

ANALISIS SELISIH TARIF RILL RUMAH SAKIT DAN TARIF INA-CBGs PASIEN RAWAT JALAN DI RUMAH SAKIT X

Leny Ramadhan¹, MGS Aritonang², Yusi Anggriani², Ilham Maulana³

¹Fakultas Farmasi, Universitas Hamzanwadi

Email. Lenyramadhan57@gmail.com

²Fakultas Ilmu Kefarmasian, Universitas Pancasila

Email. mgs.aritonang@gmail.com, yusi1777@yahoo.com

³Program Studi S1 Farmasi, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bogor Husada

Email. Ilhammaulana.sbh@gmail.com

Abstract

Health Insurance is a government program aimed at fulfilling the basic healthcare needs of the community. The principles governing its implementation are mutual cooperation, non-profit, portability, and mandatory participation. The National Health Insurance Program, which is expected to improve the welfare of the community's health, has, in reality, led to an increase in the number of patients. Hospitals have experienced a decline in service quality, and differences in payment systems have resulted in tariff discrepancies. The research aims to determine the disparity between hospital rates and INA-CBGs rates. The method employed in this research is the Qualitative Observational method. The population in this research consists of 47,774 cases from a total of five ICD-X diagnoses, with a sample size of 100 patients for each diagnosis. The research outcomes indicate that 293 (58.6%) patients resulted in negative differences, while 207 (41.4%) patients had positive differences. The difference between hospital rates and INA-CBGs rates with a negative gap was observed in the diagnosis of Gonarthrosis [arthrosis of the knee] amounting to Rp. 1,514,147 (3.06%), Hyperplasia of prostate Rp.27.318.983 (38,21%), Stroke, not specified as haemorrhage or infarction Rp. 2.789.859 (7,09%), Congestive heart failure Rp. 12.284.098 (23,01%). And the hospital rate that yielded a positive difference is Respiratory tuberculosis, not confirmed bacteriologically, amounting to Rp. 10,036,038 (34.76%).

Keywords : *Difference, Hospital Tariff, INA-CBGs Tariff*

1. PENDAHULUAN

Pembiayaan Kesehatan adalah besarnya alokasi dana yang harus disediakan untuk dimanfaatkan dalam Upaya Kesehatan sesuai dengan kebutuhan perorangan, kelompok, dan Masyarakat. Dalam system Kesehatan nasional, pembiayaan Kesehatan adalah penataan sumber daya keuangan yang mengatur penggalan, pengalokasian dan membelanjakan biaya Kesehatan dengan prinsip efisien, efektif, ekonomis, adil, transparan akuntabel dan berkelanjutan untuk meningkatkan derajat Kesehatan Masyarakat yang setinggi-tingginya (Wulandari A. Dkk, 2020)

Jaminan Kesehatan Nasional adalah program pemerintah yang bertujuan memberikan kepastian jaminan Kesehatan yang menyeluruh bagi seluruh rakyat Indonesia untuk dapat hidup sehat, produktif dan Sejahtera. Pada

UUD 1945 perubahan pasal 34 ayat 2 menyebutkan bahwa negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Pemerintah menjalankan UUD 1945 tersebut dengan mengeluarkan UU No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) untuk memberikan jaminan social menyeluruh bagi setiap orang dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak menuju terwujudnya Masyarakat Indonesia yang Sejahtera, adil, dan Makmur (Pramana & Chairunnisa, 2023).

Penyelenggaraan program JKN akan menata sub sistem pembiayaan kesehatan, sub sistem pelayanan kesehatan, sub sistem sumber daya manusia, sub sistem farmasi dan alat Kesehatan, serta sub sistem regulasi. Hal demikian memerlukan koordinasi dan partisipasi banyak pemangku kepentingan untuk mencapai

tujuan dalam JKN. Selain itu, sistem kesehatan di Indonesia perlu diperkuat untuk dapat mewujudkan Universal Health Coverage (UHC). Sistem kesehatan yang tangguh dicirikan dengan lima elemen, berikut mutu layanan, efisiensi, pemerataan akses kesehatan (equity), akuntabilitas, sustainability dan dapat dilaksanakan (resilience) (Candra et al., 2020).

Undang-Undang No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan juga ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas dasar sumber daya dibidang Kesehatan dan memperoleh pelayanan Kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Secara umum sesuai dengan tujuan dari penerapan sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Keberadaan JKN membawa dampak positif yakni meningkatkan akses masyarakat ke pelayanan Kesehatan termasuk didalamnya rumah sakit sebagai penyedia layanan Kesehatan. Namun disamping keberhasilan yang telah dicapai, masih terdapat beberapa permasalahan yang perlu dibenahi antara lain : kepesertaan yang belum tuntas, peran fungsi ganda sebagai pengelola, verifikator belum berjalan dengan optimal, kendala dalam kecepatan pembayaran, kurangnya pengendalian biaya, penyelenggara tidak menanggung resiko. Selain itu, problematika dalam implementasi BPJS, diantaranya : Sistem pelayanan kesehatan pelaksanaan dilapangan masih bermasalah dengan pasien harus mencari-cari kamar kosong, belum tercapainya dana yang ditetapkan BPJS dengan *real Cost* terkait pembayaran dengan skema INA-CBGs, serta masih kurangnya tenaga kesehatan yang tersedia difasilitas kesehatan (Santoso, 2015).

Sejak dioperasikannya Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sebagai pelaksana JKN, berbagai kalangan mengkhawatirkan tarif yang diberlakukan dengan mengacu pada INA-CBGs (*Indonesia Care Groups*), sebuah model pembayaran yang digunakan BPJS Kesehatan untuk mengganti klaim yang ditagihkan oleh rumah sakit berdasarkan penyakit yang diderita. Penyesuaian system pembayaran mengakibatkan kualitas pelayanan rawat inap akibat implementasi DRG. Perubahan kualitas layanan rawat inap pasca perubahan system

pembayaran rumah sakit telah banyak terjadi di Amerika Serikat. Rata-rata durasi rawat inap turun drastic pasca penerapan system pembayaran prospektif dalam bentuk Diagnosis (Wunari et al., 2016).

Tugas Rumah sakit yaitu *Promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative*. Agar memperoleh semua itu perlu adanya pembayaran Kesehatan yaitu dengan *retrospektif payment* dan *prospektif payment* dengan system paket INA-CBGs sesuai kasus yang diderita. Apabila tarif rumah sakit tidak sesuai maka dapat menyebabkan pihak rumah sakit harus mengontrol biaya penanggulangan inflasi dengan melakukan *cost containment* agar pihak rumah sakit terhindar dari kerugian saat menjalankan pelayanan (Hakin, 2022).

Tingginya tarif dapat mempengaruhi masyarakat kurang mampu saat pembayaran *fee for service*. Serta mengancam akses dan mutu pelayanan Kesehatan. Bahkan rumah sakit seperti memperoleh benefit dari tarif rumah sakit dengan tarif INA-CBGs. Tahun 2010 jamkesmas punya kendala, dalam hal ini pembayaran terdapat selisih paket INA-CBGs terhadap tarif rumah sakit yang tidak mencukupi. Akibatnya belum komprehensif dalam pemahaman serta penyelenggaraan terhadap INA-CBGs. Penyebab selisih tarif dikarenakan tingkat keparahan dari diagnosa, usia, dan *Length Of Stay* atau factor lainnya. Hasil klaim pembayaran BPJS kepada Fasilitas Kesehatan akan mempengaruhi untung atau ruginya rumah sakit. Pertama kalim bila tarif sesuai dengan INA-CBGs dan klaim negatif bila tarif rill lebih tinggi dibandingkan paket dari BPJS (Murti Andayani et al., 2017)

2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif secara observasional. Pengumpulan data secara observasi digunakan untuk mencatat dan mengumpulkan data-data pendukung kemudian membandingkana antara biaya rill rumah sakit dengan tarif yang dibayarkan oleh BPJS. Variabel Independen dalam penelitian ini adalah tarif rill rumah sakit DAN Tarif INA-CBGs. Sedangkan variabel dependent adalah perbedaan/selisih tarif antara tarif rumah dan tarif INA-CBGs. Populasi dalam penelitian ini

adalah lima diagnosa tertinggi di RUMAH SAKIT X sebanyak 47.774 pasien yang terdiri dari *Gonarthrosis [arthrosis of knee]*, *Hyperplasia of prostate*, *Respiratory tuberculosis, not confirmed bacteriologically or*, *Stroke, not specified as haemorrhage or infarction* dan *Congestive heart failure*. Sampel adalah bagian dari populasi yang akan diteliti yang merupakan representasi dari populasi tersebut berjumlah 100 pasien untuk setiap diagnosa yang didapatkan dari hasil perhitungan dengan rumus slovin. Kriteria inklusi yaitu pasien BPJS Rawat Jalan yang termasuk dalam lima diagnosa ICD-X, pasien yang memiliki kelengkapan data rekam medik dan rincian data biaya perawatan, semua pasien laki-laki maupun perempuan dewasa dengan umur 20-60 tahun.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Pasien

Berdasarkan data yang diperoleh dari penelitin ini bahwa didapatkan lima data diagnosis yang yang sering muncul di rumah sakit X dengan diagnose *Gonarthrosis [arthrosis of knee]* (M17) sebanyak 13.283, *Hyperplasia of prostate* (N40) sebanyak 9.815, *Respiratory tuberculosis, not confirmed bacteriologically or* (A16) sebanyak 8.569, *Stroke, not specified as haemorrhage or infarction* (I64) sebanyak 8.080, *Congestive*

heart failure (I50.0) sebanyak 7.545. Berikut Kode INA CBGs yang sering muncul

Selisih tarif rumah sakit dan tarif INA-CBGs

Dalam penelitian ini terdapat lima diagnosa yang digunakan berdasarkan ICD-X dengan 14 (empat belas) Kode INA-CBGs yang sering keluar yang dijadikan sampel. Dalam perhitungan data tabel rata-rata dan presentase dalam penelitian ini menggunakan rumus

$$\text{Rata - rata (m)} = \frac{\text{Jumlah data}}{\text{Banyak Data}}$$

$$\text{Presentase (\%)} = \frac{\text{Jumlah Bagian}}{\text{Jumlah Total}} \times 100\%$$

Perbandingan tarif berdasarkan diagnosa *Gonarthrosis [arthrosis of knee]*

Gonarthrosis atau *defirmasi osteoarthritis lutuh* merupakan penyakit sendi degeneratif, dimana keseluruhan struktur dari sendi mengalami perubahan patologis. Ditandai dengan kerusakan tulang rawan (kartilago) hyaline sendi, meningkatnya ketebalan serta sclerosis dari lempeng tulang, pertumbuhan osteofit pada tepian sendi, meregangnya kapsula sendi, timbulnya peradangan, dan melemahnya otot-otot yang menghubungkan sendi (Joewono,S, 2006).

Tabel 1 Perbandingan tarif RS dan tarif INA-CBGs berdasarkan *Gonarthrosis [arthrosis of knee]*

No.	Rincian Biaya	Rata-rata/Pasien	Persentase(%)	Ket
1	Pendaftaran Rp.500.000	Rp.9.901	1,96	
2	Tindakan Rp.4.215.000	Rp83.465	16,55	
3	Penunjang Rp.1.885.000	Rp.37.327	7,87	
4	Obat Rp.18.863.747	Rp.373.540	78,76	Negatif
Total Tarif RS Rp.25.463.747		Rp.504.233		
Total Tarif INA-CBGs Rp.23.949.600		Rp.474.250		
Selisih Rp 1.514.147		Rp.29.983	3,06	

Tabel 1 memperlihatkan secara total pada 100 pasien dengan diagnosa *Gonarthrosis [arthrosis of knee]* menghasilkan selisih negatif dengan pembayaran menggunakan lima Kode INA-CBGs. Komponen tagihan rumah sakit yang paling besar menyebabkan selisih adalah pada tagihan obat sebesar 78,76%. Hal tersebut

tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan (Oki Fetaliawati, 2015) Yang menyatakan Komponen biaya yang memberikan proporsi terbesar pada pasien osteoarthritis umum adalah biaya obat (63,7%) sedangkan komponen yang memberikan proporsi terbesar

pada pasien osteoarthritis JKN adalah biaya non obat (82,7%).

Perbandingan tarif berdasarkan diagnosa *Hyperplasia of prostate*

Hyperplasia of prostate atau lebih dikenal sebagai BHP (*Benign prostatic hyperplasia*) yaitu pembesaran prostat junak yang terdapat hyperplasia sel-sel stroma dan sel-sel epitel kelenjar prostat. *Hyperplasia of prostate* dapat dialami oleh sekitar 70% pria

diatas usia 60 tahun. Angka ini akan meningkat hingga 90% pada pria berusia di atas 80 tahun. Hingga sekarang masih belum diketahui secara pasti penyebab terjadinya hyperplasia prostat, tetapi beberapa hipotesis menyebutkan bahwa hyperplasia prostat erat kaitannya dengan adanya perubahan keseimbangan antara hormone testoteron dan esterogen pada usia lanjut (Azzaky Bimandama & Kurniawaty, 2018)

Tabel 2 Perbandingan tarif RS dan tarif INA-CBGs berdasarkan *Hyperplasia of prostate*

No.	Rincian Biaya	Rata-rata/Pasien	Persentase(%)	Ket
1.	Pendaftaran	Rp.500.000	Rp.9.901	1,01
2.	Tindakan	Rp.5.792.381	Rp.114.701	11,72
3.	Penunjang	Rp.4.653.000	Rp.93.060	9,51
4.	Obat	Rp.38.457.202	Rp.761.529	77,84
Total Tarif RS		Rp.49.402.583	Rp.978.269	
Total Tarif INA-CBGs		Rp.22.083.600	Rp.437.299	
Selisih		Rp.27.318.983	Rp.540.970	38,21

Tabel 2 memperlihatkan secara total pada diagnosis *Hyperplasia of prostate* sebanyak 100 pasien menghasilkan selisih negatif sebesar Rp. 27.318.983 (55,29%) dengan lima Kode INA-CBGs yang digunakan sebagai paket pembayaran klaim oleh BPJS. Dari total 100 pasien yang menyebabkan selisih negatif, sebanyak 83 (8,3%) pasien yan besaran tarif rumah sakitnya lebih besar. Sementara 15 (1,5%) pasien dengan besaran tarif rumah sakit lebih kecil dari tarif INA-CBGs. Komponen tagihan rumah sakit yang menyebabkan selisih negatif adalah obat sebesar Rp.38.457.202 (77,84%). Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Satria, A (2020) Menyatakan rata-rata biaya tindakan pada diagnosa prostat memiliki rata-rata lebih tinggi sebesar Rp. 15.019.849.

Perbandingan tarif berdasarkan diagnosa *Respiratory tuberculosis, not confirmed bacteriologically*

Respiratory tuberculosis, not confirmed bacteriologically atau pasien tuberculosis (TB) terdiagnosa secara klinis adalah pasien yang tidak memenuhi kriteria terdiagnosa secara bakteriologis tetapi didiagnosa secara pasien TB aktif oleh dokter, dan diputuskan untuk diberikan pengobatan TB. Termasuk dalam kelompok pasien ini adalah pasien TB paru BTA negatif dengan hasil pemeriksaan foto toraks, tidak ada perbaikan kinis setelah diberikan antibiotik non OAT (Obat Anti Tuberkulosis), dan yang terdiagnosa secara klinis maupun laboratoris dan histopatologis tanpa konfirmasi bakteriologis⁴⁶. Diperkirakan 95% kasus TB dan 98% kematian akibat TB didunia, terjadi pada negara-negaraberkembang. Demikian juga, kematian wanita akibat TB lebih banyak daripada kematian karena kehamilan, persalinan dan nifas (Permenkes, 2019).

Tabel 3 Perbandingan tarif RS dan tarif INA-CBGs berdasarkan *Respiratory tuberculosis, not confirmed bacteriologically*

No.	Rincian Biaya	Rata-rata/Pasien	Persentase(%)	Ket
1.	Pendaftaran	Rp.500.000	Rp.9.901	5,41
2.	Tindakan	Rp.1.596.887	Rp.31.622	16,95
3.	Penunjang	Rp.3.742.000	Rp.74.099	39,73
4.	Obat	Rp.3.579.675	Rp.70.885	38,00
Total Tarif RS		Rp.9.418.562	Rp.186.506	
Total Tarif INA-CBGs		Rp.19.454.600	Rp.385.240	
Selisih		Rp.10.036.038	Rp.198.733	34,76

Tabel 3 memperlihatkan secara total sebanyak 100 pasien pada diagnosis *Respiratory tuberculosis, not confirmed bacteriologically or clinic* menghasilkan selisih positif sebesar Rp.10.036.038 (106,55%) dengan menggunakan tiga kode INA-CBGs sebagai pembayaran klaim oleh BPJS. Berdasarkan hasil analisis yang dilakukan dari total 100 pasien yang menghasilkan selisih positif, sebanyak 18 (1,8%) pasien memiliki besaran tarif rumah sakit yang lebih besar. Sementara 82 (8,2%) pasien dengan besaran tarif rumah sakit lebih kecil dari tarif INA-CBGs. Komponen biaya rumah sakit yang paling besar adalah penunjang sebesar Rp.3.742.000 (39,73%), hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Iswari et al., (2020) menyatakan komponen biaya yang paling tinggi pada diagnosis tuberculosis adalah biaya medis langsung medis.

Perbandingan tarif berdasarkan diagnosa *Stroke, not specified as haemorrhage or infarction*

Stroke, not specified as haemorrhage or infarction adalah tanda klinis disfungsi atau kerusakan jaringan otak yang disebabkan kurangnya aliran darah ke otak sehingga mengganggu kebutuhan darah dan oksigen di jaringan otak. *Stroke, not specified as haemorrhage or infarction* atau stroke non-hemoragik atau juga disebut stroke iskemik atau infark. Stroke non-hemoragik dapat disebabkan oleh trombosis dan emboli, sekitar 80-85% menderita penyakit stroke non-hemoragik dan 20% persen sisanya adalah stroke hemoragik yang dapat disebabkan oleh pendarahan intraserebrum hipertensi dan perdarahan subarachnoid (Murti Andayani et al., 2017).

Perawatan stroke akibat kecacatan dan stroke berulang membutuhkan biaya yang cukup tinggi untuk menangani keadaan tersebut. Di Indonesia pada tahun 2007 rata-rata biaya terapi total antara stroke iskemik Rp.4.340.000 di Rumah Sakit Sardjito Yogyakarta (Safi'i, J. 2016)

Tabel 4. Perbandingan tarif RS dan tarif INA-CBGs berdasarkan *Stroke, not specified as haemorrhage or infarction*

No.	Rincian Biaya	Rata-rata/Pasien	Persentase(%)	Ket
1.	Pendaftaran	Rp.500.000	Rp.9.901	2,37
2.	Tindakan	Rp.1.545.000	Rp.30.594	7,32
3.	Penunjang	Rp.2.723.000	Rp.53.921	12,91
4.	Obat	Rp.16.315.259	Rp.323.074	77,38
Total Tarif RS		Rp.21.083.259	Rp.417.490	
Total Tarif INA-CBGs		Rp.18.263.400	Rp.361.651	
Selisih		Rp.2.789.859	Rp.55.245	7,09

Tabel 4 memperlihatkan secara total pada diagnosis *Stroke, not specified as haemorrhage or infarction* menghasilkan selisih negatif sebesar Rp.2.789.897 (13,23%) dengan menggunakan enam kode INA-CBGs yang digunakan BPJS untuk pembayaran klaim. Berdasarkan hasil analisis data dari total 100 pasien yang menyebabkan selisih 46 (4,6%) pasien dengan besaran tarif rumah sakit lebih besar sementara 54 (5,4%) pasien dengan besaran tarif rumah sakit yang lebih kecil dari tarif INA-CBGs, presentase tersebut tidak menghasilkan selisih positif. Hal tersebut dikarenakan beberapa pasien yang datang lebih banyak hanya melakukan konsultasi dengan dokter tanpa melakukan pengambilan obat dan pemeriksaan lainnya. Penelitian yang dilakukan oleh (Hakin, 2022) menyatakan komponen biaya terbesar pada penyakit stroke rawat inap pada biaya kamar dan rawat jalan pada kelompok obat dan barang medik..

Perbandingan tarif berdasarkan diagnosa Congestive heart failure

Gagal jantung kongestif adalah keadaan patofisiologis berupa kelainan fungsi jantung sehingga jantung tidak mampu memompa darah

untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan dan atau kemampuannya hanya saja kalau disertai peinggian volume diastolic secara abnormal. Gagal kongestif menunjukkan adalah ketidakmampuan jantung akan oksigen dan nutrisi (Viviandhari, 2009).

Prevalensi gagal jantung cenderung mengikuti pola eksponensial seiring usia, karena bertambahnya usia seseorang akan mengakibatkan penurunan fungsi jantung. Usia merupakan faktor resiko utama terhadap penyakit jantung dan penyakit kronis lainnya termasuk gagal jantung. Pertambahan umur dikarakteristikkan dengan disfungsi progresif dari organ tubuh dan berefek pada kemampuan mempertahankan homeostasis. Gagal jantung memiliki dampak ekonomi yang luar biasa, diperkirakan akan meningkat tiap tahun. Biaya langsung dan biaya tak langsung penderita gagal jantung di Amerika Serikat pada tahun 2010 diperkirakan sebesar 39,2 juta . Di Inggris, sekitar 100.000 pasien dirawat di Rumah Sakit setiap tahun, merepresentasikan 5% dari semua perawatan medis dan menghabiskan lebih dari 1% dana perawatan kesehatan nasional (Pangestu & Nusadewiarto, 2020).

Tabel 5 Perbandingan tarif RS dan tarif INA-CBGs berdasarkan *Stroke, not specified as haemorrhage or infarction*

No.	Rincian Biaya	Rata-rata/Pasien	Persentase(%)	Ket
1.	Pendaftaran	Rp.500.000	Rp.9.901	1,52
2.	Tindakan	Rp.2.100.000	Rp.41.584	6,39
3.	Penunjang	Rp.4.030.000	Rp.79.802	12,27
4.	Obat	Rp.26.199.969	Rp.518.811	79,80
Total Tarif RS		Rp.32.829.969	Rp.650.098	
Total Tarif INA-CBGs		Rp.20.545.871	Rp.406.849	
Selisih		Rp.12.284.098	Rp.243.249	23,01

Tabel 5 memperlihatkan secara total pada diagnosis *Congestive heart failure* menghasilkan selisih negatif sebesar Rp.12.284.098 (37,41%) dengan menggunakan empat jenis kode INA-CBGs sebagai pembayaran klaim oleh BPJS. Berdasarkan hasil analisis data dari total 100 pasien, sebanyak 78 pasien dengan besaran tarif rumah sakit lebih besar Sementara sebanyak 22 (2,2%) pasien dengan besaran tarif rumah sakit yang lebih kecil. Komponen tagihan rumah sakit yang

paling besar menyebabkan selisih negatif adalah obat sebesar Rp.26.199.969 (79,80%). Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Apifah & Irmawati, (2020) komponen tagihan maksimum rumah sakit yang paling besar adalah biaya obat sebesar Rp. 60.902.770

Perbandingan total tarif Rumah dan total tarif INA-CBGs

Perbedaan tarif yang terjadi di Rumah Sakit X didapatkan pada selisih tarif antara tarif rumah sakit dan tarif INA-CBGs, hal tersebut karena adanya perubahan cara bayar dari *Retrospective Payment System* ke *Prospective Payment System* dengan INA-CBGs dalam pelaksanaan JKN. Penetapan tarif INA-CBGs dalam bentuk paket didasarkan pada pengelompokan kode diagnosis (ICD-X) dengan menggunakan metode pembayaran prospektif atau metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang

besarannya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan kepada pasien. Sementara tarif rumah sakit ditetapkan berdasarkan kebijakan oleh Direksi rumah sakit dan mengacu pada Peraturan Gubernur menggunakan metode pembayaran retrospektif atau metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien berdasarkan pada setiap aktivitas layanan yang diberikan.

Tabel 6 Perbandingan total tarif Rumah dan total tarif INA-CBGs

No.	Rincian Biaya	Persentase(%)	Ket
1.	Pendaftaran	Rp.2.500.000	2,23
2.	Tindakan	Rp.15.249.268	13,60
3.	Penunjang	Rp.14.583.000	13,00
4.	Obat	Rp.79.834.852	71,17
Total Tarif RS		Rp.112.167.120	
Total Tarif INA-CBGs		Rp.104.297.071	
Selisih		Rp.7.870.049	3,64

Dari total keseluruhan tarif rumah sakit pada lima diagnosa untuk memberikan pelayanan kesehatan pada pasien JKN selama 1 tahun pada unit pelayanan rawat jalan sebesar Rp.112.167.120. Sementara total tarif INA-CBGs Rp.104.297.072. Hasil perhitungan tersebut mendapatkan selisih negatif sebesar Rp.7.870.049. Selisih negatif yang dihasilkan dari total tarif rumah sakit dan tarif INA-CBGs yang cukup besar. Menurut kepala bagian keuangan pada diskusi penyerahan data hasil penelitian di rumah sakit menyatakan selisih negatif yang sangat besar bisa jadi disebabkan karena tarif INA-CBGs yang sudah ditetapkan dalam bentuk paket dan hal lain juga disebabkan karena penetapan tarif rumah sakit masih mengacu pada peraturan Gubernur tahun 2012 yang seharusnya sudah direvisi setiap dua tahun sekali, tetapi sampai sekarang belum ada revisi terbaru untuk standar tarif rumah sakit.

Terlihat jelas perbedaan antara kedua tarif tersebut yaitu tarif rumah sakit lebih tinggi dibandingkan dengan tarif INA-CBGs, karena pada dasarnya di beberapa rumah sakit yang

menyebabkan tagihan adalah LOS yang tinggi, biaya obat, kode diagnosa, atau bahkan penetapan tarif rumah sakit. Hal tersebut sejalan dengan penelitian Ika Wijayanti et al., (2013) menyebutkan bahwa perbedaan tarif rumah sakit dengan tarif INA-CBGs dilatar belakangi adanya perbedaan standar tarif yang diterapkan, lama dirawat, ketepatan kode diagnosis atau prosedur, dan adanya *Clinical pathway*.

4. SIMPULAN

Terjadi selisih antara total tarif rumah sakit dan tarif INA-CBGs dengan rata-rata pembayaran rumah lebih kecil dari tagihan biaya rumah sakit sebesar Rp. 15.74 (3,64%).

5. REFERENSI

Apifah & Irmawati. (2020). Tinjauan Perbandingan Tarif Rumah Sakit Dengan Tarif Ina-Cbg's 5.3 Pasien Rawat Jalan Congestive Heart Failure (Chf) Di Rs Roemani Muhammadiyah Semarang. *Repository.Poltekkes-Smg.Ac.Id*.

- Azzaky Bimandama, M., & Kurniawaty, E. (2018). Benign Prostatic Hyperplasia Dengan Retensi Urin Dan Vesicolithiasis. *J Agromedicine Unila* , 5(2), 655–661.
- Candra, Hasri, E. T., Kurniawan, M. F., Fanda, R., Marthias, T., & Aktariyani, T. (2020). *Laporan Hasil Penelitian Evaluasi Kebijakan Jkn 2020*.
- Hakin, N. Y. (2022). *Perbandingan Biaya Riil Terhadap Tarif Ina-Cbg's Penyakit Stroke Iskemik Di Rs Bethesda Yogyakarta Comparison Of Real Costs Against The Price Of Ina-Cbg's Ischemic Stroke In Bethesda Hospital Yogyakarta* (Vol. 7).
- Ika Wijayanti, A., & Dkk. (2013). Analisis Perbedaan Tarif Riil Dengan Tarif Paket Ina-Cbg Pada Pembayaran Klaim Jamkesmas Pasien Rawat Inap Di Rsud Kabupaten Sukoharjo. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia* , 1(1), 1–10.
- Iswari, A., Endarti, D., Trijayanti, C., Haris, R. N. H., Nadya, A., & Imansari, R. (2020). Analisis Biaya Penyakit Tuberkulosis: Studi Kasus Di Salah Satu Puskesmas Dan Rumah Sakit Di Yogyakarta. *Majalah Farmaseutik*, 16(2), 211–217. <https://doi.org/10.22146/farmaseutik.v16i2.54172>
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2019). Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tatalaksana Tuberkulosis. Menteri Kesehatan RI, Jakarta
- Murti Andayani, T., Pinzon, R., & Endarti, D. (2017). Perbandingan Biaya Riil Terhadap Tarif Ina-Cbg's Penyakit Stroke Iskemik Di Rs Bethesda Yogyakarta Comparison Of Real Costs Against The Price Of Ina-Cbg's Ischemic Stroke In Bethesda Hospital Yogyakarta. *Jurnal Manajemen Dan Pelayanan Farmasi*, 7(2), 105–114.
- Oki Fetaliawati. (2015). Analisis Biaya Pengobatan Osteoarthritis Pasa Pasien Umum Dan Jkn Rawat Jalan Di Rs Pku Muhammadiyah Yogyakarta Tahun 2014. *Fakultas Farmasi Universitas Gadjah Mada Yogyakarta*.
- Pangestu, D. M., & Nusadewiarto, A. (2020). Penatalaksanaan Holistik Penyakit Congestive Heart Failure Pada Wanita Lanjut Usia Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga. *Medical Journal Of Lampung*, 9(1), 1–11.
- Pramana, P., & Chairunnisa, W. P. (2023). Perspektif Masyarakat Pengguna Bpjs Kesehatan Mengenai Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (Kris). *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*, 3(1), 30–41. <https://doi.org/10.53756/jkn.v3i1.98>
- Santoso, L. (2015). Problematika Sistem Jaminan Kesehatan Nasional Pasca Reformasi Di Indonesia. *Jurnal Studi Hukum*, 5(1), 97–125. <http://hukum.kompasiana.com>,
- Satria, A. (2020). *Analisis Biaya Riil dan Kesesuaian denan Tarif INA-CBGs Pasien Kanker Prostat di RSUD Dr. Moewardi Surakarta Periode 2018-2019* [Thesis]. Universitas Setia Budi
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 Tentang. *Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (SJSN)*
- Viviandhari, D. (2009). *Analisis Biaya Pasien Gagal Jantung Rawat Inap Rsud Dr. Moewardi Surakarta Periode Tahun 2008* [Thesis]. Universitas Gadjah Mada.
- Wulandari A. Dkk. (2020). *Pembiayaan Dan Penganggaran Kesehatan*. In *Penerbit Cy Mine Yogyakarta*.
- Wunari, D., Ode, W., Karimuna, S. R., & Munandar, S. (2016). Studi Penerapan Sistem Pembayaran Layanan Kesehatan Dengan Sistem Diagnosis Penyakit (Indonesia Case Based Groups / Ina-Cbgs) Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Bahteramas Kota Kendari Tahun 2015. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 1(3), 1–12.