

Comparison Between Hospital Inpatient Cost and INA-CBGs Tariff of Inpatient Care in the National Health Insurance Scheme in Solo, Boyolali and Karanganyar Districts, Central Java

Indriyati Oktaviano Rahayuningrum¹⁾, Didik Tamtomo²⁾, Arief Suryono³⁾

¹⁾Faculty of Medicine, Muhammadiyah University, Surakarta

²⁾Faculty of Medicine, Sebelas Maret University, Surakarta

³⁾Faculty of Law, Sebelas Maret University, Surakarta

ABSTRACT

Background: Hospital has an important referral system role in the implementation on the National Health Insurance (NHI) Scheme. BPJS Kesehatan (NHI Implementing Agency) pays hospitals by Indonesian Case Based Groups (INA-CBGs) method. This payment method may potentially cause loss or profit to the hospital, when there is discrepancy between hospital inpatient cost and INA-CBGs tariff of inpatient care. This study aimed at investigating the discrepancy between hospital inpatient cost and INA-CBGs tariff of inpatient care and the determinants of hospital inpatient cost.

Subjects and Method: This was an analytic and observational study cross sectional approach. This study was conducted in 2 public hospitals and 2 private hospitals, from October to December 2016. A total sample of 100 inpatients was selected at random for this study. The dependent variables were hospital inpatient cost and INA-CBGs tariff. The independent variables included hospital type, inpatients class, disease severity, use of ICU, and length of stay. The data were analyzed by a multiple linear regression model.

Results: Average hospital inpatient cost (mean= Rp. 2,280,000; SD=1,690,000) was lower than average INA-CBGs (mean=Rp. 3,060,000). There were negative relationships between hospital type, inpatient class, disease severity, and hospital inpatient cost. Private hospital inpatient cost ($b=-5.66$; 95% CI= -1.20 to 0.06; $p= 0.078$) was lower than public hospital inpatient cost. Class 2 inpatient care ($b= -0.34$; 95% CI=-1.09 to 0.41, $p=0.371$), class 3 inpatient care ($b =-0.50$; 95% CI =-1.23 to 0.23, $p=0.177$), had lower hospital inpatient cost than class 1 inpatient care. Severe disease ($b=-0.12$; 95% CI= -1.95 to 1.71; $p= 0.894$) had lower hospital inpatient cost than mild disease, although it was not statistically significant. There were positive relationships between use of ICU, disease severity, length of stay, and hospital inpatient cost. Using ICU ($b= 1.58$; 95% CI= 0.76 to 2.4; $p= <0.001$) had higher hospital inpatient cost than not using ICU. Moderate disease severity ($b= 0.55$; 95% CI = -0.20 to 1.30; $p= 0.150$) had higher hospital inpatient cost than mild disease. Longer stay ($b= 0.27$; 95% CI= 0.08 to 0.45; $p= 0.005$) had higher hospital inpatient cost than shorter stay.

Conclusion: Average hospital inpatient cost was lower than average INA-CBGs tariff. Hospital type, use of ICU, and length of stay, are important determinants of hospital inpatient cost.

Keywords: hospital inpatient cost, INA-CBGs tariff, determinant

Correspondence:

Indriyati Oktaviano Rahayuningrum. Faculty of Medicine, Muhammadiyah University Surakarta.
Email: indriyatioktaviano@yahoo.com

LATAR BELAKANG

Menurut WHO (2010), rata-rata orang menghabiskan 5 hingga 10 % dari pendapatan mereka untuk pembiayaan pelayanan kesehatan, sedangkan orang yang paling

miskin dapat membelanjakan sepertiga pendapatannya. Bahkan WHO juga mensinyalir 100 juta orang dapat menjadi miskin akibat membiayai pelayanan kesehatannya, dan 150 juta orang menghadapi kesu-

litan untuk membayar pelayanan kesehatan. Belanja kesehatan seperti ini merupakan belanja kesehatan katastrofik karena melebihi kapasitas membayar (*capacity to pay*) rumah tangga (Thabrany, 2014). Di negara maju seperti Jerman dengan rata-rata *Gross Domestic Product* (GDP) sebesar 32,680 dolar amerika, pembiayaan kesehatan 10% menggunakan *out of pocket*. Sedangkan Indonesia menganggarkan sekitar 2.5% GDP untuk kesehatan, 70% menggunakan *out of pocket* (Kemenko Kesra RI, 2012). Dibandingkan dengan negara-negara lain seperti India, thailand, Vietnam, Brazil, Korea dan lain-lain, Indonesia masih menempati urutan terbawah dalam belanja kesehatan (Li dan Hilsenrath, 2016).

Untuk mengatasi hal itu, *World Health Assembly* (WHA) ke-58 tahun 2005 di Jenewa mendorong setiap negara mengembangkan *Universal Health Coverage* (UHC) atau cakupan kesehatan semesta bagi seluruh penduduknya. Maka pemerintah Indonesia melaksanakannya melalui program Jaminan Kesehatan atau Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Program JKN dimulai dengan diberlakukannya Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS) (Thabrany, 2014).

Asuransi kesehatan dalam UU SJSN dan UU BPJS memiliki prinsip kegotongroyongan yang merupakan karakter agung bangsa Indonesia, dimana dalam konsep barat hal ini disebut sebagai *social responsibility* atau merupakan tanggung jawab bersama (*share responsibility*) (Thabrany, 2014). Pada JKN, keterjangkauan akses pelayanan kesehatan salah satunya dengan pelayanan kesehatan yang berjenjang, puskesmas atau dokter praktek sebagai fasilitas pelayanan kesehatan primer, dan rumah

sakit (RS) sebagai fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan; sekunder atau tertier tergantung dari tipe RS tersebut (Ambarriani, 2014). Rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan merupakan salah satu komponen penting bagi penyedia dan pemberi pelayanan kesehatan pada pelaksanaan program JKN. Program JKN merupakan bagian dari kebijakan publik sebagai hasil dari *good will* Pemerintah. Keberhasilan program Pemerintah dalam JKN antara lain bergantung pada sejauh mana kebijakan ini terimplementasi di rumah sakit (Thabrany, 2014). Seperti pengalaman di Iran, bahwa sejak 1990 Iran telah berhasil mencapai cakupan pelayanan kesehatan semesta pada fasilitas pelayanan primer, namun hingga kini masih memiliki kendala pada fasilitas kesehatan tingkat lanjut (Bazyar dan Rashidian, 2016).

Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan, untuk pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta oleh fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan, BPJS Kesehatan melakukan pembayaran berdasarkan cara *Indonesian Case Based Groups* (INA CBGs). Maksud dari Tarif INA CBGs adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit. Pengelompokan diagnosis penyakit ini penting sesuai dengan paparan Cooper dan Craig (2015) yang menunjukkan adanya variasi pembiayaan kesehatan meskipun dengan diagnosis yang sama.

Namun penggunaan sistem INA CBGs ini dilihat belum efektif, hal tersebut diperoleh dari hasil penelitian yang menunjukkan kecenderungan besaran biaya INA CBGs lebih besar dibanding *Fee For Servi-*

ce terutama untuk kasus-kasus Non Bedah. Sebaliknya untuk kasus-kasus Bedah kecenderungan biaya INA CBGs jauh lebih rendah dibanding *Fee For Service* (Putra et al., 2014). Selain itu, Puspendari et al., (2015) menyatakan bahwa faktor – faktor yang berkaitan dengan pembiayaan pelayanan kesehatan diantaranya adalah: biaya obat, lama dirawat, penggunaan *Intensive Care Unit* (ICU), dan lokasi RS. Penelitian yang dilakukan oleh Ambarriani (2014) menunjukkan bahwa kelas perawatan dan tingkat keparahan juga berkaitan dengan pembiayaan pelayanan kesehatan dan biaya penyakit katastropik mencapai 32% dari total biaya pelayanan kesehatan. Penelitian yang dilakukan Yuniarti et al., (2015) menunjukkan bahwa terdapat selisih biaya terapi penyakit Diabetes mellitus pasien JKN antara tarif RS dan tarif INA CBGs yang berpotensi menimbulkan kerugian bagi rumah sakit.

Berdasar pemaparan di atas menunjukkan bahwa pembiayaan kesehatan merupakan masalah penting dan masih ada kontroversi dari berbagai penelitian tersebut. Maka penulis ingin lebih mengetahui dan tertarik untuk meneliti mengenai apakah tarif RS lebih tinggi dari tarif INA CBGs

dan apakah terdapat hubungan antara tarif RS dengan jenis RS, kelas perawatan, tingkat keparahan, penggunaan ICU dan lama perawatan.

SUBJEK DAN METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif menggunakan studi *analytic observational* dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian dilakukan di dua RS pemerintah dan dua rumah sakit swasta. Waktu penelitian dilakukan pada bulan Oktober-Desember 2016. Jumlah subjek penelitian sebanyak 100 subjek dengan teknik pengambilan sampel *consecutive sampling*. Teknik pengumpulan data dengan observasi pada catatan medis pasien yang telah diverifikasi oleh BPJS. Analisis data menggunakan analisis regresi linear ganda.

HASIL

1. Karakteristik Subjek Penelitian

Hasil penelitian terhadap distribusi frekuensi karakteristik subjek penelitian menunjukkan bahwa jumlah perempuan lebih tinggi dari laki-laki. Dan subjek penelitian terbanyak pada rentang usia 35-88 tahun. Dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik subjek penelitian berdasarkan jenis kelamin dan usia

Karakteristik	Subjek	
	n	%
Jenis kelamin		
Laki - laki	40	40.00
Perempuan	60	60.00
Usia		
0-20 tahun	11	11.00
21-35 tahun	25	25.00
35-88 tahun	64	64.00

2. Hasil analisis

a. Analisis Univariat

Deskripsi variabel secara univariat menjelaskan tentang gambaran umum masing-

masing variabel. Hasil deskripsi variabel dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 2 menunjukkan bahwa *mean* tarif INA CBGs lebih tinggi daripada *mean* tarif RS. Selisih tarif antara INA CBGs dan

RS adalah Rp 780,000. *Mean* lama perawatan 4.08 hari dengan lama perawatan

berkisar antara 1-14 hari.

Tabel 2. Deskripsi variabel penelitian

Variabel	n	Mean	SD	Minimum	Maksimum
Tarif INA CBGs (XRp.1.000.000)	100	3.06	1.46	1.20	7.35
Tarif RS (XRp.1.000.000)	100	2.28	1.69	0.47	10.87
Lama perawatan (Hari)	100	4.08	1.72	1	14
Selisih tarif (XRp.1.000.000)	100	0.78	1.58	-0.63	4.80

Pada analisis univariat, selain deskripsi tarif dan lama perawatan juga didapatkan deskripsi variabel kelas perawatan, tingkat keparahan dan penggunaan ICU seperti pada Tabel 3.

Tabel 3 menunjukkan bahwa dari 100 sampel didapatkan data sebagai berikut: kelas perawatan terbanyak adalah perawatan kelas 3 sebanyak 39 orang (39%), kelas 2 sebanyak 31 orang (31%) dan kelas 1 se-

banyak 30 orang (30%). Tingkat keparahan ringan menempati urutan terbanyak (77%), diikuti tingkat keparahan sedang (20%) dan tingkat keparahan berat sebesar 3%. Penggunaan ICU sebesar 17%, dan yang tidak menggunakan ICU sebanyak 83 pasien (83%). Data dari keempat rumah sakit masing-masing sebanyak 25 sampel atau sebesar 25%.

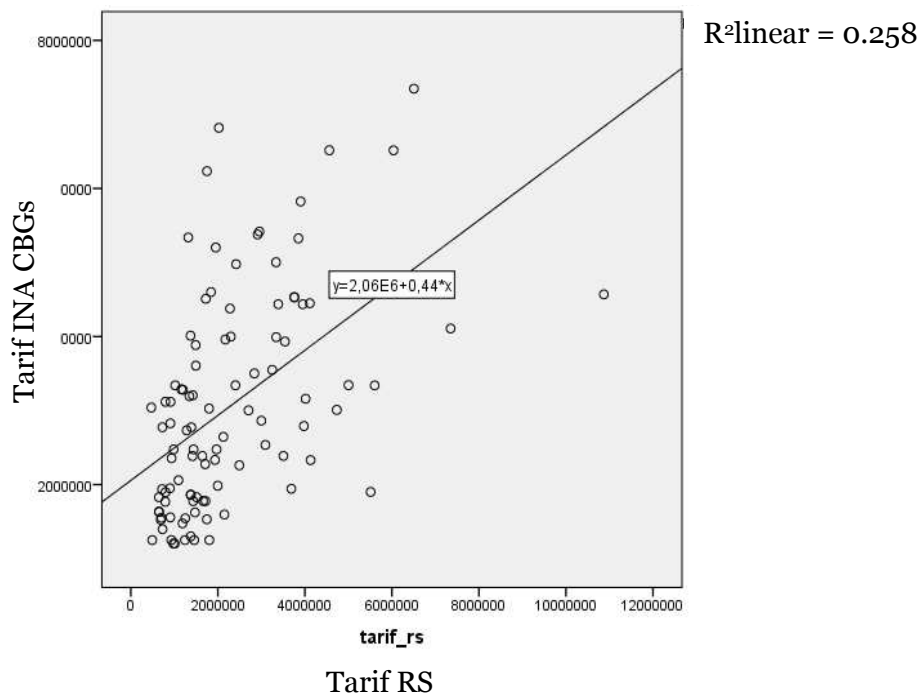
Tabel 3. Deskripsi variabel penelitian

Variabel	n	%
Kelas perawatan		
Kelas 1	30	30.00
Kelas 2	31	31.00
Kelas 3	39	39.00
Tingkat keparahan		
Ringan	77	77.00
Sedang	20	20.00
Berat	3	3.00
Penggunaan ICU		
Tidak	83	83.00
Ya	17	17.00
Rumah sakit		
RS swasta A	25	25.00
RS pemerintah A	25	25.00
RS pemerintah B	25	25.00
RS swasta B	25	25.00

b. Analisis bivariat

Analisis bivariat menjelaskan hubungan satu variabel dengan variabel lainnya. Variabel yang ditampilkan pada analisis bivariat ini adalah tarif INA CBGs dan tarif rumah sakit.

Gambar 1 menunjukkan bahwa terdapat hubungan linear yang positif antar tarif RS dan tarif INA CBGs dengan nilai R^2 linear=0.258. Hal ini menunjukkan hubungan linear yang kurang sempurna karena tidak semua variasi tarif INA CBGs dapat dijelaskan oleh variasi tarif RS.



Gambar 1. Hubungan tarif rumah sakit dengan tarif INA CBGs

c. Analisis multivariat

Analisis multivariat menjelaskan hubungan lebih dari satu variabel bebas. Tabel 6 menyajikan data bahwa tarif RS di Empat RS berhubungan positif dan secara statistik signifikan terutama oleh faktor penggunaan ICU dengan nilai $b = 1,58 \times \text{Rp.1.000.000}$ CI= 95% dan $p = 0.001$. Kemudian didapat-

kan pula hubungan positif dan secara statistik signifikan pada faktor lama perawatan dengan nilai $b=0.27 \times \text{Rp.1,000,000}$; CI= 95% dan $p = 0.005$.

Selain itu, tarif RS dibedakan pada RS Pemerintah dan RS swasta, sebagaimana terlihat pada Tabel 7.

Tabel 6. Analisis multivariat tarif rumah sakit, kelas perawatan, jenis rumah sakit, penggunaan ICU, lama perawatan dan tingkat keparahan

Tarif RS (x Rp. 1.000.000)	Koef	CI 95%		p
		Batas bawah	Batas Atas	
Jenis kelas	-0.34	-1.09	0.41	0.371
-Kelas 2				
-Kelas 3	-0.50	-1.23	0.23	0.177
Jenis rumah sakit				
- rumah sakit pemerintah A	1.54	0.70	2.37	<0.001
- Rumah sakit pemerintah B	0.31	-0.55	1.18	0.477
- Rumah Sakit swasta B	0.85	0.05	1.70	0.049
Jenis perawatan				
-ICU	1.58	0.76	2.4	<0.001
Lama Perawatan (hari)	0.27	0.08	0.45	0.005
Tingkat keparahan				
-sedang	0.55	-0.20	1.30	0.150
-berat	-0.12	-1.95	1.71	0.894

Tabel 7. Analisis multivariat tarif RS, kelas perawatan, RS swasta, penggunaan ICU, lama perawatan dan tingkat keparahan

Tarif RS (x Rp 1,000,000)	Koef Jalur	CI(95%)		P
		Batasbawah	BatasAtas	
Jenis kelas				
-Kelas 2	-2.48	-1.03	0.54	0.532
-Kelas 3	-3.91	-1.15	0.37	0.311
Jenis RS				
-RS swasta	-5.66	-1.20	0.06	0.078
Jenis perawatan (ICU)	1.29	0.45	0.21	0.003
Lama perawatan (hari)	0.23	0.04	0.42	0.017
Tingkat keparahan:				
-sedang	0.49	-0.30	0.13	0.219
-berat	-0.69	-2.55	1.17	0.463

Tabel 7 menunjukkan bahwa hubungan tarif RS dengan penggunaan ICU memiliki hubungan yang positif dan secara statistik menunjukkan signifikan ($b=1.29 \times \text{Rp } 1,000,000$; CI 95%; $p=0.003$). Hubungan tarif RS dan lama perawatan juga memiliki hubungan yang positif dan secara statistik menunjukkan signifikan ($b=0.23 \times \text{Rp } 1,000,000$, CI 95%; $p=0.017$). Sedangkan berdasarkan jenis RS, tarif RS dan jenis RS berhubungan secara negatif dan secara statistik mendekati signifikan ($b=-5.66 \times \text{Rp } 1,000,000$; CI 95%; $p=0.078$).

Selain itu, analisis multivariat juga dilakukan pada selisih tarif dan variabel-variabel: jenis RS, kelas perawatan, penggunaan ICU, lama perawatan dan tingkat keparahan.

PEMBAHASAN

Pembahasan hasil penelitian yang telah peneliti laksanakan sesuai dengan hasil penelitian alur kerangka konsep yang ada, dengan menghubungkan teori dan temuan peneliti sebelumnya.

1. Tarif RS dibandingkan dengan tarif INA CBGs

Pada hasil analisis didapatkan tarif INA CBGs lebih tinggi dari tarif RS. Ditunjukkan dengan hubungan positif meskipun

tidak terlalu kuat dan secara statistik signifikan.

Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian Sari (2014) yang menunjukkan hasil bahwa terdapat perbedaan antara tarif RS dengan tarif INA CBGs pada pasien diabetes mellitus. Pada penelitian tersebut juga menunjukkan bahwa tarif INA CBGs lebih tinggi dari tarif RS. Meskipun penelitian lain yang dilakukan Wang et al (2015) menunjukkan bahwa pada kasus kasus penyakit tertentu tarif yang dibayarkan asuransi lebih rendah bila dibandingkan tarif RS. Penelitian Yuniarti et al., (2015) juga menunjukkan tarif INA CBGs lebih rendah dibanding dengan tarif RS.

Tarif RS merupakan aspek yang sangat diperhatikan baik oleh RS swasta dan RS pemerintah. Tarif RS pemerintah ditetapkan berdasar peraturan daerah, dan tarif RS swasta ditetapkan berdasar peraturan menteri kesehatan (Trisnantoro, 2004). Tiap RS akan menetapkan tarif sesuai dengan misinya masing-masing. Perhitungan tarif RS pada umumnya berdasarkan pada perhitungan biaya retrospektif, artinya biaya ditagih setelah pelayanan dilaksanakan. Sehingga tidak mendorong tim penyedia pelayanan kesehatan untuk melakukan efisiensi (Thabrany, 1998). Sedangkan tarif INA CBGs sebagaimana yang kita

ketahui disusun berdasarkan metode prospektif, sehingga di masa mendatang, menurut peneliti perhitungan tarif RS tidak lagi berdasarkan perhitungan biaya retrospektif. Sehingga penting bagi RS untuk menentukan prosedur standar menangani penyakit dengan clinical pathways. Sehingga di era JKN, tim RS dapat melakukan pelayanan yang optimal, efisien dan efektif. Meskipun menurut Trisnantoro (2004), pelayanan rumah sakit tidak saja melayani secara medis, namun juga mengarah ke barang komoditi yang mengacu pada kekuatan pasar dalam perekonomian masyarakat. Sebagai suatu organisasi, RS mulai berubah dari organisasi yang normatif (sosial) ke arah organisasi utilitarian (ekonomis). Sehingga RS menjadi organisasi yang berfungsi secara mediko-sosio-ekonomis. Maka tarif klaim INA CBGs yang lebih tinggi daripada tarif RS akan memberikan keuntungan pada RS.

2. Keuntungan dan Kerugian RS terkait klaim tarif INA CBGs.

Pada hasil analisa didapatkan bahwa tarif INA CBGs lebih tinggi daripada tarif RS, sehingga RS mendapatkan keuntungan. Sebaliknya, bila tarif INA CBGs lebih rendah dari tarif RS, maka RS akan mengalami kerugian. Penelitian terdahulu menunjukkan bahwa tarif INA CBGs lebih rendah daripada tarif RS pada kasus pasien diabetes mellitus (Yuniarti et al., 2015).

Menurut Cleverly (2002) pengendalian tarif sangat esensial bagi penyedia pelayanan kesehatan untuk mempertahankan keberlangsungan finansial dalam persaingan secara ekonomis. Selain tarif, peningkatan kualitas pelayanan kesehatan juga menjadi hal yang harus diperhatikan oleh penyedia pelayanan kesehatan dan pembuat kebijakan (Anderson et al., 2000). Apabila klaim terlalu rendah, maka tidak dapat membiayai *treatment cost* yang telah dikeluarkan, maka penyedia pelayanan ke-

sehatan akan berupaya mengurangi pengeluaran dengan menurunkan kualitas. Bila klaim terlalu tinggi, penyedia pelayanan kesehatan tidak memiliki upaya untuk melakukan efisiensi dan tentu saja hal ini akan menyia-nyiakkan sumberdaya yang ada (Quentin et al., 2012). Telah banyak ditunjukkan di berbagai penelitian bahwa antara tarif dan kualitas pelayanan kesehatan merupakan dua hal yang saling berhubungan (Younis et al., 2005), meskipun seringkali para pembuat kebijakan menganggap bahwa tarif dan kualitas pelayanan kesehatan itu merupakan dua hal yang terpisah (Jiang et al, 2006). Sehingga terjadi permasalahan terkait tarif dan kualitas pelayanan kesehatan, bagaimanapun sulit untuk mencapai tujuan secara simultan; tarif yang memadai dengan kualitas pelayanan kesehatan yang optimal (Chang dan Lan, 2010). Kualitas pelayanan kesehatan yang baik dapat meningkatkan keuntungan RS sebesar 7.90% melalui metode pembayaran prospektif (Hsia dan Ahern, 1992). Maka, efisiensi merupakan penyeimbang terbaik antara tarif dan kualitas pelayanan kesehatan (Schwartz et al., 2002). Determinan yang menunjukkan efisiensi RS diantaranya: persaingan, pemakaian tempat tidur rata-rata, jumlah dokter, jumlah perawat, pemakaian teknologi, struktur keluarga, lama hari perawatan, serta kebijakan kesehatan (Chang dan Lan, 2010)

3. Hubungan faktor jenis RS, kelas perawatan, penggunaan ICU, tingkat keparahan dan lama perawatan terhadap tarif RS

a. Jenis RS

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa tarif RS swasta lebih rendah dari tarif RS pemerintah. Hal ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Mathauer dan Wittenbecher (2013) mengenai pembayaran RS dengan metode prospektif di berbagai negara miskin dan berkembang, tarif RS swasta lebih rendah dibanding klaim

DRGs. Efisiensi yang diharapkan terlaksana lebih baik pada RS swasta dibanding di RS pemerintah,

Tarif RS swasta lebih rendah dari tarif RS pemerintah terjadi karena perbedaan dasar pengambilan keputusan dalam penyusunan tarif. RS swasta bersifat *corporate*, menentukan tarif seefisien mungkin agar dapat bersaing di tengah kompetisi. Sedangkan RS pemerintah, tarif disesuaikan dengan peraturan daerah masing-masing. Selain itu, penting mengetahui mekanisme *supply* dan *demand*. Secara teoritis makin kecil tarif diharapkan akan meningkatkan *demand*. Hukum permintaan ekonomi menyatakan bahwa bila harga suatu barang akan naik, maka *ceteris paribus* jumlah yang diminta konsumen akan barang tersebut turun (Trisnantoro, 2004).

Tarif RS lebih rendah dari tarif RS pemerintah juga dipengaruhi hal yang lain, seperti efisiensi. Efisiensi internal RS seringkali jauh lebih tinggi pada RS swasta dibanding dengan RS pemerintah (Thabrany, 1998). RS swasta bisa lebih efisien karena bekerja sama dalam jejaring, sehingga dapat saling menunjang dalam berbagai aspek manajemen seperti akuntansi, pembelian barang, pembelian obat, laboratorium dan sumber daya manusia. Jejaring RS ini dapat meningkatkan efisiensi karena akan menimbulkan *economies of scale*. (Trisnantoro, 2004).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Van den heever (2012) disimpulkan bahwa penyedia pelayanan kesehatan swasta memiliki peran penting dalam upaya peningkatan kesehatan masyarakat. Bahkan sektor swasta lebih produktif dibandingkan sektor pemerintah. Efisiensi baik secara alokatif maupun tehnik. amat penting dalam meningkatkan produksi. Efisiensi tehnik memberikan kuantitas output dengan biaya yang paling sedikit. Sedangkan efisiensi alokatif

lebih mengutamakan *value* daripada sekedar kuantitas (Clewes dan Perkins, 1998). Tarif RS swasta rendah karena bisa saja memiliki tujuan mengurangi persaingan, memaksimalkan pendapatan, meminimalkan penggunaan dan menciptakan *corporate image* (Trisnantoro, 2004). Namun bisa saja penetapan tarif RS swasta yang rendah karena penetapan tarif yang hanya melihat harga pesaing dan kemudian diambil jalan tengahnya (Thabrany, 1998). Penelitian yang dilakukan Tamtomo (1995) yang dilakukan pada RS Swasta memiliki tarif yang rendah, namun ternyata setelah dihitung berdasarkan *unit cost* dan analisis pembebanan biaya, ternyata tarif RS swasta tersebut masih jauh dari *revenue* (penerimaan yang seharusnya diterima). Sedangkan RS pemerintah yang “non-profit” sebenarnya juga telah efisien- *social efficiency*, bahkan cenderung *overproduce* (Folland et al., 2001).

b. Kelas perawatan

Hasil analisis menunjukkan bahwa antara tarif RS dan kelas perawatan terdapat hubungan dan secara statistik tidak signifikan. Pada penelitian yang dilakukan Putra et al., (2014), rata rata pasien memilih kelas 3. Pada berbagai RS di Indonesia bisa ditemukan bahwa ruang perawatan kelas 3 lebih banyak daripada kelas perawatan lainnya. Penelitian lain juga menunjukkan bahwa tarif RS kelas 1 lebih meningkatkan tarif RS dibanding kelas 2 dan 3 (Yuniarti et al., 2015).

Dalam manajemen RS diharapkan terdapat kebijakan agar masyarakat ekonomi kuat dapat ikut meringankan pembiayaan pelayanan RS bagi masyarakat ekonomi lemah. Dengan konsep subsidi silang ini maka tarif bangsal kelas 1 atau kelas di atasnya harus lebih tinggi dari *unit cost* agar dapat tetap *survive* (Trisnantoro, 2004). Penghitungan tarif ruang rawat inap tergantung pada volume layanan yang

dapat terjual, *total fixed cost*, *variable cost per unit* dan *desired income* (Thabrany, 1998).

c. Penggunaan ICU

Dari hasil analisa menunjukkan bahwa penggunaan ICU merupakan faktor yang berhubungan dengan peningkatan tarif RS dan secara statistik signifikan. Hal ini sesuai dengan penelitian Ornek et al (2012) di Turki bahwa penggunaan ICU menempati posisi terbesar dalam menyumbang tingginya tarif secara keseluruhan pada pasien rawat inap. Penelitian lain juga menunjukkan bahwa penggunaan ICU meningkatkan biaya obat pada pasien rawat inap (Puspandari et al., 2015).

Industri RS mengalami perubahan yang pesat. Tak dipungkiri bahwa meningkatnya persaingan maka RS harus berbenah dalam berbagai bidang terutama dalam masalah tarif dan kualitas pelayanan kesehatan (Folland et al., 2001). Peningkatan fasilitas kesehatan seperti ICU, penggunaan hemodialisa, fasilitas kamar operasi meningkatkan tarif RS karena tarif itu juga terkait dengan insentif sumber daya manusia dan investasi peralatan canggih di dalamnya.

d. Tingkat keparahan

Hasil analisis tingkat keparahan menunjukkan hasil yang tidak signifikan. Hasil ini sesuai penelitian Yuniarti et al., (2015) yang meneliti tentang biaya terapi diabetes mellitus dengan tingkat keparahan 1,2 dan 3 tidak memberikan hasil yang signifikan. Sedangkan pada penelitian Ornek et al., (2012) tingkat keparahan meningkatkan biaya perawatan pasien.

Tingkat keparahan dan komplikasi suatu penyakit memang membawa efek bagi pemberian pelayanan kesehatan yang lebih. Pemberian pelayanan kesehatan meliputi obat dan atau pelayanan rehabilitatif dan suportif.

e. Lama perawatan

Hasil analisis lama perawatan terhadap tarif RS menunjukkan hasil hubungan korelasi positif yang kuat dan secara statistik signifikan. Penelitian yang dilakukan Puspandari et al., (2015) menunjukkan hal yang sama bahwa lama perawatan memberikan hasil yang signifikan terhadap peningkatan tarif RS.

Lama perawatan termasuk ke dalam aspek penilaian apakah RS tersebut efisien atau tidak. Beberapa penyakit yang membutuhkan hari perawatan yang lebih lama diantaranya diabetes melitus, kanker, penyakit paru, penyakit jantung, stroke dan penyakit kejiwaan (Cook et al., 2009).

Lama perawatan berimplikasi pada peningkatan tarif RS karena pelayanan kesehatan yang diberikan juga lebih banyak, bahkan bisa jadi sia-sia. Hal ini juga menimbulkan *inefficient* secara alokatif maupun sumberdaya. Menghubungkan antara efisiensi dan pembiayaan dapat mendorong RS melakukan peningkatan efisiensi. Begitupun RS harus meningkatkan efisiensi dan efektifitas tarif untuk meningkatkan alokasi pelayanan kesehatan dan menurunkan lama perawatan. Dalam hubungannya dengan kapasitas jumlah tempat tidur, banyak bukti menunjukkan bahwa semakin meningkat jumlah RS justru *occupancy rates* nya menurun. Sehingga terlalu banyak tempat tidur kosong di RS dapat menyebabkan sumberdaya yang tidak efisien (Chang dan Lan, 2010).

Tarif RS lebih tinggi daripada tarif INA CBGs. Faktor-faktor yang berhubungan positif dengan tarif RS dan secara statistik signifikan adalah penggunaan ICU dan lama perawatan.

DAFTAR PUSTAKA

Ambarriani AS (2014). Hospital Financial Performance in The Indonesian National Health Insurance Era. Review of

- Integrative Business and Economics Research. 4(1): 121-133.
- Anderson GF, Hurst J, Hussey PS, Jee-Hughes M (2000). Health Spending and Outcomes: Trends in OECD Countries. *Health Affairs*. 19(3): 150-157.
- Bazyar M, Rashidian A (2016). Policy Options to Reduce Fragmentation in The Pooling of Health Insurance Funds in Iran. *International Journal Health Policy Management*. 5(4): 253-258.
- Chang L, 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.
- Cleverly WO (2002). The Hospital Cost Index: A New Way to Asses Relative Cost-Efficiency. *Healthcare Financial Manajement*. 56(7): 36-42.
- Clewer A, Perkins D (1998). *Economics for Health Care Management*. London. Prentice Hall.
- Cook K, Dranove D, Sfekas A (2009). Does Major Illness Cause Financial Catastrophe?. *Health Services Research*. 45(2): 418-434.
- Cooper Z, Craig S (2015). The Price Ain't Right? Hospital Prices and Health Spending on The Privately Insured. *Seminar of Bureau Economic*.
- Folland S, Goodman AC, Stano M (2001). *The Economics of Health and Health Care*. Third Edition. New Jersey. Prentice Hall.
- Hsia DC, Ahern CA (1992). Good Quality Care Increases Hospital Profits Under Prospective Payment. *Healthcare Financing Review*. 13(3): 17-23.
- Jiang HJ, Friedman B, Begun JW (2006). Factors Assiciated with High Quality/ Low Cost Hospital Performance. *Journal Healthcare Finance*. 32(3): 39-52.
- Li H, Hilsenrath P (2015). Organization and Finance of China's Health Sector: Historical Antecedants for Macroeconomic Structural Adjustment. *The Journal of Health Care Organization, Provision and Financing*. 1(8): 223-234.
- Mathauer I, Wittenbecher F (2013). Hospital Payment Systems Based on Diagnosis Related Groups: Experiences in Low-and Middle-Income Countries. *Bulletin World Health Organization*. 91(2): 746-756.
- Ornek T, Tor M, Altin R, Atalay F, Geredeli E, Soylu O, Erboy F (2012). Clinical Factors Affecting The Direct Cost of Patients Hospitalized with Acute Eha- cerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *International Journal Medical Science*. 9(40): 285-290.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.
- Puspendari DA, Mukti AG, Kusnanto H (2015). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Biaya Obat Pasien Kanker Payudara di Rumah Sakit di Indonesia. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*. 4(3): 24-35.
- Putra PRS, Indar, Jafar N (2014). Ability to Pay dan Catastrophic Payment pada Peserta Pembayar Mandiri BPJS Kesehatan Kota Makassar. *Jurnal Kesehatan*, 4(3): 283-290.
- Quentin W, Scheller-Kreinsen D, Blumel M, Geissler A, Busse R (2012). Hospital Payment Based on Diagnosis Related Groups Differs in Europe and Holds Lessons for The United States. *Health Affairs*. 32(4): 713-723.

- Sari RP (2014). Perbandingan Biaya Riil dengan Tarif Paket Ina-CBG's dan Analisis Faktor yang Mempengaruhi Biaya Riil pada Pasien Diabetes Melitus Rawat Inap Jamkesmas di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. *Jurnal Spread*. 4(1): 61-70.
- Scwartz JB, Guilkey DK, Racelis R (2002). *Decentralization, Allocative Efficiency and Healthcare Service Outcome in The Philipines*. Chapel Hill, NC. University Of North California.
- Tamtomo DG (1995). *Analisa Pembebanan Biaya untuk Menentukan Tarip Satuan Pelayanan pada Rumah Sakit Panti Waluyo Surakarta*. Tesis.
- Thabrany H (2014). *Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta. Raja Grafindo Persada.
- _____ (1998). *Penetapan dan Simulasi Tarif Rumah Sakit*. Pelatihan RSPAD 2-5 Nopember 199.
- Trisnantoro L (2004). *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta. Gadjah Mada University Press.
- Undang-undang Dasar Republik Indonesia tahun 1945.
- Undang-undang Republik Indonesia No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- Undang-undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- Younis M, Rivers PA, Fottler MD (2005). The Impact of HMO and Hospital Competition on Hospital Costs. *Journal Healthcare Finance*. 31(4): 60-74.
- Yuniarti E, Amalia, Handayani TM (2015). *Analisis Biaya Terapi Penyakit Diabetes Melitus Pasien JKN di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. Perbandingan terhadap Tarif INA CBGS. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*. 4(3): 43-56.