

## RESPON RUMAH SAKIT SWASTA SOSIAL KEAGAMAAN TERHADAP ASURANSI SOSIAL: STUDI PENANGANAN KASUS MATERNAL DI RUMAH SAKIT NUR HIDAYAH BANTUL, YOGYAKARTA

*RESPONSES OF PRIVATE SOCIAL RELIGIOUS HOSPITAL TOWARD SOCIAL HEALTH INSURANCE SCHEMES: A CASE STUDY OF MATERNAL MANAGEMENT IN NUR HIDAYAH HOSPITAL BANTUL, YOGYAKARTA*

Arrus Ferry<sup>1</sup>, Mubasysyir Hasanbasri<sup>2</sup>, Mohammad Hakimi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Minat Manajemen Rumah Sakit, Fakultas Kedokteran UGM Yogyakarta,

<sup>2</sup>Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran UGM Yogyakarta

Penulis korespondensi: Arrus Ferry, Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Jalan Farmako, Sekip Utara, Yogyakarta, 55281

### ABSTRACT

**Background:** The difference between the hospital real cost and the tariff of INA-CBGs has negative impact on hospital causes financial losses, especially private hospital. The potential for this loss is likely to encourage hospitals to establish a strategy to minimize losses. There are some distortions induced by the prospective payment system i.e. up-coding, cream skimming, readmission, and unbundling.

**Objective:** The aim of this study was to determine Nur Hidayah hospital behaviour in response to INA-CBGs practice in maternal management.

**Methods:** This study was a quantitative research uses a case study approach. Secondary data from medical records, social insurance claim documents, records or reports regarding maternal care and the regulation of social insurance services in the period of January-June 2014 were use as the data sources of this study.

**Results:** There was no evidence to support the practice of up-coding, cream skimming, readmission and unbundling in maternal care at Nur Hidayah Hospital. Nur Hidayah Hospital implemented efficiency strategies and anti-fraud & abuse to deal with social insurance schemes.

**Conclusion:** The INA CBGs-based payment resulted in increased efficiency of the maternal care in Nur Hidayah Hospital.

**Keywords:** Social Health Insurance, Hospital, Behaviour, Jampersal, Jamkesmas, BPJS, Jamkesos, Jamkesda, maternal care

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Perbedaan biaya antara tarif Rumah Sakit (RS) dengan tarif INA-CBG's dipandang dapat menyebabkan kerugian secara finansial bagi RS terutama RS swasta. Potensi timbulnya kerugian ini kemungkinan akan mendorong RS untuk menetapkan strategi untuk meminimalkan kerugian. Beberapa perilaku penyimpangan yang diakibatkan oleh *prospective payment system* tersebut di antaranya adalah *up-coding*, *cream skimming*, *readmission*, dan *unbundling*.

**Tujuan:** Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui perilaku RS Nur Hidayah sehubungan dengan pemberlakuan tarif INA-CBG's dalam penanganan kasus maternal.

**Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan studi kasus (*case study*). Penelitian ini menggunakan data sekunder berupa dokumen rekam medis, dokumen klaim asuransi sosial, catatan atau laporan mengenai pelayanan maternal dan regulasi tentang pelayanan asuransi sosial pada periode Januari-Juni 2014.

**Hasil:** Tarif pelayanan maternal INA CBG's lebih rendah dibandingkan dengan tarif RS Nur Hidayah dengan selisih sebesar 20,7%. Tidak terbukti secara meyakinkan adanya perilaku *up-coding*, *cream skimming*, *readmission* dan *unbundling* pada pelayanan maternal di RS Nur Hidayah. RS Nur Hidayah Bantul menerapkan strategi efisiensi serta *anti-fraud & abuse* dalam pelayanan asuransi sosial.

**Kesimpulan:** RS Nur Hidayah Bantul berespon terhadap sistem INA CBG's dengan tidak melakukan perilaku penyimpangan, tetapi melakukan efisiensi yang tidak menurunkan kualitas pelayanan dan terbukti tidak menimbulkan masalah keuangan yang dibuktikan dengan peningkatan pendapatan dan sisa hasil usaha.

**Kata Kunci:** Asuransi sosial, rumah sakit, perilaku, Jampersal, Jamkesmas, BPJS, Jamkesos, Jamkesda, maternal care

## PENDAHULUAN

Penurunan kematian maternal dan neonatal merupakan dua dari delapan kunci *Millenium Development Goals* (MDGs)<sup>1</sup>. Di Indonesia sendiri, sebanyak 11.534 kematian ibu masih terjadi pada tahun 2010 dengan rasio angka kematian sebesar 214/100.000 kelahiran hidup dan angka ini pun masih jauh dari target 102/100.000 kelahiran hidup<sup>2</sup>.

Menurut data Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 20012, 50% kematian maternal di Indonesia disebabkan oleh perdarahan dan eklampsia, di mana dua penyebab utama tersebut merupakan kontributor utama kematian maternal di negara-negara berkembang<sup>3</sup>. Beberapa penelitian terbaru menyatakan bahwa penyebab kematian maternal dapat dicegah dengan meningkatkan ketersediaan dan kualitas fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai termasuk pelayanan *antenatal* dan *intrapartum*<sup>4,5,6,7</sup>.

Beberapa penelitian<sup>5,6,8</sup> juga menyatakan bahwa kematian maternal dan neonatal dapat diturunkan jika masyarakat mempunyai akses terhadap pelayanan kesehatan yang memadai termasuk terhadap pelayanan *Emergency Obstetric and Neonatal Care* (EmONC). Oleh karena itu, strategi penyediaan layanan EmONC merupakan salah satu strategi utama yang direkomendasikan oleh Persatuan Bangsa-bangsa (PBB) melalui *United Nations Populations Fund* (UNFPA) untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi<sup>9</sup>.

Program tersebut di atas telah diadaptasi di Indonesia dengan nama Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergenensi Komprehensif (PONEK) yang telah dimulai pada tahun 2007. Ketersediaan tenaga kesehatan yang berkompeten, sarana dan prasarana yang memadai serta ditunjang oleh manajemen yang handal merupakan komponen utama keberhasilan Rumah Sakit PONEK. Kementerian kesehatan menargetkan bahwa pada tahun 2015, dua pertiga Rumah Sakit di Indonesia sudah berstatus PONEK<sup>10</sup>.

Guna mendukung keterjangkauan pelayanan PONEK untuk masyarakat, pemerintah RI pada tahun 2011 meluncurkan program jaminan kesehatan bagi ibu hamil dan bersalin yaitu jaminan persalinan (Jampersal). Pada tanggal 1 Januari 2014, pemerintah Indonesia, memberlakukan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) untuk melayani jaminan kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia termasuk pelayanan bagi ibu hamil dan melahirkan (jampersal).

Berdasarkan UU nomor 40/SJSN tahun 2004, pemerintah Indonesia menunjuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sebagai badan hukum yang mengelola asuransi kesehatan tersebut<sup>11</sup>. Tarif pelayanan jaminan sosial ditentukan oleh pemerintah sesuai dengan tarif *Indonesia Case Based Group* (INA-CBG) yang

ditetapkan dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 440/MENKES/SK/XII/2012.

Namun, perbedaan tarif antara INA-CBG's dengan tarif Rumah Sakit dipandang oleh rumah sakit terlalu jauh selisihnya sehingga mengakibatkan RS swasta mengalami kerugian<sup>12</sup>. Hal ini dibuktikan oleh beberapa penelitian yang menemukan bahwa tarif INA CBG's lebih rendah dari tarif RS<sup>13,14</sup>. Perbedaan biaya riil RS dengan tarif yang ditetapkan pemerintah melalui INA CBG's ini sangat berpotensi untuk menimbulkan kerugian bagi RS.

Perbedaan biaya antara tarif RS dengan tarif INA-CBG's dipandang dapat menyebabkan kerugian bagi RS terutama RS swasta. Potensi timbulnya kerugian ini kemungkinan akan mendorong RS untuk menetapkan strategi untuk meminimalkan kerugian. Beberapa penelitian menyebutkan beberapa perilaku kecurangan (*fraud*) dan penyalahgunaan (*abuse*) yang dilakukan oleh RS dalam hubungannya dengan asuransi sosial. Beberapa praktek tersebut diantaranya adalah praktek menaikkan klasifikasi DRG atau diagnosis pasien (*up-coding*), pemilihan pasien yang lebih menguntungkan (*cream skimming*), memulangkan pasien kemudian memasukkan pasien tersebut kembali ke RS dalam jangka waktu yang pendek (*readmission*), dan memecah tagihan pasien menjadi beberapa tagihan terpisah (*unbundling*)<sup>15,16,17</sup>. Praktek-praktek tersebut di atas dilakukan untuk meningkatkan pembayaran yang diperoleh RS dari BPJS.

Praktek *fraud* juga terjadi di dalam pelayanan kesehatan di Amerika Serikat. *Fraud* merupakan suatu bentuk upaya yang secara sengaja dilakukan oleh RS untuk menciptakan suatu manfaat yang tidak seharusnya dinikmati baik oleh individu atau institusi dan dapat merugikan pihak lain. Dalam laporan tahunan oleh Departemen Kehakiman Amerika Serikat pada tahun 2012 melakukan penyelidikan terhadap 1131 kasus kriminal *fraud* baru dalam pelayanan kesehatan<sup>18</sup>. Praktek *fraud* dalam pelayanan kesehatan ini sangat menimbulkan kerugian bagi Negara. Di AS *fraud* dan *abuse* (penyalahgunaan) bisa mencapai 10 % dari total biaya (\$170 miliar per tahun). Tahun 2003 meningkat 7,7% dari tahun 2002<sup>19</sup>.

RS Nur Hidayah merupakan salah satu RS swasta sosial keagamaan yang telah bekerjasama dengan Jamkesos pada 2008, Jamkesmas pada tahun 2009, Jampersal pada tahun 2011 dan BPJS pada 2014. RS Nur Hidayah Bantul juga telah mempersiapkan diri sebagai salah satu RS rujukan PONEK.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perilaku RS Nur Hidayah sehubungan dengan pemberlakuan tarif INA-CBG's dalam penanganan kasus maternal.

## METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan pendekatan studi kasus (*case study*) yang dilakukan di RS Nur Hidayah Bantul. Cara pengumpulan data menggunakan data sekunder berupa dokumen rekam medis, dokumen klaim asuransi sosial, catatan atau laporan mengenai pelayanan maternal dan regulasi tentang pelayanan asuransi sosial. Fokus penelitian ini adalah pada episode pelayanan maternal yang menggunakan asuransi sosial antara bulan Januari-Juni 2014 sebanyak 251 episode.

## HASIL

### Perbedaan tarif pelayanan kasus maternal RS dengan tarif INA-CBG's

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tarif INA CBG's lebih rendah dibandingkan dengan tarif RSNH dengan selisih sebesar 22,01% (Tabel 1). Perbedaan tarif terjadi karena ketidaksamaan besaran tarif INA CBG's dan tarif RSNH. *Indonesia Case Based Groups* (INA CBGs) merupakan suatu bentuk *reimbursement* yang dimodifikasi dari *Diagnosis Related-Groups* (DRGs). Walaupun sebagian tarif INA CBG's lebih kecil dan sebagian lainnya lebih besar dibanding tarif RSNH namun

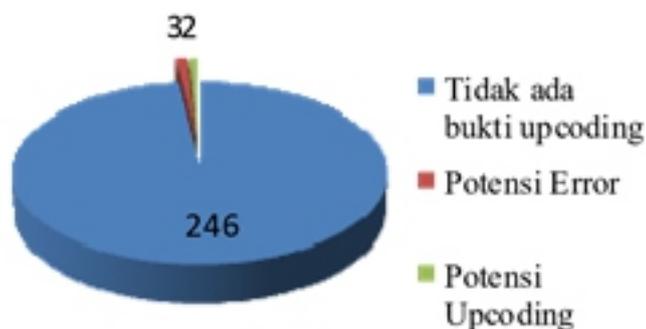
rerata besaran tarif yang minus adalah 3.3 kali dibanding rerata tarif yang surplus. Artinya untuk mendapatkan klaim impas RS harus melayani 3-4 pasien kasus surplus setiap melayani satu kasus minus.

### Perilaku *up-coding*

Hasil dari penelitian ini menunjukkan adanya potensi upcoding pada 2 episode maternal (0,8%) dari 251 episode maternal di RS Nur Hidayah selama periode Januari-Juni 2014. Berdasarkan Gambar 1 menunjukkan bahwa dari 251 episode terdapat potensi *up-coding* sebanyak 2 episode (0,8%) dan potensi *error* sebanyak 3 episode (1,2%). Sebanyak 246 berkas yang diterima pada pengajuan pertama tersebut telah ditelaah dengan mendalam dan setiap diagnosa dan prosedur didukung oleh data di dalam rekam medis pasien. Data pendukung tersebut berupa catatan perjalanan penyakit, catatan penatalaksanaan medikamentosa maupun prosedur medis serta bukti pemeriksaan penunjang. Kelengkapan data pendukung tersebut dapat dijadikan bukti tidak adanya perilaku *up-coding* namun jika menggunakan alur pikir konspirasi sesungguhnya masih belum menutup kemungkinan adanya perilaku *up-coding*.

Tabel 1. Perbandingan Total Tarif Bulanan Antara INA-CBG's dan RSNH

No.	Bulan	Jumlah		Total Tarif		
		Pasien	Kasus	INA-CBG's	RS Nur Hidayah	Selisih
1.	Januari	35	35	94.306.804	113.237.518	-18.930.714
2.	Februari	33	33	90.910.149	118.031.157	-27.121.008
3.	Maret	41	41	122.290.360	151.385.729	-29.095.369
4.	April	44	45	129.988.818	159.001.868	-29.013.050
5.	Mei	48	48	134.802.846	191.064.963	-56.262.117
6.	Juni	49	49	132.165.062	155.658.114	-23.493.052
<b>Total</b>		<b>250</b>	<b>251</b>	<b>704.464.039</b>	<b>888.379.349</b>	<b>-183.915.310</b>
Persentase INA-CBG's terhadap tarif RS Nur Hidayah						79,30%
Persentase selisih tarif RS Nur Hidayah terhadap INA-CBG's						20,70%



Gambar 1. Potensi Perilaku *Up-coding*

### Perilaku *cream skimming*

Perilaku *cream skimming* ditelusuri dari data rujukan. Total rujukan selama Januari-Juni 2014 adalah 3 dari 251 episode pelayanan atau sebesar 1,2% (Tabel 2). Dua pasien yaitu dengan kode RSNH 67 dan 226 memiliki alasan yang kuat untuk dilakukan rujukan dikarenakan RSNH tidak memiliki fasilitas yang dibutuhkan untuk perawatan. Pasien kode RSNH 67 dengan preeklamsia berat, membutuhkan perawatan di ICU jika terjadi eklamsia sedangkan RSNH belum memiliki ICU. Pasien kode RSNH 226 dengan nyeri kepala berat dengan diagnosa tambahan psikosomatis membutuhkan layanan *CT Scan* untuk penegakan penyebab nyeri kepala dan membutuhkan psikolog/psikiater untuk pendiagnosaan dan tata laksana psikosomatis. RSNH tidak memiliki fasilitas *CT Scan* dan tidak memiliki psikolog atau psikiater sehingga pasien tersebut perlu dilakukan rujukan ke RS lain.

Tabel 2. Data Rujukan Kasus Maternal Bulan Januari-Juni 2014

Bulan	Jumlah Pasien	Jumlah Rujukan	%
Januari	35	0	0.00
Februari	33	1	3.00
Maret	41	0	0.00
April	45	0	0.00
Mei	48	0	0.00
Juni	49	2	4.10
<b>TOTAL</b>	<b>251</b>	<b>3</b>	<b>1.20</b>

Berbeda dengan dua episode di atas, untuk episode ketiga yaitu pasien kode RSNH 250 dengan *pro SC cito* sebenarnya bisa dilakukan perawatan di RSNH namun dokter Sp. OG tidak bisa datang untuk melakukan tindakan SC. Karena hal tersebut maka petugas merujuk pasien tersebut ke RS lain yang mampu segera menyelenggarakan SC.

### Perilaku *readmission*

Perilaku *readmission* dapat ditelusuri dari perawatan ulang pasien dalam waktu yang relatif berdekatan. Selama Januari-Juni 2014 didapatkan 1 pasien (RSNH 126) yang dilakukan perawatan ulang dalam delapan (8) hari setelah dinyatakan pulang (Tabel 3). Diagnosa dua episode perawatan tersebut berbeda di mana diagnosa pertama adalah *Sectio Cesarea* sedangkan diagnosa kedua adalah dehisensi luka operasi. Perawatan yang kedua merupakan efek/risiko dari perawatan yang pertama sehingga diagnosanya berbeda.

Tabel 3. Data *Readmission* Bulan Januari-Juni 2014

Kode Pasien	Tanggal Masuk	Tanggal Keluar	Diagnosa	Deskripsi
RSNH 126	10/04/2014	12/04/2014	O820	Delivery by elective caesarean section (O-6-10-I)
RSNH 126	20/04/2014	23/04/2014	O900	Disruption of caesarean section wound (W-1-20-I)

### Perilaku *unbundling*

Telaah yang dilakukan terhadap 251 kasus tersebut tidak ditemukan adanya perilaku memecah satu diagnosa primer menjadi diagnosa primer dan sekunder dalam satu klaim. Namun yang ditemukan adalah adanya dua klaim atas nama pasien yang sama. Berdasarkan tabel 2 tampak bahwa terdapat dua berkas klaim dengan identitas yang sama artinya terdapat dua klaim pada orang yang sama. Jika diperhatikan pada kolom diagnosa bahwa diagnosa kedua klaim tersebut adalah berbeda dan bukan merupakan satu bagian pelayanan namun merupakan satu keberlanjutan pelayanan dimana episode nomor dua terjadi karena tindakan pada episode pertama.

## PEMBAHASAN

### Perbedaan tarif pelayanan kasus maternal RS dengan tarif INA-CBG's

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tarif INA CBG's lebih rendah dibandingkan dengan tarif RSNH dengan selisih sebesar 22,01%. Rendahnya tarif INA CBG's terhadap tarif rumah sakit juga ditemukan dalam penelitian sebelumnya<sup>13,14</sup>. Penelitian tersebut menemukan adanya perbedaan antara biaya riil dan tarif INA-CBG's sebesar Rp 104.498.068 dari 138 episode perawatan pasien Talasemia di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta<sup>14</sup>. Ditemukan pula bahwa biaya riil pasien rawat inap di RSI Siti Khadijah Palembang adalah 62,4% lebih besar dari tarif INA-CBG di mana total biayanya adalah Rp.206.154.469,00 sehingga RS merugi sebesar Rp.61.381.257,0013.

PMK No 59 tahun 2014 tentang standar tarif pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan menyatakan bahwa tarif INA-CBG's adalah tarif paket layanan pada sekelompok diagnosis penyakit dan prosedur. Tarif paket dalam INA CBG's bersifat tetap sedangkan tarif paket menurut RS adalah tarif acuan di mana tarif berlaku tetap selama memenuhi syarat dan ketentuan. Namun jika terdapat variasi dari syarat dan ketentuan maka tarif dapat berubah sesuai dengan keadaan pasien.

### Perilaku *up-coding*

Hasil dari penelitian ini menunjukkan adanya potensi upcoding pada 2 episode maternal (0.8%) dari 251 episode maternal di RS Nur Hidayah selama periode Januari-Juni 2014. Hal ini berbanding terbalik dengan penelitian sebelumnya<sup>15,17</sup> yang membandingkan perilaku *up-coding* antara RS nonprofit, profit dan RS pemerintah. Silverman & Skinner menemukan adanya perilaku *up-coding* di ketiga jenis RS tersebut dengan jumlah *up-coding* tertinggi pada RS profit. Berta et al. (2010) juga menemukan adanya praktek *up-coding* walaupun perilaku tersebut hampir seragam antartiga jenis RS<sup>17</sup>.

Menurut CMS (2003) perilaku *fraud* di antaranya *up-coding* yang dilakukan dengan terencana memang sulit untuk diketahui. Lima berkas yang ditolak pada pengajuan pertama dan kemudian direvisi dan diterima pada pengajuan kedua telah dilakukan telaah. Jika dibandingkan antara pengajuan pertama dan pengajuan kedua terlihat bahwa terdapat perbedaan pada diagnosa yang diajukan. Perbedaan diagnosa ini mengakibatkan dua berkas dengan klaim lebih besar (Rp1.343.033,00) dari seharusnya. Satu berkas dengan nilai klaim lebih kecil (Rp378.427,00) dari seharusnya sedangkan dua berkas tanpa perbedaan tarif. Pasien dengan kode RSNH 4, RSNH 5 dan RSNH 185 merupakan kesalahan pemilihan diagnosa utama. Hal ini disebut kesalahan (*error*) karena tindakan SC telah dilaporkan dalam prosedur yang dilakukan sehingga seharusnya SC dipilih sebagai diagnosa utama. *Error* pemilihan kode diagnosa utama berefek pada salah satu klaim di mana nilai klaim menjadi lebih tinggi dari yang diajukan pertama kali.

Pasien dengan kode RSNH 66 merupakan *high risk pregnancy* namun sesuai PMK no. 27 tahun 2014 tentang juknis sistem INA-CBG's seharusnya kode Z tidak boleh digunakan karena diagnosa utama telah ditegakkan. PMK no. 27 tahun 2014 berlaku mulai 1 Januari 2014 namun baru diterbitkan pada 2 Juni 2014 (berlaku surut). Pasien kode RSNH 66 merupakan pasien pada bulan Februari 2014 sehingga tindakan memasukkan kode Z tersebut dapat digolongkan *error* karena belum ada peraturan yang mengaturnya. Pasien kode RSNH 68 dapat dicurigai sebagai perilaku *up-coding* karena memilih diagnosa yang nilai klaimnya lebih tinggi. Kode persalinan memanjang (O639: *Long labour, unspecified*) dengan nilai klaim 1.737.600 ditagihkan sebagai kehamilan lewat waktu (O48: *Prolonged pregnancy*) dengan nilai klaim 2.274.911 sehingga terdapat selisih lebih besar 537.311 dari seharusnya.

Sepintas keadaan ini mengindikasikan adanya perilaku *up-coding*, namun dalam berkas klaim sebenarnya telah dilaporkan prosedur persalinan. Selain itu *long labour* dan *prolong pregnancy* dapat membingungkan bagi petugas *coder* RSNH yang tidak memiliki latar belakang pendidikan keseha-

tan. Data lainnya yang dapat digunakan sebagai pendukung adanya *error* adalah kenyataan bahwa RSNH kehilangan potensi pendapatan sebesar 4.438.085 karena ketidaktelitian pembuatan klaim terhadap 5 pasien di mana ketidaktelitian tersebut ditemukan oleh peneliti. Dengan mempertimbangkan hal-hal tersebut diatas peneliti menduga kuat bahwa kedua kasus tersebut tidak dapat digolongkan sebagai *fraud* namun merupakan sebuah kesalahan (*error*).

### Perilaku *cream skimming*

Perilaku *cream skimming* ditelusuri dari data rujukan. Total rujukan selama Januari-Juni 2014 adalah 3 dari 251 episode pelayanan atau sebesar 1,2%. Kasus rujukan di Tabel 2 telah berdasarkan alasan yang memenuhi kriteria rujukan dan bukan merupakan rujukan karena perilaku *cream skimming*. Menurut catatan kegiatan tim Jamkes yang dilaporkan pada rapat tanggal 9 Oktober 2013 pernah terdapat adanya perilaku pembatasan jumlah operasi besar seperti BPH, ORIF dan SC namun pada saat itu telah dinyatakan tidak boleh dilakukan lagi. Hal ini dapat diperkuat dengan adanya pasien *severity* level 2 sebesar 6% dan level 3 sebesar 3% di RSNH. RSNH sebagai RSU kelas D seyogyanya melakukan perawatan pada pasien *severity* level 1, sedangkan level 2 dan 3 dilakukan rujukan. *Severity* level 2 dan 3 membutuhkan sumber daya yang lebih tinggi sehingga akan semakin merugikan RSNH.

Dari hasil telaah terhadap 3 data rujukan pada kasus maternal pada bulan Januari-Juni 2014 tidak ditemukan adanya indikasi perilaku *cream skimming*. Hal ini berbeda dengan hasil penelitian<sup>15</sup> yang menunjukkan tingginya praktik *cream skimming* pada RS Swasta.

Temuan ini sesuai SK Direktur RS Nur Hidayah Tentang Kebijakan Pelayanan Asuransi Kesehatan Sosial di RS Nur Hidayah Nomor 184/RSNH/SK-Dir/IV/2013 diktum ketujuh yang menyatakan bahwa seluruh perilaku yang tergolong kedalam penipuan, kecurangan maupun penyalahgunaan (*fraud* dan atau *abuse*) termasuk *cream skimming* dalam pelayanan asuransi kesehatan sosial tidak boleh dilakukan.

### Perilaku *readmission*

Penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada bukti yang menunjukkan adanya perilaku *readmission* pada kasus maternal selama 6 bulan penelitian. Walaupun ditemukan adanya 2 episode perawatan dengan satu pasien yang sama akan tetapi terdapat perbedaan diagnosa dari dua episode tersebut, sehingga kecurigaan perilaku *readmission* tidak bisa dibuktikan.

Hal ini tidak sejalan dengan penelitian sebelumnya<sup>15</sup> yang menemukan adanya perilaku *readmission* baik pada RS umum maupun swasta meskipun angka *readmission* di rumah sakit swasta menunjukkan angka yang paling rendah dibandingkan tipe RS lain.

### **Perilaku *unbundling***

Tidak adanya perilaku *unbundling* terhadap 251 berkas klaim tersebut dapat dimungkinkan karena system klaim INA-CBG's telah memiliki skrining *unbundling* yang otomatis menolak klaim dengan identitas yang sama.

### **Strategi RS tentang Pelayanan Terhadap Asuransi Sosial**

RSNH menjalankan strategi *anti-fraud* dan *abuse* secara sistematis dimulai dari kesepakatan antara pemilik dan direksi, dilanjutkan dengan perumusan dan penerbitan kebijakan pelarangan *fraud* dan *abuse*, penerbitan kebijakan efisiensi biaya operasional, melakukan edukasi kepada seluruh karyawan dan staf medis, mengawasi perilaku yang tergolong *fraud* dan *abuse*, merevisi dan menerbitkan kembali regulasi *anti-fraud* dan *abuse* secara lebih rinci. Terkait *fraud* dan *abuse* RSNH telah menerbitkan lima kebijakan, satu surat edaran, satu ikrar, dan satu surat pernyataan selama April 2013 sampai Juni 2014.

Regulasi pertama yang dikeluarkan adalah kebijakan no. 184/RSNH/SKDir/IV/2013 tentang pelayanan asuransi kesehatan sosial di mana dalam diktum ke tujuh dinyatakan bahwa seluruh perilaku yang tergolong ke dalam penipuan, kecurangan maupun penyalahgunaan (*fraud* dan atau *abuse*) dalam pelayanan asuransi kesehatan sosial tidak boleh dilakukan. Lampiran kebijakan tersebut menyebutkan bahwa perilaku yang tergolong *fraud* dan *abuse* adalah *up-coding*, *cream skimming*, *readmission*, *unbundling*, menaikkan level *severity*, klaim fiktif, dan perilaku lain yang dapat digolongkan sebagai *fraud* dan *abuse*. Kebijakan *anti-fraud* dan *abuse* ini sesuai dengan sifat organisasi sosial keagamaan sebagaimana tercantum pada pasal 3 Anggaran Dasar Yayasan dan juga sesuai dengan nilai dasar RSNH ke 4 yaitu jujur sebagaimana pasal 10 *Hospital Bylaws* (HBL) RSNH.

Menjalankan kebijakan *anti-fraud* dan *abuse* sepertinya telah disadari oleh direksi RSNH akan membebani keuangan Rumah Sakit, terlihat dari diterbitkannya kebijakan no. 22/RSNH/SK-Dir/IV/2013 tentang program peningkatan efisiensi Jamkes dengan strategi *forpatiplapro*. Senada dengan kebijakan *anti-fraud* dan *abuse*, dalam strategi *forpatiplapro* ini dengan jelas disebutkan dalam diktum ke 2 bahwa efisiensi tidak dilakukan dengan cara mengurangi kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien. Strategi *forpatiplapro* terdiri atas lima kelompok strategi yaitu formularium (*for*), paket operasi (*pa*), tim kendali mutu (*ti*), plafond (*pla*) dan prosedur (*pro*).

Strategi nomor 1 adalah penyusunan formularium obat, BHP, dan alkes yang dijadikan acuan dokter dalam melakukan penatalaksanaan pasien jamkes. Formularium disusun dengan melibatkan dokter spesialis dan terdiri atas obat generik dengan kemasan primer nonlepasan/kalengan (kecuali hanya ada sediaan lepasan), obat merk (*mee too*) dan obat-obat paten yang

belum memiliki sediaan generik. Strategi nomor 2 adalah penyusunan paket operasi di mana seluruh obat, BHP dan alkes yang digunakan disesuaikan dengan formularium Obat dan BHP & Alkes. Pada paket operasi juga terlihat penjaminan mutu pelayanan dengan adanya aplikasi antibiotik profilaksis satu kali kemudian dilanjutkan tanpa antibiotik atau dengan antibiotik oral.

Strategi ke 3 yaitu pembentukan tim kendali mutu. Tim kendali mutu berjumlah lima (5) orang yang terdiri 1 dokter fungsional SMF bedah, 1 dokter fungsional SMF nonbedah, 1 orang perwakilan komite medis, 1 orang kepala bagian pelayanan medis, dan direktur. Tim bertugas memantau mutu pelayanan terhadap pasien jaminan kesehatan dan berwenang menyetujui atau menolak usulan penggunaan obat bertanda khusus atau obat di luar formularium. Tim kendali mutu juga memiliki kewenangan dalam pemberian persetujuan terhadap pelayanan terhadap pasien yang berbiaya tinggi (melebihi plafond maksimal).

Strategi ke 4 adalah adanya plafond biaya pelayanan yang dijadikan sebagai acuan para dokter untuk memberikan terapi rasional. Plafond disusun berdasarkan tarif pada INA-CBG's. Plafond tersebut terdiri atas dua jenis yaitu plafond optimal dan maksimal. Plafond optimal adalah plafond sesuai tarif INA-CBG's yang digunakan sebagai acuan utama sedangkan plafond maksimal adalah plafond INA-CBG's + 20% yang digunakan untuk kasus-kasus tertentu.

Strategi ke 5 adalah adanya prosedur pelayanan. Prosedur pelayanan digunakan untuk memastikan kepesertaan asuransi sosial, sistem gugur pada peserta yang tidak memenuhi syarat termasuk prosedur perubahan status dari pasien umum ke jamkes atau jamkes ke umum (menggugurkan kepesertaannya). Prosedur lain yang disusun adalah prosedur merujuk pasien yang tidak masuk dalam kompetensi RS tipe D dan prosedur penulisan diagnosa primer dan sekunder dengan lembar khusus. Seluruh strategi tersebut dapat dibaca sebagai kewaspadaan rumah sakit terhadap potensi kerugian dan untuk memastikan pelayanan berjalan dengan baik.

Setelah kebijakan *anti-fraud* dan *abuse* serta kebijakan efisiensi pelayanan diterbitkan dan diedukasikan kepada seluruh *stakeholder* maka diadakan ceremonial untuk ikrar gerakan *anti-fraud* dan *abuse*. Ikrar dilaksanakan pada 15 Januari 2015 oleh seluruh *stakeholder* RSNH baik dewan pengawas, pejabat struktural, karyawan fungsional, dan staf medis. Dalam dokumen ikrar tersebut juga dikosongkan beberapa tempat untuk tanda tangan bagi karyawan baru yang mungkin akan masuk di kemudian hari.

Efisiensi biaya operasional menjadi obyek kebijakan berikutnya dan diterbitkan dengan no. 008/RSNH/SK-DIR/II/2014 tentang kebijakan efisiensi biaya operasional. Senada dengan kebijakan pada strategi *forpatiplapro*, dalam kebijakan efisiensi biaya operasional ini juga ditetapkan bahwa efisiensi biaya operasional tidak

dilakukan dengan cara mengurangi kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien serta ditambahkan ketetapan bahwa kebijakan efisiensi biaya operasional tidak dilakukan dengan cara mengurangi biaya SDM wajib dan jasa pelayanan.

Berbeda dengan beberapa penelitian sebelumnya, strategi efisiensi yang telah digunakan Rumah Sakit dalam respon terhadap asuransi sosial di antaranya adalah dengan pengurangan jumlah hari rawat inap<sup>20,21,22</sup>. Dampak positif yang didapatkan rumah sakit dengan penerapan strategi pengurangan durasi rawat inap adalah penghematan biaya sehingga dapat memaksimalkan keuntungan dengan memanfaatkan selisih antara tarif DRG dengan biaya rawat inap yang sesungguhnya. Penelitian *multilevel modelling* yang dilakukan oleh Carey<sup>22</sup> membuktikan bahwa strategi pengurangan lama hari rawat berhasil menghemat biaya pelayanan rawat inap. Namun, strategi ini tentu saja berdampak pada penurunan kualitas pelayanan Rumah Sakit.

Pada bulan Mei 2014 RSNH diminta oleh BPJS cabang Jogja untuk menjadi salah satu pembicara dalam pertemuan antara BPJS dengan RS swasta di DIY. Kesempatan tersebut dimanfaatkan RSNH untuk penandatanganan surat pernyataan antara RSNH dengan BPJS Jogja tentang komitmen *anti-fraud* dan *abuse* tersebut. Akhirnya pada tanggal 30 Mei 2014 dilakukan penandatanganan surat pernyataan no. 001/RSNH/S.Peryt/VI/2014 oleh Direktur RSNH dan Ketua BPJS cabang Jogja dengan disaksikan oleh seluruh utusan RS swasta se-DIY.

*Monitoring* dan evaluasi terus menerus dilakukan oleh RSNH dengan jadwal rutin 1 bulan sekali. Evaluasi bulanan dilakukan oleh seluruh pejabat struktural dan digunakan sebagai sarana untuk *sharing* implementasi dan menyempurnakan regulasi yang telah disusun. Berdasarkan laporan kegiatan tim jamkes RSNH tercatat bahwa terdapat beberapa perilaku *fraud* di RSNH yaitu *up-coding* yang dilaporkan pada 14 Agustus 2013 dan 12 Februari 2014, dan perilaku *cream skimming* yang dilaporkan pada 11 September 2013, 9 Oktober 2013 dan 12 Maret 2014. Selain itu terdapat satu laporan berpotensi *error* pada 11 Desember 2013. Seluruh perilaku yang termasuk *up-coding* dan *cream skimming* tersebut telah dinyatakan sebagai salah satu bentuk *fraud* dan *abuse* serta dinyatakan terlarang untuk dilakukan kembali.

Salah satu perilaku *upcoding* yang didapatkan dari laporan tim Jamkes adalah penggantian diagnosa sirkumsisi (khitan) normal (khitan tanpa kelainan) menjadi sirkumsisi karena fimosis (bungkus-jawa). Perubahan ini mengakibatkan pasien yang seharusnya tidak ditanggung oleh BPJS menjadi ditanggung oleh BPJS. Perilaku ini menguntungkan kedua belah pihak karena pasien digratiskan dan RS mendapatkan klaim yang lebih tinggi. Kasus tersebut yaitu khitan normal dengan anestesi lokal dengan rawat inap diklaimkan menjadi khitan fimosis dengan anestesi general.

Biaya khitan normal yang seharusnya dibayar pasien adalah Rp994.800,00 namun jika diklaimkan sebagai fimosis kepada BPJS akan didapatkan besaran klaim Rp1.161.500,00. Artinya RS akan mendapatkan keuntungan lebih sebesar Rp166.700,00 dan pasien akan mendapatkan keuntungan karena tidak perlu membayar. Hal ini merupakan sesuatu yang sangat mungkin terjadi karena menurut Freeman (1999) bahwa dokter bersedia berbohong kepada pihak asuransi demi pasiennya.

Freeman (1999) meneliti 169 orang dokter anggota *American Medical Association* (AMA) dan menemukan bahwa sebagian dokter bersedia melakukan pengelabuan agar pihak asuransi memberikan persetujuan pada prosedur yang akan dilakukan pada pasien. Pengelabuan umumnya dilakukan dalam bentuk pencatatan yang salah atau ambigu dalam rekam medis, sering disebut "gaming the system." Dalam kasus *coronary bypass surgery* sebanyak 57,7% dokter bersedia mencatat adanya progresivitas nyeri dada pada rekam medis walaupun hal tersebut tidak akurat, dalam kasus *arterial revascularization* 56,2% bersedia untuk berbohong dengan tidak memasukkan perubahan kulit *pregangren* sebagai temuan, dan dalam kasus *intravenous pain medication and nutrition* 47,5% dokter bersedia berbohong dengan mencatat bahwa pasien sudah mengalami kesulitan menelan. Selain itu 34,8% bersedia berbohong pada kasus *screening mammography*, 32,1% pada *emergent psychiatric referral* dan 2,5% pada kasus *cosmetic rhinoplasty*.

Kasus-kasus *fraud* dan *abuse* yang terjadi setelah diterbitkannya regulasi *anti-fraud* dan *abuse* dijadikan masukan oleh RSNH dan digunakan untuk penyempurnaan regulasi *anti-fraud* dan *abuse* tersebut. Kebijakan yang merupakan penyempurnaan adalah peraturan direktur no. 001/RSNH/PDNH/VI/2014 tentang perilaku *fraud* dan *abuse* dalam pelayanan peserta jaminan kesehatan nasional. Peraturan direktur tersebut tidak hanya memuat jenis-jenis *fraud* dan *abuse* namun dilengkapi dengan penetapan sebelas (11) titik potensi *fraud* dan *abuse* beserta rincian perilaku yang tergolong *fraud* dan *abuse* pada 11 titik tersebut.

Kepercayaan dari pihak eksternal bahwa RSNH memang menjalankan kebijakan *anti-fraud* dan *abuse* juga sudah terbentuk. Hal ini terlihat dari permintaan dua bapel yakni bapel Jamkes pada tahun 2012 untuk *sharing* pengalaman dalam melayani pasien asuransi sosial dan bapel BPJS untuk *sharing* pengalaman dalam gerakan *anti-fraud* dan *abuse*. Kepercayaan dari sesama mitra kerja juga sudah terbangun terlihat dari adanya studi banding tentang pelayanan asuransi sosial oleh 3 rumah sakit di mana salah satu rumah sakit tersebut (RSA UGM) memiliki kelas yang lebih tinggi.

RSNH telah berkomitmen sedari awal sebagai RS Sosial Keagamaan di mana salah satu nilai

dasar RS adalah "jujur." Komitmen tersebut diwujudkan oleh direksi sebagai sebuah kebijakan *anti-fraud* dan *abuse* terhadap pelayanan asuransi sosial di mana banyak RS yang justru melakukannya. Dalam kenyataannya, implementasi kebijakan tersebut tidaklah mudah karena perilaku *fraud* dan *abuse* tetap ada di dalam pelayanan. Namun direksi RSNH telah menyikapi hal tersebut dengan melarang perilaku-perilaku tersebut dan menerbitkan regulasi yang merupakan penyempurnaan dari regulasi sebelumnya. Kegiatan yang dilakukan oleh RSNH merupakan runtutan dari proses perencanaan (*Planning*), pengorganisasian (*Organizing*), penggerakan (*Actuating*) dan pengawasan (*Controlling*) dari fungsi-fungsi manajemen.

## KESIMPULAN

Tarif maternal INA-CBG's lebih rendah dibandingkan dengan tarif RS Nur Hidayah dengan selisih sebesar 20,7%. Walaupun demikian tidak terbukti adanya perilaku *fraud* seperti *up-coding*, *cream skimming*, *readmission*, *unbundling* pada pelayanan maternal di RS Nur Hidayah. Strategi yang dilakukan oleh RS tentang pelayanan terhadap asuransi sosial adalah dengan efisiensi dengan tetap mempertahankan mutu pelayanan. Hal ini didukung dengan penerbitan regulasi tentang *anti-fraud* dan *abuse* serta efisiensi pelayanan, melakukan sosialisasi, deklarasi komitmen, monitoring, evaluasi, dan perbaikan berkelanjutan.

Studi ini menyarankan bagi Yayasan RS Nur Hidayah untuk mempertahankan komitmen *anti-fraud* dan *abuse* di RS Nur Hidayah, peningkatan sosialisasi secara berulang kepada tenaga medis dan koder tentang sistem INA-CBG's, gerakan *anti-fraud* dan *abuse* di RS Nur Hidayah.

## REFERENSI

- United Nations 2012. The Millennium Development Goals Report 2012. New York: viewed 13 April 2013. <<http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/mdg/themillennium-development-goals-report-2012.html>>.
- Hernawati I. Analisis Kematian Ibu di Indonesia tahun 2010: Berdasarkan Data SDKI, Riskesdas, dan Laporan Rutin KIA, Dipresentasikan dalam Pertemuan Teknis Kesehatan Ibu, Bandung: 2011, 6 April.
- Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PFA. WHO Analysis of Causes of Maternal Death: A Systematic Review. *Lancet* 2006; 367 (9516): 1066–74.
- Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, de Bernis L. Evidence-based, Cost-effective Interventions: How Many Newborn Babies Can We Save? *Lancet* 2005; 365 (9463): 977–88. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71088-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71088-6)
- Darmstadt GL, Walker N, Lawn JE, Bhutta ZA, Haws RA, Cousens S. Saving Newborn Lives in Asia and Africa: Cost and Impact of Phased Scale-up of Interventions within the Continuum of Care. *Health Policy Plan* 2008; 23 (2): 101–17. <https://doi.org/10.1093/heapol/czn001>
- Goldie SJ, Sweet S, Carvalho N, Natchu UCM, Hu D. Alternative Strategies to Reduce Maternal Mortality in India: A Cost-effectiveness Analysis. *PLoS Med* 2010; 7 (4): e1000264. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000264>
- Lawn JE, Lee ACC, Kinney M, Sibley L, Carlo WA, Paul VK, et al. Two Million Intrapartum-related Stillbirths and Neonatal Deaths: Where, Why, and What Can be Done? *Int J Gynecol Obstet* 2009; 107 (Suppl 1): 5–19. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.07.016>
- Paxton A, Maine D, Freedman L, Fry D, Lobis S. The Evidence for Emergency Obstetric Care. *Int J Gynecol Obstet* 2005; 88 (2): 181–93. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2004.11.026>
- Freedman LP. Who's Got the Power? Transforming Health Systems for Woman and Children. Task force on Child Health and maternal 2005. London: 2013. <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/safemot/herhood/docs/maternachild.pdf>>.
- Depkes. Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) 24 Jam di Rumah Sakit, Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan. Jakarta: 2008.
- Jamsos Indonesia. SJSN (Sistem Jaminan Sosial Nasional), 2013. <http://www.jamsosindonesia.com/sjsn/bpjs>
- Aziza KS. 14 Rumah Sakit Batal Mundur dari Program KJS. *kompas.com*, 2013. <http://health.kompas.com/read/2013/05/22/14310234/14.Rumah.Sakit.Batal.Mundur.dari.Program.KJS>>.
- Afrianti F. Analisis Perbandingan Biaya Riil Pasien Rawat Inap terhadap Tarif INA-CBG pada Program Jamkesmas di RSI Siti Khadijah Palembang Tahun 2011. [SKRIPSI] Universitas Sriwijaya, Fakultas Kesehatan Masyarakat, 2012.
- Putra AMP. Komparasi Biaya Riil dengan Tarif INA-CBGs dan Analisis Faktor yang Mempengaruhi Biaya Riil pada Pasien Thalassemia Rawat Inap Jamkesmas di RSUP dr. Sardjito Yogyakarta, UGM. 2013.
- Berta P, Callea G, Martini G, Vittadini G. The Effects of Upcoding, Cream Skimming, and Readmissions on the Italian Hospitals Efficiency: A Population-based Investigation. *Economic Modelling* 2010; 27 (4): 812–21. <https://doi.org/10.1016/j.econmod.2009.11.001>
- Friesner DL, Rosenman R. Do Hospitals Practice Cream Skimming? *Health Serv Manage Res* 2009; 22 (1): 39–49. <https://doi.org/10.1258/hsmr.2008.008003>
- Silverman E, Skinner J. Medicare Upcoding and Hospital Ownership. *J Health Econ* 2004; 23 (2): 369–89. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2003.09.007>
- The Department of Health and Human Services and The Department of Justice Health Care Fraud and Abuse Control Program Annual Report for Fiscal Year 2012. February 2013 <https://www.justice.gov/dag/pubdoc/hcfacoreport2012.pdf>
- Ginting R Ch. Fraud dalam Asuransi Kesehatan, Seminar Pamjaki Kecurangan (Fraud) dalam Jaminan/Asuransi Kesehatan. Jakarta: Hotel Bumi Karsa, 13 Desember 2007, [http://www.pamjaki.org/pamjaki-266/tl\\_files/download/seminar/seminar\\_fraud\\_2007/fraud11.pdf](http://www.pamjaki.org/pamjaki-266/tl_files/download/seminar/seminar_fraud_2007/fraud11.pdf)
- Perelman J, Closon MC. Hospital Response to Prospective Financing of Inpatient Days: The Belgian Case. *Health Policy* 2007; 84 (2–3): 200209. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.05.010>
- Schuetz P, Albrich WC, Suter I, Hug BL, Crain MC, Holler T, et al. Quality of Care Delivered by Fee-for-Service and DRG Hospitals in Switzerland in Patients with Community-acquired Pneumonia. *Swiss Med Wkly* 2011; 141: w13228. <https://doi.org/10.4414/smw.2011.13228>
- Theurl E, Winner H. The Impact of Hospital Financing on the Length of Stay: Evidence from Austria. *Health Policy* 2007; 82 (3): 375–89. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2006.11.001>
- Carey K. Hospital Length of Stay and Cost: A Multilevel Modeling Analysis. *Health Services & Outcomes Research Methodology* 2002; 3: 41–56.
- Freeman VG, Rathore SS, Weinfurt KP, Schulman KA, Sulmasy DP. Lying for Patients: Physician Deception of Third-party Payers. *Archives of Internal Medicine*. 1999 Oct 25; 159 (19): 2263–70.