakan Rumah Sakit

Kebijakan yang sudah diterapkan di Rumah Sakit adalah pelatihan petugas medis dan non medis dalam pelayanan JKN dan BPJS center sebagai sarana compliance masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Sehingga, manajemen dapat menangani dengan cepat. Rumah sakit memiliki rencana dalam menghubungkan sarana IT, khususnya pada data pasien pulang yang akan secara otomatis dimasukkan oleh petugas dari unit pelayanan masing-masing. Selain itu, rumah sakit membentuk struktur pengendali BPJS melibatkan manajemen dan kepanitiaan yang terdiri dari: tenaga dokter sebagai kordinator medis, ketua komite medik, tim kendali mutu dan biaya, keuangan, kader, administrator dan beberapa tenaga umum lain. Sumber daya manusia dan sumber daya finansial memiliki peranan fundamental dalam pelayanan.¹⁶ Rumah sakit harus memiliki formula *good klinis* dan *good managerial* dalam menjalankan manajemen pelayanan pasien JKN.¹⁷

Strategi Rumah Sakit

RSUD Jaraga Sasameh tidak ada persiapan dalamantisipasi lonjakan pasien. Namun, defisit pendapatan unit rawat jalan tidak membuat manajemen kuatir karena beranggapan kekurangan dapat disubsidi dari pendapatan rawat inap. Berdasarkan aspek manajerial, apabila biaya pelayanan semakin meningkat akan berdampak pada pengurangan pendapatan karena

cadangan dana digunakan untuk menambah biaya produksi. Hal tersebut berpotensi menyebabkan kerugian rumah sakit. Oleh karena itu, rumah sakit perlu meminimalkan penggunaan sumber daya, mengurangi harga dalam membayar sumber daya, mengubah jenis output yang dihasilkan layanan yang bervariasi dan jenis pelayanan.¹⁸

KESIMPULAN

Implementasi pelayanan pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada rawat jalan di Poli Penyakit Dalam Bulan Januari sampai dengan Juni tahun 2017 mengalami peningkatan kunjungan pasien sebesar 59%. Biaya pelayanan berdasarkan tarif rumah sakit lebih besar dari tarif paket INACBGs terjadi selisih tarif negatif yaitu mengalami defisit 89 % dengan rata-rata tiap bulan potensi kerugian 20,3 %. Faktor biaya terbesar yang menyebabkan defisit Pelayanan JKN di Poli Penyakit Dalam RSUD Jaraga Sasameh adalah biaya farmasi yang mencapai 53,7%. Hal ini disebabkan penyakit kronis yang melonjak sebesar 61,7%.

Jenis obat yang digunakan dengan harga tinggi adalah anti diabetes miietus, anti hipertensi dengan komplikasi, dan sebagainya. Kebijakan Rumah Sakit dalam pengelolaan biaya pelayanan pasien JKN di Poli Penyakit Dalam masih menjadi prioritas, khususnya pada proses klaim. Belum terdapat kebijakan khusus dari rumah sakit yang berorientasi pada peningkatan produktivitas dan efisiensi sumber daya. Hal ini bertujuan untuk mencapai kesinambungan program, integrasi pemahaman komitmen para *stakeholder*, *monitoring* evaluasi, koordinasi pelayanan Program JKN.

Strategi rumah sakit yang akan diterapkan terhadap selisih negatif adalah mekanisme subsidi silang dari pendapatan klaim rawat inap yang surplus atau pendapatan lain. Sehingga, rumah sakit perlu melakukan subsidi silang, peningkatan program rujuk balik pada penyakit kronis, peningkatan kualitas klaim baik dari sumber daya manusia dan sarana prasarana, penegakan *clinical pathway*, *system* remunerasi dalam pembagian jasa pelayanan, implementasi penggunaan obat formulairum nasional, dan membangun komitmen bersama integrasi aspek manajemen dan pelayanan.

REFERENSI

1. Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial. Jakarta: Presiden Republik Indonesia. 2011:40.

2. Handayani T, Nadjib M. Analisis Pembiayaan Kesehatan Daerah Bersumber Publik: Studi Kasus di Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2012, 2013 dan 2014. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia* 2017; 1(2):35-43.
3. BPJS. Fee for Service Vs INA-CBGs: Mana yang Lebih Menguntungkan? [2014]. Jakarta: BPJS, 2014 [Januari 2018]. Tersedia dari: https://www.kompasiana.com/infobpjskesihatan/fee-for-service-vs-ina-cbgs-mana-yg-lebih-menguntungkan_54f773dda3331114638b4584
4. Aulia S, Supriadi, Sari DK, Mutiha A. Cost recovery rate program jaminan kesehatan nasional BPJS kesehatan. *Akuntabilitas* 2015; 8(2):111-20. <https://doi.org/10.15408/akt.v8i2.2767>
5. Putri AE. Seri Buku Saku-4: Paham JKN-Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta: Friedrich-Ebert-Stiftung Kantor Perwakilan Indonesia. 2014.
6. Bausat N. Strategi RSUD Tenriawaru Kabupaten Bone menuju implementasi sistem pembayaran prospektif. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia* 2016; 1(2):97-107.
7. Mukti, A. Modul Pelatihan INA-CBGs untuk Rumah Sakit dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. Yogyakarta: PT. KHM; 2015.
8. Armen F, Azwar V. Dasar-Dasar Manajemen Keuangan rumah Sakit. Yogyakarta: Gosyen Publishing; 2013.
9. Kementerian Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan. 2016; 76.
10. Wa Ode DW, Karimuna SR, Munandar S. Studi Penerapan Sistem Pembayaran Layanan Kesehatan dengan Sistem Diagnosis Penyakit (Indonesia Case Based Groups / INA-CBGs) di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Bahteras Kota Kendari Tahun 2015. Kendari: (Doctoral dissertation, Haluoleo University).
11. Hastono S. Analisa Data pada Bidang Kesehatan. Jakarta: rajawali Pers, 2016.
12. Kementerian Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan, 2016; 76.
13. Adhikari SR, Supakankunti S. A cost benefit analysis of elimination of kala-azar in Indian subcontinent: an example of Nepal. *J Vector Borne Dis* 2010; 47(3):127-39.
14. Kementerian Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan. 2016; 52.
15. Mendrofa DE, Suryawati C. Analisis Pengelolaan Obat Pasien BPJS Di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia* 2016; 4(3):214-21.
16. Basuki EW, Herawati NR. Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional oleh BPJS Kesehatan di Kota Semarang. *Journal of Politic and Government Studies* 2016; 5(04):221-30.
17. Partakusuma LG. Evaluasi Tata Kelola Rumah Sakit Badan Layanan Umum pada 4 Rumah Sakit Vertikal Kelas A di Jawa dan Bali. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia* 2016; 1(1):32-41.
18. Sulistiadi W. Manajemen biaya pelayanan kesehatan gigi (Tinjauan Pustaka). *Jurnal Kedokteran Gigi Universitas Indonesia* 2000; 7(Edisi Khusus):353-60.