

EFEKTIVITAS PENERAPAN INA-CBG DI RUMAH SAKIT

(Analisis Penerapan Permenkes RI No. 76 Tahun 2016 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups (INA-CBG)* Dalam Pelaksanaan JKN di Rumah Sakit Emanuel Banjarnegara)

Oleh: Kana Purwadi¹

Abstract

This study aims to analyze the differences in substance between the fee for service payment system and the INA-CBG tariff system, analyzing the effectiveness of Permenkes No. 76 of 2016 concerning the INA-CBG Payment System Implementation Guidelines and analyzing supporting and inhibiting factors that influence the effectiveness of the application of INA-CBG payments at Emanuel Banjarnegara Hospital with a sociological juridical approach methodology.

Data were obtained through interviews, observations and questionnaires to the respondent's Director, Chair of the Medical Committee, Chairman of the BPJS Health Controller, General SMF, Head of Nursing, Head of Electronic Data Processing, BPJS Health Verifier and inpatients using sampling based on Raosoft.com and literature .

Application of RI Minister of Health Regulation No. 76 of 2016 concerning the INA-CBG Guidelines at Emanuel Banjarnegara Hospital is ineffective because the clinical pathway has not been implemented consistently, the calculation system for health personnel still uses fee for service, has not maximized the use of IT in eprescribing and electronic medical records. controlling costs, encouraging quality health services that are in accordance with standards, limiting health services that are not needed, facilitating the administration of claims and encouraging providers to exercise cost control not yet fully achieved.

Factors that support the effectiveness of INA-CBG are governed by government regulations. While the inhibiting factors are more likely to be inconsistent in the characteristics of the payment system used, requiring comprehensive changes and good teamwork.

Keywords: effectiveness, Banjarnegara, INA-CBG, health insurance

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis perbedaan substansi antara sistem pembayaran *fee for service* dengan sistem tarif INA-CBG, menganalisis efektivitas Permenkes No. 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Pelaksanaan Sistem Pembayaran INA-CBG dan menganalisis faktor pendukung dan penghambat yang mempengaruhi efektivitas penerapan pembayaran INA-CBG di Rumah Sakit Emanuel Banjarnegara dengan metodologi pendekatan yuridis sosiologis.

Data diperoleh melalui wawancara, pengamatan dan kuisioner kepada responden Direktur, Ketua Komite Medis, Ketua Pengendali BPJS Kesehatan, SMF Umum, Kepala Bidang Perawatan, Kepala Elektornik Data Processing, Verifikator BPJS Kesehatan dan pasien rawat inap dengan menggunakan sampling berdasar Raosoft.com serta studi pustaka.

Penerapan Permenkes RI No. 76 Tahun 2016 tentang Pedoman INA-CBG di Rumah Sakit Emanuel Banjarnegara tidak efektif karena *clinical pathway* belum dilaksanakan secara konsisten, sistem perhitungan jasa tenaga kesehatan masih menggunakan *fee for service*, belum memaksimalkan penggunaan IT pada *eprescribing* dan *elektronik medical*

¹ Advokat Indonesia, Magister Ilmu Hukum, kanapurwadi@yahoo.co.id Hp. 082134924261

record sehingga tujuan sistem INA CBG untuk mengendalikan biaya, mendorong pelayanan kesehatan yang tetap bermutu dan sesuai standar, membatasi pelayanan kesehatan yang tidak diperlukan, mempermudah administrasi klaim dan mendorong provider untuk melakukan kendali biaya belum sepenuhnya tercapai.

Faktor yang mendukung efektifitas yaitu INA-CBG diatur oleh regulasi pemerintah. Sedangkan faktor penghambat lebih cenderung pada tidak konsisten karakteristik sistem pembayaran yang di gunakan, memerlukan perubahan yang menyeluruh dan kerjasama tim yang baik.

Kata kunci : efektifitas, Banjarnegara, INA-CBG, jaminan kesehatan

A. Pendahuluan

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-undang.² Diselenggarakan berdasar prinsip asuransi sosial dan prinsip *ekuitas*. Prinsip *ekuitas* yaitu kesamaan memperoleh pelayanan sesuai kebutuhan medis, tidak terikat besaran iuran yang telah dibayar peserta, dengan standar pelayanan tertentu.³

Berdasarkan Pasal 5 ayat (1) dan ayat (2) huruf a UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS, penyelenggaraan Program JKN diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan. Selanjutnya dalam Prepres No. 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan menyebutkan bahwa Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa

perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan, kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Manfaat Jaminan Kesehatan bersifat pelayanan perseorangan yang diberikan sesuai dengan standar, baik mutu maupun jenis pelayanannya dalam rangka menjamin kesinambungan program dan kepuasan peserta.⁴

Fasilitas kesehatan milik Pemerintah dan Pemerintah Daerah yang memenuhi persyaratan wajib untuk bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, sedangkan bagi fasilitas kesehatan milik swasta tidak wajib. Sistem pembayaran BPJS Kesehatan kepada rumah sakit menggunakan sistem pembayaran tarif INA-CBG, yaitu pembayaran dengan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun non medis yang bertujuan :

- a) mengendalikan biaya kesehatan

² Sofwan Dahlan, 2018, *Aspek Etikolegal Profesionalisme Dokter di Era JKN*, Makalah disajikan dalam Workshop Akreditasi SNARS 1, PERSI Jateng, Semarang, 28-29 Juni 2018

³ Andika Wijaya, *op.cit.*, hal . 47

⁴ *Ibid.*, hal. 63

- b) mendorong pelayanan kesehatan tetap bermutu sesuai standar
- c) membatasi pelayanan kesehatan yang tidak diperlukan
- d) mempermudah administrasi klaim
- e) mendorong provider untuk melakukan kendali biaya (*cost containment*)⁵

Pedoman pelaksanaan *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBGs) diatur dalam Permenkes No. 76 Tahun 2016. Perhitungan INA-CBG berbasis pada data *costing* dan data koding rumah sakit. Data *costing* merupakan data biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit baik operasional maupun investasi, yang didapatkan dari rumah sakit terpilih yang menjadi representasi rumah sakit, sedangkan data koding diperoleh dari data klaim JKN.⁶

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Emanuel Banjarnegara, merupakan rumah sakit type C dengan akreditasi Paripurna. Rumah sakit ini menggunakan sistem perhitungan tarif *fee for service* bagi pasien non BPJS Kesehatan dan tarif INA-CBG bagi pasien BPJS Kesehatan. Perhitungan jasa bagi tenaga kesehatan masih menggunakan perhitungan *fee for service*, merupakan metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien berdasar

pada setiap aktifitas layanan yang diberikan, semakin banyak layanan kesehatan yang diberikan semakin besar biaya yang harus dibayarkan oleh pasien.⁷

Pada sisi lain, rumah sakit tetap mempunyai kewajiban untuk memberikan pelayanan yang bermutu dan sesuai dengan standar. Standar pelayanan yang diberikan kepada pasien berpedoman pada Panduan Praktek Klinis (PPK) yang berisi penatalaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. PPK merupakan istilah teknis sebagai pengganti SPO yang merupakan istilah administratif.⁸ Operasionalisasi dari PPK yaitu *Clinical pathway*, merupakan alur klinis yang dibuat oleh multidisiplin terintegrasi pada kondisi klinis tertentu dikoordinasi oleh Komite Medis.⁹

Mendasarkan pada uraian tersebut diatas, Permenkes RI No. 76 Tahun 2016, mempunyai peran strategis karena digunakan sebagai sistem pembayaran dari BPJS Kesehatan kepada rumah sakit. Penelitian ini bermaksud untuk menganalisis perbedaan substansi antara pembayaran *fee for service* dengan tarif

⁵ Lihat lampiran huruf B Pemenkes RI Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional

⁶ *Ibid.*, hal. 145

⁷ Lihat lampiran huruf B Pemenkes RI Nomor 76 Tahun 2016, *loc.cit*

⁸ Komisi Akreditasi Rumah Sakit, *op.cit.*, hal 221

⁹ Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI), 2015, *Pedoman Penyusunan PanduanPraktek Klinis dan Clinical Pathway Dalam Asuhan Terintegrasi Sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit 2012*, Jakarta, hal. i.

INA-CBG, menganalisis efektivitas penerapan pedoman INA-CBG dalam Permenkes RI Nomor 76 Tahun 2016, serta menganalisis faktor pendukung dan penghambat yang mempengaruhi efektivitas penerapan Permenkes tersebut di Rumah Sakit Emanuel.

B. Metode Penelitian

Metode pendekatan yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah hukum sosiologis/yuridis sosiologis yang bertitik tolak pada data primer, yaitu data yang diperoleh langsung dari masyarakat sebagai sumber pertama melalui penelitian lapangan, seperti melakukan pengamatan (observasi), wawancara dan penyebaran kuisioner (angket).¹⁰ Kemudian mengkaji ketentuan hukum yang berlaku serta apa yang terjadi dalam kenyataannya di masyarakat.¹¹ Merupakan penelitian yang dilakukan terhadap keadaan sebenarnya atau keadaan nyata yang terjadi di masyarakat dengan maksud untuk mengetahui dan menemukan fakta-fakta dan data yang dibutuhkan, kemudian menuju kepada identifikasi masalah yang pada akhirnya menuju pada penyelesaian masalah.¹²

C. Pembahasan

1. Perbedaan substansi pembayaran *fee for service* dengan tarif INA-CBG.

Berdasarkan latar belakang pada lampiran Permenkes No. 76 tahun 2016 tentang Pedoman INA-CBG Dalam Pelaksanaan JKN dikatakan bahwa pembiayaan kesehatan merupakan bagian yang penting dalam implementasi JKN. BPJS Kesehatan membayar rumah sakit setelah Fasilitas Kesehatan memberikan pelayanan kepada peserta BPJS Kesehatan. Tujuan sistem INA CBG yaitu mendorong mutu, mendorong layanan berorientasi pasien, mendorong efisiensi dengan tidak memberikan reward terhadap provider yang melakukan *over treatment* dan mendorong pelayanan tim. Dengan sistem pembiayaan yang tepat diharapkan tujuan tersebut diatas tercapai.

Setidaknya terdapat 2 metode pembayaran kepada rumah sakit yaitu pembayaran restrospektif dan metode pembayaran prospektif. Metode pembayaran retrospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien berdasar pada setiap aktifitas layanan yang diberikan, semakin banyak layanan kesehatan semakin besar biaya yang harus dikeluarkan. Contoh pola pembayaran retrospektif adalah *fee for service*, merupakan metode pembayaran

¹⁰ *Ibid.*, hal. 32

¹¹ Bambang Waluyo, 2002, *Penelitian Hukum Dalam Praktek*, Sinar Grafika, Jakarta, hal. 15

¹² *Ibid.*, hal.16

yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan.

Tabel 2. 1 : Kelebihan dan kekurangan Metode Pembayaran INA CBG

Pihak	Kelebihan	Kekurangan
Provider	Pembayaran lebih adil sesuai dengan kompleksitas pelayanan	Kurangnya kualitas coding akan menyebabkan ketidaksesuaian proses grouping (pengelompokan kasus)
Pasien	Proses klaim lebih cepat	Pengurangan kuantitas pelayanan
	Kualitas pelayanan baik	Provider merujuk ke luar / RS lain
Pembayar	Dapat memilih provider dengan pelayanan terbaik	Memerlukan pemahaman mengenai konsep prospektif dalam impelemantasinya
	Terdapat pembagian resiko keuangan dengan provider	Memerlukan monitoring pasca klaim
	Biaya administrasi lebih rendah	
	Mendorong peningkatan system informasi	

Tabel 2.2 : Kelebihan dan Kekurangan Metode Pembayaran Fee For Service

Pihak	Kelebihan	Kekurangan
Provider	Resiko keuangan RS sangat kecil	Tidak ada insentif untuk yang memberikan <i>preventif care</i>
	Pendapatan rumah sakit tidak terbatas	<i>Supplier induced demand</i>
Pasien	Waktu tunggu yang lebih singkat	Jumlah pasien di klinik sangat banyak

		"overcrowded clinic"
	Lebih mudah mendapat pelayanan dengan teknologi terbaru	Kualitas pelayanan kurang
Pembayar	Mudah mencapai kesepakatan dengan provider	Biaya administrasi tinggi untuk proses klaim
	Biaya administrasi lebih rendah	
	Mendorong peningkatan system informasi	Meningkatkan resiko keuangan

Menurut Sutoto Ketua Persatuan Rumah Sakit Indonesia (PERSI) dalam *fee for service* jumlah klaim yang ditagihkan tergantung pada pelayanan yang diberikan kepada pasien atau peserta. Sehingga rumah sakit atau dokter dapat menentukan pelayanan apa saja yang diberikan kepada pasien. Namun dalam mencapainya dibutuhkan biaya yang sangat besar agar hasilnya sempurna.¹³ Kunci dari keberhasilan ini adalah staf klinis mematuhi *clinical pathway* sebagai strategi efisiensi biaya dan kendali mutu.¹⁴

Untuk menjalankan sistem INA CBG rumah sakit harus sudah memiliki *clinical pathway* untuk setiap diagnose. *Clinical pathway* merupakan konsep perencanaan pelayanan terpadu yang merangkum

¹³ Info BPJS Kesehatan, 2014, *Tarif INA CBGs untungkan Rumah Sakit*, Media Internal Resmi BPJS Kesehatan, Edisi VII Tahun 2014.

¹⁴ *Ibid.*, 6.

setiap langkah kepada pasien berdasarkan standar pelayanan medis, standar asuhan keperawatan dan standar pelayanan kesehatan lainnya.¹⁵

2. Efektifitas penerapan Permenkes RI Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan JKN di Rumah Sakit Emanuel Banjarnegara

Derajat efektivitas hukum menurut Soerjono Soekanto, ditentukan oleh taraf kepatuhan masyarakat terhadap hukum, termasuk para penegak hukumnya, sehingga dikenal asumsi bahwa, "taraf kepatuhan yang tinggi adalah indikator berfungsinya suatu sistem hukum. Berfungsinya hukum merupakan pertanda hukum tersebut mencapai tujuan hukum yaitu berusaha untuk mempertahankan dan melindungi masyarakat dalam pergaulan hidup".¹⁶ Faktor-faktor yang mempengaruhi efektifitas yaitu :

- a) Faktor hukumnya sendiri
- b) Faktor penegak hukum
- c) Faktor sarana atau fasilitas
- d) Faktor masyarakat
- e) Faktor kebudayaan

Kelima faktor tersebut saling berkaitan dengan eratnya, oleh karena merupakan esensi dari penegakan hukum, juga

merupakan tolak ukur daripada efektivitas penegakan hukum.¹⁷

Efektifitas penerapan hukum menurut Soerjono Soekanto salah satunya ditentukan oleh faktor hukumnya itu sendiri. Berdasarkan data primer yang diperoleh melalui wawancara, pengamatan dan forum diskusi kelompok diperoleh data bahwa antara DPJP dan verifikator BPJS Kesehatan masih sering mempunyai perbedaan pendapat tentang diagnosis yang mempengaruhi coding. Terhadap hal tersebut merupakan salah satu hal yang menyebabkan tidak efektifnya penerapan pedoman INA CBG karena sebagai hukum yang menjadi pedoman tidak jelas dan memungkinkan multi tafsir atas keadaan klinis dan diagnosis tertentu.

Faktor masyarakat dan penegak hukum juga mempunyai peran besar dalam efektifitas penerapan INA-CBG. Kepatuhan masyarakat dan penegak hukum sangat penting. Berdasarkan Pasal 1 Permenkes RI Nomor 76 Tahun 2016 maka kepatuhan subyek hukum yang mempengaruhi efektifitas INA-CBG yaitu terdiri dari Rumah Sakit sebagai FKTRL, BPJS Kesehatan, Peserta BPJS Kesehatan, Pihak lain yang terkait mengenai metode pembayaran INA CBG. Pihak lain tersebut antara lain FKTP berupa dokter keluarga/puskesmas

¹⁵ Faik Agiwahyunto, Sudiro, Inge Hartini, *op.cit*, hal. 3

¹⁶ Soerjono Soekanto, *op.cit*, hal. 7

¹⁷ *Ibid.*, hal.8-9

perujuk, suplayer sediaan farmasi, instansi yang mengelola statistik peserta BPJS Kesehatan, dan pemangku kepentingan yang lain.

Soerjono Soekanto menyatakan bahwa efektifitas penerapan hukum juga ditentukan oleh kepatuhan penegak hukum, dalam Perpres No. 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan sebagai berikut :

- berdasarkan Pasal 91 ayat (1), (2), (3) menyatakan bahwa bila terjadi sengketa dalam pelayanan JKN dapat diselesaikan oleh Dewan Klinis dan Pengawas Rumah Sakit, bila tidak ada penyelesaian diselesaikan oleh pengadilan,
- berdasarkan Pasal 93 ayat (1), (2) dan (3) menyatakan bahwa Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Propinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan, teguran tertulis, perintah pengembalian kerugian akibat kecurangan (fraud) pada pihak yang dirugikan. Pemberian sanksi administratif tersebut tidak menghilangkan sanksi pidana sesuai ketentuan yang berlaku,
- berdasarkan Pasal 94 menyatakan bahwa untuk meningkatkan upaya pencegahan dan penanganan kecurangan (fraud) dibentuk tim

yang terdiri atas unsur kementerian Kesehatan, kementerian/lembaga, BPJS Kesehatan dan Komisi Pemberantasan Korupsi serta kementerian/lembaga terkait.

Mendasarkan pada uraian faktor kepatuhan masyarakat dan penegak hukumnya, diperoleh data primer bahwa kepatuhan fungsional rumah sakit belum menjalankan clinical pathway secara konsisten, padahal clinical pathway merupakan hal prinsip yang harus dijalankan pada sistem pembayaran INA-CBG.

Sedangkan faktor kebudayaan juga mempunyai kontribusi besar tidak efektifnya penerapan INA CBG karena sistem pembayaran jasa kepada tenaga kesehatan masih menggunakan sistem *fee for service*. Dan pada faktor sarana dan prasarana walaupun rumah sakit sudah mengembangkan IT untuk mendukung pelayanan namun belum sampai pada pemanfaatan untuk e-prescribing dan elektronik rekam medis.

Efektifitas penerapan hukum juga dapat dilihat dari ketercapaian atas tujuan. Tujuan INA-CBG sebagaimana dalam lampiran huruf B Permenkes No. 76 Tahun 2016 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan JKN adalah sebagai berikut :

- 1) mengendalikan biaya kesehatan
- 2) mendorong pelayanan kesehatan tetap bermutu sesuai standar
- 3) membatasi pelayanan kesehatan yang tidak diperlukan
- 4) mempermudah administrasi klaim
- 5) mendorong provider untuk melakukan kendali biaya (*cost containment*)¹⁸

Tujuan yang pertama yaitu untuk mengendalikan biaya kesehatan. Melalui data primer wawancara dengan Direktur Rumah Sakit Emanuel diperoleh data bahwa di Rumah Sakit Emanuel saat ini masih menggunakan sistem tarif *fee for service* bagi pasien umum atau regular, sedangkan untuk pasien BPJS Kesehatan menggunakan sistem pembayaran paket INA-CBG. Walaupun ada dua sistem pembayaran, namun untuk perhitungan jasa dokter dan jasa tenaga kesehatan lainnya masih menggunakan satu perhitungan yaitu *fee for service*, baik untuk pasien umum/regular dan pasien BPJS Kesehatan. Artinya Rumah Sakit Emanuel membayar jasa dokter dan tenaga kesehatan lainnya berdasarkan jumlah pemeriksaan yang dilakukan walaupun Rumah Sakit Emanuel menerima pembayaran dari BPJS

Kesehatan dalam bentuk paket. Terhadap data primer tersebut, tidak sejalan dengan tujuan tarif paket karena jasa dokter dan tenaga kesehatan lainnya menjadi variabel pengeluaran yang tidak fiks. Tujuan pertama untuk mengendalikan biaya kesehatan berupa tarif paket dalam Permenkes No. 76 Tahun 2016 tentang Pedoman INA CBG menjadi belum efektif dapat tercapai karena perhitungan jasa dokter di Rumah Sakit Emanuel masih menggunakan *fee for service*. Perubahan pola pembayaran pelayanan oleh BPJS Kesehatan dalam bentuk paket INA CBG belum diikuti dengan pola pembayaran jasa-jasa di Rumah Sakit Emanuel sehingga tujuan untuk mengendalikan pembiayaan belum dijalankan secara konsisten. Dalam hal ini salah satu regulasi penerapan pembiayaan paket tidak diikuti sampai operasional pembagian jasa.

Tujuan kedua yaitu mendorong pelayanan kesehatan tetap bermutu sesuai standar. Berdasarkan data primer wawancara dengan Direktur Rumah Sakit Emanuel diperoleh data bahwa dokter belum patuh pada *clinical pathway*. Pengisian data oleh dokter dalam dokumen *clinical pathway* rendah. Sebagaimana hasil wawancara dengan dr. Yos Kresna Wardana, Sp.An, Wadir Yanmed dan Keperawatan – Ketua Komite Medis yang mengatakan bahwa sudah

¹⁸ Lihat lampiran huruf B Pemenkes RI Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional

dilakukan evaluasi kepatuhan dokter terhadap *clinical pathway* dengan mengambil sampel pelayanan per Juli 2017 sebanyak 278 sampel pasien secara acak, hasilnya kepatuhan dokter menggunakan *clinical pathway* masih rendah. Padahal dalam kontrak kerja dokter dengan rumah sakit sudah jelas tertulis untuk mematuhi semua standar pelayanan yang ditetapkan oleh rumah sakit.

Menurut Sutoto, Ketua Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) menyatakan bahwa *clinical pathway* merupakan konsep perencanaan pelayanan terpadu yang merangkum setiap langkah yang diberikan kepada pasien berdasarkan standar pelayanan medis dan asuhan keperawatan yang berbasis bukti dengan hasil yang terukur dan dalam jangka waktu tertentu selama di rumah sakit. *Clinical pathway* menjadi salah satu komponen dari sistem DRG-casemix yang implementasinya erat kaitannya dengan *clinical governance* dalam hubungannya menjaga mutu dan meningkatkan mutu pelayanan dengan biaya yang dapat diestimasi dan terjangkau.¹⁹

Standar Akreditasi SNARS tahun 2018 menyatakan *clinical pathway* mengadopsi *Joint Commission*

Internasional (JCI) dan disempurnakan dalam standar Nasional Akreditasi RS (SNARS) 2018 mewajibkan rumah sakit menetapkan paling sedikit 5 (lima) prioritas Panduan Praktek Klinik dan *clinical pathway* serta menerapkan di unit-unit pelayanan di tempat Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) memberikan asuhan klinis. Rumah Sakit juga wajib untuk melakukan evaluasi dan menilai efektifitas penerapan Panduan Praktek Klinik dan *clinical pathway* telah mengurangi variasi proses dan hasil.²⁰

Bab II huruf A lampiran Permenkes No. 76 Tahun 2016 menyatakan bahwa *clinical pathway* merupakan komponen output yang berhubungan langsung dengan pelayanan selain coding dan teknologi informasi, oleh karena itu *clinical pathway* merupakan suatu hal yang sangat penting dalam penjagaan mutu suatu pelayanan kesehatan. Kepatuhan terhadap standar pelayanan dalam area klinis menurut Kamus Indikator Kinerja Rumah Sakit Dan Balai Pengobatan yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan terhadap kepatuhan terhadap *clinical pathway* adalah kepatuhan staf medis/DPJP dalam menggunakan *clinical pathway* untuk memberikan asuhan klinik pasien secara terstandar dan terintegrasi sehingga dapat meminimalkan adanya

¹⁹ Info BPJS Kesehatan, Edisi VIII Tahun 2014, *op.cit.*, hal. 6

²⁰ KARS, *loc.cit.*

variasi proses asuhan klinis. Setiap rumah sakit menetapkan paling sedikit 5 *clinical pathway* dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan *high volume, high cost, high risk* dan diprediksi sembuh. Kepatuhan diukur dengan ketepatan *Length of Stay* (LOS) sesuai *clinical pathway* pada kasus tanpa varian tambahan, audit *clinical pathway* dilakukan berkala setiap bulan

Kelemahan dari sistem INA CBG adalah dapat terjadinya *under utilization* dimana dapat terjadi penurunan kualitas dan fasilitas yang diberikan kepada pasien untuk memperoleh keuntungan yang sebesar-besarnya. *Clinical pathway* merupakan salah satu cara tetap menjaga mutu tersebut.

Berdasarkan uraian tersebut diatas maka dengan data primer yang menyatakan rendahnya kepatuhan terhadap *clinical pathway* dan pentingnya keberadaan dan implemtasi *clinical pathway* dalam menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan maka tujuan kedua dari Permenkes No. 76 Tahun 2016 di Rumah Sakit Emanuel belum dapat dikatakan efektif tercapai.

Tujuan ke tiga membatasi pelayanan kesehatan yang tidak diperlukan dan tujuan ke lima mendorong provider untuk melakukan kendali biaya (*cost containment*). *Casce Base Group* (CBG) yaitu cara pembayaran pasien

berdasarkan diagnosis-diagnosis atau kasus-kasus yang relatif sama. Manfaat Jaminan Kesehatan bersifat pelayanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif termasuk obat serta bahan habis pakai yang diperlukan. Memori penjelasan yang merupakan interpretasi autentik menjelaskan bahwa pelayanan kesehatan meliputi pelayanan dan penyuluhan kesehatan, imunisasi, pelayanan keluarga berencana, rawat jalan, rawat inap, pelayanan gawat darurat dan tindakan medis lainnya, termasuk cuci darah dan operasi jantung. Pelayanan tersebut diberikan sesuai dengan standar, baik mutu maupun jenis pelayanannya dalam rangka menjamin kesinambungan program dan kepuasan peserta.²¹

Berdasarkan data primer yang diperoleh pada hasil penelitian, perhitungan jasa dokter dan jasa tenaga kesehatan lain masih menggunakan perhitungan *fee for service*. Sistem pembayaran jasa ini merupakan salah satu ciri dari sistem pembayaran *fee for service* itu sendiri. Menurut Utari dkk, sistem ini dinilai sering mengakibatkan kenaikan biaya yang cukup tajam karena dokter akan berusaha memperbanyak pelayanan walaupun pelayanan tersebut

²¹ Andika Wijaya, *op.cit.*, hal. 63

sebenarnya tidak perlu diterima pasien.²² Karena sistem pembayaran yang diterima oleh FKRTL berupa paket namun FKRTL masih membelanjakan jasa medis dengan *fee for service* maka resiko kerugian keuangan ada pada rumah sakit.

Tujuan ke empat yaitu mempermudah administrasi klaim. Berdasarkan data primer melalui wawancara dengan Direktur Rumah Sakit Emanuel, Ketua Komite Medis, Staf Medis Fungsional Umum dan pengamatan, diperoleh data bahwa masih ada beberapa kasus terdapat perbedaan penentuan diagnosis antara verifikator BPJS Kesehatan dengan dokter. Verifikator berpedoman pada kaidah koding INA-CBG sedangkan dokter berpedoman bahwa menentukan diagnosis adalah otoritas dokter yang melakukan pemeriksaan secara langsung kondisi pasien.

Selain itu dokter di Rumah Sakit Emanuel belum seluruhnya memahami secara teknis INA-CBG dan menganggap administrasi pasien BPJS menambah beban pekerjaan administrasi. Pada sisi lain, persoalan pengembangan teknologi informasi cenderung lambat tertinggal dibanding dengan kebutuhan penanganan

administrasi klaim BPJS Kesehatan. Budaya tidak melengkapi data rekam medis menjadi kendala tersendiri untuk administrasi klaim yang tidak lengkap, karena akan memperlambat klaim. Terhadap hal tersebut perlu dipikirkan dengan menggunakan *eprescribing* atau peresepan dengan komputerisasi.

Berdasarkan teori efektivitas menurut Soejono Soekanto yang menyatakan bahwa derajat efektivitas hukum ditentukan oleh taraf kepatuhan masyarakat terhadap hukum, termasuk para penegak hukumnya, sehingga dikenal asumsi bahwa, "taraf kepatuhan yang tinggi adalah indikator berfungsinya suatu sistem hukum. Dan berfungsinya hukum merupakan pertanda hukum tersebut mencapai tujuan hukum yaitu berusaha untuk mempertahankan dan melindungi masyarakat dalam pergaulan hidup".²³ Maka penerapan pedoman INA-CBG dalam Permenkes No. 76 Tahun 2016 pelaksanaannya belum efektif di Rumah Sakit Emanuel karena dari hasil analisis terhadap ketercapaian keseluruhan tujuan yang ingin dicapai dari Permenkes No. 76 Tahun 2016 Tentang Pedoman Indonesia Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Emanuel Banjarnegara belum sepenuhnya tercapai. Hal tersebut karena adanya

²²BPJS Kesehatan, 2017, Cara Pembayaran Provider Pelayanan Kesehatan, <http://masterofdensity.blogspot.com/2016/11/cara-pembayaran-provider-pelayanan.html>, tanggal 19 Juli 2018 Pukul 15.30

²³ Soerjono Soekanto, 1985, *op.cit.*, hal.7.

ketidakpatuhan terhadap variabel pelayanan dalam proses pelayanan antara lain *clinical pathway* dan pemanfaatan IT, tidak dipenuhinya standar type C pada jumlah dokter bedah dan obsyn, belum diikutinya sistem pembayaran jasa kepada tenaga kesehatan berdasarkan pola pembayaran prospektif karena masih menggunakan pola *fee for service*.

3. Faktor pendukung dan penghambat yang mempengaruhi efektifitas Permenkes RI Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Emanuel Banjarnegara

Berdasarkan analisis permasalahan pertama yang menyatakan belum efektif penerapan Permenkes RI No. 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. Atas hasil analisis tersebut tentu faktor penghambat yang menjadi dominan namun bukan berarti tidak ada faktor pendukung. Untuk melihat faktor pendukung yang mempengaruhi efektifitas pelaksanaan Pedoman INA CBG di Rumah Sakit Emanuel dapat dilihat dari Hubungan hukum antara Rumah Sakit Emanuel dengan BPJS Kesehatan tertuang dalam Perjanjian Kerjasama Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat

Lanjutan bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan No. 684/KTR/VI-03/1217 – 083/RSE/PKS/XII/2017. Kekuatan mengikat tarif INA-CBG yaitu karena telah disepakati dalam perjanjian yang mengikat para pihak seperti undang-undang. Sebagaimana perjanjian pada umumnya maka Perjanjian Kerjasama Pelayanan Kesehatan antara BPJS Kesehatan dengan Rumah Sakit Emanuel mengikat para pihak yang membuatnya. Faktor pendukung lain yaitu diatur dalam regulasi pemerintah. Menjadi faktor pendukung karena pelanggaran terhadap Perpres dan Pemenkes yang mengatur tentang INA-CBG merupakan Perbuatan Melanggar Hukum (PMH). Sedangkan tidak dipenuhinya isi perjanjian merupakan wanprestasi.

Selain kepatuhan masyarakat dimana peraturan tersebut diberlakukan, Soerjono Soekanto menyatakan bahwa efektifitas penerapan peraturan juga ditentukan oleh kepatuhan penegak hukumnya. Berdasarkan Pasal 93 ayat (1), (2) dan (3) Perpres No. 82 Tahun 2018 menyatakan bahwa Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Propinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan, teguran tertulis, perintah pengembalian kerugian akibat kecurangan (fraud) pada pihak yang dirugikan. Pemberian sanksi administratif tersebut

tidak menghilangkan sanksi pidana sesuai ketentuan yang berlaku. Sedangkan di dalam Pasal 94 Perpres No. 82 Tahun 2018 menyatakan bahwa untuk meningkatkan upaya pencegahan dan penanganan kecurangan (fraud) dibentuk tim yang terdiri atas unsur kementerian Kesehatan, kementerian/lembaga, BPJS Kesehatan dan Komisi Pemberantasan Korupsi serta kementerian/lembaga terkait.

Berdasarkan data primer diperoleh data bahwa peraturan perundangan untuk menjalankan pelayanan kesehatan dengan standar sudah lengkap termasuk di dalamnya adalah Panduan Praktek Klinik yang tertuang dalam Surat Keputusan Direktur Nomor 005-95/RSE.SK/MJM/I/2015 Tentang Penetapan Panduan Praktek Klinis Rumah Sakit Emanuel tertanggal 30 Januari 2015. Tujuan dari Panduan Praktek Klinis ini yaitu sebagai acuan pelayanan kerja minimal bagi upaya peningkatan mutu pelayanan. Panduan Pelayanan Klinis ini disusun dan dibuat mengacu kepada standar pembuatan yang telah ditetapkan oleh Rumah Sakit Emanuel dan akan dilakukan evaluasi bila dikemudian hari sudah tidak sesuai lagi dengan kondisi Rumah Sakit Emanuel.

D. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Perbedaan yang substansi antara pembiayaan *fee for service* dengan INA CBG yaitu dalam sistem pembayaran INA CBG resiko keuangan ada pada rumah sakit apabila tidak mengelola secara efektif dan efisien, biaya sudah diketahui sebelum pelayanan. Sedangkan pada *fee for service*, resiko keuangan rumah sakit sangat kecil karena perhitungan pembayaran dihitung dengan jenis pelayanan yang diberikan kepada pasien. Dengan demikian adanya pergeseran resiko dari penjamin biaya kepada rumah sakit.
2. Penerapan Permenkes RI Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan JKN di Rumah Sakit Emanuel Banjarnegara tidak efektif karena belum dilaksanakannya *clinical pathway*, perhitungan jasa tenaga kesehatan masih menggunakan pola *fee for service*, belum diikuti dengan penggunaan IT pada *eprescribing* dan elektronik RM sehingga tujuan sistem INA CBG untuk mengendalikan biaya, mendorong pelayanan kesehatan yang tetap

bermutu dan sesuai standar, membatasi pelayanan kesehatan yang tidak diperlukan, mempermudah administrasi klaim dan mendorong provider untuk melakukan kendali biaya belum tercapai sepenuhnya.

3. Faktor yang mendukung pelaksanaan penerapan INA CBG dalam Permenkes No 76 tahun 2016 yaitu diaturnya hal tersebut oleh regulasi pemerintah. Sedangkan faktor-faktor penghambat lebih cenderung pada faktor tidak konsisten terhadap perubahan sistem pembayaran dari *fee for service* kepada sistem pembayaran INA-CBG yang sangat berbeda.

E. Saran

1. Metode pembayaran INA-CBG dalam implementasinya menuntut perubahan cara pandang dan perilaku dalam pengelolaan rumah sakit serta pelayanan terhadap pasien. Seluruh komponen rumah sakit harus bisa bekerjasama untuk melakukan upaya efisiensi karena inefisiensi di salah satu bagian rumah sakit akan menjadi beban seluruh komponen rumah sakit. Konsisten pada perubahan dan sub sistem yang mengikuti sistem INA-CBG.
2. Regulasi di rumah sakit konsisten terhadap sistem yang berubah dari

fee for service kepada INA CBG secara menyeluruh antara lain kepatuhan kepada hal yang secara langsung berhubungan langsung dengan output pelayanan dalam system pembayaran INA CBG yaitu *clinical pathway*, koding dan IT serta perubahan budaya organisasi perhitungan jasa-jasa tenaga kesehatan.

3. Identifikasi faktor penghambat yang mempengaruhi penerapan INA CBG dan lakukan perubahan secara konsisten karena INA CBG merupakan suatu keharusan yang diatur oleh regulasi pemerintah dalam system JKN.

DAFTAR PUSTAKA

- Zaeni Asyhadie, 2017, *Hukum Bisnis Prinsip dan Pelaksanaannya di Indonesia*, Edisi Revisi, Rajawali Pers, PT. Raja Grafindo Persada, Jakarta
- Sofyan Dahlan, 2018, *Aspek Etikolegal Profesionalisme Dokter di Era JKN*, Makalah disajikan dalam Workshop Akreditasi SNARS 1, PERSI Jateng, Semarang, 28-29 Juni 2018
- Shant Dellyana, 1988, *Konsep Penegakan Hukum*, Liberty, Yogyakarta.
- Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kemenkes RI dan KARS. 2011, *Standar Akreditasi Rumah Sakit*, Kemenkes RI, Jakarta.
- Prasolong Harbani, 2007, *Teori Administrasi Publik*, Alfabeta, Bandung.
- Indira Swasti Gama Bhakti. 2015, *Perlindungan Hukum Terhadap Peserta BPJS Dalam Perjanjian*

- Kerjasama Antara BPJS Kesehatan Cabang Utama Purwokerto Dengan RSUD Prof.DR.Margono Soekarjo Purwokerto*, Purwokerto, Program Studi Ilmu Hukum Program Pascasarjana Universitas Jenderal Soedirman Purwokerto
- Ishaq, 2016, *Metode Penelitian Hukum, Penulisan Skripsi, Tesis serta Disertasi*, Alfabeta, Bandung
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). 2017, *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit 1*, KARS, Jakarta
- Michael Mueller, 2016, *Better Ways to pay for health care*, *Fokus On*, June 2016, hal 1-7 (OECD Health Policy Studies, www.oecd.org/health).
- Abdulkadir Muhamad, 1986, *Hukum Perjanjian*, Penerbit Alumni, Bandung
- , 1990, *Hukum Perikatan*, PT. Citra Aditya Bakti, Bandung.
- , 2015, *Hukum Asuransi Indonesia*, Cetakan keenam, PT Citra Aditya Bakti, Bandung.
- Mulhadi. 2016, *Dasar-Dasar Hukum Asuransi*, Rajawali Pers, Divisi Hukum Perguruan Tinggi, PT Raja Grafindo Persada, Depok.
- Satjipto Raharjo, 1986, *Hukum dan Masyarakat*, Angkasa, Bandung.
- _____, 2009, *Penegakan Hukum Suatu Tinjauan Sosiologis*, Genta Publishing, Yogyakarta.
- J. Satrio, 2001, *Hukum Perikatan, Perikatan Yang Lahir Dari Perjanjian*, PT Citra Aditya Bakti, Bandung.
- Soerjono Soekanto, 1985, *Efektivitas Hukum dan Peranan Saksi*, Remaja Karya, Bandung
- _____, 2010, *Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Penegakan Hukum*, Rajawali Pers, Jakarta.
- Subekti, 1995, *Aneka Perjanjian*, Citra Aditya Bakti.
- Bambang Sunggono, 2006, *Metode Penelitian Hukum*, PT Raja Grafindo Persada, Jakarta.
- Tim Redaksi Pustaka Baru Pres. 2014, *UUD 1945 dilengkapi Kabinet Kerja periode 2014-2019*, Pustaka Baru Press, Yogyakarta.
- Bambang Waluyo, 2002, *Penelitian Hukum Dalam Praktek*, Sinar Grafika, Jakarta.
- Esmi Warasih, 2005, *Pranata Hukum Sebuah Telaah Sosiologis*, PT. Suryandaru Utama, Semarang.
- Andika Wijaya, 2017, *Hukum Jaminan Sosial Indonesia*, Sinar Grafika, Jakarta Timur.
- Hanevi Djasri & Puti Aulia Rahma. 2018, *Teknik Deteksi Dini Investigasi Potensi Fraud di Rumah Sakit berdasar Permenkes No. 36 Tahun 2015*, disajikan dalam Bimbingan Teknis kerja sama Indonesian Healthcare Quality Network (IHQN) & Pusat Kebijakan Kajian dan Manajemen Kesehatan (PKMK) FKKMK UGM, 25 – 26 Juni 2018, Hotel Dafam, Yogyakarta.
- World Health Organization. 2009, *Sistem Pembiayaan Kesehatan Indonesia*, (On line), WHO, [https://www.scribd.com/doc/124740114/Sistem Pembiayaan Kesehatan Indonesia](https://www.scribd.com/doc/124740114/Sistem-Pembiayaan-Kesehatan-Indonesia), diakses 15 Juli 2018 Pukul 14.49 WIB
- BPJS Kesehatan. 2017, *Cara Pembayaran Provider Pelayanan Kesehatan*, <http://masterofdensity.blogspot.com/2016/11/cara-pembayaran-provider-pelayanan.html>, tanggal 19 Juli 2018 Pukul 15.30
- Dina Wunari Wa Ode, Siti Rabbani Karimuna, Sabril Munandar. 2015, *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*.
- Faik Agiwahyunto, Sudiro, Inge Hartini. 2016, *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, *Upaya Pencegahan Perbedaan Diagnosis Klinis dan Diagnosis Asuransi Dengan Diberlakukan Program Jaminan*

- Kesehatan (JKN) Dalam Pelayanan BPJS Kesehatan Studi di RSUD Kota Semarang,*
- Hanevi Djasri & Puti Aulia Rahma. 2018, *Teknik Deteksi Dini Investigasi Potensi Fraud di Rumah Sakit berdasar Permenkes No. 36 Tahun 2015*, disajikan dalam Bimbingan Teknis kerja sama Indonesian Healthcare Quality Network (IHQN) & Pusat Kebijakan Kajian dan Manajemen Kesehatan (PKMK) FKKMK UGM, 25 – 26 Juni 2018, Hotel Dafam, Yogyakarta.
- World Health Organization, 2009, *Sistem Pembiayaan Kesehatan Indonesia*, (On line), WHO, [https://www.scribd.com/doc/124740114/Sistem Pembiayaan Kesehatan Indonesia](https://www.scribd.com/doc/124740114/Sistem-Pembiayaan-Kesehatan-Indonesia), diakses 15 Juli 2018 Pukul 14.49 WIB
- BPJS Kesehatan. 2017, *Cara Pembayaran Provider Pelayanan Kesehatan*, <http://masterofdensity.blogspot.com/2016/11/cara-pembayaran-provider-pelayanan.html>, tanggal 19 Juli 2018 Pukul 15.30
- Dina Wunari Wa Ode, Siti Rabbani Karimuna, Sabril Munandar. 2015, *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*.
- Faik Agiwahyunto, Sudiro, Inge Hartini. 2016, *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia, Upaya Pencegahan Perbedaan Diagnosis Klinis dan Diagnosis Asuransi Dengan Diberlakukan Program Jaminan Kesehatan (JKN) Dalam Pelayanan BPJS Kesehatan Studi di RSUD Kota Semarang,*