

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang Penelitian**

Kesehatan merupakan hak fundamental setiap individu yang dinyatakan secara global dalam konstitusi WHO, pada dekade terakhir telah disepakati komitmen global *Millenium Development Goals* (MDGs) yang menyatakan pembangunan kesehatan adalah pangkal kecerdasan, produktifitas dan kesejahteraan manusia serta Kementerian Kesehatan telah menetapkan visi “Masyarakat Sehat Yang Mandiri Dan Berkeadilan” (Kemenkes, 2010).

Jiwa dan kesehatan seseorang dapat diasuransikan untuk keperluan orang yang berkepentingan, baik untuk selama hidupnya maupun untuk waktu yang ditentukan dalam perjanjian. Adanya kenyataan bahwa setiap hari manusia selalu dihadapkan pada resiko jatuh sakit atau kecelakaan dan harus dirawat di rumah sakit. Sementara biaya berobat ke rumah sakit semakin lama semakin mahal sehingga sulit terjangkau oleh orang-orang dengan penghasilan rendah.

Jaminan kesehatan merupakan sistem perlindungan yang diberikan kepada setiap warga negara untuk mencegah hal-hal yang tidak dapat diprediksikan karena adanya resiko-resiko sosial ekonomi yang dapat menimbulkan hilangnya pekerjaan maupun mengancam kesehatan. Oleh karena itu, jaminan kesehatan hadir sebagai salah satu pilar kesejahteraan yang bersifat operasional. Posisi, makna dan hakikat kesehatan adalah hak bagi seluruh warga negara dan investasi bagi bangsa negara untuk hari ini dan masa depan, oleh karena itu semua warga negara berhak atas hidup yang sehat, terlebih khusus bagi masyarakat

berpenghasilan rendah. Maka diperlukan suatu sistem yang mengatur pelaksanaan bagi upaya pemenuhan hak warga negara untuk tetap hidup sehat, dengan mengutamakan pada pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

Pemerintah dalam memandang pelayanan jaminan kesehatan yang termandatkan dalam Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 h dan pasal 34 ayat (2) serta Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional telah mengamanatkan tentang sistem jaminan kesehatan yang bertujuan memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya. Jaminan kesehatan adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar terpenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.

Sejak tahun 2005, Pemerintah Indonesia telah mengembangkan program Askeskin yang kemudian diubah menjadi program Jamkesmas. Perubahan ini dimaksudkan sebagai pilihan untuk menata subsistem pelayanan kesehatan yang searah dengan subsistem pembiayaan kesehatan. Sistem jaminan kesehatan ini akan mendorong perubahan-perubahan mendasar seperti penataan standarisasi pelayanan, standarisasi tarif, penataan formularium dan penggunaan obat rasional, yang berdampak pada kendali mutu dan kendali biaya.

Dengan telah diundangkannya Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, maka terbentuklah BPJS yang berlaku mulai Januari 2014 dan menjanjikan kesejahteraan kesehatan bagi masyarakat Indonesia. BPJS merupakan lembaga baru yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia yang bersifat nirlaba berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Berdasarkan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011, BPJS menggantikan sejumlah lembaga jaminan sosial yang ada di Indonesia yaitu lembaga asuransi jaminan kesehatan PT. Askes dan lembaga jaminan sosial ketenagakerjaan PT. Jamsostek. Transformasi PT. Askes dan PT. Jamsostek menjadi BPJS akan dilakukan secara bertahap.

Pada awal 2014, PT. Askes menjadi BPJS Kesehatan, selanjutnya pada 2015 PT. Jamsostek menjadi BPJS Ketenagakerjaan. Lembaga ini bertanggung jawab langsung terhadap Presiden. Untuk mewujudkan harapan tersebut terdapat beberapa permasalahan seperti perkembangan teknologi kesehatan dan kedokteran, pola pembiayaan kesehatan, kondisi geografis, serta perubahan pola penyakit dari infeksi ke non-infeksi. Mulai bulan September 2008, Departemen Kesehatan melakukan terobosan dengan mengubah model pembayaran pelayanan kesehatan dari pembiayaan *fee for service* menjadi *Prospective Payment System* (PPS) berdasarkan paket *casemix system* INA-CBG's.

Dalam penerapannya, rumah sakit harus mengimplementasikan *Clinical Pathway* sebagai perencanaan pelayanan kesehatan terpadu dengan merangkum setiap langkah yang dilakukan pada pasien mulai dari masuk sampai keluar rumah sakit (Kemenkes, 2010). Sejak diresmikan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia pada 18 Februari 2014, RSUD Kota Tangerang pada awalnya merupakan rumah sakit gratis bagi warga Kota Tangerang, program layanan pengoperasian rumah sakit umum daerah gratis tanpa kelas (seluruhnya kelas tiga). Dengan hanya menggunakan Kartu Tanda Penduduk (KTP) Kota Tangerang.

RSUD Kota Tangerang dibangun dengan konsep tanpa kelas agar semua pasien di rumah sakit ini tidak dibeda-bedakan. Semuanya sama mendapat pelayanan kelas tiga dengan fasilitas ruangan yang setara kelas satu. Saat itu kapasitas RSUD Kota Tangerang adalah 30 ruang rawat inap dengan 120 tempat tidur. Pada 23 Juni 2014 RSUD Kota Tangerang menerima sertifikat rumah sakit Kelas C dari Kementerian Kesehatan (Kemenkes) yang berarti RSUD Kota Tangerang sudah bisa melayani pasien BPJS. Pada Juli 2014 RSUD Kota Tangerang sudah siap untuk menerima pasien BPJS, dengan dukungan sarana mencapai 150 tempat tidur. Bahkan target untuk tahun yang sama adalah mencapai 300 tempat tidur.

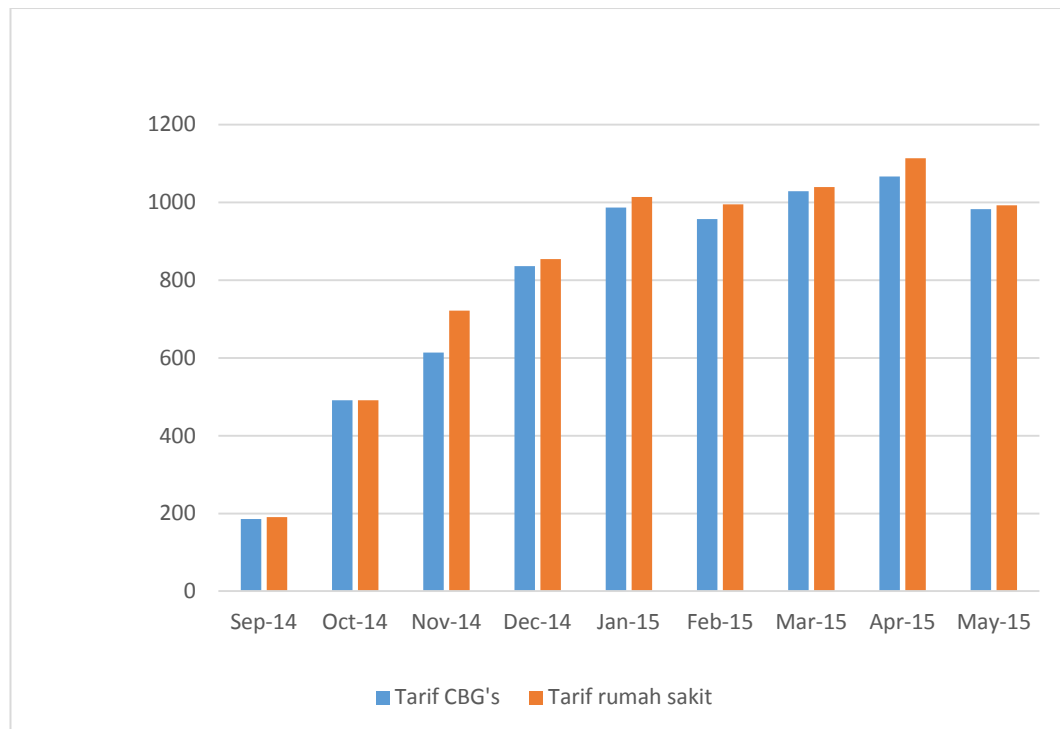
## **1.2. Identifikasi Masalah**

Program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan sebagai tindak lanjut dari pada Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bertujuan untuk pembiayaan kesehatan masyarakat Indonesia. Untuk itu, dalam rangka memahami dengan jelas dan lengkap sistem kesehatan maka perlu dipahami pula subsistem pembiayaan kesehatan. Namun kenyataannya hal ini masih kurang dimengerti dan dipahami sepenuhnya dimana masih terdapat permasalahan antara pelayanan kesehatan yang diterima dengan tuntutan pengajuan klaim yang tidak sesuai dengan prosedur dan tarif rumah sakit sehingga menimbulkan masalah bagi RSUD Kota Tangerang.

Performa SIMRS yang mempengaruhi kecepatan dan ketepatan dalam memasukkan data layanan yang diberikan ke dalam Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) oleh para pemberi layanan kesehatan di RSUD Kota Tangerang yang didalamnya termasuk medis dan paramedis, kecepatan dan

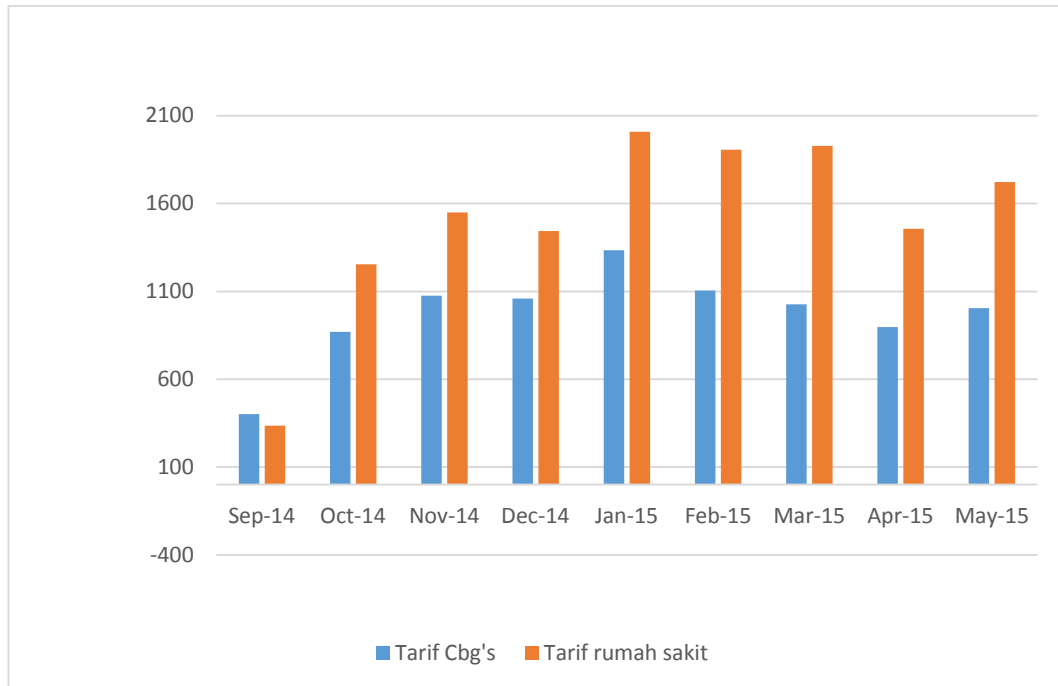
ketepatan memverifikasi pengajuan klaim oleh tenaga verifikator, belum terlatihnya tenaga verifikator di RSUD Kota Tangerang.

Berdasarkan data klaim BPJS dari bulan September 2014 sampai Mei 2015 terdapat kerugian klaim rawat jalan BPJS, seperti terlihat pada gambar 1.1 di bawah ini.



**Gambar 1.1. Klaim Rawat Jalan BPJS di RSUD Kota Tangerang**

Berdasarkan data klaim BPJS dari bulan September 2014 sampai Mei 2015 terdapat selisih antara tarif Rumah Sakit dengan tarif paket INA CBG's yang digunakan BPJS untuk klaim rawat inap BPJS, yang terlihat pada gambar 1.2 di bawah ini:



**Gambar 1.2. Klaim Rawat Inap BPJS di RSUD Kota Tangerang**

Selain itu masalah lain yang muncul diakibatkan oleh belum adanya *clinical pathway*, dan belum dibuatnya *unit cost (real cost)* karena jika dibandingkan dengan tarif rumah sakit perbedaannya sangat signifikan.

### 1.3. Batasan Masalah

Dalam penelitian ini peneliti melakukan pembatasan masalah yang dibawakan dalam penelitian ini, yaitu pengelolaan klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan di RSUD Kota Tangerang

### 1.4. Rumusan Penelitian

Sesuai dengan uraian dan bahasan pada latar belakang penelitian, maka dapat diajukan rumusan masalah sebagai berikut:

1. Apakah Pengelolaan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Kota Tangerang berdampak pada pendapatan RSUD Kota Tangerang

### **1.5. Tujuan Penelitian**

Berdasarkan latar belakang masalah, identifikasi masalah dan perumusan masalah di atas, maka tujuan penelitian ini adalah menganalisa pengelolaan klaim BPJS Kesehatan di RSUD Kota Tangerang.

### **1.6. Manfaat Penelitian**

Dari tujuan yang telah ditetapkan di atas, maka diharapkan penelitian ini akan bermanfaat, yaitu:

1. Bagi RSUD Kota Tangerang mengetahui sejauh mana pengelolaan klaim BPJS yang berdampak pada pendapatan rumah sakit.
2. Bagi penulis mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pengelolaan klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan yang berdampak pada pemasukan rumah sakit.
3. Bagi Universitas Esa Unggul dapat digunakan sebagai perbandingan penelitian dengan variabel-variabel yang mempengaruhi pengelolaan klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang dilakukan oleh RSUD Kota Tangerang.