BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Pusat
Kebijakan dan Manajemen Kesehatan
Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada

LAPORAN

Kajian Penerapan Model Pembatasan Klaim JKN di Rumah Sakit Pemerintah

(***Budget PlafondModel for Hospital***)

Bidang Riset dan Pengembangan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

Pusat Kebijakan Dan Manajemen Kesehatan
Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada

2017

Lembar Pengesahan

Laporan

Kajian Penerapan Pembayaran Model Anggaran di Rumah Sakit Pemerintah
(*Budget Plafond Model for Public Hospital*)

Disusun oleh :

Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan
Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada

Ketua Peneliti *(Principal Investigator)*

Dr. dr. Dwi Handono Sulistyo, M.Kes

Mengetahui,

Direktur Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan
Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada

Dr. dr. Andreasta Meliala, MKes.MAS.

Daftar Isi

Daftar Isi ..... **ii**
Daftar Gambar ..... **iv**
Daftar Singkatan ..... **v**
Kata Pengantar ..... **vi**
Abstrak ..... **vii**
Bab I. Pendahuluan **1**
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan 3
1. Tujuan Umum 3
2. Tujuan Khusus 3
Bab II. Telaah Pustaka **4**
A. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) 4
B. Pembiayaan Kesehatan 7
C. Global Budget 11
D. Kerangka Teori Studi 14
E. Kerangka Kerja Studi 15
F. Pertanyaan Penelitian 16
Bab III. Metode Penelitian **17**
A. Jenis Penelitian 17
B. Analisis yang digunakan 17
C. Sasaran 18
D. Responden Penelitian 19
E. Kriteria Inklusi dan Eksklusi 19
F. Uraian/ Desain Kegiatan 19
G. Pelaksana Kegiatan 20
H. Tempat Pelaksanaan 20
I. Waktu Pelaksanaan 20
J. Luaran Hasil Kajian 20
K. Keterbatasan Penelitian 20
Bab IV. Hasil Penelitian dan Pembahasan **22**
A. Hasil Penelitian 22
1. Tanggapan Rumah Sakit terhadap Rencana Pelaksanaan *Budget Plafond* .. 22

2. Hal yang akan dilakukan Rumah Sakit pada penerapan *Budget Plafond*..... 26
3. Persoalan Potensial yang akan dihadapi Rumah Sakit terhadap Penerapan *Budget Plafond*..... 34
B. Pembahasan 37
Bab V. Kesimpulan dan Rekomendasi 43
A. Kesimpulan 43
B. Rekomendasi 44
Daftar Pustaka 46
Lampiran 49

Daftar Gambar

Gambar 1.Kerangka Teori Studi Model *Global Budget* 14
Gambar 2. Kerangka Kerja Studi 15
Gambar 3. Pendapatan Klaim Rumah Sakit Studi di Provinsi Sumatera Utara..... 30
Gambar 4. Pendapatan Klaim Per Kelas RS di Provinsi Sumatera Utara 31
Gambar 5. Pendapatan Klaim Rumah Sakit Studi di Yogyakarta 32
Gambar 6. Pendapatan Klaim Per Kelas RS di Yogyakarta 33
Gambar 7. Pendapatan Klaim Rumah Sakit Studi di Provinsi Sulawesi Selatan 33
Gambar 8. Pendapatan Klaim Per Kelas RS di Provinsi Sulawesi Selatan 34

Daftar Singkatan

APBD	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
BHP	Bahan Habis Pakai
BLU	Badan Layanan Umum
BLUD	Badan Layanan Umum Daerah
BPJS K	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan
FFS	Fee For Service
FKRTL	Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut
FKTL	Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut
FKTP	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
INA-CBGS	Indonesia Case Based Groups
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
JKN-KIS	Jaminan Kesehatan Nasional – Kartu Indonesia Sehat
PBI	Penerima Bantuan Iuran
PBPU	Pekerja Bukan Peerima Upah
Permenkes	Peraturan Menteri Kesehatan
PKMK	Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan
PPU	Pekerja Penerima Upah
RS	Rumah Sakit
RSUD	Rumah Sakit Umum Daerah
SDM	Sumber Daya Manusia
SKPD	Satuan Kerja Perangkat Daerah
UHC	Universal Health Coverage
UU	Undang-Undang
WHO	World Health Organization

`

Kata Pengantar

Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah berjalan 3 tahun sejak di mulai tahun 2014. Pelaksanaan JKN selama tiga tahun yang dikawal oleh pemerintah, dan dibentuk BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara jaminan sosial nasional kesehatan dengan baik dan terorganisir. Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL) menggunakan sistem pembayaran klaim INA-CBGs. Model pembayaran selama 3 tahun memberikan inisiatif bagi BPJS Kesehatan untuk mengembangkan metode pembayaran yang lebih efektif dan efisien. Salah satu metode yang akan dilaksanakan yaitu *Global Budget/ Budget Plafond* di Rumah Sakit. Sasaran pertama untuk implementasi adalah Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD).

Kajian Penerapan Model Pembatasan Klaim JKN di Rumah Sakit Pemerintah (*Budget Plafond Model for Public Hospital*) dilakukan oleh Bidang Riset dan Pengembangan BPJS Kesehatan Pusat dan Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) Fakultas Kedoteran Universitas Gadjah Mada pada tahun 2017. Topik ini diambil dalam rangka untuk mengetahui tanggapanrumah sakit milik pemerintah atas rencana diberlakukan metode pembayaran dengan *budget plafond.*

Kajian dilakukan di 3 Provinsi dengan masing-masing provinsi 3 kelasrumah sakit pemerintah yang berbeda (RS Kelas A, RS Kelas B, dan RS Kelas C). Provinsi tersebut yaitu Provinsi Sumatera Utara, Daerah Istimewa Yogyakarta, dan Provinsi Sulawesi Selatan. Kajian ini didukung BPJS Kesehatan Bidang Riset dan Pengembangan. Hasil kajian ini diharapkan dapat menjadi salah satu dokumen dasar apabila BPJS Kesehatan dan Pemerintah ingin menjalankan metode pembayaran terhadap FKTL berbasis pada *budget plafond/ global budget*.

Yogyakarta, .29 November 2017

dr. Dwi Martiningsih, M.Kes., AAK .....

Direksi Bidang Riset dan Pengembangan BPJS Kesehatan RI

Dr. dr. Dwi Handono Sulistyo, M.Kes .....

Tim Peneliti dan Konsultan Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada

Abstrak

Latar Belakang: Komitmen negara-negara anggota dari *World Health Organization* (WHO) dalam mewujudkan *Universal Health Coverage* (UHC) sudah dimulai sejak tahun 2005. Pelaksanaan JKN Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan amanat Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SISN) Nomor 40 Tahun 2004 dan Undang-Undang BPJS Nomor 24 Tahun 2011. Rumah sakit menjadi salah satu penyedia pelayanan kesehatan sebagai tumpuan pengobatan yang berbiaya besar, diharapkan menjadi organisasi efisien tanpa mengorbankan mutu pelayanan pasien. Model pembayaran kepada rumah sakit berbasis *budget plafond* merupakan salah satu pendekatan terhadap kendali mutu dan kendali biaya.

Tujuan Penelitian: Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui tanggapan rumah sakit pemerintah atas penerapan *budget plafond*.

Metode: Jenis penelitian adalah observasional deskriptif, yaitu kajian yang digunakan untuk memberikan uraian atau gambaran beberapa variabel tanpa memberikan intervensi terhadap variabel penelitian. Penelitian dengan rancang bangun *cross sectional* ini bertujuan untuk melihat tanggapan dari rumah sakitapabila dilakukan penerapan pembatasan klaim INA-CBGs melalui model pembatasan anggaran (*Budget PlafondModel*) untuk program JKN.

Hasil: *Budget plafond* sangat bermanfaat sebagai salah satu upaya pembiayaan rumah sakit untuk membatasi batas atas dan batas bawah anggaran rumah sakit. Tanggapan rumah sakit daerah studi sangat positif terhadap rencana penerapan *budget plafond*, namun rumah sakit kelas A belum siap untuk menerima kebijakan ini. Bagi rumah sakit kelas B dan kelas C penerapan *budget plafond* dapat diterima dengan usulan–usulan seperi kenaikan tarif INA-CBGs secara integral, revisi panduan praktek klinik, dan *clinical pathway*. Usulan tersebut harus diselesaikan sebelum *budget plafond* diterapkan. Kementerian Kesehatan selaku regulator dan BPJS Kesehatan sebgai pembayar harus memperhatikan usulan–usulan tersebut agar persoalan potensial dapat diminimalkan seperti seperti penolakan efisiensi rumah sakit, defisit anggaran, pembatasan pelayanan, dan turunnya tingkat kepuasan pasien.

Kesimpulan: Rumah sakit kelas A belum siap menerima penerapan *budget plafond*. Rumah sakit kelas B dan kelas C menerima penerapan *budget plafond* dengan usulan–usulan yang perlu segera ditindaklanjuti.Rumah sakit juga melakukan upaya peningkatan manajemen risiko keuangan dengan optimalisasi kendali mutu dan kendali biaya. Manajemen risiko keuangan ini bertujuan untuk meminimalkan persoalan potensial. Penerapan *budget plafond* merupakan solusi atas tantangan resiko keuangan yang terjadi dan dapat dilakukan secara bertahap dan dievaluasi secara berkala.

Kata Kunci: Manajemen Resiko, Kendali Biaya, Kendali Mutu

Bab I. Pendahuluan

A. Latar Belakang

Komitmen negara-negara anggota dari *World Health Organization* (WHO) dalam mewujudkan *Universal Health Coverage* (UHC) sudah dimulai sejak tahun 2005. WHO (2013) dalam *The World Health Report 2013: Research for Universal Health Coverage* juga kembali menegaskan bahwa komitmen tersebut merupakan mekanisme yang dapat memperkuat sistem kesehatan nasional. Penyelenggaraan jaminan kesehatan negara-negara tetangga seperti Malaysia, Singapura, dan Thailand telah dilaksanakan pada abad ke-19 mendahului Indonesia yang baru saja menjalankan jaminan kesehatan pada abad ke-20. Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan amanat Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional Nomor 40 Tahun 2004 dan Undang-Undang BPJS Nomor 24 Tahun 2011. Pelaksanaan JKN yang sudah 3 tahun ini telah banyak memberikan informasi penting bagi masyarakat Indonesia mengenai perkembangan pelaksanaan di daerah. Tantangan dan hambatan yang terjadi dalam pelaksanaan JKN memberikan pembelajaran bagi pengambil kebijakan untuk memperbaiki kebijakan-kebijakan yang telah dilakukan.

Namun demikian sejak tahun 2014, pelaksanaan JKN masih mengalami defisit anggaran dan ini berlangsung sampai dengan tahun ke-3 pelaksanaan JKN, padahal iuran dari masyarakat dan dana yang diperoleh dari penggabungan lembaga, telah masuk dalam kas BPJS Kesehatan melalui kebijakan *single pool*. Disamping itu juga ada anggaran dari APBN dan APBD (PBI), serta bunga atas iuran masyarakat. Secara teori defisit anggaran ini seharusnya bisa diantisipasi dan dianalisis untuk dicarikan solusi atas permasalahan yang terjadi. Salah satu dampak teknis yang terjadi adalah, JKN BPJS Kesehatan ini "memaksa" fasilitas kesehatan di rumah sakit bekerja dengan standar minim untuk menghemat biaya. Sehingga kemudian dibutuhkan semacam model atau pendekatan yang bisa mereduksi membesarnya selisih atau defisit anggaran yang terjadi. Perkiraan defisit sebagai berikut, pada awal pelaksanaan JKN tahun 2014 peserta data klaim INA CBGs tahun 2014 sebesar 30,4 triliun dimana total beban jaminan kesehatan 42,6 triliun. Tahun 2014 awal pelaksanaan JKN, terjadi defisit atau *mismatch* 1,93 triliun. Pada tahun 2015 beban jaminan kesehatan meningkat menjadi 57 triliun, dan menyebabkan defisit/*mismatch* sebesar 5,85 triliun.

Tabel 1. Jumlah Klaim BPJS Kesehatan

Uraian	PBPU	NON-PBPU	Total
1. Jumlah Peserta	9.052.859	124.370.794	133.423.653
2. Iuran Peserta (milliar Rp.)	1.885,4	38.834,4	40.719,9
3. Biaya Pelkes (miliar Rp.)	11.640,3	31.018,4	42.658,7
Rasio Klaim (%)	617,4%	79,9%	104,8%

Sumber: BPJS Kesehatan 2016

Data cakupan kepesertaan tahun 2014 dan rasio klaim tabel 1 di atas menjadi dasar mengapa rumah sakit dan BPJS Kesehatan membutuhkan batas atas klaim di rumah sakit-rumah sakit tertentu yang disinyalir *over klaim*. Selain mengurangi *mismatch* di BPJS Kesehatan, juga mengendalikan biaya jaminan kesehatan yang semakin meningkat. Hal ini terjadi rumah sakit yang mudah dijangkau akan memperoleh kunjungan/rujukan lebih besar, bila dibandingkan dengan rumah sakit yang relatif sulit dijangkau, sehingga klaimnya akan lebih besar dibandingkan dengan kemampuan keuangan rumah sakit tersebut.

Peningkatan pembiayaan kesehatan juga menjadi tantangan dari beberapa negara dalam pelaksanaan jaminan kesehatan diantaranya yaitu Taiwan. Taiwan mengalami krisis keuangan pada beberapa tahun pelaksanaan program asuransi kesehatan Taiwan, sehingga untuk mengatasi masalah tersebut maka diterapkan metode pembayaran dengan *global budget* pada tahun 1998 yang diawali dengan pelayanan gigi, kemudian diperluas ke rumah sakit di Tahun 2002 (Cheng, Chen, & Chang, 2009).

Sistem pembayaran *global budget* juga telah diterapkan Thailand dalam implementasi *Universal Health Coverage* dengan *mixed payment*. Pada *Universal Coverage Scheme* diberlakukan dengan DRG dan *global budget* untuk pasien rawat inap dalam membatasi pengeluaran total rawat inap serta *global budget ceiling* hanya untuk mengcover biaya pelayanan admisi di rumah sakit berdasarkan pada angka utilisasi dan *unit cost*rumah sakit yang dibayarkan selama setahun (Jongudomsuk et al., 2015).

Beberapa negara juga memperkenalkan *budget setting* yaitu pengaturan anggaran yang bertujuan untuk menciptakan batas atas baik di sektor kesehatan secara menyeluruh maupun area layanan tertentu. Adanya variasi di dalam menetapkan mekanisme *budget setting* yang ditemukan di Kanada, Inggris, Prancis, dan Jerman. Namun keempat negara tersebut memperkenalkan pembayaran di rumah sakit berdasarkan diagnosis atau layanan yang diberikan (Stabile et al., 2013).

Dari sinilah kemudian ada usulan untuk penerapan model pembayaran dengan bentuk anggaran kepada rumah sakit(*Budget Plafond Model*) dalam rangka mendukung keberlangsungan program JKN serta menjadi salah satu metode pembayaran kepada provider kesehatan dengan mengedepankan efisiensi dan efektifitas aspek pelayanan dan manajemen rumah sakit.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui tanggapanrumah sakit pemerintah atas penerapan *budget plafond*.

2. Tujuan Khusus

a. Mengetahui tanggapanrumah sakitpemerintah terhadap penerapan *budget plafond;*

b. Mengetahui apa yang akan dilakukan oleh rumah sakit pemerintah terhadap penerapan *budget plafond;*

c. Mengetahui persoalan potensial yang akan dihadapi rumah sakit terhadap penerapan *budget plafond.*

Bab II. Telaah Pustaka

A. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

1. Pengertian Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Pengertian Jaminan Kesehatan Nasional sesuai Peraturan Presiden Republik Indonesia Tahun 2016 tentang perubahan ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 atau berdasarkan Peraturan Presiden Indonesia No 32 Tahun 2014 tentang Jaminan Kesehatan Nasional. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah jaminan berupa perlindugan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam bentuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Sedangkan menurut Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 Pasal 19, Jaminan kesehatan diselenggaran secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan.

2. Prinsip Jaminan Kesehatan Nasional

Dalam Undang-Undang No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional pada pasar 19 ayat 1 dan bagian penjelasan, jaminan kesehatan diselenggaran secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas.

a) Prinsip Asuransi sosial meliputi :

1) Kegotongroyongan antara peserta kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, serta berisiko tinggi dan rendah.
2) Iuran berdasarkan persentase upah/penghasilan untuk peserta penerima upah atau suatu jumlah nominal tertentu untuk peserta yang tidak menerima upah
3) Dikelola dengan prinsip nirlaba, artinya pengelolaan dan digunakan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta dan setiap *surplus* akan disimpan sebagai dana cadangan dan untuk peningkatan manfaat dan kualitas layanan.

b) Prinsip ekuitas yaitu kesamaan dalam meperoleh layanan sesuai dengan kebutuhan medis yang tidak terkait dengan besaran iuran yang telah dibayarkan.

3. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional

Dalam Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional tahun 2013, manfaat Jaminan Kesehatan Nasional terdiri atas dua yaitu manfaat medis berupa pelayanan kesehatan dan manfaat non medis berupa akomodasi dan ambulans. Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari fasilitas kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis.

Meskipuan manfaat yang dijamin dalam JKN bersifat komprehensif, masih ada manfaat yang tidak dijamin, meliputi: 1) tidak sesuai prosedur, 2) pelayanan diluar fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS, 3) pelayanan bertujuan kosmetik, 4) *general check up*, pengobatan alternatif, 5) pengobatan untuk mendapatkan keturunan, pengobatan impotensi, 6) pelayanan kesehatan pada saat bencana, 7) pasien bunuh diri/penyakit yang timbul akibat kesenjangan untuk menyiksa diri sendiri/bunuh diri/narkoba.

4. Kepesertaan JKN

Sesuai Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), Jaminan Kesehatan pada SJSN diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan. Peserta dalam program Jaminan Kesehatan Nasional adalah mereka yang telah membayar iuran baik Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang iurannya dibayar oleh pemerintah dan bukan PBI. Kepesertaan bukan PBI terdiri atas Pekerja Penerima Upah (PPU), Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU), dan Bukan Pekerja.

5. Pemberi Pelayanan Kesehatan

Pemberi pelayanan kesehatan sesuai Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 28 tahun 2016 tentang perubahan ketiga atas peraturan presiden Nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan meliputi semua fasilitas kesehatan yang menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan. Fasilitas kesehatan milik pemerintah yang memenuhi persyaratan wajib bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Fasilitas kesehatan milik swasta yang memenuhi persyaratan dapat bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

Fasilitas kesehatan diklasifikasikan menjadi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL). Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh FKRTL mencakup :

a) Administrasi pelayanan
b) Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi spesialistik oleh dokter spesialis dan subspesialis
c) Tindakan medis spesialistik, baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis
d) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
e) Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai indikasi medis
f) Rehabilitasi medis
g) Pelayanan darah
h) Pelayanan kedokteran forensik klinis
i) Pelayanan jenazah pada pasien yang meninggal di fasilitas kesehatan
j) Perawatan inap non intensif
k) Perawatan inap di ruang intensif

Lebih lanjut ditegaskan pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 17 tahun 2013 tentang pelayanan kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional bahwa peserta berhak mendapat pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan sesuai dengan indikasi medis. Pelayanan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai merupakan salah satu komponen yang dibayarkan dalam paket INA-CBGs. Besaran tarif INA-CBGs mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 69 tahun 2013 yang membagi tarif rumah sakit kelas A, B, C, dan kelas D menjadi 5 regional yaitu tarif rumah sakit umum rujukan nasional dan tarif rumah sakit khusus rujukan nasional. Jaminan Kesehatan Nasional yang diselenggarakan bertujuan untuk menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan serta melindungi belanja kesehatan yang bersifat katastropik bagi rumah sakit(Thabrany, 2014)

B. Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan merupakan bagian yang penting dalam implementasi JKN. Tujuan dari pembiayaan kesehatan adalah mendorong peningkatan mutu, mendorong layanan berorientasi pada pasien, efisiensi, tidak memberikan *reward* terhadap provider yang melaukan *over treatment*, *under treatment* maupun *adverse event* dan mendorong pelayanan tim. Dengan sistem pembiayaan yang tepat diharapkan tujuan tersebut bisa tercapai (Permenkes, 2013). Efisiensi pembiayaan kesehatan menjadi masalah penting, di India masih terdapat variasi yang besar di berbagai daerah dan belum efisien dalam pemanfaatan pembiayaan kesehatan (Kumar et al., 2011). Pengalaman negara-negara*low* dan *middle income*masih diperlukan reformasi cara pembayaran dan pembiayaan kesehatan terutama pada pasien yang memerlukan perawatan di rumah sakit. Pembiayaan kesehatan secara prospektif melalui asuransi kesehatan merupakan metode pembiayaan yang diharapkan dapat dilaksanakan di negara-negara berkembang. Pembiayaan kesehatan ini juga diharapkan berjalan optimal dengan kerjasama yang baik dari penyedia layanan kesehatan dan pemerintah dalam penyajian data pasien dan manajemen klaim (Mathauer & Wittenbecher, 2013)

Tidak dipungkiri bahwa dalam pembiayaan kesehatan masih terdapat *gap* yang besar antara negara kaya dan negara miskin. Di negara kaya alokasi pembiayaan besar meskipun beban penyakit sedikit, sebaliknya di negara miskin alokasi pembiayaan kecil mekipun beban penyakit besar (Gottret & Schieber, 2006). Di Indonesia, meskipun terdapat peningkatan status kesehatan dilihat dari menurunnya angka kematian bayi dan peningkatan akses terhadap pelayanan kesehatan ternyata masih terdapat *gap* antara status kesehatan daerah kaya dan daerah miskin. Salah faktor penyebabnya adalah permasalahan pembiayaan kesehatan (Utomo, Sucahya, & Utami, 2011). Beberapa tahun terakhir, pembiayaan kesehatan di negara berkembang meningkat hampir 100%, data yang dirilis IMF menujukkan peningkatan pembiayaan sekitar 120% sedangkan WHO meningkat sekitar 88% (Lu et al., 2010)

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Fungsi rumah sakitsebagai berikut :

a. Penyelenggaraan dan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan di rumah sakit

b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis

c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan

d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Pada dekade 1900-an, rumah sakitpemerintah menerapkan kebijakan swadana yaitu rumah sakitpemerintah diberikan kewenangan lebih besar dalam mengelola sistem keuangannya. Keluaran yang diharapkan adalah kinerja pengelolaan yang semakin meningkat sehingga citra rumah sakitpemerintah di mata masyarakat semakin baik (Trisnantoro, 2004)

Dalam perkembangannya, rumah sakitpemerintah yang merupakan instansi dilingkungan pemerintah sesuai amanat Undang-Undang No 1 tahun 2004 dapat berbentuk Badan Layanan Umum (BLU) yang bertujuan untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/ jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas. Rumah sakit menerima pendapatan sebagai hasil pembayaran jasa pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada pasien asuransi, mampun pasien bukan asuransi.

Menurut Abbey (2012) menyatakan ada dua sistem pembayaran yang lazim untuk pembayaran rumah sakit, yaitu :

a. Sistem Pembayaran Retrospektif (*Restrospective Payment System*)

Pada sistem pembayaran retrospektif, rumah sakitdibayar berdasarkan biaya atas pelayanan yang telah diberikan. Pembayaran yang diberikan setelah pelayanan berlangsung, tidak memberikan insentif bagi rumah sakit untuk melakukan efisiensi. Sistem ini justru mendorong peningkatan jumlah item pelayanan dan tarif karena pembayaran dilakukan berdasarkan setiap jenis pelayanan yang dilakukan, dan apabila biaya pelayanan kesehatan ditanggung pihak ketiga, terjadinya *moral hazard* akan lebih terbuka lebih sehingga memberi dampak kenaikan biaya pelayanan kesehatan yang drastis. Menurut Smith dan Fottler (1985) sistem pembayaran retrospektif diantaranya :

1) *Fee For Service*

Pola *Fee for service(FFS),*rumah sakit mendapatkan penggantian pembayaran untuk setiap bentuk pelayanan yang diberikan kepada pasien. Terdapat 2 bentuk pola FFS yaitu :

a) Input Based

Rumah sakit dibayar atas semua jenis pelayanan yang telah diberikan, tanpa pengelompokan *fixed-fee schedule* dan biasa disebut *retrospective cost-based payment.* Dampak pola pembayaran ini adalah terjadinya *over utilization* dan *unnecessary utilization* dari pelayanan kesehatan.

b) Output Based

Rumah sakitdibayar berdasarkan luaran pelayanan yang hendak dicapai. Biasanya pola ini ditandai dengan *fixed fee schedule* dan layanan dipaket dalam pengelompokkan tertentu sehingga pembayaran rumah sakitbersifat tetap berdasarkan pengelompokkan tertentu.

2) *Payment per Itemized Bill*

Adalah penganggaran sejumlah dana secara tetap kepada rumah sakituntuk membiayai beberapa item tertentu (membiayai input) seperti : sumber daya manusia, bahan medis habis pakai, obat-obatan, dan perlengkapan lain untuk satu periode tertentu. Pola ini disusun dan diatur secara prospektif yaitu ditetapkan didepan sebelum pelayanan diberikan kepada pasien.

3) *Payment per Diem*

Pembayaran per diem mencakup semua biaya layanan dan biaya per pasien per hari (misalnya perawatan medis obat-obatan, perban, prosthesis, dan akomodasi). Pembayaran ini digunakan bagi penyedia pelayanan kesehatan yang merawat pasien untuk jangka panjang dan hanya ditemukan pada pembayaran rawat inap di rumah sakit dan panti jompo. Insentif yang paling mendominasi bagi rumah sakitadalah meningkatkan jumlah hari rawat

b. Pembayaran Prospektif (*Prospective Payment System*)

Sistem pembayaran prospektif adalah suatu sistem pembayaran pada rumah sakitdalam jumlah yang ditetapkan sebelum suatu pelayanan medik dilaksanakan tanpa memperhatikan tindakan medik atau lamanya perawatan di rumah sakit. *prospetif payment*diantaranya :

1) *Capitation payment*

Pembayaran dilakukan berdasarkan jumlah tetap per kepala dari populasi yang menjadi cakupannya.

2) *Global Budget*

Pola pembayaran rumah sakit yang ditetapkan dimuka untuk mencakup biaya agregat pelayanan kesehatan di rumah sakitdalam periode waktu tertentu (biasanya satu tahun). Penetapan dan pembayaran ditetapkan secara restrospektif dan memberi keleluasaan kepada penyedia pelayanan kesehatan untuk pemindahan anggaran antar kategori biaya (Smith & MD, 1985)

3) *Case Mix Payment*

Pola pembayaran *case-mix* didasarkan pada kasus yang ditangani bukan berdasarkan tindakan yang diberikan. Mekanisme pembayaran ini dimulai dengan pola yang sederhana dimana *fee* yang dikenakan besarannya sama untuk suatu kasus tertentu tanpa mempertimbangkan kompleksitas tindakan dan sumber daya yang digunakan untuk merawat pasien.

Salah satu metode pembayaran prospektif *case mix* adalah INA-CBGs. Pembayaran dengan INA-CBGs membawa konsekuensi bagi rumah sakituntuk mampu bekerja secara *team work* agar efisien. Dengan adanya tim di RS diharapkan terjadi persaingan yang sehat, memuaskan dokter dan pasien tidak menjadi korban (Thabrany, 2014). Persaingan antar rumah sakit menurut Cooper et al (2015) sering terjadi karena variasi harga meskipun prosedur tindakannya homogen. Dimensi biaya dan kualitas merupakan hal penting dalam kompetisi rumah sakit. Untuk itu pengendalian biaya merupakan aspek yang sangat penting bagi keberlangsungan finansial jangka panjang rumah sakit. rumah sakitharus mampu melakukan produksi dengan biaya rendah dan perlu mengurangi utilisasi yang tidak diperlukan.

Meskipun dipihak lain pembayaran dengan sistem ini merangsang rumah sakitmenurunkan kualitas pelayanannya. Selaras dengan yang dikemukakan Chang & Hung (2008) di Taiwan bahwa dengan adanya *National Health Insurance*, rata-rata tingkat efisiensi rumah sakitdi distrik Taiwan mengalami penurunan. Maka tim di rumah sakitharus mampu fokus pada *cost effieciency* dengan mencoba mengurangi biaya tanpa mengurangi kualitas pelayanan atau meningkatkan kualitas pelayanan tanpa meningkatkan biaya (Chang & Hung, 2008).

C. *Global Budget*

Mekanisme pendanaan di rumah sakitmerupakan bagian penting dari proses reformasi sistem perawatan kesehatan di banyak negara berpenghasilan rendah dan menengah. Beberapa tahun yang lalu banyak negara dengan sistem perawatan kesehatan yang didanai publik telah mulai mengadopsi *global budget*. *Global budget*dapat mendorong pengembangan dan perubahan pemberi layanan dan memasukkan insentif untuk menghargai kualitas layanan, praktik klinis dan efisiensi yang tepat. Salah satu daya tarik utama *global budget* adalah secara administratif penyedia layanan dapat melakukan perubahan dan pengembangan layanan dengan mudah serta dapat mendorong keputusan yang lebih rasional dalam penggunaan sumber daya perawatan kesehatan dan hemat biaya(Dredge, 2004).

a. Definisi

Global budget merupakan salah satu sistem pembayaran yang diberikan kepada provider untuk membiayai pelayanan kesehatan dalam jangka waktu tertentu serta berdasarkan angka utilisasi pelayanan sebelumnya. Hal yang paling mendasar dari *global budget* adalah penentuan jumlah penduduk yang menggunakan layanan, jenis layanan yang diberikan, dan alokasi anggaran tahunan sebagai pembayaran awal. Setelah alokasi anggaran ditentukan maka dilakukan peninjauan berkala (tahunan jika memungkinkan). Faktor-faktor penentu untuk melakukan tinjauan berkala yaitu perubahan jumlah penduduk, harga yang dinamis, kemajuan teknologi, kebutuhan penduduk yang relatif, dansistem efisiensi (Jongudomsuk et al., 2015).

Pada Juli 1998, *global budget* juga diterapkan di Taiwan untuk pelayanan gigi guna menekan biaya yang berlebihan dalam pelayanan kesehatan kemudian diperluas ke pengobatan medis china dan perawatan di rumah sakitpada tahun 2002. Pada implementasi *global budget* di Taiwan, mendorong rumah sakitdalam melakukan manajemen risiko untuk menghindari kerugian finansial dengan penerapan sistem pembayaran *global budget*. Keterbatasan dalam melakukan manajemen risiko tersebut membuat rumah sakitmengalihkan risiko kepada dokter dan divisi medis dalam berbagi risiko finansial dari penganggaran di rumah sakit, sehingga berdampak pada pengurangan layanan medis untuk mengurangi risiko finansial dan kualitas layanan kesehatan (Yan, Yang, & Fang, 2014).

Beberapa negara juga memperkenalkan *budget setting* yaitu pengaturan anggaran yangbertujuan untuk menciptakan batas atas baik di sektor kesehatan secara menyeluruh maupun area layanan tertentu. Adanya variasi didalam

menetapkan mekanisme *budget setting* yang ditemukan di Kanada, Inggris, Prancis, dan Jerman. Namun keempat negara tersebut memperkenalkan pembayaran di rumah sakitberdasarkan diagnosis atau layanan yang diberikan (Stabile et al., 2013).

b. Tujuan

Tujuan utama *Global budget* adalah membatasi jumlah anggaran yang dikeluarkan untuk perawatan kesehatan. Total anggaran akan ditentukan oleh badan pendanaan seperti Kementrian Kesehatan, Otoritas Dana Kesehatan Regional atau yang setara dan bertindak sebagai penentu batas atas untuk penganggaran *global budget*. Di samping tujuan fiskal ini, pembeli akan memastikan bahwa kuantitas dan kualitas layanan yang disampaikan dalam *global budget*memenuhi seperangkat volume dan standar yang telah ditentukan sebelumnya. Untuk mencapai tujuan ini *global budget* harus ditentukan batas atas anggaran, menentukan provider pelaksana atau insitusi yang bertanggung jawab untuk mencapai target anggaran dan menentukan kinerja anggaran provider (Dredge, 2004).

c. Manfaat

Menurut Dredge (2004), secaraumum manfaat dari *global budget* sebagaiberikut:

1) Mengendalikan pengeluaran anggaran
2) Kepastian pendanaan
3) Administrasi lebih mudah (murah)
4) Peningkatan koordinasi dan perencanaan layanan; dan
5) Penghapusan layanan yang tidak perlu

Global budget memberikan batasan sumber daya yang jelas tentang pengeluaran rumah sakit. Kontrol anggaran menjadi penting karena karakteristik unik dari lingkungan ekonomi kesehatan. Dibanyak negara dimana sebagian besar penduduknya termasuk dalam pengaturan *risk pool*tidak menanggung sepenuhnya biaya keputusan masing-masing tentang bagaimana mereka memanfaatkan layanan kesehatan. Konsekuensi perilaku individu tidak berakibat pada kendala keuangan atas permintaan layanan kesehatan. Secara umum perspektif ekonomi pasar berdasarkan kemauan membayar individu tidak boleh disalahgunakan untuk jatah akses terhadap perawatan kesehatan. Dalam keadaan seperti ini *global budget*

dapat dilihat sebagai cara yang lebih adil dalam membatasi dan mengalokasikan penggunaan layanan kesehatan (Dredge, 2004).

Pengenalan sistem*global budget* mungkin akan memerlukanperubahan pada tingkat manajemen dan pembiayaan lainnya. Tanpa manfaat penuh, sistem ini tidak akan tercapai. Keuntunganutama dari sistem *global budget*adalah:

1. Kepastian; bagi pembeli dan penyedia layanan
2. Mengendalikan; penurunan yang signifikan dalam risiko *overspending* atau lebih dari melakukan pembelian dan penyediaan anggaran sehingga berkontribusipada efisiensi makro-ekonomi
3. Transparansi; kemudahan audit dan akuntabilitas; dan
4. Insentif; memberikan dasar yang kuat untuk desentralisasi dan otonomi daerah dan tanggung jawab lokal untuk keputusan pengeluaran.

d. Pengaturan *Global Budget*

Besarnya alokasi *global budget* dilihat dari volume layanan yang akan diberikan dan harga keseluruhan dengan standar kualitas minimum yang ditetapkan. Biasanya anggaran menjadi prospektif dan disepakati untuk jangka waktu tertentu (seperti satu tahun anggaran). *Global budget* dapat memiliki banyak bentuk, namun harus eksplisit tentang layanan yang didanai dan yang tidak didanai. Hal ini penting untuk desain dan juga pengoperasian anggaran.

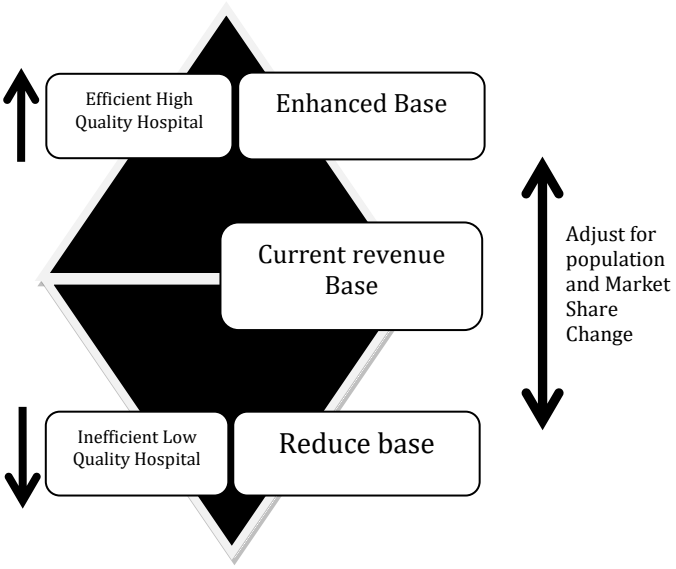
Global budget akan ditetapkan, pada awalnya berdasarkan campuran biaya pengeluaran tahun yang berlalu, pengeluaran perkapita dan ukuran efisiensi relatif serta kegiatan klinis utama. Kontrak untuk setiap provider akan memberikan gambaran keuangan, menentukan jumlah layanan yang akan diberikandan memperkenalkan beberapa pengukuran kualitas. Penyedia layanan kesehatan tidak lagi mendapat audit dari pusat secara terperinci dan langsung. Adanya *global budget* mengharapkan provider layanan kesehatan memberikan perawatan yang efektif dan tepat biaya. Penyedia layanan kesehatan harus dapat mengatur sumber daya yang tersedia, tenaga kerja, infrastruktur, modal, persediaan dan layanan dengan cara yang optimal (Dredge, 2004). Dasar sederhana dari sistem penganggaran global adalah sebagai berikut :

1. Ada jumlah tetap dan jumlah yang telah ditentukan tersedia untuk dibelanjakan sesuai kebutuhan layanan kesehatan; ini dialokasikan ke agen pembelian baik nasional maupun lokal;

2. Ada pembayaran prospektif dari total yang akan dialokasikan dari pembeli ke penyedia – *global budget*; dan
3. Anggaran global memerlukan *trade-off* antara harga (biaya) layanan dan kualitas layanan yang diberikan (dengan asumsi biaya kualitas konstan).

Manajemen rumah sakit kemudian perlu meninjau ulang anggaran awal ini dan merasa puas karena mencerminkan pola pengeluaran dan beban kerja yang direncanakan saat ini. Hal ini dapat mengatasi ketidakseimbangan antara item baris dan fungsinya. Jika misalnya, diyakini bahwa anggaran satu baris saja lebih besar daripada total kebutuhan rumah sakit, namun telah dikeluarkan untuk memastikan tidak ada kerugian anggaran secara keseluruhan, maka surplus dapat dialokasikan kembali ke anggaran lain yang lebihmembutuhkan (Dredge, 2004).

D. Kerangka Teori Studi

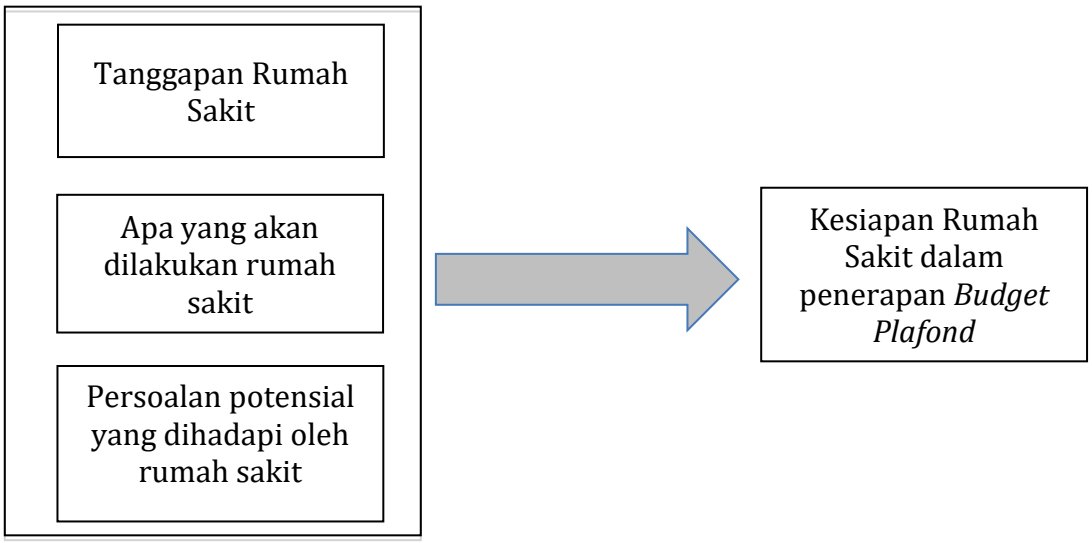


Gambar 1. Kerangka Teori Studi Model *Global Budget*

Sumber: ***Health Service Cost Review Comission (HSRC),*** **2015**

Penerapan metode anggaran menyeluruh pada rumah sakit di kerangka teori mengilustrasikan bahwa pendapatan rumah sakit dapat bergantung pada histori pendapatan rumah sakit. Histori pendapatan yang dimaksud yaitu bahwa pendapatan dapat menjadi tinggi atau bahkan turun dikarenakan adanya efisiensi dan tingkat utilisasi di rumah sakit. Anggaran pendapatan akan disesuaikan setiap tahunnya.

E. Kerangka Kerja Studi



Gambar 2. Kerangka Kerja Studi

Kerangka kerja studi di atas menggambarkan variable-variabel yang digunakan dalam studi ini. variabel terikat yaitu kesiapan rumah sakitdalam melaksanakan *budget plafond*.

Definisi Operasional

1. **Tanggapan** rumah sakit yaitu pendapat ataupun reaksi direktur/ staf manajemen rumah sakit setelah mendengar atas informasi rencana penerapan model pembayaran kepada rumah sakit oleh bpjs kesehatan atas pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit kepada peserta JKN. **Tanggapan** dapat berupa persetujuan, sanggahan, pertanyaan, atau pendapat.
2. **Apa yang akan dilakukan rumah sakit** merupakan upaya ataupun tindakan yang dilakukan oleh manajemen rumah sakit atau hal – hal penting yang dilakukan oleh manajemen rumah sakit sebagai persiapan penerapan *budget plafond* di rumah sakit.
3. **Persoalan potensial**penerapan *budget plafond* yaitu hal – hal yang memiliki potensi terjadi karena penerapan *budget plafond* di rumah sakit. Potensi ini timbul di rumah sakit dan akan memberikan dampak – dampak tertentu baik ke internal dan eksternal rumah sakit.

F. Pertanyaan Penelitian

Untuk memperoleh hasil studi yang diharapkan maka pertanyaan penelitian yang disusun yaitu:

1. Bagaimana tanggapanrumah sakitpemerintah terhadap penerapan *budget plafond*?
2. Apa yang akan dilakukan oleh rumah sakit pemerintah terhadap penerapan *budget plafond*?
3. Apa persoalan potensial yang akan dihadapi rumah sakit terhadap penerapan *budget plafond*?

Bab III. Metode Penelitian

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian adalah observasional deskriptif, yaitu kajian yang digunakan untuk memberikan uraian atau gambaran beberapa variabel tanpa memberikan intervensi terhadap variabel penelitian. Penelitian dengan rancang bangun *cross sectional* ini bertujuan untuk melihat Tanggapan dari RS atas jika dilakukan penerapan pembatasan klaim INA-CBGs melalui model pembatasan anggaran (*Budget Plafond Model*) untuk program JKN. *Cross sectional* dipilih karena waktu pengumpulan data dan informasi dilakukan pada waktu tertentu yang bersamaan. Penelitian dilaksanakan di 3 rumah sakitkelas A, 3 rumah sakitkelas B, dan 3 rumah sakitkelas C di Indonesia untuk memenuhi pertimbangan analisis dengan keterwakilan sebagai rujukan wilayah barat, tengah dan timur.Pengumpulan data dilakukan selama 2 bulan di 3 regional dengan menggunakan kuesioner yang telah dirancang dengan beberapa pertanyaan terbuka dan tertutup sesuai variabel yang telah ditentukan.

B. Analisis yang digunakan

Variabel penelitian dianalisis dengan menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif melalui beberapa tahap sebagai berikut :

1. Pendekatan kuantitatif digunakan untuk menganalisis karakteristik dan profil rumah sakit, jumlah rujukan pasien JKN, jumlah klaim yang diterima di RS kelas A , B, dan C wilayah studi, rasio klaim JKN , jumlah peserta per kelas yang menjadi klaim, status dan jenis penyakit rujukan terbanyak , *unit cost* dan tarif RS, penerimaan RS dari klaim INA-CBGs, rasio penerimaan RS klaim terhadap pengeluaran biaya RS. Metode analisis yang dominan digunakan adalah *descriptive analysis.*
2. Pendekatan kualitatif digunakan untuk menganalisis kesediaan dan kesanggupan serta tantangan yang akan dihadapi rumah sakitdalam penerapan *budget plafond model*. Metode analisis yang dominan digunakan adalah *thematic analysis.*

C. Sasaran

Sasaran utama penelitian yaitu rumah sakitkelasA, B, dan C. Sasaran di rumah sakitdiambil untuk menyesuaikan topik keberlangsungan secara finansial program JKN dengan menilai sejauh mana penerimaan rumah sakitjika dilakukan penerapan pembatasan klaim INA-CBGs melalui model pembatasan anggaran (*budget plafond model*).

Selain hal itu keberadaan rumah sakitini di 3 regional yang berbeda secara demografi dan wilayah yaitu regional I di Provinsi Sumatera Utara, Regional VI di Provinsi DIY, dan Regional IX di Provinsi Sulawesi Selatan. Penentuan sampel di 3 regional ini merupakan pengelompokan wilayah barat, wilayah tengah dan wilayah timur. Meskipun tidak mewakili keseluruhan rumah sakitkelas A, namun keterlibatan di 3 regional ini menggambarkan keterwakilan di setiap wilayah. Sehingga studi akan dilakukan di 3 rumah sakitkelasA, 3 rumah sakitkelasB, 3 rumah sakitkelasC di Indonesia, dengan keterwakilan lokasi geografis dan areal rujukan.

Berikut daftar Rumah Sakit yang termasuk sasaran dalam penelitian ini yaitu:

1. Rumah Sakit A
    a. RSUP Adam Malik Medan,
    b. RSUP Dr Sarjito Jogjakarta dan
    c. RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar
2. Rumah SakitKelas B
    a. RSU Haji Medan
    b. RSUD Kota Yogyakarta
    c. RSU Hadji Makassar
3. Rumah SakitKelas C
    a. RSUD Sultan Sulaiman Syariful Alamsyah, Medan
    b. RSUD Wonosari
    c. RSUD Pangkep, Makassar

D. Responden Penelitian

Responden yang dipilih dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Direktur Utama RS
b. Direktur SDM dan Pendidikan RS
c. Direksi Medik dan Keperawatan RS
d. Direktur Keuangan RS
e. Direktur Umum dan Operasional RS

E. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Kriteria inklusi responden adalah rumah sakitkelas A, B, dan C (mewakili klaim di kelas 1, kelas 2, dan kelas 3); Subjek penelitian yang dipilih adalah rumah sakitkelas A, B dan C, yang telah ditentukan sesuai dengan kriteria dari Kementerian Kesehatan.

Kriteria eksklusi dari penelitian ini yaitu rumah sakitswasta dari semuakelas yang ada. Rancangan penelitian hanya dikhususkan untuk penelitian di rumah sakitpemerintah

F. Uraian/ Desain Kegiatan

Desain kegiatan yang telah dilaksanakan yaitu:

1. Pengembangan kuesioner penelitian berupa:
   a. List data sekunder
   b. List pertanyaan wawancara mendalam dan diskusi terarah berkelompok
2. Adanya*ethical clearance* dari Komisi Etik Penelitian
3. Adanya izin penelitian dari Kemendagri, Bakesbanglimnas Provinsi dan Kabupaten/ Kota.
4. Pengumpulan data yang melibatkan mitra universitasdi daerah dengan disertai *informed consent* yang diperuntukkan bagi responden.
5. Diskusi internal dan webinar dan *whatsapp group* dengan melibatkan mitra universitas di daerah untuk melihat hasil pengumpulan data setiap waktu.

6. Tersedia matriks data hasil kuantitatif dan kualitatif dengan mempertimbangkan format instrumen penelitian yang telah dikembangkan dengan hasil transkip dan coding hasil transkip.
7. Mengentri, mengolah dan menganalisis data hasil wawancara dan data sekunder
8. Menyusun laporan dan membuat ringkasan untuk publikasi ilmiah.

G. Pelaksana Kegiatan

Studi ini adalah penelitian bersama antara Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada dengan Bidang Riset dan Pengembangan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Pusat, dan Jaringan Kebijakan Kesehatan Indonesia.

H. Tempat Pelaksanaan

Penelitian dilaksanakan di 3 regional di Indonesia yang dipilih karena perbedaan demografi dan bentuk rumah sakitkelasA, B, dan C. Provinsi yang dipilih adalah Provinsi Sumatera Utara, Provinsi DI Yogyakarta, dan Provinsi Sulawesi Selatan.

I. Waktu Pelaksanaan

Data-data yang telah dikumpulkan di 3 regional selama 2 bulan. Kuesioner pertanyaan untuk wawancara dan diskusi kelompok terarah dan daftar data sekunder disediakan untuk mendukung pengumpulan data di lapangan.

J. Luaran Hasil Kajian

Usulan kebijakan untuk penerapan model pembayaran dengan *budget palfond* di rumah sakit dalam rangka mendukung pelaksanaan program JKN. Optimalisasi pelayanan kesehatan dengan anggaran di rumah sakitkelas A, B, dan C, diharapkan dapat mendukung kendali biaya dan kendali mutu di rumah sakitkelas A, B, dan C. Pengetahuan manajemen risiko di rumah sakit diharapkan mendorong kualitas manajemen di rumah sakitsemakin optimal. Kebutuhan optimalisasi pelayanan kesehatan harus mempunyai indeks yang terukur baik melalui indeks mutu maupun indikator lain yang telah ditentukan oleh Kementerian Kesehatan.

K. Keterbatasan Penelitian

1. Kelemahan penelitian

Kelemahan penelitian terkait dalam metodologi yaitu pemilihan subyek penelitian meliputi pemilihan wilayah dan rumah sakit *berdasarkan purposive sampling,* sehingga tidak dapat digeneralisasikan pada setting yang berbeda.

2. Kesulitan penelitian

   Kesulitan penelitian dalam pelaksanaan/pengumpulan data yaitu

   a) Informan baru mengetahui konsep *budget plafond* pada saat diwawancara.
   b) Tidak semua rumah sakit bersedia menjadi subyek penelitian.

Bab IV. Hasil Penelitian dan Pembahasan

A. Hasil Penelitian

Studi yang dilakukan untuk melihat tanggapan, hal – hal penting yang akan dilakuakn oleh rumah sakit dan pengaruh terhadap rumah sakit khususnya rumah sakit milik pemerintah terhadap pelaksanaan *budget plafond* di rumah sakit. Studi dilakukan di tigaprovinsi yang berbeda yaitu Provinsi Yogyakarta, Provinsi Sumatera Utara dan Provinsi Sulawesi Selatan. Penentuan 3 provinsi ini berdasarkan pembagian wilayah geografis yaitu wilayah barat, wilayah tengah dan wilayah timur. Diharapkan keterlibatan 3provinsi ini dapat menggambarkan keterwakilan disetiap wilayah tersebut meskipun tidak mewakili seluruh wilayah di Indonesia secara keseluruhan.

Dalam rangka memenuhi keterwakilan tersebut maka studi dilakukan di 3 kelasrumah sakit milik pemerintah yaitu rumah sakitkelasA, rumah sakitkelasB, dan rumah sakitkelas C di setiap provinsi terpilih. Rumah sakitkelas A yang terpilih yaitu Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr Sardjito Yogyakarta, RSUP Adam Malik Medan, dan RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo. Rumah sakitkelas B yaitu Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Yogyakarta, RSUD Haji Medan, dan RSU Hadji Makassar. Rumah sakitkelas C yaitu RSUD Wonosari, RSUD Sultan Sulaiman Syariful Alamsyah, dan RSUD Pangkep.

Responden yang terlibat selama studi ini yaitu Direktur Utama, Direktur SDM dan Pendidikan, Direktur Medik dan Keperawatan, Direktur Keuangan, Direktur Umum dan Operasional, Kepala Bidang, Kepala Sub Bidang, Kepala Seksi, Kepala Instalasi dan Penanggungjawab unit terkait.

Budget plafond merupakan salah satu model pembayaran ke rumah sakitoleh pemerintah atau suatu badan asuransi kesehatan kepada rumah sakitdengan memberikan dana untuk satu tahun anggaran. Alokasi dana ke rumah sakittersebut diperhitungkan dengan mempertimbangkan jumlah pelayanan tahun sebelumnya, kegiatan-kegiatan lain yang diperkirakan akan dilaksanakan dan memperhitungkan kinerja rumah sakit. Selain itu memperhitungkan internal rumah sakitdi atas, selayaknya rumah sakit memperhitungkan faktor eksternal rumah sakit.

1. Tanggapan Rumah Sakit terhadap Rencana Pelaksanaan *Budget Plafond*

Pelaksanaan*budget plafond* memberikan pandangan tersendiri bagi manajemen rumah sakit. Tanggapan atas rencana pelaksanaan *budget*

*plafond*menjadi bahasan penting dalam studi ini. Rumah sakit kelas A di semua daerah studi menyatakan belum siap atas rencana pelaksanaan *budget plafond* di rumah sakit pemerintah. Ketidaksiapan rumah sakit kelas A untuk menerima model pembayaran dengan *budget plafond* karena sistem rujukan yang belum baik antar rumah sakit yang dikhawatirkan membuka peluang adanya *moral hazard*. Terbukanya kesempatan terjadinya *moral hazard* terbut menjadi keuntungan bagi rumah sakit yang melakukan rujukan tanpa disertai sanksi tegas.

> *"sekarang itu pintar itu yg tipu-tipu kecil yg di makassar aja hitung-hitung (sekarang sudah terjadi itu) kalau nggak cukup, saya kirim dirujuk ... sy pernah dapat dari Rumah Sakit depan unhas kirim ke kami alasan pengiriman karena alat tidak ditanggung oleh bpjsjadi salah satu indikasi mengirim adalah ketika dia hitung ternyata ini rugi hmm akhirnya dia kirim ke Rumah Sakit kita" (RS kelas A)*

> *"Yang paling sulit nanti Rumah Sakit pada rujukan yang terakhir, udah tahu dia bakal jadi lama dirujuk ke tempat kita. Disitu masalahnya, Rumah SakitRumah Sakit kelas C diuntungkan dengan ini..., saya malah ragu di global badget malah makin enak-enak aja pasien kita masuk seamber-abrek ya kita yang ngodok" (RS Kelas A)*

Akibat *moral hazard* rumah, indikasi yang muncul yaitu menarik iuran dari peserta. Namun, regulasi tentang iur biaya telah mengatur dengan jelas bahwa rumah sakit tidak membolehkan menarik iur biaya dari pasien peserta JKN.

> *"...betul dan ada tendensi karena mereka tidak boleh iur biaya pak, gak boleh menarik dari pasien otomatis ya sudah lah kirim aja orang pemerintah punya..." (RS kelas A)*

Ketidaksiapan rumah sakit kelas A juga dikarenakanrumah sakit kelas A merupakan tempat rujukan akhir.

> *"...Yang paling sulit nanti Rumah Sakit pada rujukan yang terakhir...." (RS Kelas A)*

Banyaknya rujukan di rumah sakit kelas a, menjadikan rumah sakit kelas a menjadi tempat pembuangan rujukan.

> *"... tapi rujukan juga harus diatur, jangan jadi TPA (Tempat Pembuangan Akhir) ini. Kalau TPA tinggi maka global budget akan merugikan Rumah Sakit" (RS Kelas A)*

Sistem rujukan berjenjang di daerah belum dilaksanakan dengan baik. Rumah sakit kelas B dan kelas C bisa dengan berbagai alasan merujuk pasien ke rumah sakit kelas A.

> "*...Itu nyatanya banyak pasien kita yang penuh, betul yang sebenarnya bisa diselesaikan di B dan C karena masalah budget akhirnya kita sudah kayak Rumah Sakit puskesmas raksasa..." (RS Kelas A)*

Belum adanya pengetatan sistem rujukan menjadi salah satu alasan mengapa rumah sakit kelas A tidak siap menerima model pembayaran dengan *budget plafond*.

Faktanya sistem rujukan yang sekarang berlaku masih "longgar" dan tidak ada sanksi tegas secara regulasi bagi rumah sakit yang melanggar alur rujukan.

> *"....tidak ada, tidak ada denda itu dari bpjs makanya saya bilang kemarin waktu bpjs nggak punya kekuatan ketika ada Rumah Sakit yang harusnya bisa dilakukan di kelas B sama C karena hanya alasan itu (tidak ada alat) ..."* (RS kelas A)

Selain sistem rujukan yang belum ketat, rumah sakit kelas A mempunyai kesempatan berkembang lebih besar dari rumah sakit kelas B dan kelas C. Rumah sakit kelas A dimungkinkan memiliki kesempatan untuk pengembangan pelayanan kepada masyarakat karena kebutuhan dan perkembangan ilmu kedokteran dan teknologinya.

> *"... cuma berpikirnya saya secara umum ini pak kalau itu jadi penentu, sementara kita ke depan kan banyak pelayanan-pelayanan yang mau kita kembangkan..Bisa nanti kita bergerak atau gak ini jadi mengekang langkah kita ke depan untuk pengembangan-pengembangan pelayanan, itu aja kalau saya berpikirnya pak." (RS Kelas A)*

Perkembangan pelayanan–pelayanan penyakit katastropik misalnya, ini memberatkan rumah sakit kelas A.

> *"Saya agak keberatan tadi adanya global badget tadi pak, jadi Rumah Sakit ini kan selalu berkembang, sekarang saja kami sedang melakukan pengembangan pelayanan dimana-mana misalnya di atas tidak ada operasi transplantasi ginjal sekarang ada, transplantasi hati ada, hal seperti ini harus diberi ruang pak" (RS Kelas A)*

Selain pelayanan, teknologi bidang kedokteran berkembang sangat cepat. Bagi rumah sakit yang mempunyai cukup modal, akan sangat mudah mendapatkan teknologi modern untuk pengobatan pasien di rumah sakit. Namun, bagi rumah sakit yang tidak mempunyai cukup dana, investasi untuk teknologi modern tentu menjadi hambatan.

> *"Ini pokoknya duit, cukup tidak cukup cak ke. Ya tadi itu tidak bisa mengakomodir perkembangan teknologi pelayanan, kalau itu diterapkan dalam 1 tahun, berat pak" (RS kelas A)*

Penyakit dengan biaya tinggi akan mempersulit rumah sakit kelas A dikarenakan dibutuhkan teknologi dan tenaga yang tidak murah.

> "...*penyakit-penyakit yang sangat tinggi akan dia perawatan pertama*..." (RS kelas A)

> *"kita akan transplantasi ginjal kita akan rencanakan nanti sebulan entah 2 tahun depan kan belum lagi transplantasi hati kita harus tentukan, seperti masalah bayi kembar itu bisa aja dalam 1 bulan 3 emang bisa 1, itu membutuhkan biaya besar pak, karena kita Rumah Sakit rujukan vertikal yang memang seluruh permasalahan menumpuk di sini" (RS Kelas A)*

> *"begini pak jangan sampai kita begini misalnya kita hitung-hitung nih budgetnya 500 M sampai bulan september kita udah pakai 450 oktober november desember masih*

ada dua bulan ternyata kita dapat telepon ada 4 operasi jantung terbuka mesti kita lakukan yanga kalau kita hitung-hitung ternyata hampir 100 M nah artinya yang begini ini kan dilema juga kita lakukan budgetnya dari mana kita tidak lakukan salah juga pak" (RS Kelas A)

Perawatan penyakit dengan biaya tinggi, rumah sakitkelas A seharusnya diberi kebebasan dalam pengelolaan anggaran, apabila diterapkan *budget plafond* di rumah sakitkelas A.

"bpjs harus berpikir ada fleksibilitas mengenai turun dan naiknya presentasi karena pertama kalau di Rumah Sakit kelas b biasanya, bisa kita prediksi di kelas a tingkat kesulitan itu terus terang di Rumah Sakit kami agak sulit karena ketika dia ngga bisa di C, nggak bisa di B akhirnya di A."(RS kelas A)

Adanya kasus – kasus di atas, pelaksanaan *budget plafond* di rumah sakit kelas A perlu dipertimbangkan lagi. Tanggapanrumah sakit kelas B dan C berbeda dengan rumah sakit kelas A terhadap rencana penerapan *budget plafond.* Rumah sakit kelas B dan kelas C menyatakan kesiapan dalam penerapan *budget plafond.*

"...artinya pada saat kami menginginkan kearah lebih baik tidak ada masalah mudah-mudahan itu sesuai dengan apa yang kami harapkan begitu artinya kalau di resikonya tetap ada resikonya untuk tidak berjalan efektif tetapi secara ini kami ya nawaitunya tetap ini.." (RS kelas C)

Bagi rumah sakit kelas B, penerapan *budget plafond*diharapkan tidak menyebabkan rumah sakit mengalami kerugian.

"*...global budgeting nda terlalu masalah sih.. kalau buat saya. bukan setuju tidak setuju. nda masalah sih… yang penting itu tadi, kemudian Rumah Sakit juga tidak boleh terlalu dirugikan..." (RS kelas B)*

Kesiapan rumah sakit untuk menerapkan *budget plafond* dengan menerapkan kendali mutu dan kendali biaya.

"...iya, pengendali kendali mutu kendali biaya itu harus jalan.." (RS kelas C)

Besaran anggaran yang diberikan rumah sakit hendaknya melihat berbagai hal, salah satunya *unit cost*rumah sakit. Jika *unit cost* ini menjadi dasar negosiasi besaran *budget plafond*, maka rumah sakit harus mempunyai *unit cost*rumah sakit.

"*...e kalau pihak Rumah Sakit, apapun modelnya yang penting Rumah Sakit tidak boleh dirugikan. tidak boleh dibebankan itu… e… pembiayaan sebahagian kepada Rumah Sakit. itu intinya. apapun kelasnya, apapun modelnya yang penting dibayar sesuai dengan unit cost...*"(RS Kelas B)

Payung hukum yang jelas juga menjadi usulan bagi rumah sakit kelas B dan C apabila *budget plafond* diterapkan. Jika terjadi sisa anggaran bagaimana tindak lanjut yang perlu dilakukan oleh rumah sakit.

"itu susah juga masalah pertanggungjawaban pak yang paling susah. Kalau lah kita dengar kalau rugi itu masih gak apa-apa tapi kalau untung pertanggungjawabannya gimana semuanya nanti pada ngelirik pak. Melirik yang lebih tu bagaimana cara pertanggungjawabannya kan susah juga, itu apakah ada aturannya dan lain sebagainya"(RS Kelas B)

Bagi rumah sakityang sudah berstatus BLUD, pengelolaan keuangan telah diatur melalui Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor. 61 Th 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan BLUD. Namun, bagi rumah sakit yang belum berstatur BLUD diperlukan peraturan tambahan atau pemerintah daerah perlu membuat aturan mengenai pengelolaan dana sisa dari *budget plafond.*

2. Hal yang akan dilakukanRumah Sakit padapenerapan *Budget Plafond*.

Rumah sakitkelas B dan kelas C memberikan tanggapan terhadap persyaratandiajukan yaitu kendali biaya dan kendali mutu apabila *budget plafond* dilaksanakan.

a. ImplementasiKendali Mutu dan Kendali Biaya di Rumah Sakit

Komitmen kendali mutu dan kendali biaya di rumah sakittempat studi menunjukkan bahwa penggunaan obat, *clinical pathway,* dan pelayanan menjadi fokus perbaikan rumah sakit. Kondisi internal rumah sakit yang perlu diperbaiki ini membutuhkan komitmen semua pihak di rumah sakit. Pengendalian obat melalui e-katalog juga perlu dibenahi. Mendorong koordinasi antara Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan terkait obat-obatan yang digunakan atau terdaftar di e-katalog.

"pemerintah itu menyediakan kebutuhan obat-obat yang tadi, ekatalog misalnya nah faktanya pak kami beli ekatalog kosong dari distributor, kosong dari pabrik, akhirnya kami beli obat di luar itu, saya beli hampir 1,8 miliar pak kemarin" (RS Kelas A)

"...yang hubungannya dengan kendali mutu kendali biaya,khususnya biaya... nah disini pak terjadi pemborosan karena seharusnya ini ndak tau yang salah dimana,..."(RS kelas B)

''kalau memang tentang biaya obat yang terutama, kalau di RS pemerintah diwajibkan sesuai dengan e-catalogue...cuma kan di dalam perjalannya kalau obat obat ini mungkin di tengah tahun adanya kalau kita pesan, kalau di ahir ahir kita pesan misalnya udah di bulan 7 keatas itu rata rata obat itu sudah ndak ada, artinya direktur lah untuk beli obat gimana caranya nutupin'' (RS Tipe C)

Kebutuhan obat yang efisien juga menjadi salah satu kendali biaya dan kendali mutu di rumah sakit. Di beberapa rumah sakittim ini sudah terbentuk tapi tidak berjalan optimal. Berdasarkan hasil studi secara keseluruhan rumah sakitmenunjukkan telah memiliki komitmen terhadap kendali mutu dan kendali

biaya. Beberapa kegiatan yang hampir semua rumah sakitlakukan adalah kendali terhadap obat yang dilakukan dengan membuat formularium dan membentuk tim komite pengendali obat.

> *.....kalau dari saya untuk dokter dokter pemberi pelayanan, sudah sesuai dengan kompetensi mereka, kemudidan alat alat medis yang digunakan sudah disesuaikan dengan kompetensi juga, ... kalau memang tentang biaya obat yang terutama....”* (RSUD Kelas B).

> *“kendali mutu dan kendali biaya itu kami berikan tugas untuk pengecekan terkait dengan Komite Farmasi Terapi. Nah nanti dari tim pengendali biaya dan mutu itu tadi melihat paling tidak itu obat, yang utama kan obat. Peresepan itu sudah rasional atau tidak, satu. Selain fornas, obatnya yang digunakan tetapi dia rasional atau tidak (RS Kelas B)*

> *“...sudah ada tim kendali mutu kendali biaya, sistem pengadaan kami juga sudah menggunakan e-catalogue, e-purchassing untuk pengadaan obat sudah mulai menggunakan sistem belanja berimbang-balancing” (RS Tipe C)*

Rumah sakitkelas C mengungkapkan hal yang sama terkait kendali biaya dan kendali mutu. Rumah sakitjuga mempunyai fokus pada pengadaan obat melalui e-katalog, tim kendali biaya dan kendali mutu, dan kepatuhan menjalankan *clinical pathway*. Monitoring dan evaluasi diperlukan untuk memperkuat tim kendali mutu dan kendali biaya di rumah sakit.

b. Kenaikan Tarif INA-CBGs

Implementasi INA-CBGs di rumah sakit mendorong rumah sakit melakukan hal–hal yang dianggap dapat menyesuaikan biaya pelayanan dengan tarif INA-CBGs. Adapun tanggapan terhadap sistem INA-CBGs dikelompokkan sesuai dengan lokasi regional masing-masing rumah sakit.

1) Paket INA CBGs Terhadap *Real Cost*Rumah Sakit

Tanggapan pertama yang digali yaitu berkaitan dengan *real cost*rumah sakit. Tujuannya untuk mengetahui sejauh mana tanggapan rumah sakit terhadap sistem INA-CBGs yang dirasakan rumah sakitdikaitkan dengan *real cost*.Berdasarkan hasil studi untuk rumah sakitdaerah baik kelas A, kelas B, dan kelas Cmenyatakan tarif rumah sakitlebih tinggi dari tarif INA-CBGs sehingga membuat rumah sakitrugi. Rumah sakitkelas A menyatakan menyatakan *unit cost*rumah sakitlebih tinggi dari tarif INA-CBGs. Tarif INA-CBGs masih belum merata untuk semua rumah sakitpemerintah baik kelas A, kelas B maupun Kelas C.

> *“Lah, gini. Kadang-kadang di kita itu ada real cost sesuai tarip Rumah Sakit, itu yang lebih tinggi dibanding klaim, khususnya untuk tindakan-tindakan operatif, opersi kemudian untuk HD” (RS kelas C)*

Adanya perbedaan tarif INA-CBGs dan tarif rumah sakitmenjadikan potensi kerugian meskipun terjadi *cross* subsidi dan beberapa tarif INA-CBGs masih belum mengakomodir *real cost*rumah sakit.

> *"...kita tergantung pak, kayak bedah jantung itu lebih terhitung costnya tarifnya kita lebih besar, karena pendapatan kita kan melihat semua, tidak kasus per kasus. Tetapi ada beberapa kasus tertentu yang tidak berat severate levelnya, paling tidak sama dan ada untungnya, jadi memang ndak bisa memang kita bilang banyak, karena kadang kadang ndak sama, kalau saya mati, diagnostik e codding sama,tapi perjalanan penyaktnya bisa berbeda (RS kelas A)*

> *"...mungkin dengan tarif unit cost yang kita hitung ulang tarif inacbgs otomatis menyesuaikan karena kan juga tidak bisa itu dijadikan harga yg tetap karena pastikan ada perubahan-perubahan disesuaikan dengan sepanjang kita bisa menunjukkan unit cost nya dengan benar pasti akan lebih mendekati supaya nggak rugi maksudnya begitu" (RS Tipe B)*

> *"...Artinya banyak kalau kita hitung itu kebanyakan klaim yang ada INA CBGs itu ada di bawah real cost. Nah itu yang harus dibenahi pak. Artinya kalau basic INA CBGs nya itu clinical pathway, itu yang harus digerakkan..." (RS Tipe C)*

> *"…untuk saat ini emang kalau dari Perda kita emang lebih rendah, itupun rendahnya dari berdiri RS ini ndak pernah kita naikkan, memang kalau saat ini lebih tinggi INA CBG's , tapi kenyataanya lebih rendah, maka saya bilang lebih rendah" (RS Kelas C)*

Kenaikan tarif INA-CBGs sangat diperlukan untuk mendukung keberhasilan implementasi *budget plafond* di rumah sakit.Kenaikan tarif ini dapat mendorong rumah sakit untuk tidak menangani penyakit–penyakit tertentu saja yang tidak merugikan rumah sakit.

2) Memperbaiki Mekanisme INA-CBGs

Mekanisme klaim INA-CBGs sangat kaku menyulitkan rumah sakitdalam melakukan mekanisme klaim.Verifikator INA-CBGs yang masih kurang menyebabkan proses klaim terlambat. Kebutuhan SDM verifikasi tidak hanya jumlahnya namun juga kompetensinya dalam menilai klaim dari rumah sakit.

> *"sudah mengajukan tau tau Rumah Sakit harus mengembalikan karena data dukung yang dilengkapi untuk pengklaiman tidak sesuai. Mungkin itu untuk menghindari konflik nanti mungkin bagusnya harus duduk bersama auditornya dengan verifiktor kami" (RS Kelas A)*

> *"...kita kalau sudah terjadi dispyut, mau dispyut kording, mau dispyut apa namanya diasnostik, itu yang kadang-kadang jadi wacana melelahkan staf medik" (RS Kelas A)*

> *"...ini lo tempat klaim-klaim yang belum disetujui karena mungkindalam hal penulisan koding dan sebagainya ini bermasalah, ini lo yang tidak disetujui, nah ini kadang-*

kadang perivikator itu tidak mau menyampaikan ke kita kan begitu ya, nah jadi membuat lama juga.(RS Kelas B)
"...aa agak lama di inikan apalagi kalau sampai mungkin katanya tidak ada lagi susulan maka setengah mati lah kita ini kalau sampai itu tidak tepat waktu kayak seperti kemarin-kemarin maka akan banyak yang tidak terbayarkan, ada satu bulan malah ada sampai 2 bulan" (RS Kelas C)

Rumah sakitakan mendapatkan pembayaran berdasarkan tarif INA-CBGs yang merupakan rata-rata biaya yang dihabiskan oleh suatu kelompok diagnosis. Proses pengajuan klaim peserta JKN seyogyanya harus berjalan dengan baik sehingga tidak mengganggu siklus keuangan rumah sakit, namun pelaksanaan klaim INA-CBGs masih banyak menghadapi tantangan yaitu mekanisme klaim lambat dan banyak klaim terpending, perbedaan persepsi antara verifikator dengan *coding* kasus, dan klaim INA-CBGs tidak cukup untuk biaya obat dan operasional.

"akhirnya kami diminta untuk membuat pelaporan terutama obat, karena dengan angka 3,7 tadi kami itu tidak bisa gerak, apalagi obat itu kan kalau tidak dilunasi belum disuplay lagi yak an begitu. Jadi harus lunas dulu. Lah kalau misalnya 3,7 untuk melunasi semua obat, untuk operasional kami bagaimana..." (RS kelas B)

"saya kasih bayangan saja kita punya jasa yang dibayarkan baru bulan 5 berarti kan uang baru masuk sampai bulan 5,6,7,8 itu belum sementara pengelolaan pembiayaan itu Rumah Sakit kita sudah jalan sampai oktober dan itu tidak bisa dibilang salah satu sumber pemasukan paling banyak dari bpjs) terkendala di obatnya sehingga terkendala lah diobat mau dibayar bagaimana belum keluar klaimnya belum masuk..." (RS Tipe C)

Hal ini menunjukkan tarif INA-CBGs selain perlu dinaikkan perbaikan mekanisme klaim juga perlu diperbaiki oleh BPJS Kesehatan.

3) Usulan Terhadap Sistem INA-CBGs

Setiap penerapan sistem disadari adanya kekurangan-kekurangan yang terjadi baik pada tahap perencanaan dan pelaksanaan. Oleh karena itu, agar terlaksana sistem yang baik untuk semua pihak maka diperlukan usulan-usulan perbaikan terutama dari operator di lapangan.Berdasarkan hasil studi secara keseluruhan rumah sakitmengusulkan untuk melakukan revisi dan evaluasi terhadap tarif INA-CBGs agar dapat disesuaikan dengan *real cost* atau tarif rumah sakityang berlaku. Teruma tarif yang berkaitan dengan kasus–kasus multikompleks.

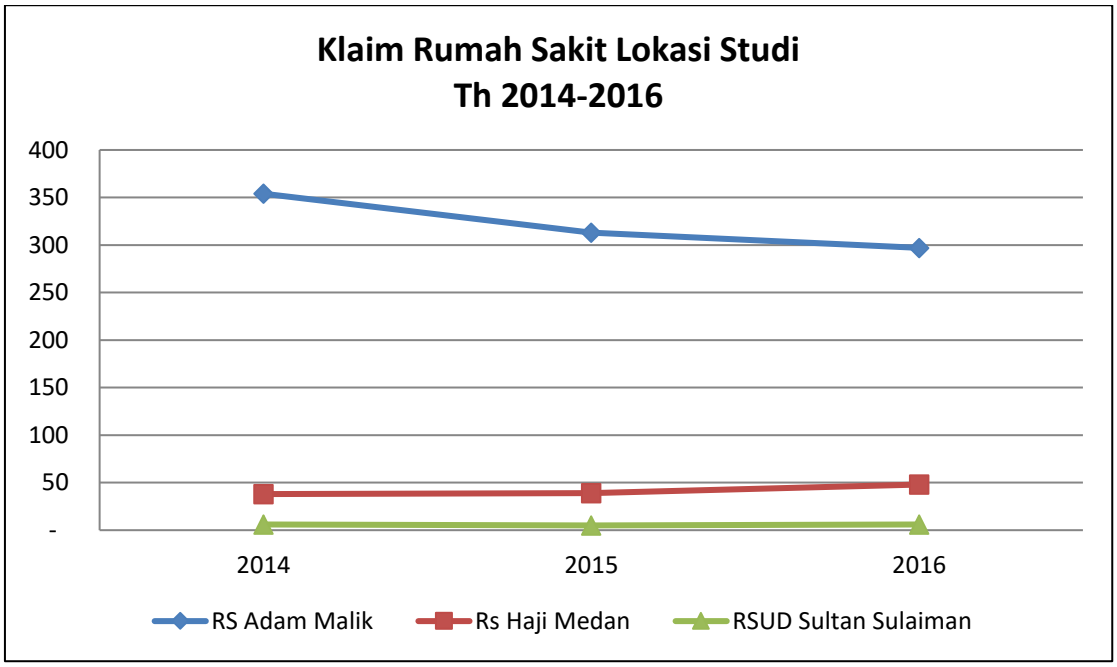
"... pada kasus kasus yang multi kompleks yangsudah banyak itu, yang menjadi pertimbangan kita, kalau sudah begitu LOS tidak bisa diprediksi apalagi kalau dokter tidak punya filosofi pemahaman INA CBG's tidak sama dengan fee for service....(RS Kelas A)

"...kalau bisa diitung balik masalah tarif per paket, kalau diagnosanya ini dengan kelangkaan obat di daerah ini agak disesuaikan" (RS Kelas C)

Usulan tidak adanya klaim apabila *budget plafond* dilaksanakan perlu dipertimbangkan. Karena pengalihan risiko keuangan ke rumah sakitmempertimbangkan keterlibatan BPJS Kesehatan sebagai pembayar. Jika diperlukan maka BPJS Kesehatan melakukan mengkaji setiap 3 atau 6 bulan pelaksanaan *budget plafond* di rumah sakit.Prediksi peningkatan klaim INA-CBGs .

4) Peningkatan Klaim INA-CBGs

Jumlah klaim rumah sakityang sekarang ada diperkirakan menjadi salah satu dasar dalam menentukan besaran *budget plafond*yang akan diterima. Berdasarkan data klaim yang ditemukan di lokasi studi, penerapan*budget plafond* perlu mempertimbangkan pendapatan klaim yang mungkin saja akan naik terus atau naik-turun. Gambaran pendapatan klaim rumah sakitsebagai berikut.

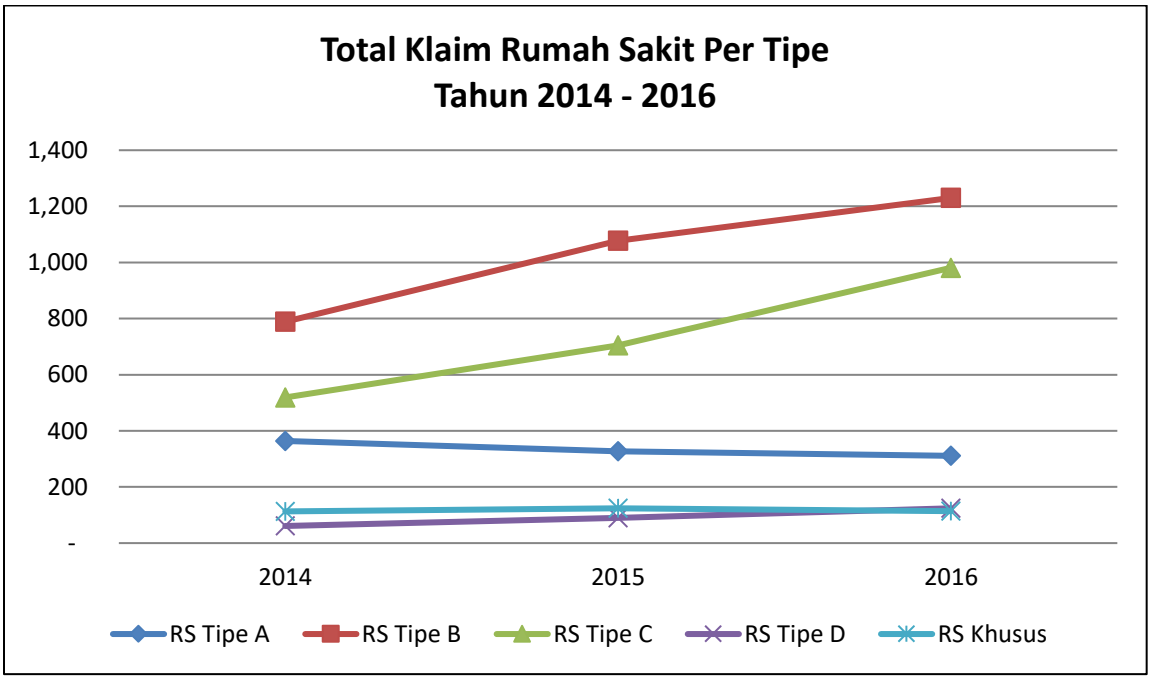


Sumber: BPJS Kesehatan, 2017

Gambar 3. Pendapatan Klaim Rumah Sakit Studi di Provinsi Sumatera Utara

Berturut-turut gambar 3 menjelaskan kalim di RS tempat studi bahwa RS kelas A (warna biru) cenderung mengalami penurunan. Penyebab penurunan ini memerlukan penelitian lebih lanjut agar dapat diketahui penyebab penurunan klaim. RS kelas B (warna merah) menunjukkan tiga tahun pendapatan klaim mengalami kenaikan meskipun tidak banyak, demikian halnya dengan RS kelas C (warna hijau) juga menunjukkan pendapatan klaim mengalami kenaikan dari tahun 2014 – 2016. Pendapatan rumah sakitkelas A cenderung memang lebih tinggi dari

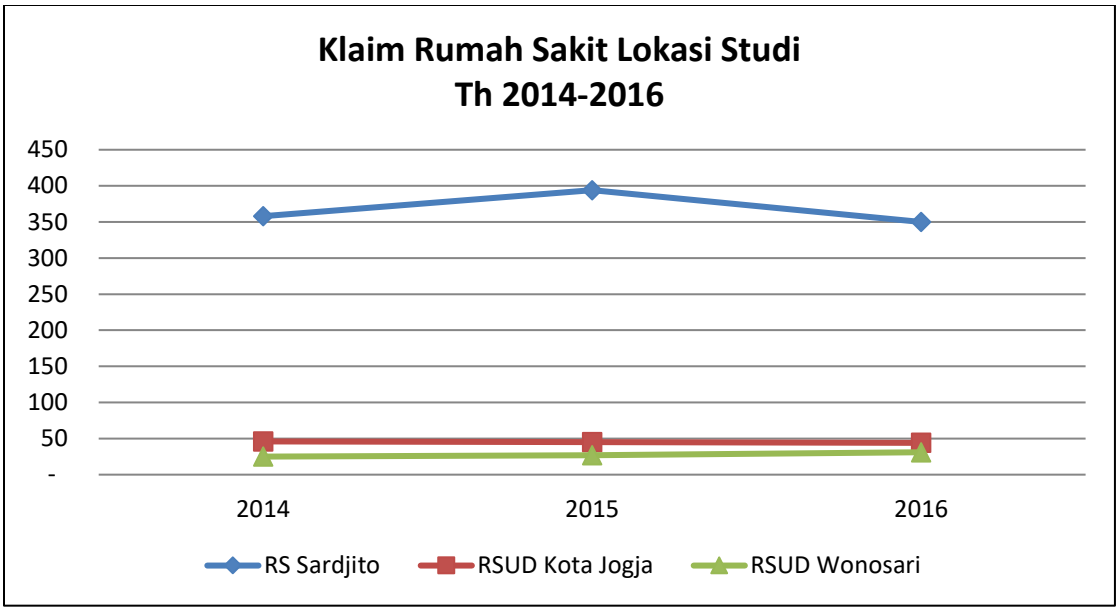
rumah sakitkelas lain. Apabila dihubungkan dengan tingkat utilisasi maka rumah sakitkelas A akan cenderung lebih tinggi.Apabila kita melihat keseluruhan klaim pada rumah sakitkelas B, maka klaim tertinggi ada di rumah sakitkelas B. Karena jumlah rumah sakitkelas B lebih banyak dari rumah sakitkelas A. Gambar berikut akan menjelaskan klaim antar rumah sakitdi satu daerah.



Sumber: BPJS Kesehatan, 2017

Gambar 4. Pendapatan Klaim Per Kelas RS di Provinsi Sumatera Utara

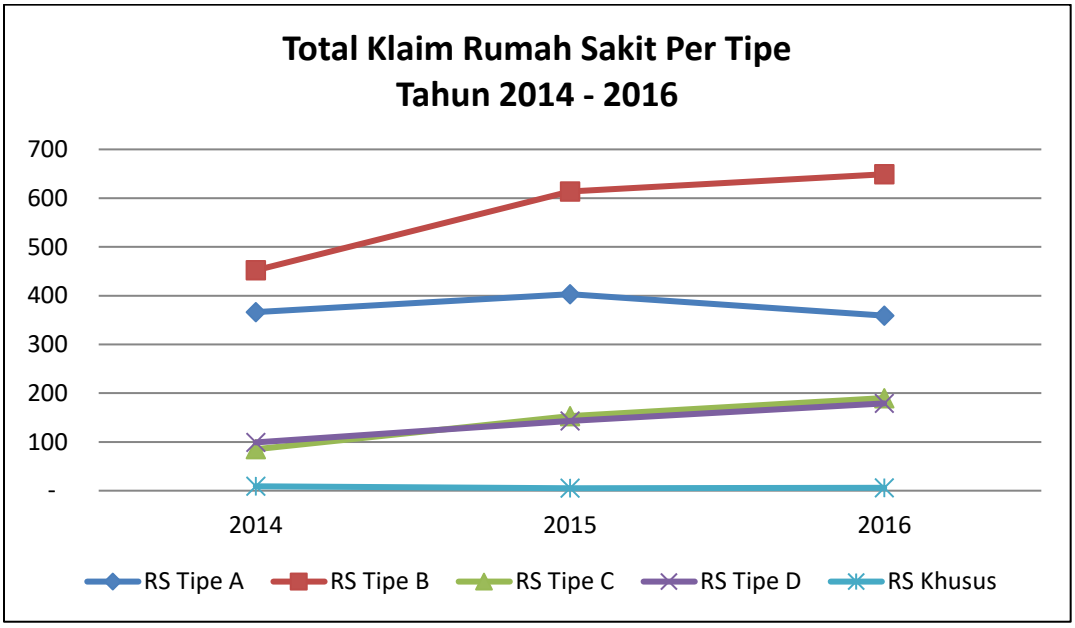
Tempat studi di Provinsi Yogyakarta, klaim rumah sakitkelas A juga mengalami penurunan. Berbeda dengan klaim di rumah sakitkelas B dan Kelas C. Pendapatan RS kelas A jauh di atas pendapatan klaim RS kelas B dan kelas C. Klaim rumah sakit kelas A memang jauh di atas klaim jumlah klaim di rumah sakit kelas B dan kelas C. Hal ini menunjukkan apabila pendapatan klaim menjadi dasar pmeberian *budget plafond* bisa jadi pemberian anggaran pada rumah sakitakan berbeda di masing-masing rumah sakit sesuai dengan jumlah klaim rumah sakit.



Sumber: BPJS Kesehatan, 2017

Gambar 5. Pendapatan Klaim Rumah Sakit Studi di Yogyakarta

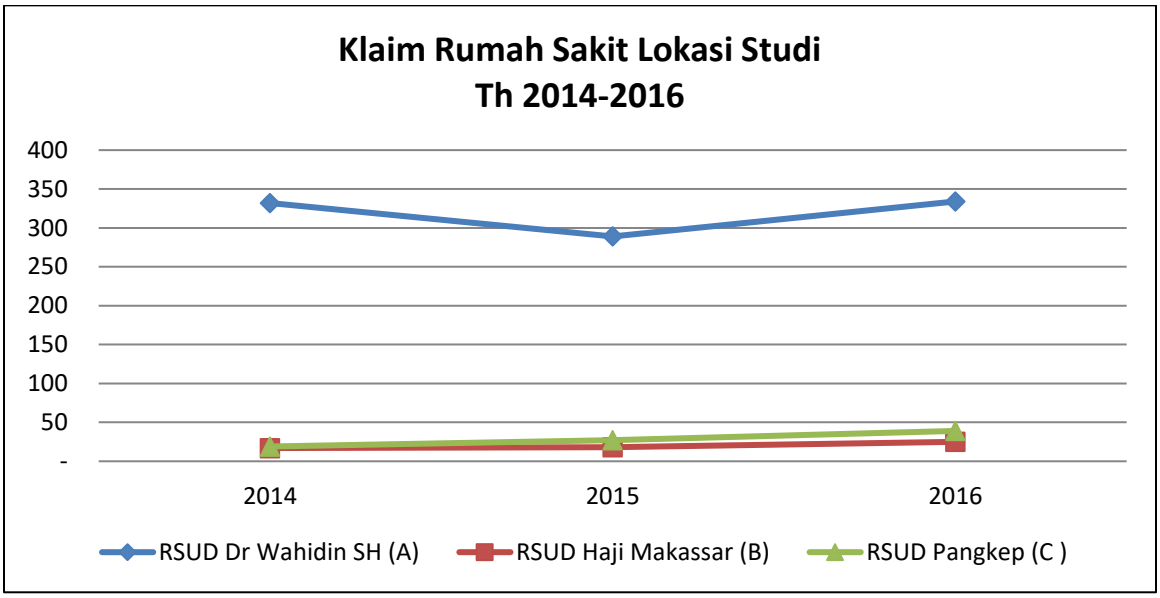
Untuk pendapatan klaim rumah sakitsemua kelas, gambaran pendapatan klaim sebagai berikut. Rumah sakitkelas A juga perlu membuktikan tingkat rujukan dari rumah sakitkelas lain. Jenjang rujukan yang tidak tepat akan mengakibatkan kenaikan jumlah klaim. Di Provinsi ini rumah sakitkelas B apabila ditotal akan mendapatkan jumlah klaim yang besar melebih total klaim di rumah sakitkelas A.



Sumber: BPJS Kesehatan, 2017

Gambar 6. Pendapatan Klaim Per Kelas RS di Yogyakarta

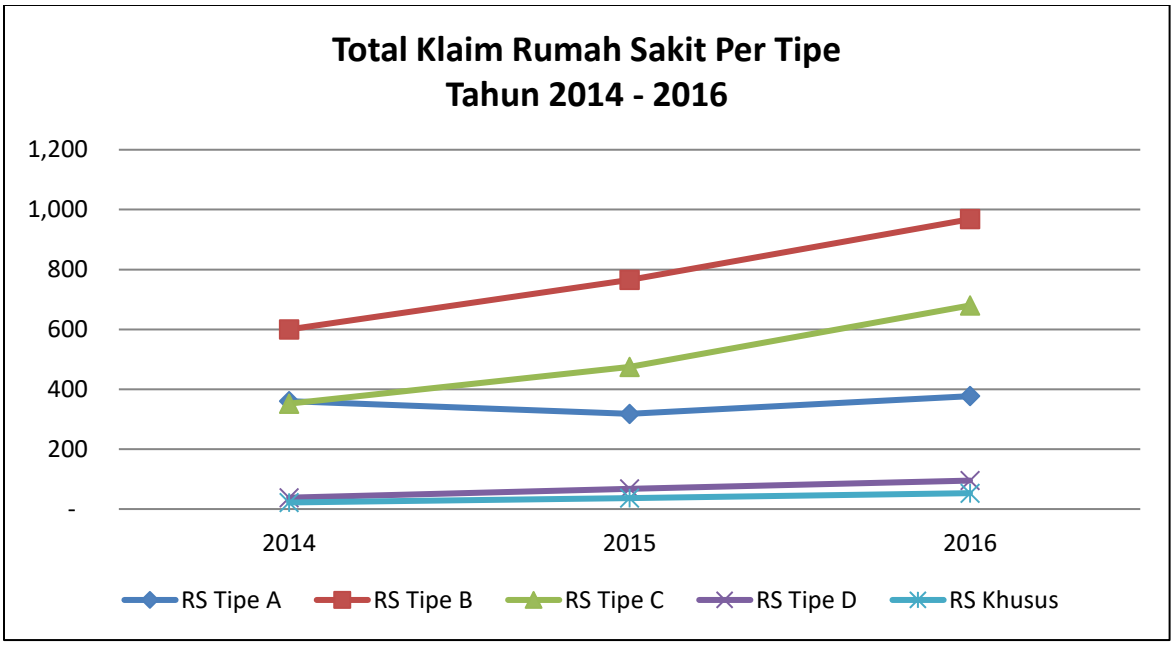
Jumlah klaim di rumah sakitkelas A di Provinsi Sulawesi Selatan hampir sama dengan rumah sakitkelasA ditempat lain. Pendapatan klaim lebih tinggi dari kelasrumah sakit yang lain. Besarnya jumlah klaim ini diprediksi dari banyaknya kasus rujukan yang ditangani oleh rumah sakitkelas A atau kasus yang bisa ditangani oleh rumah sakitkelas A ini jauh lebih kompleks.



Sumber: BPJS Kesehatan, 2017

Gambar 7. Pendapatan Klaim Rumah Sakit Studi di Provinsi Sulawesi Selatan

Pendapatan klaim di Provinsi Sulawesi Selatan berbeda dengan tempat studi yang lain. RS kelas A juga mengalami kenaikan pendapatan klaim tahun 2016, namun sempat turun tahun 2015. Contoh pendapatan klaim yang tidak stabil ini perlu dianalisis lebih mendalam apabila *budget plafond* diterapkan. Jumlah klaim pada rumah sakitkelas B dan kelas C hampir sama. Kemungkinan jumlah rumah sakitkelas ini juga hampir sama dengan kemampuan yang sama, termasuk jumlah utilisasi. Apabila *budget plafond* akan diterapkan di rumah sakitkelas B dan C, perlu diperhatikan batasan–batasan antar rumah sakit.



Sumber: BPJS Kesehatan, 2017

Gambar 8. Pendapatan Klaim Per Kelas RS di Provinsi Sulawesi Selatan

Pendapatan klaim gambar 8 menunjukkan seluruh rumah sakitper kelas di Provinsi Sulawesi Selatan untuk total klaim untuk RS kelas B cukup tinggi dan mengalami kenaikan terus menerus. Pendapatan klaim RS kelas A juga menunjukkan kenaikan.

Pendapatan klaim sebagai salah satu unsur untuk melihat pelaksanaan *global budget* perlu melihat batas atas klaim dan batas bawah klaim. Perlu memonitor setiap tahunnya untuk pendapatan klaim ini dan analisis mendalam pendapatan klaim yang cenderung naik terus menerus dan klaim yang naik turun. Pendapatan klaim di RS kelas B secara total lebih tinggi dari RS Kelas A, apabila di analisis lebih lanjut, jumlah RS Kelas B lebih banyak dari RS Kelas A yang merupakan rumah sakitrujukan paling akhir. Hubungan pendapatan klaim dengan kendali biaya perlu diteliti lebih lanjut untuk mengetahui penyebab kenaikan klaim, penurunan klaim atau naik turunnya klaim.

3. Persoalan Potensial yang akan dihadapi Rumah Sakit terhadap Penerapan *Budget Plafond*

Penerapan *budget plafond* di rumah sakit pemerintah tentu memberikan persoalan potensial yang akan dihadapi oleh rumah sakit. Studi ini mencoba merangkum dari daerah studi persoalan potensial bagi rumah sakit apabila *budget plafond* dilaksanakan. Hal ini penting dilakukan untuk hal - hal yang dapat

diakibatkan dan menjadi bahan evaluasi agar dapat mempersiapkan model *budget plafond* yang menguntungkan semua pihak. Adapun gambaran persoalan potensial yang akan dihadapi oleh rumah sakit yaitu adanya penolakan terhadap aturan-aturan yang menuntut untuk efisiensi dan rasionalisasi pelayanan medis yang muncul dari berbagai pihak diantaranya dari pihak dokter yang merasa dibatasi dan tidak bisa mengembangkan pelayanan.

> *"...kita ada global badget artinya kita sudah tahu kira-kira anggaran ke depan sudah tahu tentu kita akan batasi semuanya tu kan, batasi pelayanan atau kita kendalikan. Nah mengendalikan ini yang perlu kadang-kadang terjadi gesekan-gesekan antara antara medic dan para dokter, karena kalau namanya sifat pengendalian pasti keleluasaan mereka akan terbatas" (RS Kelas A))*

> *"...pasien misalnya di poli kalau udah dikira jatah dia kamu hanya 10 saja kan dengan ikis sekian, maulah dia kerjakan yang 15 belum tentu pak. Ya udah saya dibayar 10 ko pulang lah dia (RS Kelas A)*

> *"...di kelompok dokter namanya menggunakan alat canggih mereka diminta dibayar mahal kan begitu. Jadi kita lebih bagus gak usah pakai alat canggih lagi semua kalau yang bisa oven, oven aja semua gitu" (RS Kelas A)*

> *"...tapi kalau rumah sakit yang biasa-biasa begitu dia bisa mengefisienkan dipanggilnya dokter diefisiensikan sisa yang 1 M atau 500 atau berapalah itu keuntungan dia. Kadang-kadang pelayanan nanti terabaikan (Rs Kelas B)*

> *"...kalau urologi yang lama itu sudah tahu dia sudah profesional betul, kalau yang sekarang nanti BNO dia minta lagi scan, yang abdomen minta lagi, itu kadang-kadang kita bertengkar sama kita" (RS Kelas B)*

> *"...ya sebetulnya ini menjadi peluang tetapi ini menjadi beban yang sangat berat bagi rumah sakit karena kita harus betul-betul menekan dari segi kendali mutu biaya dan kita dihadapkan dengan para dokter..." (RS Tipe B)*

> *"...yang bertangkar itu masalah mereka selalu menghitung bukan kasus, duit. Maksudnya penjualan kecil ini mereka mau dirawat inap alasannya kan honor, kan begitu kadang-kadang kan nanti kalau rawat jalan berapa honor saya, kan begitu Jadi kita bertengkarnya kadang-kadang di tim, dok masa ini penjualan seperti ini harus dilakukan rawat inap?" (RS kelas B)*

> *"kalau memang dia di budged sementara pasien saya untuk operasi sekian, otomatis kita kecilkan kalau memang dia sangat mempengaruhi ke pelayanan" (RS Kelas C)*

> *"...kalau pagunya di bawah mesti kita juga efisien dimana mesti kita lakukan mengurangi layanan dan itu sangat tidak mungkin era sekarang..." (RS kelas C)*

> *"...Pagu dibawah kita juga gak bisa mengembangkan layanan. Pagu di atas pertanggungjawaban kita gak mungkin langsung bisa untuk investasi pak, gak mungkin bisa..." (RS Kelas C)*

Rumah sakit juga akan menghadapi persoalan turunnya tingkat kepuasan pasien, hal ini dilihat semakin meningkatnya tuntutan pasien karena pembatasan pelayanan akibat penerapan *budget plafond*.

> *" udah bergejolak, pasti ke pasien akan berdampak, apalagi kalau komunikasi gak baik, karena dibatasi oleh rumah sakit, pasien gak nyaman" (RS Kelas A)*

> *"...Kasus ortopedi jujur aja kalaulah ini memang global badget mungkin kami akan potong semua mungkin kalau perlu ortopedi ya kurangin aja gak usah banyak-banyak lagi kan begitu karena hampir semua kasus ortopedi itu rugi" (RS Kelas B)*

> *"...Jadi pagu ini menurut saya gak bagus untuk dilaksanakan karena selama ini kan kita menjalankan layanan itu bagaimana yang terbaik, tidak ada batasan layanankan tidak dikaitkan dengan biaya dulu. Kasus-kasus yang dikaitkan dengan biaya dulu mesti bermasalah dengan masyarakat..."(RS Tipe C)*

> *"...Kalau klinikal nya jalan sebenarnya pembiayaan mengikuti, ya karena ini gak jalan kemudian ini ditinggal tiba-tiba ada opsi pagu, wah ini boomerang untuk rumah sakit.nanti dibenturkan dengan masyarakat rumah sakit pak..." (RS Tipe C)*

Ada risiko timbulnya defisit dana *budget plafond.* Defisit ini berpotensi menimbulkan pengetatan pelayanan pada pasien dan menimbulkankerugian pada rumah sakit. Potensi rumah sakit yang rugi ini menimbulkan keresahan bagi staf rumah sakit.

> *"global badget kalau cuman mengatur rumah sakit, tapi rujukan juga harus diatur jangan jadi TPA ini. Kalau potensi TPA tinggi maka global badget akan merugikan rumah sakit" (RS Kelas A)*

> *"kami ini pak BLU otomatis nggak kayak dulu tendensinya cukup besar kami staff di ugd itu karena kami punya sistem rujukan terintegrasi jadi kalau kita lihat ada memang tendensi seperti itu ketika dihitung-hitung operasi tulang belakang aduh nggak cukup ini budgetingnya" (RS Kelas A)*

> *"...kita ada 4 ortopedi. Sementara jujur aja yang komplit alatnya kita untuk ganti sendi kan kita, sama seperti THT yang punya face itu kan kita. Jadi risiko kecanggihan alat kita ini kan jadi tempat rujukan, habis rugi" (RS Kelas B)*

Ada kemungkinan rumah sakit kelas B dan C akan membatasi pelayanan kepada pasien dan merujuknya ke rumah sakit lain, sedangkan rumah sakit kelas A tidak bisa menolak rujukan pasien karena statusnya sebagai pusat rujukan.

> *"selama ini jadi permainan itu pak, kadang-kadang ada dokter di rumah sakit kelas C di satu daerah misalnya di misalnya di satu kota Medan, dia punya rumah sakit kelas C dia dinas rumah sakit kelas B dan rumah sakit kelas C ini dia langsung rujuk langsung ke Medan, lo kenapa kalau saya rujuk kelas B saya juga dokternya katanya" (RS Kelas B).*

B. Pembahasan

Pembayaran untuk layanan kesehatan di rumah sakitmelibatkan dua pihak yaitu pasien atau keluarga sebagai penerima layanan dan rumah sakitsebagai pemberi layanan. Yang mana pihak penerima layanan (pasien) akan membayar langsung kepada pemberi layanan (rumah sakit). Pembayaran model ini seringkali disebut *fee for service.* Pada tahun 2014, Indonesia melaksanakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan penyelenggara yaitu BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada rumah sakitmelalui *reimburse* klaim pelayanan. Pelayanan di rumah sakitmenggunakan metode*Case Based Groups* (CBGs) dalam melakukan klaim kepada BPJS Kesehatan atas layanan yang diberikan kepada pasien peserta JKN. Metode lain selain *fee for service* dan klaim yaitu *budget plafond* atau seringkali dikenal dengan istilah *global budget. Budget Plafond*memang belum diterapkan sebagai metode pembayaran pelayanan pasien peserta JKN di rumah sakitoleh BPJS Kesehatan, namun bisa jadi metode ini akan dipergunakan menjadi salah satu alat pembayaran di rumah sakit.

Hasil studi di atas menunjukkan hal–hal yang menjadi pertimbangan bagi rumah sakit, BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan dan pemerintah dalam pelaksanaan*budget plafond*di rumah sakit. Seperti halnya layanan di rumah sakit, layanan rumah sakitmenjadi bagian penting dalam mempertimbangkan penerapan *budget plafond*. Rumah sakitbertugas memberikan layanan sesuai dengan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pada pasal 5 yang berisi:

a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan;
d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan

Pelayanan rumah sakittentu saja menjadi ujung tombak kredibilitas rumah sakit. Standar pelayanan rumah sakitharus berfokus pada pasien yaitu(SNARS, 2018):

a. Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan (ARK)

b. Hak Pasien dan Keluarga (HPK)

c. Asessmen Pasien (AP)

d. Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP)

e. Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)

f. Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)

g. Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE)

Standar pelayanan di rumah sakitharus menjadi acuan utama dalam penerapan *budget plafond*. Tidak hanya memenuhi persyaratan klaim untuk asuransi kesehatan, namun mempertimbangkan pengaruh terhadap pasien ketika pasien dinyatakan sembuh atau keluar dari ruang perawatan rumah sakit. Sesuai dengan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009, pasal, 40 ayat 1 menyatakan bahwa dalam upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakitwajib dilakukan akreditasi secara berkala menimal 3 (tiga) tahun sekali (Kemenhumham RI, 2009). Akreditasi sendiri bertujuan agar pelayanan kepada masyarakat dapat diberikan dengan standar mutu dan keselamatan pasien terjamin.

Setelah standar pelayanan terjaga, hal yang penting perlu menjadi kesepakatan bersama adalah tarif rumah sakit. Tarif rumah sakitberkaitan erat dengan layanan rumah sakit. Tarif ini tentunya ditentukan sesuai dengan standar layanan yang diberikan. Fakta di lapangan memang tarif rumah sakit tidak akan sama antar rumah sakit. Bahkan di daerah tarif RS ini bisa berbeda – besa sesuai dengan standar biaya rumah sakit atau *unit cost*rumah sakit. Permasalahan yang muncul sekarang tarif rumah sakit pemerintah tidak hanya ditentukan oleh manajemen rumah sakit namun juga oleh pemerintah daerah setempat. Namun secara nasional tarif ini telah di atur menggunakan pola tarif nasional yaitu pedoman dasar yang berlaku secara nasional dalam pengaturan dan perhitungan untuk menetapkan besaran tarif rumah sakit yang berdasarkan komponen biaya satuan (*unit cost*) dan dengan memperhatikan kondisi regional(Menkes RI, 2015). Permenkes Nomor 85 Tahun 2015 tentang Tarif Nasional Rumah Sakit Pasal 2 ayat 2 menjelaskan bahwa tarif rumah sakityang dikelola oleh pemerintah daerah yang telah menerapkan pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah ditetapkan oleh pemerintah daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Penerapan *budget plafond* tentu saja harus mempertimbangkan besaran tarif rumah sakit daerah. Langkah yang selanjutnya harus dilakukan yaitu merevisi kembali tarif pelayanan dengan berdasarkan perhitungan biaya satuan (*unit cost*)

yang rill dan benar.Dari sisi pendapatan, apabila rumah sakitdi daerah sangat bergantung pada pasien BPJS Kesehatan, maka penyesuaian tarif INA-CBGs dengan tarif rumah sakitsangat penting dilakukan. *Budget plafond* memberi rumah sakitinsentif yang jelas untuk mengelola penyediaan pelayanan dalam batasan anggaran yang ditetapkan, menekankan tujuan kebijakan pembatasan biaya. Salah satu insentif yang paling jelas adalah mengurangi jumlah penerimaan yang harus ditutupi oleh total anggaran; volume penerimaan merupakan pendekatan penting sebagai upaya mengurangi biaya variabel rumah sakit(Berenson, R. Upadgyay, DK. Delbanco, FS. Murray, 2016). Meskipun *global budget* atau *budget plafond*diterapkan rumah sakitmasih bisa mengoptimalkan penerimaan dari sisi yang lain dan mengurangi biaya variabel yang dianggap kurang mendukung pelayanan di rumah sakit. Hal ini tentu saja mendorong rumah sakitagar memodernisasi manajemen rumah sakit baik sisi administratif maupun keuangan. Pada aspek keuangan rumah sakit, pola pengelolaan keuangan BLUD memberikan pola pengelolaan keuangan yang fleksibel berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya (Mendagri RI, 2007). Dalam menyelenggarakan dan meningkatkan layanan kepada masyarakat, entitas BLUD diberikan fleksibilltas dalam pengelolaan keuangannya. Hal ini sebenarnya memberikan kekuasaan penuh dalam pengelolaan keuangan di rumah sakit, namun demikian dengan *budget plafond* yang ketat, pembayaran di rumah sakitterbatas pada jumlah anggaran yang prospektif, yang mengalihkan risiko keuangan ke rumah sakit. Konsep inti adalah bahwa rumah sakitmemiliki insentif untuk mengurangi biaya *unit output*, sehingga rumah sakitdapat meningkatkan volume layanan yang diberikan melalui anggaran. Sebaliknya, jika biaya unit naik, volume layanan harus turun, meskipun pembayar/ BPJS Kesehatan dapat menyesuaikan *budget plafond* untuk meningkatkan volume atau menurukan volume yang masuk akal(Berenson, R. Upadgyay, DK. Delbanco, FS. Murray, 2016).

Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) merupakan Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) atau Unit Kerja pada SKPD di lingkungan pemerintah daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas(Mendagri RI, 2007). Bentuk BLUD rumah sakitdi Indonesia tergolong baru, sehingga pelaksanaan di daerah masih belum optimal.

Hal ini juga berkaitan dengan status rumah sakityang baru dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan yaitu Kepmenkes HK.02.02/MENKES/390/2014 dan HK.02.02/MENKES/391/2014 disusun berbagai kriteria mengenai rumah sakitrujukan nasional, provinsi, dan regional. Masing-masing rumah sakitrujukan ini akan berperan dalam sistem rujukan berjenjang. Kriteria rumah sakitrujukan nasional seperti berikut (Menkes RI, 2014):

a. Menjadi rumah sakitrujukan nasional sebagai pengampu rujukan medik dari rumah sakitregional sesuai ketentuan yang berlaku
b. Melakukan rujuk balik sesuai indikasi dan ketentuan yang berlaku
c. Mengembangkan layanan unggulan sub spesialistik sesuai klasifikasi dan jenis rumah sakit
d. Menyusun standar prosedur operasional rumah sakitdengan sistem rujukan dari rumah sakitregional jejaringnya
e. Menyiapkan sumber daya manusia, sarana, prasarana, alat, bahan, fasilitas dan sistem informasi yang mendukung pelayanan sebagai rumah sakit rujukan nasional sesuai dengan standar
f. Mengembangkan *Health Technology Assesment/HTA* khususnya penapisan teknologi tepat guna secara aktif di wilayah sekitarnya dengan mengutamakan produk dalam negeri termasuk menggunakan riset berbasis pelayanan
g. Penguatan penerapan *hospital by laws*/peraturan internal rumah sakityang menjadi landasan transparansi, akuntabilitas, etika dan hukum kesehatan di rumah sakit

Untuk mencapai tahap pelaksanaan manajemen rumah sakityang lebih efektif dan efisien, rumah sakitmembutuhkan dukungan sumber daya yang salah satunya adalah sumber daya manusia (SDM).SDM menjadi bagian penting dalam pengembangan rumah sakit. Pertimbangan SDM menjadi salah satu bagian dalam pelaksanaan *budget plafond*. SDM dalam manajemen rumah sakitharus memahami betul bagaimana hubungan antara klinisi dan non klinisi. Kebutuhan informasi perkembangan keilmuan, informasi baru manajemen rumah sakit, dan informasi baru lainnya sangat mendukung komunikasi SDM di rumah sakit.Sehingga perbaikan sistem rujukan juga harus didukung oleh pendidikan pola pengobatan yang benar di masyarakat dan sistem kesehatan yang baik. Dukungan jenjang rumah sakitrujukan ini mengisyaratkan bahwa pemerintah juga mulai memetakan rumah

sakitdengan berbagi kelas untuk melakukan pembenahan alur rujukan yang baik dan benar sesuai dengan kemampuan rumah sakit.

Pembenahan-pembenahan dalam mendukung pelaksanaan *budget plafond* di rumah sakittidak hanya sistem rujukan, tarif, kompetensi SDM, namun masih banyak hal-hal yang perlu dibenahi. Taiwan, salah satu negara yang mengimplementasikan *global budget*. Pelaksanaan *global budget*, penyedia layanan dibayar melalui campuran sistem layanan *fee-for-service* dan pembayaran lainnya dengan menggunakan skala nilai titik "ambang". Nilai titik tersebut digunakan untuk membayar layanan yang diberikan. Nilai tersebut di*review* empat kali sepanjang tahun dan dikurangi jika volume layanan meningkat terlalu banyak. Ini memastikan bahwa total pembayaran tetap berada di bawah batas disetiap sektor layanan (Cashin, Bloom, & Bhatt, 2015).

Budget plafond sebagai salah satu upaya pembiayaan rumah sakituntuk membatasi batas atas dan batas bawah anggaran rumah sakit. Tanggapanrumah sakit daerah studi sangat positif terhadap *budget plafond*, namun ada syarat yang harus dipenuhi oleh BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan selaku reglator sebelum menerapkan *budget plafond*. Untuk itu perlu ada tindak lanjut dan negosiasi bersama untuk membahas lebih lanjut persyaratan yang diajukan rumah sakitguna mencapai pemahaman yang lebih jauh dan kenyamanan baik rumah sakit maupun BPJS Kesehatan. Di negara lain, pola kerjasama antara *provider* kesehatan penyedia dengan pemerintah lebih terfragmentasi. Misalnya, di Prancis, hanya rumah sakitumum milik pemerintah yang tunduk pada *budget plafond* yang dinegosiasikan oleh pemerintah dan rumah sakit. Selanjutnya, rumah sakitumum tidak diijinkan untuk menerima pembayaran dari pasien yang memiliki asuransi swasta. Namun, rumah sakit swasta diijinkan untuk kontrak dengan sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk menerima pembayaran dari pemerintah, di samping pendapatan yang diterima dari perusahaan asuransi swasta (Wolfe & Moran, 1993).Monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan e-katalog juga perlu dilakukan. E-katalog menjadi salah satu sistem dalam kendali biaya di rumah sakit. Apabila *budget plafond* dilaksanakan dan dikombinasikan dengan model pembayaran yang lain akan memberikan keseimbangan dalam sistem pembayaran di rumah sakitdan mengurangi biaya yang tidak produktif (Cashin et al., 2015).

Kelemahan penerapan *global budget/ budget plafond* di rumah sakityaitu (Berenson, R. Upadgyay, DK. Delbanco, FS. Murray, 2016):

1. *Global budget* tidak mudah diimplementasikan di luar lingkungan pembayar atau pembayar tunggal.

2. *Global budget* tidak memunculkan persaingan di antara rumah sakitatau memberikan insentif kepada rumah sakityang sedang tumbuh, kecuali *global budget*memasukkan sebuah mekanisme untuk menyesuaikan anggaran rumah sakituntuk perubahan volume karena perubahan pola rujukan yang diinginkan.
3. Tanpa insentif dan penilaian kinerja yang spesifik, rumah sakityang menggunakan *global budget*dapat beroperasi sesuai anggaran rumah sakit dengan membatasi pengeluaran, bahkan menggunakan pendekatan pengurangan pengeluaran meskipun berpengaruh negatif terhadap akses dan kualitas. Di Eropa, beberapa rumah sakit telah merespon *global budget* dengan menghasilkan layanan elektif.
4. Pendekatan historis terhadap pengaturan anggaran akan memperkuat arus sumber daya yang ada, namun mungkin tidak secara akurat mencerminkan kebutuhan atau nilai pasar.
5. Pembayar dapat menetapkan tunjangan untuk kenaikan anggaran tahunan terhadap faktor-faktor yang tidak terkait dengan kesehatan, seperti pertumbuhan inflasi atau PDB, atau pada kendala anggaran di luar sektor pelayanan kesehatan, sehingga mengikis daya beli pada anggaran.
6. Pendekatan normatif mengasumsikan *global budget* didasarkan pada data yang sangat terperinci dan akurat, yang mungkin lebih aspirasional daripada nyata dalam banyak situasi. Terlalu banyak perbedaan dari pengeluaran historis dapat menyebabkan kesulitan keuangan nyata bagi rumah sakityang terkena pengaruh, yang dapat membahayakan kualitas dan akses terhadap perawatan.

Kelemahan ini memang berbeda dengan pengaruh penerapan *budget plafond* di rumah sakitstudi. Keleluasaan penggunaan anggaran oleh rumah sakitharus dimonitor dan dievaluasi karena pengaruh kepada pasien menjadi pengaruh pertama yang akan dilakukan oleh rumah sakitapabila terjadi pengetatan anggaran. Anggaran yang ketat memberikan pengaruh juga terhadap sistem remunerasi rumah sakit. Untuk mengatasi hal ini perlu negosiasi dengan pihak pembayar atau pemerintah bahwa pemberlakuan *budget plafond*di rumah sakit memerlukan persyaratan dan pertimbangan yang sudah dinegoasiasikan.

Bab V. Kesimpulan dan Rekomendasi

A. Kesimpulan

1. Tanggapanrumah sakitterhadap rencana pelaksanaan *budget plafond* yaitu:

   a. Rumah sakit kelas A belum siap jika *budget plafond* diimplementasikan. Hal ini disebabkan oleh karena rumah sakit kelas A sebagai pusat rujukan: (1)sulit memperkirakan jumlah rujukan apalagi jika terjadi *moral hazard* dalam rujukan dari rumah sakit kelas B dan C; (2) akan terus melakukan pengembangan pelayanan sesuai kebutuhan pelayanan dan kemajuan teknologi kedokteran; dan (3) seringkali menerima dan menangani kasus-kasus langka dengan biaya tinggi.

   b. Rumah sakit kelas B dan kelas C pada prinsipnya menerima kebijakan *budget plafond* tetapi dengan sejumlah usulan. Adapun usulannya sebagai berikut: (1) INA-CBGs dapat dinaikkan secara integral berdasarkan revisi panduan praktik klinik dan *clinical pathway*; (2) sistem rujukan harus diperketat dan dikenakan sanksi/denda bagi fasilitas kesehatan yang merujuk; (3) penentuan besarnya *budget plafond*harus disepakati oleh kedua belah pihak (BPJS Kesehatan dan rumah sakit); dan (4) rumah sakit kelas B dan C yang berstatus BLUD diberi kewenangan untuk mengelola kelebihan atau sisa dana *budget plafond.*

2. Hal yang akan dilakukan rumah sakit pada penerapan *budget plafond*.

   Rumah sakit kelas A, kelas B dan kelas C akan melakukan upaya peningkatan manajemen risiko keuangan untuk meminimalkan risiko yang akan terjadi. Untuk meningkatkan manajemen risiko keuangan akan dilakukan optimalisasi kendali mutu dan kendali biaya. Disamping itu, akan dibangun komitmen semua pegawai untuk melakukan efisiensi di segala bidang. Untuk itu penerapan *budget plafond*diharapkan dapat dilakukan secara bertahap dan dievaluasi secara berkala.

3. Persoalan potensial yang akan dihadapi rumah sakit.

   a. Rumah sakit akan bertambah beban tugasnya untuk mengatasi penolakan aturan-aturan yang mengarah upaya efisiensi dan

rasionalisasi pelayanan medis dan mencegah terjadinya over utilisasi dan polifarmasi.

b. Ada risiko timbulnya defisit dana *budget plafond.*

c. Ada kemungkinan rumah sakitkelas B dan Cakan membatasi pelayanan kepada pasien dan merujuknya ke rumah sakitlain, sedangkan rumah sakitkelas A tidak bisa menolak rujukan pasien karena statusnya sebagai pusat rujukan.

d. Rumah sakit akan menghadapi persoalan turunnya tingkat kepuasan pasien karena pembatasan pelayanan akibat penerapan *Budget Plafond*.

B. Rekomendasi

1. Menteri Kesehatan

   a. Menteri Kesehatan agar menaikkan INA-CBGs secara integral.

   b. Menteri Kesehatan agar meningkatkan kemampuan dalam hal manajemen risiko untuk rumah sakit kelas A.

   c. Menteri Kesehatan agar memberikan sosialisasi awal rencana penerapan *budget plafond*di rumah sakit Pemerintah ke seluruh rumah sakit Pemerintah.

2. Direktur Utama BPJS Kesehatan.

   a. Kebijakan *budget plafond* di rumah sakit A belum bisa diterapkan bersamaan dengan rumah sakit kelas B dan C. Penerapan di rumah sakit kelas A diperlukan kajian lebih komprehensif.

   b. Jika kebijakan *budget plafond* tetap diberlakukan di rumah sakit kelas A, maka kebijakan *budget plafond* tersebut perlu di*review* setiap tiga bulan untuk mengevaluasi cukup tidaknya *plafond* yang ditetapkan dan BPJS Kesehatan tetap ikut bertanggungjawab dalam risiko keuangan.

   c. Direktur BPJS Kesehatan agar lebih tegas pada penerapan sanksi dalam sistem rujukan berbasis kompetensi.

   d. Direktur BPJS Kesehatan agar dalam membuat kesepakatan besarnya *budget plafond* antara rumah sakit kelas B dan C dengan BPJS Kesehatan mengikutsertakan Dinas Kesehatan.

e. Direktur BPJS Kesehatan agar memberikan sosialisasi awal penerapan *budget plafond*di rumah sakit Pemerintah ke seluruh rumah sakit Pemerintah.

3. Kepala Daerah

a. Kepala Daerah agar meningkatkan kemampuan dalam hal manajemen risiko untuk rumah sakit kelas B, kelas C, dan kelas D.

Daftar Pustaka

Republik Indonesia. (2004). Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Pub. L. No. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150 (2004). Indonesia: Sekretaris Negara Republik Indonesia

Republik Indonesia. (2011). Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Indonesia: Sekretaris Negara Republik Indonesia

Republik Indonesia. (2013). Peraturan Presiden RI Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (2013). Indonesia: Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia.

Republik Indonesia. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Program Jaminan Kesehatan Nasional (2014). Indonesia: Menteri Kesehatan Republik Indonesia

Republik Indonesia. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 59 Tahun 2014 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.

Republik Indonesia. (2014). Surat Edaran Menteri Kesehatan RI Nomor31 Tahun 2014 Tentang Pelaksanaan Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.

Republik Indonesia. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 12 Tahun 2016 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 59 Tahun 2014 Tentang Standar Tarif Pelayanan Jaminan Kesehatan

Republik Indonesia. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 52 Tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan

Republik Indonesia. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 64 Tahun 2016 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan

Republik Indonesia. (2017). Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 4 Tahun 2017 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Indonesia. Menteri Kesehatan Republik Indonesia

Pollmer. JD (2001). Catastrophe Risk Management; Using Alternative Risk Financing and Insurance Pooling Mechanism. The World Bank.

Murti, Bhisma. 2000. Dasar-dasar Asuransi Kesehatan. Penerbit Kanisius.

"Konsep Iur Biaya dalam Asuransi Kesehatan" dalam http://www.scr-ibd.com/doc/10910649/Nambah-Ilmu-Tentang-Konsep-Iur-Biaya-Dalam-Asuransi-Kesehatan. 19Juli 2017. 07:09

"Managed Care" dalam http://books.google.co.id/books?id . 19Juli 2017. 07:09

"Konsep Managed Care dalam Askes Medan Sehat" dalam http://warkesedisubroto.blogspot.com/. 19Juli 2017. 07:09

"Pembiayaan Kesehatan Melalui Asuransi Kesehatan" dalam http://www.jpkm-online.net/. 19Juli 2017. 07:09

Abbey, D. C. (2012). *Prospectice Payment System : Healthcare Payment Systems*. New York: CRC Press.

Berenson, R. Upadgyay, DK. Delbanco, FS. Murray, R. (2016). *Global Budgets for Rural Hospitals*. *Milbank Quarterly* (Vol. 94).

Cashin, C., Bloom, D., & Bhatt, S. (2015). Taiwan ' s Global Budget System : A Pillar of Success ?

Chang, L., & Hung, J. (2008). The effects of the global budget system on cost containment and the quality of care : experience in Taiwan, 106–116.

Cheng, S., Chen, C., & Chang, W. (2009). Hospital response to a global budget program under universal health insurance in Taiwan. *Health Policy*, *92*, 158–164. http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2009.03.008

Cooper, Z., Craig, S., Gaynor, M., & Van Reenen, J. (2015). *The Price Ain't Right? Hospital Prices and Health Spending on the Privately Insured*. Cambridge, MA.

Dredge, R. (2004). *Hospital global budgeting*. Washington DC.

Gottret, P., & Schieber, G. (2006). *Health Financing Revisited*. *The World Bank*. Washington DC. http://doi.org/10.1596/978-0-8213-6585-4

Jongudomsuk, P., Srithamrongsawat, S., Patcharanarumol, W., Limwattananon, S., Pannarunothai, S., Vapatanavong, P., … Fahamnuaypol, P. (2015). The Kingdom of Thailand Health System Review. In *Health Systems in Transition* (pp. 51–75).

Kemenhumham RI. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (2009). http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Kumar, A. S., Chen, L. C., Choudhury, M., Ganju, S., Mahajan, V., Sinha, A., & Sen, A. (2011). Financing health care for all: challenges and opportunities. *The Lancet*, *377*(9766), 668–679. http://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61884-3

Lu, C., Schneider, M. T., Gubbins, P., Leach-Kemon, K., Jamison, D., & Murray, C. J. (2010). Public financing of health in developing countries: a cross-national systematic analysis. *The Lancet*, *375*(9723), 1375–1387. http://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60233-4

Mathauer, I., & Wittenbecher, F. (2013). Hospital payment systems based on diagnosis-related groups : experiences in low- and middle-income countries, (June), 746–756.

Mendagri RI. PEDOMAN TEKNIS PENGELOLAAN KEUANGAN BADAN LAYANAN UMUM DAERAH (2007).

Menkes RI. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/Menkes/391/2014 Tentang Pedoman Penetapan Rumah Sakit Rujukan Regional (2014). http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Menkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 85 Tahun 2015 Tentang Pola Tarif

Nasional Rumah Sakit (2015).

Smith, & MD, F. (1985). *Prospective payment*. USA: Aspen Publication.

SNARS. Efektif 1 Januari 2018 (2018).

Stabile, M., Thomson, S., Allin, S., Boyle, S., Busse, R., Marchildon, G., … Mossialos, E. (2013). Health Care Cost Containment Strategies Used In Four Other High-Income Countries Hold Lessons For The United States. *Health Affairs*, *32*(4), 643–652. http://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1252

Thabrany, H. (2014). *Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Rajawali Press.

Trisnantoro, L. (2004). *Memahami penggunaan ilmu ekonomi dalam manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

Utomo, B., Sucahya, P. K., & Utami, F. R. (2011). Priorities and realities: addressing the rich-poor gaps in health status and service access in Indonesia. *International Journal for Equity in Health*, *10*(1), 47. http://doi.org/10.1186/1475-9276-10-47

Wolfe, P. R., & Moran, D. W. (1993). Global Budgeting in the OECD Countries. *Health Care Financing Review*, *14*.

Yan, Y., Yang, C., & Fang, S. (2014). Agency problems of global budget system in Taiwan ' s National Health Insurance. *Health Policy*, *116*(1), 37–50. http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.02.005

Lampiran

Lampiran 1

MEDICAL AND HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE (MHREC)
FACULTY OF MEDICINE GADJAH MADA UNIVERSITY
– DR. SARDJITO GENERAL HOSPITAL

ETHICS COMMITTEE

Ref : KE/FK/0857/EC/2017

Title of the Research Protocol	:	Kajian Penerapan Model Pembatasan Klaim JKN di Rumah Sakit Pemerintah (Budget Plafond Model for Hospital Financial Risk Management)
Documents Approved	:	Study Protocol versi 01 2017
Principle Investigator	:	DR. dr. Dwi Handono Sulistyo, MKes
Name of participating	:	1. M. Faozi Kurniawan, S.E. Akt, MPH 2. Deni Harbianto
Institution(s)/place(s) of research	:	Provinsi Sumatera Utara, Provinsi DI Yogyakarta, dan Provinsi Sulawesi Selatan

The Medical and Health Research Ethics Committee (MHREC) states that the document (s) above do not need approval letter of The Medical and Health Research Ethics Committee (MHREC).

Yogyakarta, 02 AUG 2017

Prof. Dr. dr. Sri Sutarni, Sp.S(K)
Chairperson

Dr. dr. Eti Nurwening Sholikhah, M.Kes., M.Med.Ed
Secretary

Recognized by Forum for Ethical Review Committees in Asia and the Western Pacific (FERCAP)
31-Jul-17

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN

Dengan hormat,
PKMK FK UGM bersama BPJS Kesehatan bermaksud melaksanakan Kajian Penerapan Model Pembatasan Klaim JKN di Rumah Sakit Pemerintah (*Budget Plafond Model for Hospital Financial Risk Management*), sehingga tim mengajak Bapak/ Ibu/ Saudara untuk ikut serta dalam diskusi kelompok. Diskusi membutuhkan jangka waktu keikutsertaan sekitar 1-2 jam.

A. Kesukarelaan untuk ikut penelitian

Anda bebas untuk memilih keikutsertaan dalam penelitian ini tanpa ada paksaan. Apabila Anda sudah memutuskan untuk ikut, Anda juga bebas untuk mengundurkan diri/ berubah pikiran tiap saat tanpa dikenai denda atau sanksi apapun. Bila Anda tidak bersedia berpartisipasi, maka Anda tetap memiliki kesempatan untuk menyampaikan masukan tentang program JKN.

B. Prosedur penelitian

Apabila Anda bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini, Anda diminta menandatangani lembar persetujuan ini rangkap dua, satu untuk Anda simpan, dan satu untuk peneliti. Prosedur selanjutnya, Anda akan diwawancarai oleh fasilitator untuk menanyakan hal-hal terkait Kajian Penerapan Model Pembatasan Klaim JKN di Rumah Sakit Pemerintah (*Budget Plafond Model for Hospital Financial Risk Management*).

C. Kewajiban subjek penelitian

Sebagai subjek penelitian, Anda berkewajiban mengikuti aturan atau petunjuk penelitian seperti yang tertulis di atas. Bila ada yang belum jelas, Anda dapat bertanya lebih lanjut kepada fasilitator.

D. Risiko dan efek samping dan penanganannya

Subjek penelitian yang ikut serta dalam penelitian ini akan berkorban waktu, tenaga, dan pikiran dalam menjawab pertanyaan kuesioner. Oleh karena itu, tidak ada paksaan dalam keikutsertaan. Untuk mengurangi pengorbanan waktu, tenaga, dan pikiran, maka Anda akan dibantu fasilitator dalam memahami dan melengkapi isian instrumen.

E. Manfaat

Keuntungan langsung yang Anda dapatkan adalah Anda berkesempatan untuk menyampaikan informasi dan masukan dalam pengembangan kebijakan program JKN

F. Kerahasiaan

Semua informasi yang berkaitan dengan identitas subjek penelitian akan dirahasiakan dan hanya akan diketahui oleh Peneliti. Hasil penelitan ini akan dipublikasikan tanpa identitas subjek penelitian.

G. Kompensasi

Sebagai kompensasi telah mengorbankan waktu, tenaga, dan pikiran maka Anda akan mendapatkan souvenir berupa mug.

H. Pembiayaan

Semua biaya yang terkait dengan penelitian akan ditanggung oleh Peneliti dari proses pengumpulan data sampai dengan kegiatan analisis dan penyajian hasil penelitian

I. Informasi Tambahan

Anda diberikan kesempatan untuk menanyakan semua hal yang belum jelas sehubungan dengan penelitian ini. Bila sewaktu-waktu Anda membutuhkan penjelasan lebih lanjut, Anda dapat menghubungi Dr. dr. Dwi Handono, M.Kes pada nomor HP : 081238148159 email : luqyboy2@yahoo.co.id. Anda juga dapat menanyakan tentang penelitian kepada Komite Etik Penelitian Kedokteran dan Kesehatan Fakultas Kedokteran UGM (Telp. 08112666869 atau Telp: 0274 588688 pswt 17225) ataupun melalui email : mhrec_fmugm@ugm.ac.id.

Demikian atas perhatian dan kesediaannya, saya sampaikan terima kasih.

Yogyakarta, ... 2017

Peneliti

Dr. dr. Dwi Handono, M.Kes

LEMBAR PERSETUJUAN

(*INFORMED CONSENT)*

Saya bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian ini sebagaimana tersebut di atas dan menyatakan bahwa :

1. Saya telah diberi informasi yang cukup mengenai tujuan penelitian ini
2. Saya telah diberi informasi yang cukup bahwa saya bebas memutuskan untuk ikut atau tidak ikut berpartisipasi dalam penelitian ini
3. Saya telah diberi informasi bahwa keterangan yang akan diberikan dijamin kerahasiaannya
4. Saya mengizinkan peneliti untuk menggunakan peralatan audio saat diperlukan untuk kelancaran proses wawancara
5. Wawancara ini untuk keperluan penelitian semata-mata
6. Saya secara sukarela dan sadar telah memberikan izin kepada peneliti untuk melanjutkan proses penelitian ini

Demikian pernyataan yang saya buat dengan sebenarnya, penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

....., ...

2017

Pewawancara atau Saksi Responden

KUESIONER

Kajian Penerapan Model Pembatasan Klaim JKN di Rumah Sakit Pemerintah

Mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk menjawab pertanyaan dengan sebenar-benarnya. Jawaban yang Bapak/ Ibu sampaikan akan dijamin kerahasiaannya. Atas kesediaan Bapak/Ibu disampaikan terima kasih.

PENGANTAR

- Pastikan responden sudah mengetahui bahwa diskusi akan membutuhkan waktu ± 2 jam
- Pastikan absensi sudah lengkap untuk mendukung penggalian informasi lagi ke depannya

IDENTITAS

Nama : .....
Jabatan : .....
Nama RS : .....
Provinsi : .....
Kabupaten/ Kota : .....

Pelayanan Rumah Sakit

Peranan Rumah Sakit yang bertambah besar tidak dapat dihindari disebabkan meningkatnya sosial ekonomi penduduk, berjalannya asuransi kesehatan nasional, jumlah penduduk yang dilayani bertambah dan adanya kesadaran akan kualitas pelayanan yang baik. Dari sisi penyelenggara pelayanan kesehatan, biaya pelayanan kesehatan mempunyai pengertian bahwa sejumlah dana harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Dari sisi pengguna jasa, biaya pelayanan kesehatan mempunyai arti sejumlah dana yang perlu disediakan oleh pengguna jasa untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Pengguna jasa dalam hal ini adalah peserta JKN. Dengan bertambahnya pelayanan kesehatan di Rumah Sakit maka akan bertambah biaya pelayanan. Salah satu metode untuk mengelola biaya di Rumah Sakit yaitu dengan metode global budget.

Global budget merupakan cara pendanaan Rumah Sakit oleh pemerintah atau suatu badan asuransi kesehatan nasional dimana Rumah Sakit mendapat dana untuk membiayai seluruh kegiatannya untuk masa satu tahun.

BPJS Kesehatan berencana akan menjalankan pembayaran klaim kepada Rumah Sakit dengan model global budget/ batas anggaran klaim di Rumah Sakit ini untuk pembiayaan peserta BPJS Kesehatan. Perhitungan besarnya anggaran didasarkan pada

jumlah klaim Rumah Sakit ini kepada BPJS Kesehatan dalam kurun waktu 3 tahun terakhir dan beberapa pertimbangan tertentu dari BPJS Kesehatan.
Saat ini pembayaran kepada Rumah Sakit menggunakan kesepakatan bersama antara Rumah Sakit dan BPJS Kesehatan dengan metode:

1. Pada tahun ke-1, jumlah anggaran yang diberikan oleh BPJS Kesehatan untuk satu tahun berlaku sebagai pembiayaan yang fleksibel. Artinya bahwa klaim Rumah Sakit belum sepenuhnya dikaitkan dengan batasan anggaran. Jika pembiayaan atau klaim lebih dari plafon anggaran maka klaim tetap dibayar oleh BPJS Kesehatan, dan sebaliknya jika pembiayaan atau klaim kurang dari plafon anggaran maka kelebihan anggaran akan dikembalikan ke BPJS Kesehatan.
2. Pada tahun ke-2 dan ke-3, akan diterapkan plafon anggaran. BPJS Kesehatan menetapkan batas anggaran/ plafon anggaran klaim untuk Rumah Sakit. Jika pembiayaan/ klaim lebih besar dari plafon anggaran, maka Rumah Sakit menaggung kekurangan anggaran. Ini merupakan risiko keuangan Rumah Sakit dan tidak bisa diklaimkan ke BPJS Kesehatan. Namun sebaliknya jika pembiayaan/ klaim lebih kecil dari plafon anggaran, maka sisa anggaran dan plafon akan menjadi hak Rumah Sakit.

Namun demikian penerapan global budget/ plafon anggaran akan diikuti dengan audit dari BPJS Kesehatan, untuk mengetahui ketaatan Rumah Sakit terhadap INA-CBGs. Jika ada kelebihan pembiayaan, RS akan didenda sebesar kelebihannya. Denda tersebut dibayarkan tahun berikutnya, tidak dikurangkan dari plafon anggaran.
Disamping persyaratan lain itu penerapan global budget tidak boleh mengurangi/menurunkan kinerja Rumah Sakit, peserta JKN harus tetap harus menerima pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana pendapat atau tanggapan saudara tentang rencana penerapan *global budget* atau plafon anggaran di Rumah Sakit?
   a. Jika SETUJU,
      1) Apa saja pertimbangannya?
      2) Apa saja persyaratannya?
      3) Berapa lama kurun waktunya?
   b. Jika TIDAK SETUJU, apa alasannya?
2. Bagaimana tanggapan saudara terhadap persyaratan dari BPJS, berkaitan dengan penerapan *global budget* atau plafon anggaran tentang :
   a. Adanya kendali biaya

      Probing:
      1) Bagaimana efektivitas kendali biaya ?
      2) Bagaimana mekanismenya ?
      3) Unit apa yang melakukan kendali biaya ?
   b. Adanya kendali mutu

      Probing:
      1) Bagaimana efektivitas kendali mutu ?
      2) Bagaimana mekanismenya ?
      3) Unit apa yang melakukan kendali mutu ?
   c. Penggunaan sistem INA CBGs

      Probing:
      1) Bagaimana tanggapan terhadap sistem INA CBGs dikaitkan dengan *real cost* RS Bagaimana mekanismenya ?
      2) Adakah usulan tentang sistem INA CBGs ?

3. Penerapan *Global Budget* atauPlafon anggaran berpotensi menimbulkan pengaruh positif maupun negatif.
   a. Apa saja pengaruh positif yang berpotensi timbul

      Probing:

      1) Pengaruhnya pada Rumah Sakit?
      2) Pengaruhnya pada pasien ?

   b. Apa saja pengaruh negatif yang berpotensi timbul

      Probing:

      1) Pengaruhnya pada Rumah Sakit?
      2) Pengaruhnya pada pasien ?

Data Sekunder Rumah Sakit

Tabel Jumlah Peserta BPJS

Informasi	2014	2015	2016
Jumlah Pasien PBI			
Jumlah Pasien Non PBI			

TabelAnggaran dan Realisasi Pendapatan Klaim

Informasi	2014		2015		2016	
	Budget	Realisasi	Budget	Realisasi	Budget	Realisasi
Jumlah Klaim Pasien PBI						
Jumlah Klaim Non PBI						
Total Jumlah Klaim RS						

Tabel Jumlah Klaim untuk Pelayanan Kesehatan Peserta BPJS Kesehatan

NO	Rumah Sakit	2014	2015	2016
1	.....			
2	.....			
3	.....			
4	.....			
5	.....			
6	.....			
7	.....			
8	.....			
9	.....			
10	.....			

FOTO KEGIATAN PENGUMPULAN DATA

Foto Wawancara dengan Direksi RSUP Adam Malik (Kelas A)
Difoto oleh: Chandra

Foto Wawancara dengan Direksi RSUP Adam Malik (Kelas A)
Difoto oleh: Chandra

Foto Wawancara dengan Direktur Administrasi dan Umum RS Haji Medan (Kelas B)
Difoto oleh: Staf RS Haji Medan

Foto Wawancara dengan Direktur Administrasi dan Umum RS Haji Medan (Kelas B)
Difoto oleh: Chandra

Foto Wawancara dengan direksi RSUD Sultan Sulaiman (Kelas C)
Difoto oleh: Chandra

Foto Wawancara dengan direksi RSUD Sultan Sulaiman (Kelas C)
Difoto oleh: Chandra

Foto Wawancara dengan direksi RSUP dr. Wahidin (Kelas A)
Difoto oleh: Anida Alvina

Foto Wawancara dengan direksi RSUP dr. Wahidin (Kelas A)
Difoto oleh: Anida Alvina

Foto Wawancara dengan direksi RSUD Pangkep (Kelas C)
Difoto oleh: Staf RS Pangkep

Foto Wawancara dengan direksi RSUD Pangkep (Kelas C)
Difoto oleh: Staf RS Pangkep