
EVALUASI PENERAPAN *PILOT PROJECT GLOBAL BUDGET* SEBAGAI SISTEM PEMBAYARAN KLAIM PADA RSUD WATES

Mega Handayani,¹ Laili Rahmatul Ilmi,² Zennul Mubarrok¹

¹Prodi Akuntansi, Fakultas Ekonomi dan Sosial, Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta, Jl. Siliwangi, Kec. Gamping, Kab. Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta 55293, Indonesia

² Prodi Rekam Medis, Fakultas Kesehatan, Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta, Jl. Brawijaya, Kec. Gamping, Kab. Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta 55294, Indonesia

Korespondensi: Mega Handayani, Prodi Akuntansi, Fakultas Ekonomi dan Sosial, Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta, Jl. Siliwangi, Kec. Gamping, Kab. Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta 55293, Indonesia
e-mail: mega.handayani@unjaya.ac.id

Article history:

Submitted November 30, 2022

Received in revised form July 5, 2023

Published online July 14, 2023

Abstrak. Pembayaran klaim atas layanan kesehatan menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi kesehatan keuangan sebuah rumah sakit. Indonesia telah mengalami beberapa perubahan sistem pembayaran yang berlaku. BPJS Kesehatan memulai studi operasional penerapan sistem pembayaran mixed-method INA-CBGs dan Global Budget sejak tahun 2018 yang terdiri dari tiga tahap di lima kabupaten/kota di Indonesia. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi penerapan sistem Global Budget di RSUD Wates sebagai salah satu rumah sakit di Kabupaten Kulon Progo yang menjadi pilot project BPJS-K. Penelitian ini merupakan jenis penelitian kualitatif dan pengambilan data dilakukan dengan studi dokumen dan wawancara. Dari hasil penelitian, diketahui bahwa pada tahun 2021 RSUD Wates mengalami surplus anggaran dan sebaliknya, di tahun 2022 rumah sakit mengalami defisit yang cukup signifikan. Meskipun demikian, efisiensi pembiayaan pelayanan kesehatan di RSUD Wates belum dapat dievaluasi secara keseluruhan dalam pelaksanaan uji coba global budget. Penerapan sistem global budget di RSUD Wates dilakukan pada kondisi yang tidak ideal dimana kondisi pada tahun 2020-2022 terjadi pandemi COVID-19 sehingga data jumlah pasien menjadi kurang relevan sebagai acuan perhitungan anggaran. Selain itu, semua tahapan dalam uji coba belum sepenuhnya dilaksanakan. Koordinasi dan peran dari para pemangku kebijakan diharapkan dapat lebih ditingkatkan agar kompetensi dan efisiensi pelayanan kesehatan rumah sakit menjadi optimal.

Kata Kunci: Global Budget, Sistem Pembayaran Klaim, BPJS-K, Anggaran dan Realisasi

Abstract. Claims payment for health services is one of the factors that affect the financial health of a hospital. Indonesia itself has experienced several changes to the existing payment system. BPJS-K started an operational study on the implementation of the INA-CBGs and the Global Budget mixed-method payment system since 2018 with three stages in five districts/city in Indonesia. This study aims to evaluate the implementation of the Global Budget system at RSUD Wates in Kulon Progo Regency that appointed as a BPJS-K pilot project. This research is qualitative research and data collection was carried out by studying documents and interviews. As a result, it is known that in 2021 RSUD Wates experienced a budget surplus and on the contrary, in 2022 the hospital experienced a significant deficit. However, the efficiency of health service financing at RSUD Wates cannot be evaluated as a whole in the implementation of the global budget trial. The implementation of the global budget at RSUD Wates was carried out under uncommon conditions where the COVID-19 pandemic occurred in 2020-2022 so that the data on the number of patients became less relevant as a reference for budget calculations. In addition, all stages in the trial have not been fully implemented. Coordination and the role of policy makers are expected to be improved so that the competence and efficiency of hospital health services can be optimized.

Keywords: Global Budget, Claim Payment System, BPJS-K, Budget and Realization

PENDAHULUAN

Indonesia memasuki *Universal Health Coverage* (UHC) yang bertujuan untuk memberikan perlindungan finansial dari biaya penggunaan pelayanan kesehatan yang berkualitas bagi seluruh masyarakat suatu negara. Efek dari diterapkannya sistem ini adalah pembiayaan yang semakin meningkat. BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara program jaminan kesehatan mengalami defisit, yang dinilai dari aset bersihnya, sebesar Rp 51 triliun pada tahun 2019 dan Rp 5,69 triliun pada tahun 2020 (BPJS, 2021). Dengan adanya hal tersebut, diperlukan suatu efisiensi dalam pembiayaan maupun sistem pembayaran pelayanan kesehatan.

Berdasarkan UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, pemerintah memberikan kewenangan kepada BPJS Kesehatan untuk mengembangkan model pembiayaan dan sistem pembayaran pelayanan kesehatan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas jaminan kesehatan. Lebih lanjut, fasilitas kesehatan milik Pemerintah dan Pemerintah Daerah yang memenuhi persyaratan wajib untuk bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, sementara fasilitas kesehatan milik swasta tidak memiliki kewajiban untuk bekerjasama (Purwadi, 2019). Agar jaminan kesehatan dapat terimplementasi dengan optimal, sistem pembayaran klaim rumah sakit menjadi salah satu faktor yang berpengaruh. Pembayaran fasilitas kesehatan dapat diartikan secara sederhana sebagai mekanisme pemberian dana kepada fasyankes untuk mengganti biaya pelayanan yang telah dikeluarkannya. Akan tetapi secara lebih luas, sistem pembayaran ini juga bekerja bersama hal-hal lain seperti kontrak, akuntabilitas terkait sistem pembayaran, sistem informasi manajemen dan lain-lain untuk tercapainya sebuah tujuan kebijakan. Hal ini dapat terjadi karena setiap sistem pembayaran diberlakukan, akan memunculkan sinyal-sinyal ekonomi yang akan direspon oleh fasyankes untuk memaksimalkan keuntungannya sehingga pihak pembuat kebijakan dapat menentukan respon positif apa yang diharapkan akan muncul. Oleh karena itu, sistem pembayaran fasyankes dapat menjadi alat (*tools*) yang sangat kuat untuk mencapai tujuan kebijakan (McIntyre dan Kutzin, 2016)

Indonesia telah mengalami beberapa perubahan sistem pembayaran yang berlaku. Sejak tahun 2008, BPJS Kesehatan (dahulu merupakan PT Askes) menerapkan metode pembayaran prospektif, khususnya *case-based payment* atau *Diagnostic Related Group* (DRG). Sebelumnya, metode yang diterapkan adalah metode pembayaran retrospektif yaitu sistem *fee for service* (FFS) dimana pembayaran ditetapkan setelah pelayanan kesehatan diberikan. Sistem FFS ini dinilai memiliki banyak kelemahan sehingga kemudian beralih ke sistem DRG (BPJS, 2014).

Sistem pembiayaan DRG adalah sistem atau cara pembayaran oleh penyanggah dana kepada penyelenggara pelayanan kesehatan dimana nominal biaya tidak dihitung berdasarkan jenis ataupun jumlah pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, akan tetapi berdasarkan kesepakatan harga menurut kelompok diagnosis penyakit dimana pasien yang sedang ditangani tersebut berada. Secara umum, *Diagnosis Related Group* (DRG) atau lebih dikenal di Indonesia sebagai INA-CBGs bertujuan untuk meningkatkan efisiensi dan transparansi, mengurangi lama hari rawat, meningkatkan mutu layanan, memberikan ruang yang kondusif bagi persaingan rumah sakit, perencanaan, penganggaran serta meningkatkan manajemen pelayanan kesehatan (Idris *et al.*, 2021). Dibandingkan *fee for service*, sistem tarif INA-CBGs lebih adil dan merata. Akan tetapi, pada implementasinya mekanisme INA-CBGs ini memunculkan beberapa risiko baru dimana rumah sakit menempuh beberapa cara yang tidak diharapkan oleh pengambil kebijakan, antara lain: pasien yang dirasa merugikan dirujuk ke fasyankes lain (*dumping*), pasien yang masih memerlukan perawatan dipulangkan lebih awal (*bloody discharge*) dengan harapan pasien berobat kembali (*readmisi*), layanan kesehatan sengaja dikurangi ataupun memberikan tambahan layanan (*gaming*) agar memperoleh group dengan insentif lebih besar serta *up coding* yaitu mengubah kode untuk memperoleh tarif yang lebih tinggi (Cots *et al.*, 2011; Hidayat, 2016). Implikasi negatif dari sistem INA-CBGs tersebut mengakibatkan pengeluaran BPJS-K yang tinggi dan menjadi salah satu

penyebab kondisi defisit yang tidak kunjung terselesaikan. Oleh karena itu, BPJS-K mempertimbangkan pengenalan sistem pembiayaan yang baru.

Berdasarkan penelaahan bersama pakar internasional dan pertimbangan internal, BPJS-K mengembangkan proposal uji coba (*piloting*) sistem *Global Budget* dimana sistem ini telah banyak diterapkan di negara lain. Keunggulan utama dari sistem ini adalah membatasi jumlah uang yang tersedia di sebuah rumah sakit dalam jangka waktu tertentu, biasanya satu tahun (USAID dan BPJS-K, 2017). Sistem *global budget* memungkinkan adanya negosiasi anggaran antara penyandang dana dan rumah sakit yang kemudian disepakati dalam periode waktu tertentu. Hampir semua negara yang mengadopsi DRG telah menerapkan kebijakan pembayaran *mixed method* DRG-*Global Budget* dengan variasi implementasinya demi menjaga kesinambungan sistem jaminan kesehatan nasional di negaranya (Mathauer dan Wittenbecher, 2013).

Pendekatan yang digunakan dalam menghitung anggaran rumah sakit di dalam sistem *global budget* adalah pendekatan historikal dimana rumah sakit menggunakan data pengeluaran riil tahun sebelumnya. Selain itu, juga digunakan pendekatan kapitasi yang didasarkan pada jumlah peserta dan karakteristik daerah serta patokan/ normatif yaitu patokan harga yang mempengaruhi pengeluaran rumah sakit (Langenbrunner, et.al., 2009).

Menurut Fattore dan Torbica (2006), *Global Budget* memiliki manfaat terkait pengendalian atas kecenderungan peningkatan aktivitas akibat pembayaran melalui sistem DRG dan berfungsi untuk menjaga anggaran di tingkat nasional. Faktor-faktor yang mempengaruhi perhitungan sistem ini antara lain: jumlah pelayanan pada tahun sebelumnya, kegiatan lain yang diprediksi akan dilakukan dan kinerja atas rumah sakit. Dengan adanya sistem ini rumah sakit mempunyai kepastian anggaran dalam periode waktu tertentu dan lebih leluasa dalam pemanfaatan anggaran sehingga kualitas pelayanan kesehatan dapat meningkat. Dari sisi BPJS-K sebagai badan penyelenggara, dapat lebih fokus pada peningkatan kualitas pelayanan kepada peserta dan penguatan

sistem jaminan kesehatan nasional karena biaya pelayanan di rumah sakit sudah lebih pasti dibandingkan sistem yang terdahulu. Luaran dari sistem pembayaran harus jelas dan terukur sehingga pengalokasian dana dapat dilaksanakan secara adil dan transparan kepada fasyankes. Baik penyelenggara (BPJS) maupun rumah sakit harus menyadari bahwa besaran anggaran yang ditetapkan adalah untuk memenuhi luaran yang telah disepakati (Idris *et al.*, 2021).

BPJS-K pada awalnya melakukan *pilot project* hanya di satu kabupaten akan tetapi kemudian ditambahkan menjadi lima kabupaten/kota se-Indonesia. Dari lima kabupaten/kota yang menjadi uji coba, salah satunya adalah Kabupaten Kulon Progo, Daerah Istimewa Yogyakarta. Penelitian sebelumnya terkait dengan implementasi *pilot project Global Budget* telah dilakukan oleh Wisni et.al (2022) dengan mengambil objek penelitian di RS Rizki Amalia pada tahun 2020. Rumah Sakit Rizki Amalia merupakan salah satu rumah sakit swasta yang ada di Kabupaten Kulon Progo. Dari hasil penelitian tersebut, dinyatakan bahwa penyebab selisih antara anggaran dan realisasi dibagi menjadi dua yaitu faktor yang dapat diantisipasi dan faktor yang tidak dapat diantisipasi. Faktor yang dapat diantisipasi antara lain jumlah layanan, jenis kredensial, dan perubahan TT. Sementara untuk faktor yang tidak dapat diantisipasi antara lain pandemi, jumlah peserta, karakteristik daerah, kompleksitas diagnosa, regulasi, kebijakan PRB (Pengurangan Risiko Bencana), dan *adjustment factor*.

Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi penerapan sistem *Global Budget* di RSUD Wates sebagai salah satu rumah sakit pemerintah di Kabupaten Kulon Progo yang juga menjadi *pilot project* BPJS-K dalam penerapan sistem pembayaran klaim tersebut. Permasalahan yang akan diteliti yaitu meliputi baik dari persiapan penerapan dan implementasinya, perbandingan perencanaan anggaran dan realisasi, penyebab apabila terjadi selisih serta mengidentifikasi dampak dan tantangan apa saja yang dihadapi selama menerapkan metode *Global Budget*. Diharapkan metode baru ini dapat memperbaiki kualitas pembayaran klaim rumah sakit sehingga kinerja keuangan

maupun kinerja pelayanan rumah sakit juga akan terus meningkat.

METODE

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kualitatif dengan metode studi kasus yang dilakukan di RSUD Wates, Kulon Progo. RSUD Wates merupakan Rumah Sakit Pemerintah tipe B yang berlokasi di Jl Tentara Pelajar Km. 1 No. 5 Wates, Kulon Progo, DI Yogyakarta dengan visi menjadi rumah sakit pendidikan dan pusat rujukan menuju pelayanan berstandar internasional.

Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi penerapan *Global Budget* sebagai sistem pembayaran klaim rumah sakit yang baru dalam tahap uji coba di Indonesia dimana pemerintah telah menunjuk rumah sakit yang ada di 5 Kabupaten/Kota (Kabupaten Tanah Datar, Kabupaten Gorontalo, Kabupaten Sumedang, Kabupaten Kulon Progo, dan Kota Bogor) sebagai *pilot project* atau proyek percontohan dalam penerapannya. RSUD Wates merupakan objek dalam penelitian ini karena merupakan salah satu rumah sakit pemerintah yang ditunjuk oleh BPJS-K sebagai *pilot project*. Pada penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Wisni (2022), diungkapkan bahwa terdapat selisih antara rencana dan realisasi anggaran *Global Budget* di RS Rizki Amalia sebagai salah satu rumah sakit swasta di Kulon Progo yang juga ditunjuk sebagai *pilot project* oleh BPJS-K dalam penerapan sistem pembayaran *Global Budget*.

Data yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan sekunder dimana data primer diperoleh melalui proses wawancara sedangkan data sekunder berupa dokumen anggaran dan laporan realisasi yang disusun oleh bagian keuangan. Instrumen penelitian yang disiapkan dalam penelitian ini berupa panduan wawancara yang pernah digunakan oleh Wisni (2022) dalam penelitian sebelumnya serta data keuangan (anggaran dan realisasi) dari RSUD Wates pada tahun 2021 dan 2022. Wawancara dilakukan dengan metode *key person* yaitu untuk memperoleh informan-informan kunci yang terkait dengan tema penelitian. Beberapa pihak internal rumah sakit yang diwawancarai antara lain Direktur Rumah Sakit, Kepala Bagian

Keuangan, Kepala Bagian Penjaminan dan Kepala Sub Bagian Pendapatan RSUD Wates.

HASIL

Ruang lingkup kegiatan di RSUD Wates meliputi beberapa kegiatan pelayanan kesehatan, diantaranya adalah pelayanan gawat darurat, pelayanan rawat inap, pelayanan rawat jalan, pelayanan haemodialisis, pelayanan radiologi, pelayanan laboratorium, dan lain-lain. RSUD Wates ditunjuk untuk berpartisipasi dalam uji coba penerapan sistem pembayaran klaim menggunakan metode *Global Budget* terhitung mulai untuk perencanaan anggaran pada periode Agustus 2021 dan seterusnya.

Kebijakan untuk menerapkan sistem pembayaran *global budget* di Indonesia memerlukan adanya uji coba untuk melihat efeknya terhadap pelayanan kesehatan dan pembiayaan rumah sakit. Dalam penelitiannya, Idris *et al.* (2021) menyebutkan bahwa terdapat tiga tahapan dalam uji coba sistem pembayaran ini yaitu:

Tahap pertama. *Global Budget Tanpa Risiko* dimana nominal *global budget* dihitung dan disepakati bersama antara BPJS Kesehatan dan rumah sakit meskipun risiko atas surplus ataupun defisit anggaran belum diterapkan sehingga rumah sakit akan menerima dana sesuai dengan pengajuan klaim. Pada tahun pertama, anggaran yang telah disepakati belum diberikan kepada rumah sakit (*virtual*) dan proses pembayaran klaim masih sama dengan prosedur pembayaran INA-CBG yang berlaku sebelumnya. Selanjutnya di tahun kedua, BPJS-K memberikan dana anggaran kepada rumah sakit per triwulan dengan 30% sebagai *withhold* (penangguhan) yang akan diberikan pada akhir tahun tanpa adanya risiko pada rumah sakit.

Tahap kedua. *Global Budget Risiko Sebagian* dimana rumah sakit menerima anggaran yang sudah disepakati per triwulan dan BPJS-K memberikan *withhold* pada akhir tahun dengan risiko yang ditanggung oleh kedua belah pihak apabila terjadi surplus maupun defisit anggaran.

Tahap ketiga. *Global Budget Risiko Penuh* dimana kurang lebih sama dengan tahap

kedua hanya saja pada tahap ini sudah ada penerapan risiko penuh kepada rumah sakit atas surplus/defisit anggaran.

Pada tahap pertama, kinerja rumah sakit dipantau dan dihitung namun tidak berdampak pada besaran anggaran. Sedangkan pada tahap kedua dan ketiga, kinerja rumah sakit menjadi pertimbangan besarnya anggaran di tahun berikutnya. Selain itu, proses pembayaran klaim tetap mengikuti prosedur yang berlaku dan menggunakan tarif INA-CBGs di ketiga tahapan.

Unit Rumah Sakit yang bertugas menyusun anggaran *global budget* di RSUD Wates adalah Bagian Penjaminan. Unit tersebut akan berkonsultasi dengan Bagian Pelayanan untuk mengantisipasi apabila ada rencana penambahan layanan selama periode anggaran. Pada anggaran *global budget* RSUD Wates di tahun 2022 sendiri sudah ditambah dengan perkiraan penambahan ataupun pengembangan layanan pada tahun berjalan sebesar 20%.

Dari hasil wawancara dengan Kepala Bagian Penjaminan, beliau menjelaskan bahwa *global budget* awalnya bersifat kewilayahan (satu kabupaten) bukan per rumah sakit yang bertujuan untuk meminimalkan pasien keluar dari kabupaten Kulon Progo. Sistem pembayaran pelayanan kesehatan yang digunakan pada dasarnya adalah perpaduan (*mixed*) antara INA-CBGs dan *global budget* sehingga dalam perhitungan anggaran *global budget* tetap mengacu pada kebijakan pembayaran INA-CBGs. Dalam alur penyusunan anggaran, yang pertama kali dilakukan adalah memperkirakan jumlah kunjungan atau total kasus di RSUD Wates berdasarkan data kunjungan 2-3 tahun sebelumnya. Selanjutnya, dalam menghitung berapa total nominal *global budget*, RSUD Wates mengisi suatu *template* yang sudah disiapkan oleh BPJS. Bagian Penjaminan hanya perlu menyesuaikan isian-isian yang memerlukan informasi dari pihak rumah sakit.

Perhitungan anggaran *global budget* di RSUD Wates meliputi beberapa komponen yaitu total anggaran CBG (anggaran rawat inap ditambah anggaran rawat jalan), total anggaran non-CBG (anggaran alat kesehatan dan obat yang tidak masuk dalam *group*

INA-CBG), dan *top up* (tambahan biaya prosedur khusus). Sementara itu, total anggaran CBG diperoleh melalui formula yang terdiri dari: *Casemix index* (CMI), *Casemix*, dan *Hospital Base Rate* (HBR).

CMI merupakan suatu indeks yang umum digunakan oleh rumah sakit untuk mengevaluasi kinerja karena memberikan gambaran rata-rata keparahan penyakit pasien yang ditangani dalam suatu rumah sakit (Mendez *et al.*, 2014). Selain itu, CMI ini sendiri dirancang untuk menghitung pembayaran rumah sakit dan sangat bergantung pada dokumentasi dan keakuratan pengkodean (*coding*). Perhitungan CMI yaitu rata-rata terbobot dari *cost weight* kasus-kasus yang ditangani oleh rumah sakit, dimana *cost weight* merupakan bobot biaya perawatan kasus CBG tertentu terhadap biaya perawatan kasus CBG lainnya. Angka *cost weight* dihitung pada skala nasional sehingga berlaku untuk semua rumah sakit baik pemerintah maupun swasta. Angka ini diperoleh bagian Penjaminan RSUD Wates langsung berdasarkan informasi dari BPJS.

Casemix menunjukkan volume aktivitas rumah sakit secara lebih nyata karena mempertimbangkan jumlah kunjungan dan keparahan penyakit yang diderita pasien (Idris *et al.*, 2021). Semakin banyak jumlah kasus dan semakin tinggi tingkat keparahan penyakit yang ditangani rumah sakit maka akan semakin besar angka *casemix*-nya sehingga semakin besar pula sumber daya yang dibutuhkan oleh rumah sakit tersebut.

HBR merupakan angka referensi dalam satuan moneter (rupiah) yang merujuk pada satu unit *casemix* atau kasus CBG dengan *cost weight* sama dengan satu. Nilai HBR Nasional berlaku secara nasional, dibedakan berdasarkan tipe rumah sakit dan regionalnya. Anggaran *Global Budget* CBGs dibentuk dengan mengalikan HBR Nasional dengan angka *casemix* yang sudah diperoleh.

Anggaran satu tahun dimulai pada bulan Desember sampai dengan bulan November tahun berikutnya. Jadi, anggaran *global budget* tahun 2022 mulai disusun oleh Bagian Penjaminan RSUD Wates pada bulan Oktober 2021 untuk periode anggaran Desember 2021 sampai dengan November 2022. Berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala Bagian Keuangan RSUD Wates, meskipun *global*

budget sudah mulai disosialisasikan dari tahun 2019 namun pada praktiknya, anggaran yang benar-benar disusun oleh Bagian Penjaminan

baru dimulai untuk anggaran periode tahun 2021-2022. Perhitungan anggaran untuk periode tahun 2021 (Desember 2020-November 2021) ditampilkan pada tabel 1.

Tabel 1. Perbandingan Perhitungan *Global Budget* RSUD Wates dan Realisasi 2021

Keterangan	Global Budget 2021	Realisasi 2021
Jumlah Kunjungan		
Rawat Inap	6.901	1.267
Rawat Jalan	55.493	13.854
Budget dan Realisasi		
Rawat Inap	35.260.492.358	9.178.936.184
Rawat Jalan	24.042.897.925	4.313.251.200
Alat Kesehatan	24.435.039	5.904.250
Obat	1.960.720.841	708.080.521
Top Up	943.519.378	
Total	62.232.065.541	14.206.172.155

Berdasarkan data dari Bagian Keuangan, total realisasi klaim untuk bulan Agustus sampai dengan November 2021 adalah sejumlah Rp14.206.172.155,00. Meskipun anggaran yang direncanakan semula untuk tahun 2021 adalah sebesar Rp62.232.065.541,00 akan tetapi dana yang disalurkan dari BPJS-K sebagai uang muka *global budget* pertama kali baru terjadi di bulan September dan November 2021 sebesar masing-masing Rp10.812.764.779,00. Dengan demikian, sisa anggaran *Global Budget* pada tahun anggaran 2021 adalah sebesar Rp7.419.357.403,00 (Rp21.625.529.558,00-Rp14.206.172.155,00). Selanjutnya, RSUD Wates telah menyusun anggaran *global budget* untuk periode Desember 2021-November 2022 dan juga telah diperoleh data realisasi atas anggaran tersebut. Perbandingan antara perhitungan anggaran *global budget* dengan realisasi ditunjukkan oleh tabel 2.

Tabel 2. Perbandingan Perhitungan *Global Budget* RSUD Wates dan Realisasi 2022

Keterangan	Global Budget 2022	Realisasi 2022
Jumlah Kunjungan		
Rawat Inap	4.809	5.836
Rawat Jalan	48.979	50.999
Budget dan Realisasi		
Rawat Inap	35.678.271.547	44.423.902.237
Rawat Jalan	15.597.207.340	16.399.115.565
Alat Kesehatan	19.781.997	40.105.501
Obat	2.091.708.187	2.112.056.214
Top Up	668.852.473	
Total	54.055.821.544	62.975.179.517

D

Sesuai dengan ketentuan dari BPJS-K, tiga puluh persen dari total anggaran *global budget* tahun 2022 ditangguhkan (*withhold*) yaitu sebesar Rp16.216.746.466,00. Selanjutnya, BPJS-K telah memberikan dana *global budget* kepada RSUD Wates di tahun 2022 dengan total Rp37.839.075.080,00 melalui 4 termin antara lain: (a) termin I dan termin II pada tanggal 12 Januari 2022 dan 10 Maret 2022, masing-masing sebesar Rp8.012.296.641,00; dan (b) termin III dan termin IV pada tanggal 6 Juni 2022 dan 6 September 2022, masing-masing sebesar Rp10.907.240.899,00.

Pada *global budget* di RSUD Wates, terjadi kenaikan realisasi jumlah kunjungan rawat inap dibandingkan perkiraan saat penyusunan *global budget* 2022 yaitu sebesar 21,4% sedangkan kenaikan total anggaran rawat inap sendiri mencapai 24,5%. Begitu juga dengan realisasi jumlah kunjungan rawat jalan mengalami kenaikan sebesar 4,1% dari perkiraan saat penghitungan *global budget* dan total anggaran juga mengalami kenaikan sebesar 5,1%. Sementara itu, terdapat selisih antara realisasi total klaim sampai November 2022 dibandingkan dengan nominal *global budget* 2022 sebesar Rp8.919.357.973,00 atau

sebesar 16,5% dimana realisasi lebih besar daripada nominal anggaran *global budget*.

Realisasi pada layanan rawat jalan dan rawat inap tidak terdapat data untuk memisahkan berapa nominal realisasi top up. Menurut keterangan dari Kepala Bagian Penjaminan, sewaktu realisasi pada rawat jalan dan rawat inap sudah termasuk di dalamnya realisasi untuk top up (bagian dari anggaran *global budget* untuk memperhitungkan obat khusus, prosedur khusus, prosthesis khusus, dan investigasi khusus). Sedangkan realisasi *global budget* non-CBG dibandingkan dengan nominal anggaran berupa alat kesehatan mengalami kenaikan sebesar 102,7% dan obat mengalami kenaikan sebesar 0,97%.

DISKUSI

Sistem pembayaran *global budget* dinilai dapat mengendalikan biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit tanpa melanggar otonomi profesional sehingga rumah sakit bebas untuk memutuskan cara terbaik untuk memberikan layanan kesehatan kepada para pasien (Chen & Fan, 2015). RSUD Wates sebagai salah satu rumah sakit pemerintah ditunjuk BPJS-K untuk melaksanakan uji coba penerapan *global budget* mulai tahun 2019. Menurut keterangan dari Kepala Bagian Keuangan, meskipun sudah ada sosialisasi sejak tahun 2019, namun dalam pelaksanaannya uang muka baru ditransfer oleh BPJS-K pada akhir 2021. RSUD Wates melalui Bagian Penjaminan menyusun sendiri anggaran *global budget* di tahun 2021 dimana sebelumnya nominal anggaran dibantu oleh pihak BPJS-K dalam penghitungan. Hal ini sesuai dengan tahapan yang telah ditetapkan oleh BPJS-K bahwa pada tahap pertama tahun pertama (*Global Budget Tanpa Risiko*), nominal anggaran *global budget* memang sudah disepakati akan tetapi dana belum benar-benar diberikan kepada rumah sakit dan proses pembayaran klaim masih mengikuti prosedur sebelumnya melalui klaim pembayaran INA-CBG.

Pada *global budget* 2021, meskipun dana baru diberikan pada bulan Agustus 2021 namun secara keseluruhan bisa dikatakan pada tahun tersebut terjadi surplus anggaran. Sedangkan pada *global budget* 2022, terjadi

defisit anggaran yang cukup signifikan sebesar 16,5% terhadap realisasi sampai dengan bulan November 2022. Realisasi pada biaya pelayanan rawat inap 24,5% lebih besar dibandingkan dengan anggaran *global budget*. Hal ini didukung dengan kenaikan jumlah kunjungan rawat inap sebesar 21,4%. Apabila melihat dari persentase kenaikan keduanya dimana persentase kenaikan total anggaran lebih besar dibanding persentase kenaikan jumlah kunjungan (24,5% > 21,4%), hal ini dapat mengindikasikan bahwa terdapat faktor selain jumlah kunjungan yang mempengaruhi realisasi. Menurut keterangan dari Bagian Keuangan, selain karena pasien rawat inap mengalami peningkatan tetapi juga karena pasien yang awalnya rawat jalan kemudian lanjut rawat inap klaimnya tetap satu paket sebagai rawat inap.

Faktor lain yang menyebabkan realisasi total anggaran menjadi meningkat adalah karena pasien RSUD Wates banyak yang merupakan pasien rujukan yang masuk ke ruang perawatan kritis (ICU, ICCU, isolasi) dan adanya penambahan layanan hemodialisis di tahun 2022 sehingga angka CMInya relatif lebih tinggi dibandingkan saat penghitungan *global budget*.

Pada tahun 2021, perhitungan *global budget* menggunakan dasar jumlah kunjungan pada tahun 2019 sampai dengan 2020. Hal ini mengakibatkan angka anggaran menjadi lebih tinggi dibandingkan realisasinya karena dasar perhitungan jumlah kunjungan adalah pada tahun dimana kondisi sebelum pandemi (2019-2020) sedangkan di tahun realisasi (2021) pasien lebih sedikit dikarenakan tahun tersebut kasus covid-19 sedang pada posisi puncak sehingga masyarakat menghindari kunjungan ke rumah sakit untuk mengurangi risiko terpapar virus covid-19. Sebaliknya, pada anggaran untuk tahun 2022, dasar jumlah kunjungan mengacu pada jumlah kunjungan di tahun 2020-2021 dimana jumlah kunjungan rendah sementara pada waktu realisasi di tahun 2022, jumlah kunjungan meningkat pasca kondisi kasus covid-19 menurun. Faktor adanya pandemi inilah yang menjadi tantangan utama bagi RSUD Wates dalam penerapan sistem *global budget* karena dirasa uji coba ini dilakukan pada saat yang kurang tepat karena kondisi yang tidak normal (pandemi). Sedangkan faktor CMI dan dinamika pelayanan rumah sakit memang memiliki

dampak akan tetapi tidak begitu signifikan.

Berdasarkan hasil wawancara dengan BPJS Sleman, sistem *global budget* memang diharapkan dapat membawa perubahan dibanding sistem yang sudah ada. Akan tetapi, sistem ini baru dalam tahap uji coba tahap awal dalam artian rumah sakit belum mengalami tahap *global budget* risiko sebagian maupun risiko penuh. Hal ini membuat pihak BPJS Kesehatan belum dapat mengevaluasi apakah terdapat dampak yang signifikan terkait peningkatan efisiensi pembiayaan ketika melakukan uji coba *global budget*. Selama ini yang paling terlihat adalah adanya peningkatan jumlah kasus dan perluasan area pelayanan di rumah sakit baik yang menerapkan *pilot project* maupun tidak sehingga sulit untuk dikatakan bahwa hal ini merupakan dampak dari implementasi *global budget*. Meskipun demikian, dengan adanya implementasi *pilot project global budget* ini setidaknya memberikan wawasan baru kepada para pemangku kebijakan kesehatan di daerah untuk lebih dapat mengoptimalkan kompetensi dan kesiapan dari fasilitas kesehatan yang ada di masing-masing daerah sehingga pasien yang berdomisili di Kulon Progo tidak perlu keluar dari wilayah.

KESIMPULAN DAN SARAN

Sistem pembayaran *global budget* diajukan sebagai alternatif sistem pembayaran klaim BPJS di Indonesia untuk mengatasi beberapa kelemahan dan risiko dari sistem yang ada sebelumnya meskipun masih dalam tahap uji coba. Meskipun tidak ada sistem pembayaran yang dirasa bisa sempurna dalam mencapai tujuan menjaga kesinambungan sistem jaminan kesehatan nasional di sebuah negara, akan tetapi uji coba ini dilakukan pada saat kondisi yang tidak normal (pandemi covid-19) sehingga dikhawatirkan pengambilan kebijakan selanjutnya akan menjadi bias. Pada kondisi yang normal, metodologi dalam perhitungan *global budget* yang diterapkan cukup akurat untuk memperkirakan kebutuhan anggaran rumah sakit.

Pihak RSUD Wates merasakan dengan adanya sistem *global budget* maka manajemen rumah sakit memiliki kepastian anggaran selama 1 tahun, begitu juga dengan pihak

BPJS Kesehatan dapat memproyeksikan beban biaya pelayanan kesehatan tiap tahunnya. Berdasarkan hasil penelitian, terjadi peningkatan jumlah kasus dan perluasan area pelayanan rumah sakit di tahun 2022 sehingga anggaran rumah sakit menjadi defisit, meskipun sempat terjadi surplus di tahun 2021. Akan tetapi, secara keseluruhan belum dapat dievaluasi mengenai efisiensi pembiayaan pelayanan kesehatan di rumah sakit akibat dari pelaksanaan uji coba *global budget*. Selain karena kondisi pandemi, semua tahapan dalam uji coba belum dapat dilakukan. Rumah sakit hanya mengalami fase dimana risiko surplus maupun defisit anggaran masih menjadi tanggungan BPJS Kesehatan.

Koordinasi dan peran dari BPJS Kesehatan terhadap rumah sakit diharapkan bisa lebih ditingkatkan agar uji coba ini bisa berjalan dengan baik. Kebijakan-kebijakan dari pemerintah melalui BPJS Kesehatan yang berganti-ganti membuat pihak rumah sakit harus menjadi pihak yang menyesuaikan. Hal ini dikhawatirkan akan mengganggu stabilitas rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan. Dengan adanya koordinasi yang lebih solid antar lembaga diharapkan efisiensi pelayanan kesehatan di rumah sakit lebih mudah tercapai.

Selain itu, indikator kinerja rumah sakit sebagai bagian dari monitoring pelaksanaan sebuah sistem pembayaran harus lebih ditekankan lagi agar tujuan dari diterapkannya suatu sistem dapat terwujud.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak di RSUD Wates yang telah bersedia menjadi narasumber dalam penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

BPJS (2014) *Fee for Service Vs INA CBGs: Mana yang Lebih Menguntungkan?* Available at: <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/post/read/2014/63/Fee-for-Service-Vs-INA-CBGs-Mana-yang-Lebih-Menguntungkan> (Accessed: 5 February 2022).

- BPJS (2021) *Laporan Pengelolaan Program Tahun 2020 & Laporan Keuangan Tahun 2020*. Available at: <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/arsip/view/1757>.
- Chen, B. and Fan, V. Y. (2015) 'Strategic Provider Behavior under Global Budget Payment with Price Adjustment in Taiwan', *Health Economics (United Kingdom)*. doi: 10.1002/hec.3095.
- Cots, F. *et al.* (2011) 'DRG-based hospital payment: Intended and unintended consequences. In Diagnosis-Related Groups in Europe Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals', *European Observatory on Health Systems and Policies Series*, (4). Available at: http://eurodrp.projects.tu-berlin.de/publications/DRGbook/Ch6_Cots.pdf.
- Fattore, G. and Torbica, A. (2006) 'Inpatient reimbursement system in Italy: How do tariffs relate to costs?', *Health Care Management Science*. doi: 10.1007/s10729-006-9092-2.
- Hidayat, B. (2016) 'Terapi Sistemik Defisit JKN: Bahan Refleksi Bagi Semua Pihak', *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 1(1). doi: 10.7454/eki.v1i1.1869.
- Idris, F. *et al.* (2021) 'Sistem Pembayaran Mixed Method INA-CBGs dan Global Budget di Rumah Sakit: Tahap I Uji Coba Mixed Method INA-CBGs-Global Budget di Indonesia', *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 5(2), pp. 72–88. doi: 10.7454/eki.v5i2.4819.
- Langenbrunner, J. Chasin, C. and O'Dougherty, S. (2009) 'Designing and implementing health care provider payment systems : how-to manuals', *The World Bank, Washington, D.C.*
- Mathauer, I. and Wittenbecher, F. (2013) 'Hospital Payment Systems Based on Diagnosis-Related Groups: Experiences in Low-and Middle-Income Countries', *Bulletin of the World Health Organization*, 91(10), pp. 746-756A. doi: <https://doi.org/10.2471/BLT.12.115931>.
- McIntyre, D. and Kutzin, J. (2016) *Health Financing Guidance No 1; Health financing country diagnostic: a foundation for national strategy development*, Geneva: World Health Organization. Geneva: World Health Organization. Available at: https://www.who.int/health_financing/documents/country-diagnostic/en/.
- Mendez, C. M. *et al.* (2014) 'Impact of hospital variables on case mix index as a marker of disease severity', *Population Health Management*. doi: 10.1089/pop.2013.0002.
- Purwadi, K. (2019) '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)', *Jurnal Idea Hukum*, 5(2), pp. 1475–1490. doi: 10.20884/1.jih.2019.5.2.121.
- USAID and BPJS-K (2017) *BPJS-K Hospital Global Budgeting Pilot Project: Technical Assistance Supported by USAID/Indonesia*. Available at: https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00T4JC.pdf.
- UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (no date). Available at: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/40787>.
- Wisni, A., Yaya, R. and Dewi, A. (2022) 'View of Global Budget Pilot Project Evaluation: Case Study at Rizki Amalia Hospital', *Italienisch*, 12(1), pp. 434–447. Available at: <https://italienisch.nl/index.php/VerlagSauerlander/article/view/210/209>.