

Kesiapan Rumah Sakit dalam Implementasi Sistem Pembayaran *Global Budget* di Kabupaten Purworejo

Dina Anjayani¹, Andreasta Meliala², Julita Hendrartini³

¹ BPJS Kesehatan, e-mail : dina.anjayani@bpjs-kesehatan.go.id

²⁻³ Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Gadjah Mada, e-mail : andremeliala@gmail.com

Abstract: In 2018, BPJS Kesehatan initiated a pilot project to integrate the INA CBGs and Global Budget mixed-method hospital payment system (global budget). Purworejo Regency is one of the areas designated as a pilot for the Global Budget payment system's deployment. The outcomes of the Hospital performance indicators in the first-semester review were less than ideal. Consequently, it is required to study the Hospital's readiness to implement the Global budget Payment System. This study set out to determine how prepared the hospitals in Purworejo Regency were to implement the Global Budget payment scheme. A descriptive design and a qualitative methodology were used in the research. The management of four hospitals in Purworejo Regency is the topic of the study. Observations and interviews were used to explore hospitals' readiness to implement the Global Budget payment system in terms of health facilities' perception, Quality Control and Cost Control strategies, Global Budget calculations, and patient satisfaction through the results of the Walk Through Audit. Through the four key variables mentioned above, the scoring technique is used to evaluate the readiness of hospitals to implement the Global Budget payment system. The modified CCCEAR (California Community Clinic EHR Evaluation and Readiness) tool is used for the readiness assessment, which has three readiness levels: 1) not ready (score 0-33), 2) moderately ready (34-66), and 3) ready (67-100). Result: According to a qualitative examination of data from observations and interviews, the hospital scored 26 from assessor II and 24 from assessor I, positioning it in the second range. This demonstrates that the hospital is not ready and has not considered developing a more comprehensive and in-depth plan for implementing the Global Budget payment system, nor how to create capacity to enable successful adoption and implementation. Conclusion: The hospital is not yet at its highest level of readiness to adopt the Global Budget payment system in Purworejo Regency, according to the scoring findings on four variables of hospital readiness.

Keywords: Global Budget; hospital readiness; hospital perception; global budget calculation; patient satisfaction.

Abstrak: Pada tahun 2018 BPJS Kesehatan mulai mengawali *pilot project* penerapan sistem pembayaran Rumah Sakit *mixed-method* INA CBGs dan *global budget*. Kabupaten Purworejo menjadi salah satu wilayah

yang ditunjuk sebagai uji coba implementasi sistem pembayaran *global budget*. Evaluasi triwulan 1 tahun 2022 menunjukkan hasil yang kurang optimal dari indikator kinerja Rumah Sakit. Untuk itu perlu dilakukan penelitian bagaimana kesiapan Rumah Sakit dalam Implementasi Sistem Pembayaran *Global Budget*. Tujuan dilakukan penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi kesiapan rumah sakit dalam implementasi sistem pembayaran *Global Budget* di Kabupaten Purworejo. Metode : Penelitian menggunakan rancangan deskriptif dengan pendekatan kualitatif dan kuantitatif. Subyek penelitian adalah manajemen enam Rumah Sakit di Kabupaten Purworejo. Observasi dan wawancara digunakan untuk mengeksplorasi kesiapan rumah sakit dari aspek persepsi faskes, strategi kecukupan anggaran RS, perhitungan *Global Budget*, dan kepuasan pasien melalui hasil *Walk Through Audit*. Metode skoring digunakan untuk menilai kesiapan rumah sakit dalam implementasi sistem pembayaran *Global Budget* melalui empat variabel utama di atas. Penilaian kesiapan menggunakan alat CCCEAR (*California Community Clinic EHR Assessment and Readiness*) yang telah dimodifikasi, dengan tiga tingkat kesiapan, yakni 1) Belum siap (skor 0- 33), 2) cukup siap (34-66), dan 3) sangat siap (67-100). Hasil : Analisis kualitatif yang dilakukan terhadap data hasil observasi dan wawancara menunjukkan bahwa rumah sakit berada pada rentang kedua dengan skor 26 oleh penilai I dan skor 24 oleh penilai II. Hal ini mengindikasikan bahwa rumah sakit berada dalam kategori tidak siap dan belum mempertimbangkan untuk mengembangkan rencana yang lebih komprehensif dan terperinci dalam implementasi sistem pembayaran *Global Budget*, serta bagaimana membangun kapasitas untuk memastikan keberhasilan adopsi dan implementasinya. Kesimpulan : Hasil skoring terhadap empat variabel kesiapan rumah sakit dalam implementasi sistem pembayaran *Global Budget* menunjukkan bahwa rumah sakit belum mempunyai kesiapan yang optimal untuk bergerak maju dalam implementasi sistem pembayaran *Global Budget* di Kabupaten Purworejo.

Kata Kunci: *Global Budget*; kesiapan rumah sakit; persepsi rumah sakit; perhitungan *Global Budget*; kepuasan pasien.

PENDAHULUAN

Sistem pembayaran *Global Budget* merupakan cara pembayaran kepada fasilitas kesehatan (faskes) berdasarkan alokasi anggaran yang dihitung untuk jangka waktu tertentu. Pemilihan sistem pembayaran *global budget* yang dikombinasikan dengan INA CBGs ini bertujuan untuk memastikan biaya yang diterima oleh RS dalam memberikan layanan terhadap peserta jaminan kesehatan pada periode tertentu. Biaya yang diterima merupakan hasil kesepakatan dari kedua belah pihak (penjamin dan pemberi layanan kesehatan). (Berenson et al., 2016; Idris et al., 2021) Sistem pembayaran *global budget* banyak digunakan di negara-negara maju seperti Jerman, Kanada, Australia, Belgia, Perancis, Belanda, Swiss, Inggris, Swedia, juga beberapa negara di Asia seperti Taiwan, Thailand, dan Cina. Pembiayaan kesehatan dengan *global budget* telah terbukti menjadi teknik pengendalian biaya yang populer, terutama setelah peningkatan biaya kesehatan secara signifikan yang dialami sebagian besar negara pada tahun 1970-an dan 1980-an. Sebuah studi (U.S. General Accounting Office 1991) memperkirakan bahwa *global budget* di negara-negara tertentu

dapat menurunkan pembiayaan sesuai dengan inflasi untuk layanan pelayanan kesehatan berkisar antara sembilan sampai dengan tujuh belas persen. (Wolfe & Moran, 1993)

Global budget mendorong pengendalian pembiayaan kesehatan dan implementasi dari *global budget* dapat berbagai bentuk sesuai dengan kondisi sistem kesehatan masing-masing negara. Perbedaan di antara bentuk-bentuk ini dapat menghasilkan dampak yang berbeda pada perilaku provider, penggunaan layanan kesehatan, dan kesehatan penduduk. Pada tahun 1989, Jerman menjadi negara pertama yang menerapkan sistem pembayaran *global budget*. *Global budget* kemudian diimplementasikan di banyak negara, masing-masing dengan desain dan hasilnya sendiri. *Global budget* dapat diimplementasikan sebagai *global budget* secara nasional yang mencakup semua atau sebagian besar layanan pelayanan kesehatan, seperti di Inggris dan Jerman. *Global budget* dapat diimplementasikan secara sektoral, seperti rawat jalan, rawat inap dan pelayanan kesehatan lainnya. Penganggaran sektoral telah dilaksanakan di Prancis dan Taiwan. (B. Chen & Fan, 2016; F. J. Chen et al., 2007; Cheng et al., 2009)

Tujuan implementasi INA-CBGs *mix method Global Budget* adalah efisiensi, keterbukaan, mengurangi *Length of Stay* (LOS), peningkatan mutu layanan, menumbuhkan iklim yang sehat untuk persaingan rumah sakit, perencanaan, penganggaran serta peningkatan manajemen pelayanan Kesehatan. (Annear, 2015; Cheng et al., 2009) Sistem pembayaran *global budget* dipilih karena pembiayaan kesehatan terus meningkat dari tahun ke tahun dan diperlukan adanya pengendalian biaya untuk memastikan bahwa biaya yang dikeluarkan adalah wajar dengan alokasi sumber daya yang merata tanpa meninggalkan kualitas layanan Kesehatan. (Nouraie S , Amir Ali Akbari S , Vameghi R, 2019) Batas anggaran didesain untuk mengendalikan pengeluaran dan mendorong RS untuk menerima volume layanan yang wajar. Sistem pembayaran *global budget* menjadi pilihan pembayaran kesehatan oleh berbagai negara di dunia untuk mengendalikan kenaikan pengeluaran pelayanan kesehatan. (Hwang, 2005) Penjaminan pembiayaan kesehatan di RS bertujuan untuk pengendalian dalam peningkatan produksi dan memberi insentif kepada rumah sakit sehingga dapat memberikan pelayanan yang lebih efisien dan pemanfaatan yang lebih rendah (B. Chen & Fan, 2014; Gaspar et al., 2020; Wolfe & Moran, 1993). Terdapat tiga kunci keberhasilan dalam sistem pembayaran *global budget* yaitu faktor sumber daya manusia, kekuatan pengumpulan data, dan keterlibatan pemain kunci di awal yaitu klinisi, payer, dan regulator. (Pannarunothai, 2017)

Pada tahun 2018 BPJS Kesehatan mulai mengawali *pilot project* penerapan sistem pembayaran RS *mixed-method* INA CBGs dan *Global budget*. Pada tahap uji coba ini ada 3 tahapan yaitu *global budget* tanpa risiko, *global budget* risiko sebagian, dan *global budget* risiko penuh. Pada tahap *global budget* tanpa risiko BPJS Kesehatan bersama dengan RS menghitung anggaran *global budget* tetapi belum ada risiko sehingga apabila terjadi kelebihan maupun kekurangan anggaran pada tahun berjalan, RS masih menerima pembayaran sesuai dengan klaim yang diajukan. Tahap kedua adalah

global budget Risiko Sebagian. Pada tahap ini anggaran yang telah disepakati diberikan kepada RS setiap tiga bulan dan *withhold* dibayarkan pada akhir tahun dengan penerapan pembagian risiko kepada BPJS Kesehatan dan RS atas lebih atau kurangnya anggaran. Persentase pembagian risiko ini disepakati besarnya dengan mempertimbangkan kondisi finansial para pihak dengan besaran persentase lebih besar pada BPJS Kesehatan. Kinerja RS menjadi pertimbangan besaran anggaran pada tahun berikutnya. Tahap ketiga adalah *global budget* Risiko Penuh. Pada tahap ini anggaran yang telah disetujui dibayarkan kepada RS setiap tiga bulan dan *withhold* diberikan pada akhir tahun. Pada tahap ini telah diberlakukan risiko penuh kepada RS terhadap kelebihan dan kekurangan anggaran pada tahun berjalan (Idris et al., 2021).

Pada tahun 2019 dan 2020 dilakukan perluasan wilayah *pilot project* termasuk di dalamnya adalah Kabupaten Purworejo yang mempunyai dua belas RS, terdiri atas 1 RS Pemerintah tipe B, 1 RS Pemerintah tipe C, 5 RS swasta tipe C dan 5 RS tipe D. Pada tahun 2020, mulai dilakukan perhitungan anggaran *global budget* antara RS dengan BPJS Kesehatan dan telah disepakati besaran anggaran yang mulai diberlakukan pada tahun 2021 sebagai uji coba tahap pertama *global budget* tanpa risiko. Total biaya pelayanan kesehatan untuk rumah sakit di Kabupaten Purworejo pada tahap pertama uji coba *global budget* tahun 2021 adalah sebesar Rp 164.103.395.595,00 atau turun sebesar 13,3% dari biaya total tahun 2020. Hal ini dimungkinkan karena saat ini sedang dalam situasi pandemi di mana angka pemanfaatan kesehatan di luar kasus Covid 19 menjadi turun.

Kesiapan merupakan faktor yang sangat menentukan pada karyawan atau SDM dalam implementasi perubahan suatu kebijakan atau sistem. (Holt et al., 2007; Randall et al., 2020; Sharma et al., 2018) Menurut Holt, ada beberapa dimensi yang dapat dilihat dalam pengukuran kesiapan suatu perubahan yaitu : 1) *Appropriateness* merupakan keyakinan individu bahwa perubahan yang terjadi adalah hal yang benar atau tepat bagi organisasi, 2) *Change Efficacy*, merupakan keyakinan individu bahwa dirinya mempunyai kemampuan untuk melakukan perubahan yang diharapkan, 3) *Management Support* merupakan keyakinan individu bahwa pemimpin atau manajemen mendukung terhadap langkah-langkah perubahan, 4) *Personal Benefit* merupakan keyakinan individu bahwa perubahan yang diimplementasikan ini membawa manfaat bagi dirinya secara pribadi. Dalam pengertian organisasi, indikasi dari kesiapan individu atau Sumber Daya Manusia (SDM) untuk berubah adalah turut sertanya individu berkontribusi dalam perubahan organisasi. (Kopalle & Lehmann, 1995) Sejauh mana SDM siap secara mental, psikologis, fisik, sedia untuk berkontribusi dalam pengembangan organisasi. Kesiapan SDM dapat dilihat dari persepsi individu dalam melihat fenomena perubahan yang mendorong individu tersebut untuk dapat berpartisipasi dalam perubahan.

Beberapa masalah yang telah ditemukan saat evaluasi *global budget* menunjukkan pentingnya persiapan yang baik sebelum mulai dilaksanakannya perubahan sistem dalam hal ini sistem pembayaran (de Oliveira, 2018). Beberapa yang harus disiapkan antara lain pemahaman,

perencanaan dan strategi yang baik dari RS (Chang & Hung, 2008), kesiapan manajemen keuangan RS dalam administrasi penagihan klaim dan perhitungan anggaran *global budget* (Holahan et al., 1994), struktur organisasi yang mendukung, SIMRS pendukung klaim dan pelayanan RS, dan dukungan pemerintah daerah. Analisis kesiapan terhadap aspek-aspek di atas sangat penting dilakukan untuk menentukan keberhasilan uji coba sistem pembayaran *global budget* terutama saat pelaksanaan uji coba *global budget* dengan risiko (Hudson, 2015). Untuk itu perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui kesiapan RS dalam implementasi sistem pembayaran *global budget* ini agar ke depannya baik BPJS Kesehatan dan RS dapat mempersiapkan dengan lebih baik lagi pada pelaksanaan sistem pembayaran *global budget* di wilayah lain.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode *mix method* kualitatif dan kuantitatif dengan rancangan penelitian deskriptif untuk mendeskripsikan dan menggali fenomena secara mendalam mengenai konteks nyata penerapan sistem pembayaran *Global Budget* dari segi kesiapan RS di Kabupaten Purworejo.

Sampel berjumlah enam rumah sakit terdiri atas direktur RS, PIC RS dan tim *casemix* dan keuangan RS dengan metode observasi dan wawancara mendalam untuk mengeksplorasi kesiapan rumah sakit dari aspek persepsi RS, strategi kecukupan anggaran RS, persiapan perhitungan *global budget*, dan kualitas layanan melalui data sekunder *walk through audit* (WTA) kepuasan pasien di rumah sakit.

HASIL

Analisis kesiapan rumah sakit dijabarkan dengan mengadopsi dan memodifikasi *California Community Clinic EHR Assessment and Readiness Starter Assessment* (CCCEAR) dalam 4 (empat) variabel utama. Selanjutnya dilakukan skoring terhadap ke empat variabel tersebut yang dituangkan dalam *radar chart*.



Gambar 1. Gambaran kesiapan rumah sakit dalam implementasi sistem pembayaran *global budget*

Persepsi Rumah Sakit dalam Implementasi Sistem Pembayaran *Global Budget*

Persepsi RS terhadap implementasi sistem pembayaran *global budget* dipengaruhi oleh bagaimana RS menyerap informasi mengenai sistem pembayaran ini. Hasil penelitian wawancara pemahaman RS terhadap *global budget* ada batasan-batasan yang berujung efisiensi biaya ini menunjukkan bahwa RS baru mengetahui sistem ini sebatas sisi efisiensi. RS belum secara penuh memahami tujuan dari sistem pembayaran ini.

“... bahwa seorang dokter harus memahami bahwa ada batasan-batasan yang harus dilakukan oleh dokter kepada pasien yang nanti ujungnya adalah efisiensi biaya.” (N1)

“...*global budget* dipatok sekian kamu hanya tak kasih duit sekian untuk pelayanan yang kemungkinan pelayanannya sekian...” (N3)

Hasil petikan wawancara mengenai pemahaman sistem pembayaran *global budget* oleh RS menunjukkan bahwa RS belum mendapatkan informasi yang tepat. RS masih terbatas dalam mengungkapkan apa yang mereka ketahui terkait sistem pembayaran *global budget*. Pernyataan RS bahwa *global budget* ditetapkan anggarannya sekian untuk dapat melayani sekian, mempertegas bahwa RS belum sepenuhnya menyerap informasi mengenai sistem pembayaran *global budget* dengan baik. Pernyataan RS mengenai sinkronisasi antara manajemen keuangan dan manajemen medis pada sistem pembayaran *global budget* juga memberikan gambaran bahwa RS belum memahami konsep kendali mutu dan kendali biaya yang seharusnya tidak hanya dilakukan pada sistem pembayaran *global budget* saja. Pemahaman RS yang masih terbatas ini menunjukkan kebutuhan RS akan sosialisasi mengenai sistem pembayaran *global budget* ini secara komprehensif. Pemahaman faskes terhadap *global budget* mempengaruhi faskes dalam kesiapan RS untuk implementasi *global budget*. Sembilan dari sebelas informan (81%) belum dapat menyampaikan konsep pembiayaan *global budget* secara detil dengan menyebutkan tujuan yang diharapkan, hal ini dibuktikan dengan pernyataan informan yang menyatakan bahwa *global budget* hanya terkait pembatasan dan efisiensi. RS mengakui masih perlu banyak belajar dalam implementasi sistem pembayaran *global budget* ini. Hal ini tergambar dalam petikan wawancara berikut :

“ ...ya.... Sifatnya masih pembelajaran, artinya tentu manajemen RS harus mulai menyesuaikan diri dg sistem ini..” (N1)

“...jika RS belajar lebih dulu maka RS akan bisa lebih banyak belajar agar ke depannya lebih siap jika diberlakukan secara nasional..” (N6)

Pemahaman terhadap *global budget* mempengaruhi dalam penilaian faskes terhadap implementasi *global budget*. Penilaian RS terhadap implementasi sistem pembayaran *global budget* di Kabupaten Purworejo tergambar dalam petikan wawancara di atas. Informan merasa sistem pembayaran *global budget* ini menyulitkan terutama karena dilakukan pada masa pandemi. Beberapa informan menyatakan bahwa uji coba ini dilakukan pada saat yang belum tepat karena situasi pandemik sangat mempengaruhi dalam hasil perhitungan *global budget*. Selain itu informan menyatakan bahwa *global budget* kurang tepat pada rumah sakit yang sedang berkembang karena

RS masih menambah jumlah layanan baru yang belum masuk dalam perhitungan *global budget*. Penilaian RS mengenai uji coba *global budget* ini juga tergambar dari pernyataan RS bahwa uji coba ini merugikan rumah sakit yang tidak mempunyai cadangan operasional. Hal ini terkait dengan sistem *withhold* 30% yang dikeluhkan oleh RS terlalu besar. Informan juga menilai bahwa sistem pembayaran *global budget* menghambat iklim inovasi karena anggaran yang ditetapkan di awal membuat RS kesulitan dalam melakukan inovasi dalam pelayanan. Hal ini makin menguatkan penilaian RS terkait sistem pembayaran *global budget* yang masih kurang tepat. Pernyataan informan mempertegas bahwa RS mempunyai persepsi yang kurang tepat dalam konsep pembiayaan *global budget*.

“...di tengah-tengah tahun itu ada peningkatan yang kaya gitu kan sulit kalau pakai *Global budget* ini.” (N2)

“...secara *subjectif* mungkin itu akan merugikan bagi rs yang belum kuat secara *liquiditasnya*.” (N4)

Implementasi uji coba sistem pembayaran *Global Budget* di Kabupaten Purworejo membutuhkan dukungan dari semua stakeholder. RS mempunyai peran penting khususnya utk memastikan anggaran yang telah dihitung dalam satu periode mencukupi. Dukungan RS dalam implementasi spt tergambar dalam wawancara:

“...Alasan kami menyetujui uji coba implementasi sistem pembayaran *global budget* adalah karena *budget* sudah diberikan di awal sehingga bisa digunakan terlebih dahulu untuk operasional Rumah Sakit.” (N7)

“...Ya memang di kita karena belum, belum tau pelaksanaannya kedua karena ada aturan ya kita ikuti, Rumah Sakit mendukung seluruhnya program yang sudah ditentukan oleh BPJS.” (N8)

“...Intinya kan memang *no choice*, gak ada pilihan.” (N11)

Dukungan dari RS menjadi salah satu faktor penting dalam kesiapan SDM di RS dalam implementasi sistem pembayaran *global budget*. Bentuk dukungan yang diberikan RS dapat digambarkan dalam petikan wawancara berikut ini :

“...Bentuk Dukungan kami yaitu salah satunya dengan memberikan data autentik pasien – pasien yang ada di RS sesuai *diagnosa* dan tindakan yang diberikan. Ya itu kalau memang untuk *sisitem Global budget* ya itu diteruskan gitu.” (N7)

“...Dukungannya kan untuk *Global budget* itu data-data dari kami mungkin kami berusaha melengkapi kemudian kemarin-kemarin terkait aturan-aturan yang seperti *apasih* yang diperlukan untuk perencanaan *Global budget* itu..” (N8)

RS menyatakan dukungan terhadap sistem pembayaran *global budget* ini karena adanya keharusan dari konsekuensi bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Informan menyatakan bahwa hal ini disebabkan karena uji coba dilaksanakan di saat pandemi, di mana tempat tidur (ruangan) banyak dialihkan untuk pasien covid. Hal ini berpengaruh pada hasil perhitungan *global budget*. Selain itu informan menyatakan belum mengetahui efek *global budget* dalam setahun ke depan seperti apa. Pernyataan informan menunjukkan bahwa faskes belum sepenuhnya mendukung uji coba sistem

pembayaran *global budget*. Namun rumah sakit tetap memberikan bentuk dukungan berupa data-data yang akurat untuk menunjang perhitungan *global budget* yang tepat.

Strategi Kecukupan Anggaran Rumah Sakit

Pembentukan tim Kendali Mutu Kendali Biaya (KMKB) dilakukan oleh RS dalam memastikan anggaran *global budget* untuk satu tahun dapat mencukupi. Dari hasil wawancara didapatkan tim KMKB telah dibentuk oleh semua RS dan terdiri dari unsur direksi, pelayanan, dan keuangan. Berikut petikan wawancara :

“...Semua itu dari direksi kemudian keuangan, pelayanan juga ada semua lengkap kok.” (N2)

“...Sudah ada seperti yang saya katakan akan muncul sampai per DPJP.” (N3)

“...Ada Tim yang dibentuk sebagai kendali mutu dan biaya di RS.” (N5)

RS menyatakan sudah membentuk tim KMKB sebagai salah satu upaya kesiapan RS dalam pengelolaan anggaran *global budget*. Tim KMKB dibentuk dengan Surat Keputusan (SK) Direktur RS dan di dalamnya telah merinci tugas pokok tim. Hasil wawancara mendalam didapatkan bahwa tim KMKB telah bekerja sesuai dengan arahan dari direksi dan tugas pokok yang telah tertuang dalam SK. Ada satu RS yang belum melibatkan Komite Medis dalam tim KMKB seperti tergambar dalam petikan wawancara berikut :

“...kalau tim yang ngurusi itu sudah ada ya, sudah ada SKnya juga. Tapi mereka belum lakukan pendalaman secara rutin.” (N8)

“...oh itu memang kerjanya masih baru melihat pelayanan yang belum efisien.” (N9)

“...KMKB kemarin sudah kayaknya tapi belum terlalu jalan.” (N11)

“...Jadi gini memang kendala di RS swasta itu, komite medis itu tidak berdaya dok atau belum berdaya karena satu hal yang karena belum memiliki dokter fulltimer,” (N1)

Dari hasil petikan wawancara di atas, 90% informan menyatakan bahwa RS telah mempunyai tim KMKB namun tim belum bekerja secara optimal. Subyek triangulasi menyatakan bahwa tim KMKB tidak berjalan karena adanya ketakutan dari dokter spesialis yang ditunjuk di dalam tim untuk menegur teman sejawat (DPJP). Hal ini menyebabkan tim tidak bisa berfungsi dengan optimal karena menghindari konflik dengan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP). Ada satu RS yang belum melibatkan Komite Medis dalam tim KMKB karena belum memiliki dokter spesialis yang bekerja secara *full time*. Sehingga posisi daya tawar rumah sakit terhadap DPJP menjadi lemah dan manajemen sulit mengendalikan DPJP.

BPJS Kesehatan secara rutin melakukan *Utilization Review* (UR) di RS. Data yang diberikan kepada RS ini digunakan oleh RS untuk melihat angka pemanfaatan di RS. Data UR memberikan gambaran pelayanan apa saja di RS yang masih tidak efisien dan perlu pendekatan khusus kepada DPJP. Hal ini tergambar dalam petikan wawancara berikut :

“...harus kita kaji untuk informasi itu terus terang saya oke semua hasil kajian itu dilakukan sampai muncul per DPJP..” (N3)

“...Jadi suatu hari kita kan evaluasi dari januari sampai itu maret april mei juni, mulai juni cakupan kita untuk pasien itu sudah menurun.” (N3)

“...kita memang melakukan apa ya semacam review terhadap hal-hal yang memungkinkan terjadinya keborosan anggaran, yang saya kerjakan memang obat terutama.” (N1)

Rumah Sakit berupaya melakukan kajian internal atau UR secara mandiri. Data UR difeedbackkan kepada pemberi pelayanan kesehatan sebagai bahan evaluasi. Data RS yang telah melakukan kajian internal dengan melakukan UR secara mandiri dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Data Pelaksanaan UR RS

No.	Nama RS	Frekuensi UR	Materi UR
1.	RS A	Tiap bulan	Data dari BPJSK dan internal
2.	RS B	Tiap bulan	Data dari BPJSK dan internal
3.	RS C	2 minggu	Data internal
4.	RS D	Belum rutin	Data dari BPJSK dan internal
5.	RS E	Tiap bulan	Data dari BPJSK dan internal
6.	RS F	Belum rutin	Data internal
7.	RS G	Tiap bulan	Data dari BPJSK dan internal

Dari tabel 1 dapat dilihat bahwa dari dua belas rumah sakit baru tujuh rumah sakit (58,3%) yang telah melaksanakan UR secara mandiri. Dua di antaranya belum secara rutin melaksanakan kajian UR secara mandiri. RS melakukan review atas pelayanan kesehatan yang telah diberikan oleh DPJP. Pelayanan yang berpotensi inefisiensi difeedbackkan langsung kepada DPJP. Hal ini dapat dilihat dari petikan wawancara berikut :

“...kita memang melakukan apa ya semacam riviw terhadap hal-hal yang memungkinkan terjadinya keborosan anggaran.” (N1)

“...obat terutama karena selama ini saya selalu mendeteksi biaya terbesar dari layanan Kesehatan.” (N1)

“...kita kaji untuk informasi itu terus terang saya lakukan, semua hasil kajian itu dilakukan sampai muncul per DPJP.” (N3)

Dari hasil petikan wawancara didapatkan gambaran bahwa RS membuat kajian angka pemanfaatan pelayanan kesehatan dan memetakan berdasarkan DPJP sehingga memudahkan RS dalam melakukan evaluasi. Informan menyatakan bahwa obat adalah pos terbesar dalam pengeluaran rumah sakit. Namun informan belum dapat secara detil mengetahui pelayanan mana saja yang berpotensi inefisiensi. Hal ini menunjukkan bahwa rumah sakit belum secara optimal melakukan review pelayanan. RS membuat kajian angka pemanfaatan pelayanan kesehatan dan memetakan berdasarkan DPJP sehingga memudahkan RS dalam melakukan evaluasi. Manajemen RS melakukan koordinasi dan kolaborasi antar unit di RS untuk memastikan masing-masing unit melakukan prosedur dan pelayanan kesehatan secara efisien dan efektif.

“ Persiapan RS menghadapi uji coba global budget ini ya dengan melakukan koordinasi dengan semua unit yang terkait kayak keuangan, bidang pelayanan dan bidang penunjang, untuk memetakan masalah dan dampak yang timbul dengan adanya sistem global budget ini.” (N5)

“ya... kami melakukan koordinasi dan kolaborasi antara komite mutu dan tim kendali mutu dan kendali biaya RS.” (N5)

RS juga melakukan koordinasi dengan BPJS Kesehatan untuk memastikan klaim pelayanan berjalan lancar dan pembayaran per termin dapat terlaksana sesuai jadwal. RS mempunyai keyakinan bahwa dengan telah ditetapkannya anggaran *global budget* pada uji coba tanpa risiko ini maka RS harus melakukan optimalisasi pada pelayanan baru. Hal ini dapat dipahami bahwa anggaran yang disediakan tahun berjalan agar dapat terserap optimal dan menjadi dasar perhitungan di tahun berikutnya.

“ Saat ini kami memaksimalkan pelayanan-pelayanan baru untuk dapat segera direalisasi pada tahun-tahun ini dikarenakan sistem *global budget* ini masih dalam tahapan *full risk BPJS dan sharing risk (belum full Risk RS)*. ” (N2)

Pelaksanaan sistem pembayaran *global budget* akan berjalan dengan baik apabila ada keseimbangan dalam pelayanan di primer dan rujukan. Pelayanan FKTP berperan sebagai *gate keeper* dalam sistem rujukan berjenjang berbasis kompetensi. Untuk itu RS berupaya melakukan mentoring kepada FKTP terutama untuk pelayanan-pelayanan penyakit dalam dan obsgyn.

Perhitungan *Global Budget*

Perhitungan *global budget* memerlukan materi data perhitungan yang cukup detail. Setiap RS diharapkan dapat memenuhi ketersediaan data ini. Dari hasil observasi dokumen data didapatkan gambaran seperti dalam tabel 2.

Tabel 2. Data Perhitungan *global budget* per RS

No.	Checklist Data	Jumlah	Prosentase
1.	Data Klaim INA CBGs dan non INA CBGs 2 tahun terakhir	8 RS	66,67%
2.	Data jumlah Tempat Tidur (TT) per kelas	12 RS	100%
3.	Data Bed of Occupancy Rate (BOR)	12 RS	100%
4.	Data Length of Stay (LOS)	12 RS	100%
5.	Data kunjungan RJTL RITL	8 RS	66,67%
6.	Data costing	12 RS	100%
7.	Data koding	8 RS	66,67%

Dari hasil pengamatan didapatkan bahwa ada empat rumah sakit yang tidak mempunyai data klaim INA CBGs selama dua tahun terakhir. Hal ini disebabkan karena keempat rumah sakit tersebut baru bekerja sama dengan BPJS Kesehatan pada tahun 2021.

Kepuasan Pasien melalui WTA

Sistem pembayaran *global budget* mempunyai dampak secara tidak langsung pada kualitas pelayanan. Salah satu cara melihat kualitas pelayanan adalah dengan menilai kepuasan pasien. Dalam masa uji coba implementasi sistem pembayaran *global budget* ini hasil WTA kepuasan pasien di RS dilihat dari sisi :

1. Pelayanan Kesehatan

Pada aspek pelayanan kesehatan hasil WTA dari RS dapat digambarkan dari data sekunder hasil WTA di aspek pelayanan rawat jalan, tiga RS (33,3%) menunjukkan skor rata-rata tertinggi 5. Aspek yang mendapatkan skor tertinggi ada pada kejelasan dokter dalam memberikan informasi terkait penyakit pasien dan ketepatan jadwal praktek dokter. Skor terendah ada pada kecepatan antrian layanan pada poliklinik.

2. Sarana prasarana

Data sekunder hasil skor WTA aspek sarana prasarana menunjukkan terdapat tiga RS (33,3%) yang mendapat skor rata-rata tertinggi yaitu 5. Skor rata-rata tertinggi terdapat pada kelengkapan fasilitas ruang tunggu poliklinik (kursi tunggu, toilet dan petunjuk arah) dan kenyamanan ruang tunggu farmasi (kebersihan dan suhu ruangan). Skor terendah ada pada kenyamanan ruang tunggu poliklinik.

3. Sikap Petugas

Hasil skor WTA di aspek sikap petugas terdapat lima RS (55,5%) yang mempunyai rata-rata skor tertinggi yaitu 5. Skor rata-rata tertinggi 4,97 pada nilai keramahan petugas poliklinik dan apoteker dalam melayani peserta. Skor rata-rata terendah 4,85 pada nilai keramahan petugas pendaftaran dalam melayani peserta.

4. Informasi dan pengaduan

Hasil skor WTA di aspek informasi dan pengaduan terdapat dua RS (22,2%) yang mendapatkan rata-rata skor tertinggi yaitu 5. Skor tertinggi 5 terdapat pada nilai kejelasan petugas/apoteker dalam memberikan informasi penggunaan obat. Nilai rata-rata skor terendah 4,88 terdapat pada nilai kejelasan petugas pendaftaran dalam memberikan informasi

PEMBAHASAN

Persepsi Rumah Sakit terhadap Sistem Pembayaran *Global Budget*

Persepsi faskes terhadap implementasi sistem pembayaran *global budget* dipengaruhi oleh banyak faktor di antaranya dari sisi si penerima informasi, situasi, dan sasaran atau target. Dari hasil penelitian didapatkan bahwa faskes memiliki persepsi yang beragam bergantung dari cara pandangnya terhadap sistem pembayaran *global budget* ini. Penyerapan informasi mengenai *global budget* yang dilakukan oleh faskes belum sepenuhnya memberikan gambaran yang utuh. Rumah Sakit sudah memahami secara garis besar mengenai perubahan sistem pembayaran. Namun belum dapat memberikan detail definisi dan tujuan yang diharapkan. Hal ini dapat menjadi celah dalam pelaksanaan sistem pembayaran *global budget* dan memberikan opini yang kurang tepat dalam implementasinya. Pemahaman faskes terkait perubahan sistem pembayaran menjadi hal yang wajib dalam persiapan implementasi sistem baru. Rumah Sakit harus sudah mempunyai pemahaman yang

cukup komprehensif dan dapat mengantisipasi dampak yang mungkin ditimbulkan dalam sistem baru. Penilaian faskes terhadap implementasi uji coba sistem pembayaran *global budget* menentukan dalam keberhasilan uji coba. Penilaian positif akan membawa uji coba ini pada hasil yang diharapkan. Namun penilai negatif pada sistem baru ini akan berdampak pada resistensi Rumah Sakit terhadap sistem baru.

BPJS Kesehatan telah melakukan sosialisasi awal sebelum dilakukan uji coba sistem pembayaran *global budget*. Namun demikian sosialisasi ini belum ditindaklanjuti dengan uji pemahaman bagi faskes yang berguna untuk mengukur tingkat pemahaman faskes terhadap sistem baru.

Strategi Kecukupan Anggaran Rumah Sakit

Strategi kecukupan anggaran RS menjadi hal yang mutlak dilakukan di era JKN ini. Terlebih dengan adanya uji coba sistem pembayaran *global budget*, RS mau tidak mau harus mempersiapkan langkah strategis dalam memastikan anggaran *global budget* dapat mencukupi dalam satu periode. Strategi kecukupan anggaran dikategorikan dalam beberapa aspek meliputi adanya tim Kendali Mutu Kendali Biaya (TKMKB), pemanfaatan data *utilisasi review* (UR), strategi RS dan dampak *global budget* terhadap RS.

Tim KMKB merupakan bagian yang tak terpisahkan dalam struktur organisasi RS di era JKN. Unsur-unsur di dalam tim KMKB ditentukan sendiri oleh masing-masing RS. Rata-rata RS melibatkan direksi, komite medis, tim *casemix* dan keuangan di dalam tim KMKB. Tugas pokok tim ini berdampingan dengan tim *antifraud* di RS. Tim KMKB mempunyai tugas untuk melakukan review dalam pelayanan kesehatan yang diberikan oleh DPJP. Memetakannya ke dalam beberapa kategori termasuk permasalahan dan nilai pembiayaan. Hasil pemetaan masalah *difeedbackkan* kembali kepada DPJP untuk dilakukan evaluasi. Evaluasi dalam pelayanan ini dilakukan secara ketat untuk memastikan pembiayaan yang dikeluarkan sesuai dengan pelayanan yang seharusnya di *clinical pathway*.

Pemanfaatan data UR oleh RS secara mandiri berguna untuk membantu RS melihat pos-pos mana saja yang masih terjadi inefisiensi. Dari hasil penelitian didapatkan bahwa obat merupakan pos dengan pembiayaan terbesar. Untuk itu RS berupaya membuat formularium obat RS yang wajib ditaati oleh seluruh DPJP.

Strategi RS secara khusus dalam implementasi sistem pembayaran *global budget* ini mencakup beberapa hal di antaranya review pelayanan, koordinasi dan kolaborasi antar unit, optimalkan pelayanan baru, evaluasi layanan, mentoring FKTP, dan memperkuat sistem IT.

Dampak sistem pembayaran terhadap *global budget* ini dapat dirasakan oleh RS setelah melaksanakan uji coba sistem pembayaran *global budget*. Dampak ini dapat dikategorikan sebagai

dampak positif dan dampak negatif. Dampak positif yang dapat langsung dirasakan oleh RS adalah adanya pembayaran di muka membantu RS dalam mengatur pembiayaan pelayanan kesehatan dengan lebih leluasa. Hal ini sesuai dengan tujuan dari sistem pembayaran *global budget* itu sendiri bahwa RS mendapatkan pembayaran di awal. Dampak positif lain yang bisa dirasakan oleh RS adalah RS makin peduli terhadap data pelayanan dan mekanisme kendali mutu dan kendali biaya. Hal ini sejalan dengan prinsip efisiensi dalam pembiayaan kesehatan tanpa meninggalkan kualitas dalam pelayanan. RS menjadi terpacu untuk mencapai target dalam indikator kinerja yang ditetapkan dalam sistem pembayaran *global budget* ini. Karena indikator ini membantu RS untuk menjaga agar realisasi biaya tidak melampaui anggaran yang telah ditetapkan.

Dampak negatif yang dirasakan oleh RS antara lain adalah adanya pembayaran yang ditahan sebesar 30% cukup mengganggu terhadap *cashflow* RS. 30% dinilai masih terlalu besar oleh sebagian RS terutama untuk RS yang tidak mempunyai cadangan operasional. Biaya operasional yang dikeluarkan RS tidak dapat ditunda menunggu akhir tahun untuk perhitungan anggaran yang ditahan sebesar 30% oleh BPJS Kesehatan. Hal ini menyebabkan rumah sakit harus mencari sumber dana yang lain untuk menutup terlebih dahulu kekurangan anggaran tersebut. Dampak negatif lain yang dirasakan RS adalah anggaran untuk tahun berjalan sudah ditetapkan di awal maka akan berpengaruh pada kondisi-kondisi di mana terjadi perubahan volume pelayanan yang tidak terduga sebelumnya. RS juga meyakini bahwa kondisi ini dapat menghambat RS untuk melakukan inovasi-inovasi dan pengembangan pelayanan baru. Hal ini karena RS harus mempertimbangkan anggaran yang diberikan oleh BPJS Kesehatan dapat mencukupi pembiayaan pelayanan baru yang belum masuk dalam perhitungan anggaran tahun berjalan.

Perhitungan *Global Budget*

Perhitungan *global budget* mempunyai peran yang penting dalam kesuksesan sistem pembayaran *global budget*. Perhitungan *global budget* pada uji coba implementasi sistem pembayaran di Kabupaten Purworejo dipandu oleh konsultan eksternal dari Universitas Indonesia. Persiapan dalam perhitungan *global budget* membutuhkan data-data yang lengkap baik dari RS maupun dari BPJS Kesehatan. RS yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan lebih dari dua tahun mempunyai semua data yang diperlukan untuk dasar perhitungan *global budget*. Namun RS yang baru saja bekerja sama dengan BPJS Kesehatan tidak mempunyai data klaim INA CBGs dua tahun terakhir. Untuk itu digunakan data RS dengan tipe yang sama.

Pelaksanaan uji coba sistem pembayaran *Global Budget* di Kabupaten Purworejo pada tahun 2022 ini masih dalam tahap tanpa risiko. RS mempersiapkan tim perhitungan *global budget* beserta data yang dibutuhkan dalam perhitungannya. Kendala dalam pengumpulan data dan perhitungan data tidak terlalu dirasakan RS. Tantangan yang dirasakan rumah sakit dalam uji coba ini adalah

memberikan pemahaman kepada DPJP mengenai sistem baru ini dan konsekuensinya. Pada RS yang tidak mempunyai dokter spesialis tetap hal ini menjadi hambatan yang dirasakan RS. Selain itu RS juga harus mulai melakukan mentoring kepada FKTP untuk memastikan FKTP dapat berperan dengan baik sebagai *gatekeeper*.

Kepuasan Pasien

Sistem pembayaran *Global Budget* diharapkan tetap dapat sejalan dengan meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan di RS. Kepuasan pasien dapat menjadi salah satu indikator dalam mengukur kualitas pelayanan kesehatan. Dalam penelitian ini kepuasan pasien diukur melalui WTA dengan mengambil empat aspek yang dinilai yaitu pelayanan kesehatan, sarana prasarana, sikap petugas dan informasi dan pengaduan.

Hasil WTA RS menunjukkan angka kepuasan pasien yang baik dengan nilai rata-rata di semua aspek di atas 4,5. Hal ini menunjukkan bahwa dari sisi kualitas pelayanan kesehatan, RS tetap menunjukkan performa yang baik kepada pasien walaupun ada perubahan dalam sistem pembayaran pelayanan kesehatan. Namun demikian hal ini memerlukan kajian lebih mendalam pada saat uji coba sistem pembayaran *Global Budget* memasuki tahap risiko.

Dampak dan Kendala yang Dihadapi Rumah Sakit

Sistem pembayaran *global budget* membawa dampak dan perubahan pada RS. RS mau tidak mau harus menyesuaikan diri terhadap perubahan sistem ini dan berikut perubahan yang dirasakan oleh RS :

- a) RS menjadi lebih memahami pentingnya pembiayaan kesehatan. RS saat ini sudah mulai menyadari untuk mencermati data pelayanan kesehatan seiring dengan adanya perubahan dalam sistem pembayaran. RS tergerak untuk melakukan upaya-upaya efisiensi dalam pelayanan kesehatan sehingga anggaran yang telah ditetapkan dalam satu tahun dapat mencukupi.
- b) RS berupaya untuk dapat memenuhi target indikator kinerja RS dalam implementasi sistem pembayaran *global budget*. Indikator kinerja ini menjadi guideline bagi RS untuk memastikan anggaran mencukupi.
- c) RS menilai *withhold* 30% belum masih terlalu besar sehingga mempengaruhi *cashflow* RS. *Withhold* 30% yang diberlakukan oleh BPJS Kesehatan dimaksudkan untuk membantu RS dalam mengendalikan biaya pelayanan kesehatan. Namun karena nilainya yang cukup tinggi hingga mengganggu RS yang tidak mempunyai cadangan operasional.
- d) Perubahan atau penambahan pelayanan kesehatan di pertengahan tahun menjadi hal yang sulit dilakukan pada sistem pembayaran *global budget*. Karena anggaran telah ditetapkan di awal tahun, sehingga ketika ada penambahan pelayanan baru pada tahun berjalan secara otomatis akan

menjadi beban tambahan dalam pembiayaan kesehatan tahun tersebut. Hal ini dianggap dapat menjadi penghambat inovasi dalam pelayanan kesehatan.

Skoring Kesiapan

Untuk menentukan kesiapan rumah sakit dalam adopsi SIMRS, penulis mengadopsi dan memodifikasi assessment tool yang digunakan dalam penilaian kesiapan adopsi instrumen CCCEAR yang disesuaikan dengan konteks RS. Kondisi kesiapan RS pada setiap aspek yang dinilai dapat dilihat di tabel 3.

Tabel 3. Deskripsi Kesiapan RS dalam Implementasi Sistem Pembayaran Global Budget berdasarkan subvariabel yang diidentifikasi

No.	Variabel Kesiapan	No.	Subvariabel	Persiapan	Skor	
					P1	P2
1.	Persepsi RS (Bobot 35%)	1.	Pemahaman mengenai <i>global budget</i>	Faskes cukup memahami konsep <i>global budget</i> dasar dan dapat menjelaskan dengan cukup baik dampaknya bagi RS	1	1
		2.	Penilaian terhadap <i>global budget</i>	Faskes setuju dengan implementasi <i>global budget</i> namun cenderung belum mengetahui secara lengkap gambaran implementasinya	1	1
		3.	Dukungan terhadap <i>global budget</i>	Faskes mendukung implementasi <i>global budget</i> dan berupaya menyiapkan langkah strategis	1	1
			Subtotal		3	3
			Nilai		1,05	1,05
2.	Strategi Kecukupan Anggaran RS (Bobot 25%)	1.	Tim KMKB	RS telah mempunyai Tim KMKB dan telah melaksanakan tugas	2	1
		2.	Pemanfaatan UR	RS telah melaksanakan UR secara mandiri dan telah memanfaatkan data UR sebagai strategi untuk memastikan kecukupan anggaran RS	1	1
		3.	Strategi RS	RS telah mempunyai strategi khusus dan secara detil telah dirumuskan dan dilaksanakan untuk implementasi <i>global budget</i>	2	1
		4.	Dampak <i>global budget</i>	RS telah mengetahui secara pasti dampak sistem pembayaran <i>global budget</i> terhadap RS	1	1
			Subtotal		6	4
			Nilai		1,5	1
3.	Perhitungan <i>global budget</i> (Bobot 30%)	1.	Ketersediaan data	>70% data tersedia	2	2
		2.	Tim Perhitungan	RS telah mempunyai tim perhitungan <i>global budget</i>	2	2
		3.	Kendala implementasi <i>global budget</i>	RS memahami kendala yang dihadapi dan melakukan upaya untuk mengatasinya	1	1
			Subtotal		5	5
			Nilai		1,5	1,5

4. Kepuasan Pasien (Bobot 10%)	1.	Pelayanan	Pasien puas terhadap pelayanan Kesehatan rumah sakit secara keseluruhan	3	3
	2.	Sarana dan prasarana	Pasien puas terhadap sarana prasarana di rumah sakit	3	3
	3.	Sikap Petugas	Pasien puas terhadap sikap petugas	3	3
	4.	Informasi dan Pengaduan	Pasien puas terhadap layanan informasi dan pengaduan rumah sakit	3	3
			Subtotal	12	12
			Nilai	1,2	1,2
			Total	26	24
		Total Nilai	1,05	0,95	

*P1 = Penilai 1 P2 = Penilai 2

Pada penilaian oleh penilai 1 dan penilai 2, terlihat bahwa hasil penilaian tidak berbeda berdasarkan rentang skala total kesiapan rumah sakit. Berdasarkan total skor yang ditemukan yakni sebesar 28 dengan total nilai 1,05 (penilai 1) dan 25 dengan total nilai 0,95 (penilai 2), maka kesiapan RS dapat dikategorikan dalam rentang pertama yaitu belum siap. Hal ini berarti bahwa rumah sakit belum siap dalam implementasi sistem pembayaran *global budget*. Pada gambar 2 terlihat bahwa dari keempat variabel yang dinilai, RS paling tidak siap pada variabel persepsi dengan skor rata-rata kesiapan adalah 1. Hal ini menunjukkan masih perlunya sosialisasi kepada rumah sakit untuk meningkatkan pemahaman terhadap sistem pembayaran baru. Perlu persiapan yang lebih matang melalui proses perencanaan yang spesifik. Temuan ini dapat menjadi masukan bagi pihak manajemen rumah sakit untuk menyusun dan mengembangkan rencana yang lebih spesifik. Temuan ini juga memberi masukan bagi BPJS Kesehatan dalam persiapan perluasan wilayah implementasi uji coba *global budget*.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan mengenai kesiapan RS terhadap implementasi sistem pembayaran *Global Budget*, maka dapat disusun kesimpulan bahwa

1. RS belum memahami konsep sistem pembayaran *Global Budget* secara komprehensif.
2. RS melakukan strategi untuk memastikan anggaran mencukupi selama satu periode, namun strategi yang dilakukan belum sistematis.
3. RS mempunyai realisasi biaya pada semester satu lebih dari 50% total yang dianggarkan dalam satu tahun.
4. Kepuasan pasien yang dinilai melalui WTA di rumah sakit menunjukkan tidak adanya penurunan kualitas layanan yang diberikan RS pada masa uji coba sistem pembayaran *Global Budget*.
5. Hasil rata-rata skoring kesiapan RS dalam uji coba implementasi sistem pembayaran *Global Budget* sebesar 25 yaitu berada dalam kategori belum siap dan perhitungan *global budget* perlu

dilakukan evaluasi kembali terutama terkait dengan perhitungan saat ada penambahan jenis layanan kesehatan pada tahun berjalan.

Hasil skoring kesiapan RS dalam uji coba implementasi sistem pembayaran *Global Budget* di Kabupaten Purworejo berada dalam kategori tidak siap. Dalam upaya peningkatan kesiapan RS dalam implementasi sistem pembayaran *Global Budget* di Kabupaten Purworejo agar realisasi biaya tidak melampaui anggaran yang telah ditetapkan, maka penulis menyampaikan beberapa saran sebagai berikut :

1. BPJS Kesehatan perlu memastikan pemahaman RS mengenai sistem pembayaran *global budget* beserta perhitungannya melalui workshop dan pelatihan kepada RS.
2. BPJS Kesehatan perlu mempersiapkan *key performance indicator* (KPI) yang disepakati bersama dengan RS
3. RS perlu membuat rencana strategis dengan sistematis dengan memanfaatkan data pelayanan kesehatan untuk memastikan kecukupan anggaran RS.
4. RS perlu memahami implikasi sistem pembayaran *global budget* dan mempersiapkan mitigasinya.
5. BPJS Kesehatan perlu melakukan kajian evaluasi pelaksanaan uji coba pada tahap tanpa risiko termasuk kajian mengenai besaran *withhold* untuk mempersiapkan rumah sakit memasuki tahap risiko dan manfaat *global budget* yang dirasakan pasien.
6. Untuk penelitian selanjutnya perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai analisis dampak *Global Budget* pada kualitas layanan rumah sakit

UCAPAN TERIMA KASIH (OPSIONAL)

Terima kasih kami ucapkan kepada RS yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan di wilayah Kabupaten Purworejo yang sudah mengizinkan terselenggaranya penelitian dan kantor BPJS Kesehatan Cabang Kebumen yang sudah mendukung terselesaikannya naskah penelitian ini. Para dosen Universitas Gadjah Mada yang memberikan saran terhadap penyusunan rencana hingga pelaporan penelitian.

DAFTAR RUJUKAN

- Annear, P. L. (2015). Case-based payment systems for hospital funding in Asia: an investigation of current status and future directions. *Comparative Country Studies*, 1(2), 27–47.
- Berenson, R. A., Upadhyay, D. K., Delbanco, S. F., & Murray, R. (2016). Global Budgets for Hospitals. *Milbank Quarterly*, 94(2), 255–259. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12192>
- Chang, L., & Hung, J. H. (2008). The effects of the global budget system on cost containment and

- the quality of care: Experience in Taiwan. *Health Services Management Research*, 21(2), 106–116. <https://doi.org/10.1258/hsmr.2008.007026>
- Chen, B., & Fan, V. Y. (2014). *Strategic Provider Behavior Under Global Budget Payment With Price Adjustment in Taiwan*. 1131(2014), 1127–1131. <https://doi.org/10.1002/hec>
- Chen, B., & Fan, V. Y. (2016). Global budget payment: Proposing the CAP framework. *Inquiry (United States)*, 53. <https://doi.org/10.1177/0046958016669016>
- Chen, F. J., Laditka, J. N., Laditka, S. B., & Xirasagar, S. (2007). Providers' responses to global budgeting in Taiwan: What were the initial effects? *Health Services Management Research*, 20(2), 113–120. <https://doi.org/10.1258/095148407780744624>
- Cheng, S. H., Chen, C. C., & Chang, W. L. (2009). Hospital response to a global budget program under universal health insurance in Taiwan. *Health Policy*, 92(2–3), 158–164. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2009.03.008>
- de Oliveira, R. F. (2018). A Theory of Organizational Readiness for Change. In *Nature* (Vol. 388, pp. 539–547).
- Gaspar, K., Portrait, F., van der Hijden, E., & Koolman, X. (2020). Global budget versus cost ceiling: a natural experiment in hospital payment reform in the Netherlands. *European Journal of Health Economics*, 21(1), 105–114. <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01114-6>
- Holahan, J., Blumberg, L. J., & Zuckerman, S. (1994). Strategies for Implementing Global Budgets. *The Milbank Quarterly*, 72(3), 399. <https://doi.org/10.2307/3350264>
- Holt, D. T., Armenakis, A. A., Feild, H. S., & Harris, S. G. (2007). Readiness for organizational change: The systematic development of a scale. *Journal of Applied Behavioral Science*, 43(2), 232–255. <https://doi.org/10.1177/0021886306295295>
- Hudson, M. E. (2015). Preparing for budget-based payment methodologies: Global payment and episode-based payment. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 28(5), 610–614. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000239>
- Hwang, L. (2005). Exploring the Strategies of Hospitals Facing a Global Budget and Evaluating its Effects in Taiwan. *Proceedings of the 23rd International Conference of the System Dynamics Society*, 83–84.
- Idris, F., Nurwahyuni, A., Mundiharno, Saut, B., Jaya, C., & Baros, W. A. (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), 72–88. <https://doi.org/10.7454/eki.v5i2.4819>
- Kopalle, P. K., & Lehmann, D. R. (1995). The Effects of Advertised and Observed Quality on Expectations about New Product Quality. *Journal of Marketing Research*, 32(3), 280. <https://doi.org/10.2307/3151981>

- Nourai S , Amir Ali Akbari S , Vameghi R, A. B. A. . (2019). Original Article : The Need to Reform The Hospital Payment System in Indonesia. *Malaysian Journal of Public Health Medicine*, 4(1), 1–7.
http://kiss.kstudy.com/journal/thesis_name.asp?tname=kiss2002&key=3183676
- Pannarunothai, S. (2017). *Lesson learned from Thailand DRG and Global budget (mixed payment)*.
- Randall, C. L., Hort, K., Huebner, C. E., Mallott, E., Mancl, L., Milgrom, P., Nelson, L., Senturia, K., Weiner, B. J., & Cunha-Cruz, J. (2020). Organizational Readiness to Implement System Changes in an Alaskan Tribal Dental Care Organization. *JDR Clinical and Translational Research*, 5(2), 156–165. <https://doi.org/10.1177/2380084419871904>
- Sharma, N., Herrnschmidt, J., Claes, V., Bachnick, S., De Geest, S., & Simon, M. (2018). Organizational readiness for implementing change in acute care hospitals: An analysis of a cross-sectional, multicentre study. *Journal of Advanced Nursing*, 74(12), 2798–2808.
<https://doi.org/10.1111/jan.13801>
- Wolfe, P. R., & Moran, D. W. (1993). Global budgeting in the OECD countries. *Health Care Financing Review*, 14(3), 55–76.