

inap dan/atau ruang perawatan intensif) walaupun lama perawatan kurang dari 6 jam, dan secara administrasi telah menjadi pasien rawat inap.

3. Pasien yang masuk ke rawat inap sebagai kelanjutan dari proses perawatan di rawat jalan atau gawat darurat, maka kasus tersebut termasuk satu episode rawat inap, dimana pelayanan yang telah dilakukan di rawat jalan atau gawat darurat sudah termasuk didalamnya.
4. Dalam hal pelayanan berupa prosedur yang berkelanjutan di pelayanan rawat jalan seperti radioterapi, kemoterapi, rehabilitasi medik dan pelayanan gigi, episode yang berlaku adalah per satu kali kunjungan.

Episode adalah jangka waktu perawatan pasien mulai dari pasien masuk sampai pasien keluar rumah sakit, termasuk konsultasi dan pemeriksaan dokter, pemeriksaan penunjang maupun pemeriksaan lainnya. Dalam INA-CBGs hanya terdapat 2 (dua) episode yaitu episode rawat inap dan rawat jalan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 46 -

BAB V

APA SAJA YANG SEBAIKNYA DILAKUKAN DAN TIDAK DILAKUKAN RUMAH SAKIT

Metode pembayaran rumah sakit dengan INA-CBGs harus diikuti dengan berbagai perubahan di rumah sakit baik pada level manajemen maupun profesi khususnya dokter. Karena perubahan tidak hanya dilakukan pada cara pandang mengelola pasien tetapi juga cara pandang dalam mengelola rumah sakit.

Beberapa upaya yang sebaiknya dilakukan rumah sakit adalah:

1. Membangun tim rumah sakit

Manajemen dan profesi serta komponen rumah sakit yang lain harus mempunyai persepsi dan komitmen yang sama serta mampu bekerja sama untuk menghasilkan produk pelayanan rumah sakit yang bermutu dan *cost effective*. Bukan sekedar untuk mencari keuntungan sebesar-besarnya. Sebagai tim semua komponen rumah sakit harus memahami tentang konsep tarif paket, dimana dimungkinkan suatu kasus atau kelompok CBG tertentu mempunyai selisih positif dan pada kasus atau kelompok kasus CBG yang sama pada pasien berbeda ataupun pada kelompok CBG lain mempunyai selisih negatif. Surplus atau selisih positif pada suatu kasus atau kelompok CBG dapat digunakan untuk menutup selisih negatif pada kasus lain atau kelompok CBG lain (subsidi silang). Sehingga pelayanan rumah sakit tetap mengedepankan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

2. Meningkatkan efisiensi

Efisiensi tidak hanya dilakukan pada sisi proses seperti penggunaan sumber daya farmasi, alat medik habis pakai, lama rawat, pemeriksaan penunjang yang umumnya menjadi area profesi tetapi juga pada sisi input seperti perencanaan dan pengadaan barang dan jasa yang umumnya menjadi area/tanggung jawab manajemen. Sisi proses umumnya lebih menekankan pada aspek efektifitas sedangkan sisi input umumnya lebih menekankan aspek efisiensi. Keduanya harus mampu berinteraksi untuk menghasilkan produk pelayanan yang *cost effective*. Sisi proses dalam hal melakukan efisiensi juga harus mampu mengurangi atau bahkan menghilangkan pelayanan yang berlebih dan tidak diperlukan (*over treatment* dan atau *over utility*). Seperti penggunaan/pemilihan obat yang berlebihan dan pemeriksaan penunjang yang tidak selektif dan tidak kuat indikasinya. Efisiensi juga harus dilakukan pada biaya umum seperti penggunaan listrik, air, perlengkapan kantor dan lain-lain. Inefisiensi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 47 -

pada sisi input maupun proses akan berpengaruh pada ongkos/biaya produksi pelayanan rumah sakit yang mahal.

3. Memperbaiki mutu rekam medis
Tarif INA-CBGs sangat ditentukan oleh output pelayanan yang tergambar pada diagnosis akhir (baik diagnosis utama maupun diagnosis sekunder) dan prosedur yang telah dilakukan selama proses perawatan. Kelengkapan dan mutu dokumen rekam medis akan sangat berpengaruh pada coding, grouping dan tarif INA-CBGs.
4. Memperbaiki kecepatan dan mutu klaim
Kecepatan dan mutu klaim akan mempengaruhi *cash flow* rumah sakit. Kecepatan klaim sangat dipengaruhi oleh kecepatan penyelesaian berkas rekam medis. Sehingga rumah sakit harus menata sistem pelayanan rekam medis yang baik agar kecepatan dan mutu rekam medis bisa memperbaiki dan meningkatkan *cash flow* rumah sakit.
5. Melakukan standarisasi
Perlu terus dibangun standard input dan proses di tingkat rumah sakit. Standard input misalnya farmasi, alat medik habis pakai . Perlu dibuat formularium rumah sakit (perencanaan), perlu dibuat standar pengadaan obat rumah sakit (e katalog dan atau lelang), standar penulisan resep misal dokter hanya menulis nama generik sedangkan obat yang diberikan berdasar hasil/perolehan pengadaan. Standar proses misalnya PPK/SPO dan atau clinical pathway. Keputusan/penetapan standar proses akan sangat berpengaruh pada pembuatan keputusan pada standar input.
6. Membentuk Tim Casemix/Tim INA-CBG rumah sakit
Tim Casemix/Tim INA-CBGs rumah sakit akan menjadi penggerak membantu melakukan sosialisasi, monitoring dan evaluasi implementasi INA-CBGs di rumah sakit.
7. Memanfaatkan data klaim.
Data INA-CBGs rumah sakit dapat digunakan/dimanfaatkan tidak hanya untuk klaim tetapi juga dapat digunakan untuk menilai *performance* rumah sakit dan *performance* SDM khususnya profesi dokter. Data INA-CBGs bisa juga digabungkan dengan data HIMS (*Health Information Management System*) bahkan bisa dibandingkan dengan rumah sakit lain yang sekelas. Jadi data INA-CBGs dan data klaim dapat digunakan sebagai bahan untuk pengambilan keputusan/kebijakan tingkat rumah sakit.
8. Melakukan reviu *post-claim*



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 48 -

Reviu *post-claim* yang dilakukan secara berkala sangat penting dalam menentukan kebijakan yang berkaitan dengan pengendalian biaya dan mutu *dalam* pelayanan yang akan diberikan. Idealnya kegiatan reviu ini melibatkan seluruh unit yang ada di rumah sakit baik manajemen, tenaga profesional, serta unit penunjang maupun pendukung dan dilakukan dengan data yang telah dianalisis oleh tim Casemix rumah sakit.

9. Pembayaran jasa medis

Perubahan metode pembayaran rumah sakit dengan metode paket INA-CBGs *sebaiknya* diikuti dengan perubahan pada cara pembayaran jasa medis. Pembayaran jasa medis *sebaiknya* disesuaikan dengan menggunakan sistem remunerasi berbasis kinerja.

10. Untuk masa yang akan datang diharapkan seluruh rumah sakit provider JKN bisa berkontribusi untuk mengirimkan data koding dan data *costing* sehingga dapat dihasilkan tarif yang mencerminkan *actual cost* pelayanan di rumah sakit.

Apa saja yang sebaiknya TIDAK dilakukan oleh rumah sakit :

Implementasi INA-CBG *sebaiknya* dilakukan dengan benar dan penuh tanggungjawab dari semua pihak. *Sebaiknya* rumah sakit tidak melakukan hal hal dibawah ini:

1. Merubah atau membongkar software
2. Menambah diagnosis yang tidak ada pada pasien yang diberikan pelayanan untuk tujuan meningkatkan tingkat keparahan atau untuk tujuan mendapatkan grouping pada kelompok tariff yang lebih besar.
3. Menambah prosedur yang tidak dilakukan atau tidak ada bukti pemeriksaan untuk tujuan mendapatkan grouping pada kelompok tariff yang lebih besar.
4. Melakukan input diagnosis dan prosedur hingga proses grouping berkali-kali dengan tujuan mendapatkan kelompok tarif yang lebih besar.
5. Upcoding, yaitu memberikan koding dengan sengaja dengan tujuan meningkatkan pembayaran ke rumah sakit.
6. Melakukan manipulasi terhadap diagnosis dengan menaikkan tingkatan jenis tindakan. Misalnya : appendectomy tanpa komplikasi ditagihkan sebagai appendectomy dengan komplikasi, yang



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 49 -

memerlukan operasi besar sehingga menagihkan dengan tarif yang lebih tinggi.

7. Memberikan pelayanan dengan mutu yang kurang baik. Misalnya: memperpendek jam pelayanan poliklinik, pelayanan yang bisa diselesaikan dalam waktu satu hari dilakukan pada hari yang berbeda, tidak melakukan pemeriksaan penunjang yang seharusnya dilakukan, tidak memberikan obat yang seharusnya diberikan, serta membatasi jumlah tempat tidur yang tersedia di rumah sakit untuk peserta JKN.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 50 -

BAB VII PENUTUP

Dalam metode pembayaran INA-CBGs, terjadi perubahan cara pandang dan perilaku dalam pengelolaan rumah sakit serta pelayanan terhadap pasien. Rumah sakit harus memulai perubahan cara pandang dari pola pembayaran *fee for service* ke pembayaran dari mulai tingkat manajemen rumah sakit, dokter dan seluruh karyawan rumah sakit.

Seluruh komponen dalam rumah sakit harus bisa bekerja sama untuk melakukan upaya efisiensi dan mutu pelayanan. dan memiliki komitmen untuk melakukan efisiensi karena inefisiensi di salah satu bagian rumah sakit akan menjadi beban seluruh komponen rumah sakit.

Dalam proses pembentukan tarif INA-CBGs dilakukan pengumpulan data keuangan secara agregat sehingga analisa kecukupan tarif juga harus menggunakan data agregat, tidak bisa lagi melihat kasus per kasus yang rugi atau untung, yang perlu dilihat adalah secara agregat pendapatan rumah sakit, hal ini dikarenakan dalam tarif INA-CBGs yang terdiri dari 1077 group tarif berlaku sistem subsidi silang antar group yang ada.

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NAFSIAH MBOI