

## CASE-MIX: UPAYA PENGENDALIAN BIAYA PELAYANAN RUMAH SAKIT DI INDONESIA

Oleh:

Hosizah

Dosen FIKES – Universitas INDONUSA Esa Unggul, Jakarta

hosizah@indonusa.ac.id

### ABSTRAK

Biaya kesehatan di Indonesia cenderung meningkat yang disebabkan oleh berbagai faktor, di antaranya adalah pola penyakit degeneratif, orientasi pada pembiayaan kuratif, pembayaran *out of pocket (fee for service)* secara individual, service yang ditentukan oleh provider, teknologi canggih, perkembangan (sub) spesialisasi ilmu kedokteran, dan tidak lepas juga dari tingkat inflasi. Dengan kondisi dan situasi yang ada seperti ini maka akses dan mutu pelayanan kesehatan terancam, terutama bagi masyarakat yang tidak mampu. Hal ini menyebabkan derajat kesehatan masyarakat semakin rendah. Kondisi tersebut diperparah dengan tarif rumah sakit yang tidak standar, sehingga masing-masing rumah sakit cenderung menetapkan tarif sendiri. Dalam upaya menstandartkan tarif tersebut, pemerintah melalui Departemen Kesehatan melakukan beberapa upaya satu di antaranya adalah Sistem *Case-mix*, yang akan diujicobakan pada tahun 2008. Sistem *Case-mix* merupakan sistem pembiayaan pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan mutu, pemerataan dan keterjangkauan, yang merupakan unsur-unsur dalam mekanisme pembayaran Biaya Pelayanan Kesehatan untuk pasien yang berbasis kasus campuran.

### Kata Kunci:

*Case-Mix*, Koding Diagnosis Penyakit dan Tindakan

### Pendahuluan

Tingkat kesehatan penduduk Indonesia masih relatif rendah jika dibandingkan dengan negara-negara tetangga di Asia Tenggara. Angka

kematian ibu masih sekitar 390 per 100.000 kelahiran hidup, sementara di Philipina 170, Vietnam 160, Thailand 44 dan Malaysia 39 per 100.000 kelahiran hidup. Hal ini berkaitan secara langsung maupun tidak langsung dengan besarnya biaya yang dikeluarkan oleh pemerintah ataupun masyarakat untuk kesehatan dan besarnya cakupan asuransi kesehatan. Kontribusi pemerintah untuk biaya kesehatan hanya sebesar 26,1 persen. Sedangkan kontribusi dari swasta mencapai 74,9 persen yang sebagian besar dikeluarkan langsung dari saku masyarakat (*direct payment out of pocket*) pada waktu mereka jatuh sakit, hanya sedikit biaya kesehatan yang dikeluarkan dengan menggunakan mekanisme asuransi atau perusahaan (6-19 %).

Saat inipun Indonesia mengalami “*TRIPLE BURDEN*”, yaitu:

- A. Penyakit lama (*Old Problem*) belum terpecahkan seperti penyakit infeksi dan kurang gizi
- B. Penyakit lama yang muncul kembali (*re-emerging problem*) seperti meningkatnya kasus-kasus malaria, dan tuberkulosa
- C. Timbulnya masalah baru (*emerging problem*) berupa penyakit tidak menular seperti penyakit jantung, penyakit degeneratif, masalah NAPZA, munculnya penyakit baru HIV/AIDS dan Avian Influenza.

**Tabel 1**  
**Perbandingan Beberapa Indikator Kesehatan Antara Beberapa Negara**

Negara	MMR	GNP/Kapita (US\$)	Biaya Kes/Kapita (US\$)	Urutan Biaya Kes.	Cakupan Asuransi
1. Malaysia	39	3400	110	93	100%
2. Thailand	44	1960	133	64	100%
3. Srilangka	60	820	25	138	-
4. Vietnam	160	370	17	182	-
5. Philipine	170	1020	40	124	60%
6. Myanmar	230	220	100	136	-
<b>7. Indonesia</b>	<b>390</b>	<b>580</b>	<b>18</b>	<b>154</b>	<b>16%</b>

Sumber: Hasil Pengolahan Data

Selain tiga hal di atas arus globalisasi yang ditandai dengan perdagangan bebas, meningkatnya teknologi informasi yang belum diimbangi dengan kemampuan SDM menyebabkan kesenjangan pelayanan kesehatan dan tingginya biaya yang harus dikeluarkan

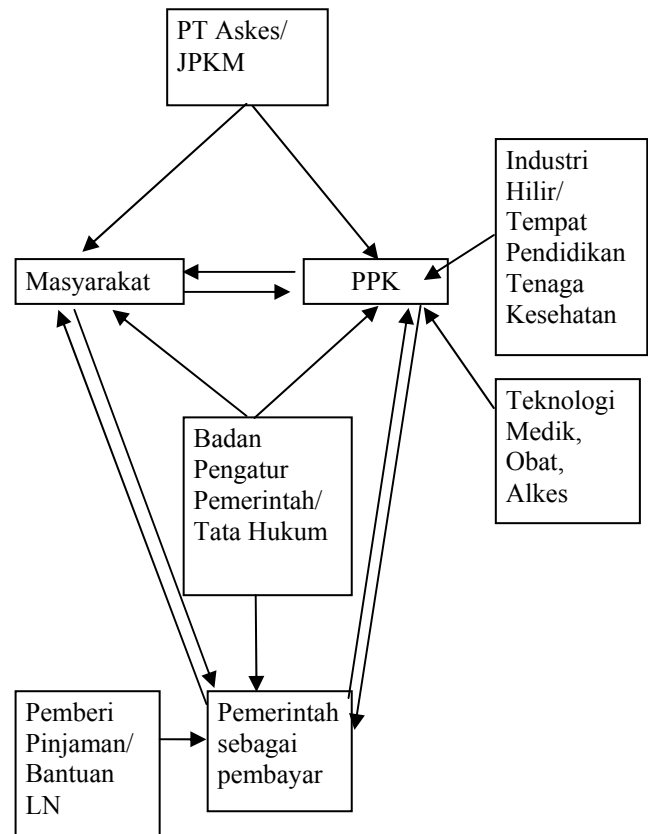
**Tinjauan Teori**

**Sistem Pelayanan Kesehatan**

Sistem Pelayanan kesehatan dapat diidentifikasi dalam berbagai komponen yaitu: Pemerintah; masyarakat; pihak ketiga yang menjadi sumber pembiayaan misalnya PT Askes, JPKM, Perusahaan Asuransi; Penyedia pelayanan, termasuk industri obat dan tempat-tempat pendidikan tenaga kesehatan serta bantuan luar negeri

**Peran Pemerintah Sebagai Pelaksana**

Peran pemerintah sebagai pelaksana di sektor perumahan dilakukan terutama oleh rumah sakit pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Di sektor rumah sakit Indonesia, jumlah rumah sakit milik pemerintah sejak tahun 1995 berkurang sedikit, sedangkan di sektor swasta mulai antara tahun 1995-2000 terdapat penambahan sekitar 73 rumah sakit swasta baru. Dengan adanya pertumbuhan ini maka diperkirakan mengalami kenaikan 15% dan krisis ekonomi yang terjadi tidak mempengaruhi peningkatan jumlah rumah sakit swasta.



Sumber: PHF, 1998

**Gambar 1**  
**Komponen Sistem Pelayanan Kesehatan**

**Tabel 2**  
**Pertumbuhan rumah sakit di Indonesia**

Pemilik RS	1997		1998		2000	
	Jumlah RS	Jumlah TT	Jumlah RS	Jumlah TT	Jumlah RS	Jumlah TT
Pemerintah	599	80490	602	80629	595	80667
Swasta	491	41506	511	42539	550	44837
Total	1507	184646	1534	185779	1561	188400

Sumber: Departemen Kesehatan

Dapat terlihat bahwa fungsi pemerintah sebagai pelaksana kegiatan relatif berkurang, sedangkan di sektor swasta semakin berkembang, namun di Indonesia tidak terjadi privatisasi rumah sakit pemerintah, pemerintah tetap menjadi pemilik rumah sakit. Akan tetapi yang terjadi adalah proses otonomi manajemen rumah sakit atau terjadi pemisahan antara fungsi pemerintah sebagai pemberi biaya atau regulator dengan fungsi pelayanan. Kebijakan-kebijakan yang ada antara lain perubahan RSUP menjadi Perjan, atau RSD menjadi BUMD.

**Pelayanan Rumah Sakit**

Tidak dapat dihindari bahwa peranan sektor swasta akan bertambah besar, yang disebabkan karena meningkatnya sosial ekonomi penduduk, jumlah penduduk yang dilayani bertambah dan adanya kesadaran akan kualitas pelayanan yang baik

Tumbuhnya rumah sakit terutama di kota-kota besar, menyebabkan tingkat kompetisi antar rumah sakit terutama swasta cukup tinggi. Dengan tingkat kompetisi yang tinggi, maka akan diikuti dengan segala upaya setiap rumah sakit untuk mempertahankan keberadaannya. Hanya rumah sakit yang dapat menyediakan layanan yang bermutu

dengan pembiayaan yang relatif rendah dapat unggul dalam kompetisi ketat tersebut.

Dari sisi penyelenggara pelayanan kesehatan, biaya pelayanan kesehatan mempunyai pengertian sejumlah dana yang harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Sedangkan dari sisi pengguna jasa, biaya pelayanan kesehatan mempunyai arti sejumlah dana yang perlu disediakan oleh pengguna jasa untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Perlu diketahui beberapa faktor yang diasumsikan terkait erat dengan biaya pelayanan rumah sakit. Secara spesifik, Feldstein (1983) menggambarkan faktor-faktor yang berhubungan dengan biaya rata-rata layanan di rumah sakit yaitu sebagai berikut :

- Jumlah tempat tidur yang ada di rumah sakit
- Jenis penderita menurut klasifikasi diagnosis
- Mutu layanan yang dapat diukur dengan tindakan atau pemeriksaan penunjang yang dilakukan
- Derajat beratnya penyakit yang dapat diukur dengan jumlah operasi yang dilakukan
- Penyesuaian rumah sakit berdasarkan upah yang diberikan kepada tenaga RS
- Tingkat efisiensi layanan
- Program pendidikan yang dilakukan di RS
- Jumlah penderita rawat jalan, dan lain-lain

### **Inflasi Sektor Kesehatan**

Sektor kesehatan (secara keseluruhan) mengalami inflasi di seluruh dunia diperkirakan diatas inflasi ekonomi. Penyebab inflasi tersebut antara lain :

1. *Indemnity Health Insurance*
2. *Medical Technology*
3. *Demand*, karena konsumen juga berpengaruh meminta pelayanan yang berkualitas dan menggunakan alat-alat canggih
4. Komponen non-medis seperti pemenuhan kebutuhan *convenience* dan *amenities*
5. *Defensive medicine*, sehingga dokter melakukan pemeriksaan/prosedur diagnostik selengkap-lengkapannya untuk menghindari gugatan malpraktek
6. Meningkatnya proporsi penduduk usia lanjut yang menyebabkan meningkatnya insiden penyakit kronis

### **Pembahasan**

#### **Pengendalian Biaya Pelayanan Rumah Sakit**

Untuk menanggulangi inflasi yang terjadi adalah dengan melakukan *cost containment* yang

meliputi setiap upaya untuk mengendalikan biaya pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Upaya *cost containment* yang dapat dilakukan di rumah sakit antara lain :

- a. Meningkatkan efisiensi  
Efisiensi yang dapat dilakukan adalah:
  1. *Economic Efficiency*  
Disebut juga dengan penggunaan input yang biayanya rendah  
Contohnya:
    - menggunakan obat *generic* karena obat-obat *generic relative* lebih murah
    - *drug utilization review* untuk mengetahui penyimpangan-penyimpangan yang terjadi dalam kaitannya dengan tingkat penggunaan obat secara kuantitatif maupun kualitatif.
    - menggunakan tenaga kesehatan yang lebih efisien
    - menggunakan alat-alat yang lebih sesuai/tidak perlu canggih disesuaikan dengan kebutuhan
  2. *Technical in efficiency*  
Menghilangkan pemborosan yang bersifat teknis akibat dari kombinasi sumber daya yang tidak sesuai  
Contohnya :  
Terdapat alat canggih di rumah sakit tetapi pada kenyataannya tidak memiliki operator sehingga harus mendatangkan dari pihak luar yang membutuhkan cost tinggi
  3. *Scale Efficiency*  
Efisiensi yang berkaitan dengan besarnya investasi yang sangat rawan untuk terjadi inflasi
- b. Sistem Pembayaran  
Sistem pembayaran prospektif kepada PPK akan mengendalikan kecenderungan *supply induced demand*, yakni kecenderungan mendorong tingkat penggunaan utilisasi pelayanan kesehatan apabila PPK masih dibayar tunai.
- c. Standarisasi Pelayanan  
Standarisasi pelayanan secara medis dan standarisasi pelayanan administratif merupakan bagian yang penting dari pengendalian biaya (*cost containment, cost effectiveness, quality control*). Tanpa standar yang jelas, akan sulit memprediksi dan mengendalikan biaya, artinya ketidak pastian akan semakin besar karena sifat dari pelayanan kesehatan adalah kebutuhan yang tidak dapat diprogramkan.
- d. Pembinaan, promosi dan peyuluhan kesehatan

Adalah upaya sistematis dan terencana untuk mengarahkan pelayanan kesehatan pada upaya promotif, preventif dan edukatif.

- e. Mengembangkan kesadaran akan biaya  
Bertujuan agar kita berperilaku hemat sehingga cost bisa ditekan menjadi lebih murah. Kegiatan ini harus disosialisasikan sehingga dapat meningkatkan motivasi pada seluruh karyawan
- f. Intervensi teknis  
Mencari peluang-peluang untuk menghemat pengeluaran, yaitu dengan melakukan *cost analysis*. Hal yang tidak lepas dari masalah analisis biaya adalah perhitungan unit *cost* yang merupakan kebutuhan bagi rumah sakit yang berguna untuk:
  - Penentuan tarif
  - Analisis Efisiensi
  - Perencanaan anggaran rumah sakit
  - Analisis *Break even*
- g. *Hospital Investment Control*  
Menghindari investasi yang tidak optimal dengan melakukan studi kelayakan terlebih dahulu antara lain dengan *Cost Effectiveness Analysis* dan *Cost Benefit Analysis*.  
Cara lain adalah dengan keharusan mendapatkan *certificate-of-need* sebelum melakukan investasi untuk peralatan dan pelayanan yang mahal.
- h. Penggunaan Sistem *Casemix*  
Sistem *Casemix* merupakan sistem pengklasifikasian penyakit yang menggabungkan jenis penyakit yang dirawat di RS dengan biaya keseluruhan pelayanan yang terkait. Sistem *Casemix* berhubungan dengan mutu, pemerataan, dan mekanisme pembayaran untuk pasien berbasis kasus campuran. Secara umum sistem *casemix* digunakan dalam hal *Quality Assurance Program*, Komunikasi dokter – direktur RS dan staf *medical record*, perbaikan proses pelayanan, anggaran, *profiling*, *benchmarking*, *quality control*, dan sistem pembayaran.  
Pada sistem ini yang paling banyak digunakan adalah Diagnostik Related Group (DRG)

### Pembiayaan Rumah Sakit

Akibat perubahan sistem layanan kesehatan yang ada sekarang ini dan dengan meningkatnya biaya kesehatan maka pembiayaan rumah sakit dengan menggunakan Asuransi Kesehatan menjadi hal yang dibutuhkan, dalam asuransi kesehatan sistem *managed care* menjadi salah satu pemecahan masalah.

*Managed Care* merupakan suatu sistem yang terintegrasi dalam pembiayaan dan layanan yang tepat serta sesuai bagi peserta dengan menggunakan satu atau lebih elemen-elemen berikut ini :

- Pengaturan dengan unit layanan tertentu untuk memberikan jasa medik yang komprehensif
- Seleksi unit layanan harus memenuhi standar
- Pelaksanaan program dalam rangka perbaikan mutu dan *utilization review*
- Penekanan agar peserta tetap sehat sehingga utilisasi berkurang
- Insentif berupa uang bagi para peserta untuk menggunakan unit layanan yang ditetapkan dan mengikuti prosedur yang ditentukan oleh plan

Ciri dari *managed care* yang dapat dilakukan adalah:

- *Utilization review* yang ketat
- Monitoring dan analisis pola praktek dokter
- Memakai dokter umum dan tenaga medik lainnya untuk mengelola pasien
- Menciptakan layanan kesehatan dengan kualitas yang tinggi dan efisien

Faktor utama dalam *managed care* yang harus dilakukan adalah :

- Mengelola pembiayaan dan pemberian jasa kesehatan
- Menggunakan teknik kendali biaya
- Membagi risiko keuangan antara provider dan asuransi
- Mengatur dan mengelola utilisasi dari layanan kesehatan

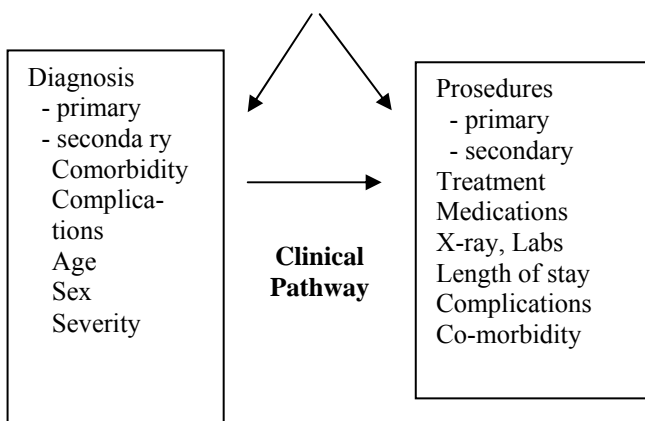
*Managed Care* memiliki kekuatan dalam mengendalikan biaya dan kualitas pelayanan bagi pesertanya, kondisi ini mengarahkan rumah sakit untuk membentuk dan menggunakan sistem dan susunan baru dalam bekerja dengan para dokter, yaitu organisasi Rumah Sakit-Dokter (*Physician-hospital Organization/PHO*). PHO merupakan salah satu bentuk rancangan yang dapat digunakan untuk memudahkan beban bagi RS dan dokter untuk menyesuaikan dengan *managed care*.

Saat ini sangat perlu sekali untuk mensinergikan antara RS, dokter dan perusahaan asuransi sehingga dapat mengevaluasi dan bernegosiasi dalam kontrak *managed care*. PHO menjadi kendaraan bagi rumah sakit dan dokter untuk membangun aliansi ekonomi dalam sistem terpadu dengan pihak asuransi sehingga terjalin ikatan bersama sama secara fiscal untuk melaksanakan pelayanan yang *cost effective* dan pemberian pelayanan yang baik.

Pertanyaan yang mungkin timbul adalah apakah mungkin dokter bekerja dalam suasana *managed care* dengan pembiayaan yang berbasis pada prinsip asuransi kesehatan?

Hal yang menjadi tantangan adalah:

- Bagaimana kesiapan dan kemauan para dokter dan rumah sakit untuk menerima risiko finansial dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien dengan komitmen kendali biaya-kendali mutu
- Kesiapan pengurangan otonomi para dokter terutama bagi para dokter spesialis, sehingga mereka tidak bisa semaunya sendiri melakukan pembedahan dan pengobatan.
- Kesiapan masyarakat untuk menerima pembatasan bagi pelayanan-pelayanan yang tidak perlu, maupun pembatasan pada jenis *provider*.



Sumber: Hasil Pengolahan Data

**Gambar 2**  
perhitungan tarif *system Case-mix* berdasarkan IR-DRG V.2

### Case Mix

Sistem *Case-mix* adalah sistem pembiayaan pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan mutu, pemerataan dan keterjangkauan, yang merupakan unsur-unsur dalam mekanisme pembayaran biaya pelayanan kesehatan untuk pasien yang berbasis kasus campuran. Pengertian *Case-mix*. Pada *Case-mix* membutuhkan 14 variabel yang diperoleh dari data rekam medis antara lain:

1. Identitas pasien (misal, nomor RM,dll)
2. Tanggal masuk RS
3. Tanggal keluar RS
4. Lama hari rawat (LOS)
5. Tanggal lahir
6. Umur (th) ketika masuk RS
7. Umur (hr) ketika masuk RS
8. Umur (hr) ketika keluar RS
9. Jenis kelamin
10. Status keluar RS (*Outcome*)
11. Berat Badan Baru lahir (gram)
12. Diagnosis Utama
13. Diagnosis sekunder (komplikasi & Komorbiditi)
14. Prosedur/pembedahan utama

Perhitungan biaya rumah sakit berdasarkan sistem *case-mix* seperti gambar 2.

Sistem *Case-mix* di Indonesia akan diuji-cobakan pada tahun 2008 dengan tujuan meningkatkan mutu dan efisiensi pelayanan rumah sakit serta tercipta standarisasi tarif pelayanan yang pada akhirnya dapat mengendalikan biaya pelayanan rumah rumah sakit.

### Kesimpulan

Pelayanan kesehatan dengan mutu yang baik dan biaya terjangkau menjadi harapan bagi seluruh masyarakat. rumah sakit merupakan pemberi pelayanan kesehatan yang utama yang harus melakukan pengendalian biaya dan pengendalian mutu dalam menghadapi persaingan yang semakin ketat. Pengembangan pelayanan rumah sakit dengan pembiayaan atau pembayaran yang terstandar akan dapat memberikan banyak keuntungan baik bagi pasien, penyedia pelayanan kesehatan dan pihak penyandang dana lainnya. Selain itu juga bisa dapat dilakukan evaluasi mutu pelayanan dengan mudah.

### Daftar Pustaka

- Abdelhak Mervat, "*Health Information Management of Strategic Resources*", Second Edition, W.B. Saunders Company, USA, 2001.
- Baldor R.A, "*Managed Care: Made Simple* Blackwell science", Massachusetts, 1996.
- BPPSDMK, Depkes RI, "Penggunaan Sistem *Casemix* untuk Tekan Biaya Kesehatan".
- Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik-Depkes RI, "Pengenalan Sistem *Case-Mix* & Aplikasi Penggunaannya di Rumah Sakit, Pertemuan Konsolidasi Penerapan *Coding System & Software Casemix* RS di Indonesia", 2006.

- Gani A, "Pembiayaan Kesehatan Di Era Otonomi", Seminar dan Diskusi Panel Nasional. Strategi dan Kebijakan daerah dalam optimalisasi sumber daya manusia dan pembiayaan kesehatan, 2001.
- Kongstvedt P.R, "*The Managed Health Care Handbook*", *An Aspen Publication, Maryland*, 1998.
- Sjaaf Amal C, "*Program Cost Containment di Rumah Sakit; Tanggapan dalam Mengantisipasi Perkembangan Teknologi Kesehatan di Indonesia*", *Cermin Dunia Kedokteran Edisi Khusus No 90*, 1994.
- Trisnantoro L, "Prinsip-Prinsip Asuransi Kesehatan Untuk Mahasiswa Kedokteran Dan Residen", FK UGM, Yogyakarta.
- Thabrany H, "Asuransi Kesehatan Pilihan Kebijakan Nasional", FKM UI, Jakarta, 1998.