

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Proses transformasi menjadi hal penting sejak sepuluh tahun terakhir bagi PT. Askes (Persero), tepatnya sejak diundangkannya UU Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) pada 19 Oktober 2004, dan diundangkannya UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) pada 25 November 2011 yang membubarkan PT ASKES (Persero) dan mendirikan BPJS Kesehatan. Transformasi akan menghadirkan hadiah yang istimewa bagi seluruh rakyat Indonesia, khususnya rakyat yang kurang mampu, yaitu dimulainya penyelenggaraan program jaminan sosial berupa Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia mulai 1 Januari 2014.

PT ASKES (Persero) dibubarkan tanpa melalui proses likuidasi pada tanggal 1 Januari 2014 dan bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan yang berentitas badan hukum publik otonom nirlaba. Pada saat yang sama, BPJS Kesehatan akan mulai beroperasi untuk penyelenggaraan program jaminan kesehatan nasional, yang diperkirakan akan mencakup separuh penduduk Indonesia. UU BPJS memberi 25 bulan masa peralihan bagi PT ASKES (Persero) untuk mempersiapkan transformasi kelembagaan dan membangun sistem operasional program jaminan kesehatan nasional.

Perubahan ini sejalan dengan cita-cita dari Menteri Kesehatan RI periode tahun 1966-1978 yaitu Prof. Dr. Gerrit A. Siwabessy sebagai *founding father* Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK yang saat ini menjadi BPJS Kesehatan), dengan cita-citanya menjadikan BPDPK sebagai cikal bakal Asuransi Kesehatan Nasional, yaitu suatu pola kesejahteraan bagi rakyat Indonesia dibidang kesehatan yang diadopsi oleh beliau setelah menyelesaikan pendidikan di Inggris.

Menghadapi perubahan besar tersebut diperlukan persiapan-persiapan yang matang dan visioner. Sebagai perusahaan asuransi kesehatan yang mengakomodir pola *managed care*, menurut *Health Insurance Association of America (HIAA)* dalam buku "*Managed Care, Part A (The Basics)*" bahwa definisi *managed care* adalah sistem yang mengintegrasikan pembiayaan dan perawatan kesehatan dalam suatu sistem yang mengelola biaya, dan adanya kemudahan mengakses Pelayanan. Kendali mutu dan kendali biaya menjadi khas pola tersebut, maka kegiatan monitoring dan evaluasi pelayanan kesehatan harus bisa dilaksanakan dengan cepat, tepat, akurat dan terukur.

Pelayanan kesehatan merupakan komoditi yang unik dan khusus, tidak dapat disamakan dengan komoditi lain, karena pelayanan yang diberikan berupa jasa yang bersifat *intangible* dan berbeda dengan barang, pembelian pelayanan tidak menyebabkan terjadinya pemindahan hak atau kepemilikan, sehingga sulit untuk mencapai kepuasan pelanggan.

Dalam era kompetisi saat ini, yang berhasil menjadi pemenang adalah mereka yang menemukan cara terbaik dalam melayani pelanggan dan mampu berkoordinasi dan bekerjasama dengan komitmen yang tinggi untuk mengutamakan kepuasan pelanggan.

Dengan meningkatnya cakupan peserta pada saat BPJS kedepan yang diperkirakan hingga 7 (tujuh) kali lipat dari jumlah peserta yang terdaftar sekarang, secara otomatis akan terjadi peningkatan yang luar biasa dari jumlah transaksi data di *database* BPJS Kesehatan.

Adapun perkiraan calon peserta BPJS Kesehatan pada awal tahun 2014 adalah sebagai berikut:

**Tabel 1. Komposisi Jumlah Peserta BPJS Kesehatan Per 1 Jan 2014**

No	Jenis Peserta	Jml Terdaftar (Ribuan)
1	Peserta Eks. PT. Askes (Persero)	16.200
2	Peserta Eks. Jamkesmas	86.400
3	Peserta Eks. Jamkesda	3.500
4	Peserta Eks. PT. Jamsostek (Persero)	6.800
5	Anggota Polri dan Keluarga	900
6	Anggota TNI dan Keluarga	1.200
	<b>Total</b>	<b>115.000</b>

Sumber : Grup Kepesertaan BPJS Kesehatan, Jan 2014

Besarnya jumlah transaksi data tersebut tentu saja memerlukan metode dan strategi pengelolaan data yang tepat serta efektif, sehingga kekayaan data yang dimiliki dapat dimanfaatkan dengan sebaik-baiknya untuk mendukung manajemen dan *shareholders* dalam melakukan pengambilan keputusan.

Untuk menunjang kegiatan tersebut memerlukan sistem pelaporan yang handal dan otomatis yang dapat diakses dengan mudah dimana saja dan kapan saja.

## 1.2 Perumusan Masalah

Permasalahan yang teridentifikasi adalah sebagai berikut:

1. Meningkatnya jumlah transaksional data yang sangat besar.
2. Perubahan kebijakan operasional perusahaan.
3. Belum tersedianya sistem pelaporan yang otomatis, yang dirancang untuk dijadikan media bagi manajemen dan *shareholders* dalam melakukan monitoring, evaluasi dan pengendalian terhadap kegiatan operasional perusahaan.

## 1.3 Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penelitian, adalah sebagai berikut:

“Merancang dan membangun sistem pelaporan untuk mendukung kegiatan monitoring dan evaluasi serta pengendalian pelayanan kesehatan yang dapat dilaksanakan dengan cepat, akurat dan terukur bagi pengambil keputusan di BPJS Kesehatan”.

## 1.4 Manfaat Penelitian

Adapun manfaat penelitian, adalah sebagai berikut:

1. Tersedianya seluruh elemen data yang tercatat dalam sistem BPJS Kesehatan secara utuh, dan dapat diolah lebih lanjut sesuai kebutuhan operasional perusahaan.
2. Tersedianya sistem pelaporan khususnya terkait pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan cepat, akurat dan terukur.
3. Mempercepat proses pengambilan keputusan oleh manajemen terkait perencanaan kebijakan pelayanan kesehatan.
4. Tersedianya data yang akurat untuk penyusunan Rencana Kerja Anggaran Perusahaan berikutnya.
5. Menjadi nilai tambah bagi perusahaan dimata *stake holders* dan *share holders*.