

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Universal Health Coverage merupakan sistem penjaminan kesehatan yang memastikan semua orang dapat menerima pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan tanpa harus mengalami *financial hardship*. Menurut *World Health Organization (WHO)*, *Universal Health Coverage* ini mencakup dua elemen inti yakni pelayanan kesehatan yang adil dan bermutu bagi setiap warga negara dan perlindungan resiko finansial ketika warga negara menggunakan pelayanan kesehatan.

Indonesia berupaya untuk mewujudkan *Universal Health Coverage* yang telah dirintis pemerintah dengan menyelenggarakan beberapa bentuk jaminan sosial di bidang kesehatan diantaranya adalah melalui PT. Askes (Persero) dan PT. Jamsostek (Persero) yang melayani antara lain pegawai negeri sipil (PNS), penerima pensiun, veteran, dan pegawai swasta. Masyarakat miskin dan kurang mampu diberikan oleh pemerintah yaitu jaminan kesehatan melalui skema Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Meskipun demikian, berbagai program tersebut diatas masih mencakup sebagian kecil masyarakat dan belum mampu memberikan perlindungan yang adil dan memadai kepada para peserta sesuai dengan manfaat program yang menjadi hak peserta. Adapun skema – skema asuransi yang masih terfragmentasi menjadikan biaya kesehatan dan mutu pelayanan menjadi sulit untuk dikendalikan.

Untuk mengatasi permasalahan tersebut dan mendukung *Universal Health Coverage*, pemerintah menerbitkan Undang–undang (UU) No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). UU ini mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang kemudian diatur melalui UU No. 24 Tahun 2011.

Jaminan sosial nasional yang diselenggarakan oleh BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Khusus untuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang telah beroperasi mulai tanggal 1 Januari 2014 yang merupakan transformasi dari PT. ASKES (Persero). Konsekuensi perubahan tersebut meliputi keanggotaan, pengorganisasian, pembiayaan dan metode pembayaran pelayanan kesehatan.

Masalah biaya menjadi salah satu isu yang paling menyita perhatian banyak pihak yang terlibat dalam penyelenggaraan JKM. Masalah pembiayaan datang dari penyedia pelayanan kesehatan khususnya fasilitas rujukan tingkat lanjut yaitu rumah sakit karena adanya perbedaan sistem pembayaran pelayanan oleh rumah sakit dan pembayaran pelayanan kesehatan oleh BPJS kesehatan.

Standar tarif pelayanan kesehatan yang digunakan oleh BPJS Kesehatan adalah salah satu bentuk metode prospektif yaitu tarif *Indonesian-Case Based Groups* (INA-CBG's). Tarif paket INA-CBG's adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (rumah sakit) atas paket layanan yang didasarkan pada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur yang dilakukan. Prosedur pembayaran menggunakan sistem INA-CBG's, baik rumah sakit maupun pihak pembayar tidak lagi merinci tagihan berdasarkan rincian pelayanan yang diberikan, melainkan hanya dengan menyampaikan diagnosis keluar pasien dan kode CBG. Besarnya penggantian biaya untuk diagnosis tersebut telah disepakati bersama antara *provider*/ asuransi atau ditetapkan oleh pemerintah. Perkiraan lamanya waktu perawatan (*length of stay*) yang akan dijalani oleh pasien juga sudah diperkirakan sebelumnya dan disesuaikan dengan jenis diagnosis.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 tentang petunjuk teknis sistem INA-CBG'S. Sistem pembayaran INA-CBG's dipilih karena dapat mengendalikan biaya kesehatan, mendorong pelayanan tetap bermutu sesuai dengan standar, membatasi pelayanan kesehatan yang tidak diperlukan atau berlebihan serta mendorong *provider* untuk melakukan *cost containment* (pengendalian biaya). Dilain pihak, sistem pembayaran yang diterapkan rumah sakit adalah sistem pembayaran per jasa pelayanan (*fee for service*). Melalui sistem ini, *provider* layanan kesehatan menarik biaya untuk tiap

jenis pelayanan yang diberikan sehingga setiap pasien membayar sesuai dengan pelayanan yang diterima. Setiap pemeriksaan dan tindakan akan dikenakan biaya sesuai dengan tarif yang ada di rumah sakit. Pada sistem pembayaran *fee for service*, semakin banyak layanan yang diberikan maka semakin besar biaya yang harus dikeluarkan. Akibatnya terjadi kenaikan pada setiap biaya pelayanan kesehatan.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. Achmad Mochtar Bukittinggi merupakan salah satu rumah sakit daerah milik pemerintah Provinsi Sumatera Barat yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Sesuai amanat Peraturan Presiden No. 19 Tahun 2016, setiap fasilitas kesehatan pemerintah baik pemerintah pusat ataupun daerah yang memenuhi persyaratan wajib bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

Tarif layanan RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi ditetapkan melalui Peraturan Gubernur No. 58 Tahun 2015 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. Adapun dasar penetapan tarif yang digunakan adalah sistem *Fee for Service*. Sejak diberlakukannya JKN oleh BPJS kesehatan mulai tanggal 1 Januari 2014, pendapatan RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi yang terbesar diperoleh dari pendapatan pasien peserta BPJS. Tahun 2016, diketahui bahwa pendapatan dari pasien peserta BPJS adalah sebesar Rp.108.181.139.124,- dari total pendapatan rumah sakit sebesar Rp. 128.737.332.415,- atau sekitar 84.03%. Pendapatan ini diperoleh dari klaim yang dibayarkan oleh pihak BPJS dengan menggunakan sistem tarif INA-CBGs.

Berdasarkan pengamatan terhadap pengajuan klaim pelayanan pasien BPJS Kesehatan di RSUD dr. Achmad Mochtar bulan Januari 2016, terdapat perbedaan yang cukup signifikan antara klaim yang dibayar BPJS menggunakan tarif INA-CBG's dengan tarif rill rumah sakit khususnya pada pelayanan rawat inap. Untuk kasus non bedah, besaran klaim yang dibayarkan BPJS Kesehatan menggunakan tarif INA-CBG's lebih besar dibanding tarif rumah sakit. Sebaliknya untuk kasus bedah, kecenderungan klaim yang dibayar BPJS Kesehatan menggunakan tarif INA-CBG's jauh lebih rendah dibanding tarif rumah sakit.

Perbedaan tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ayu, dkk. (2014) yang melakukan perbandingan antara tarif rumah sakit dengan tarif INA-CBG's program JKN di RSUD Zahirah untuk pelayanan bulan Januari–Mei 2014. Kesimpulan penelitian tersebut yaitu total pengeluaran rumah sakit atau besar tarif rumah sakit dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan ternyata lebih besar dari total tarif INA-CBG's yang diterapkan pihak BPJS Kesehatan selama 3 bulan pelayanan. Sebesar 63% tarif rumah sakit dari unit pelayanan rawat jalan dan rawat inap lebih besar daripada tarif INA CBG's dan rumah sakit juga mengalami defisit 4% dimana total tarif rumah sakit ternyata lebih besar dibandingkan total tarif INA-CBG's.

Penerapan tarif INA-CBG's BPJS Kesehatan yang berbeda dengan perhitungan tarif rumah sakit menuntut rumah sakit untuk dapat mengendalikan biaya rumah sakit dengan lebih baik. Salah satunya dengan cara menghitung tingkat pemulihan biaya (*cost recovery rate*) oleh pihak rumah sakit dalam melayani pasien JKN, sehingga dapat diketahui apakah tarif INA-CBG's tersebut dapat menutupi biaya-biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit.

Cost recovery rate berfungsi sebagai alat penentuan efisiensi untuk mengetahui sejauh mana pendapatan rumah sakit dapat menutup biaya yang dikeluarkan rumah sakit. Idealnya, *cost recovery rate* suatu organisasi idealnya bernilai > 1 atau $>100\%$. Jika CRR dibawah 100 % artinya organisasi tersebut belum mampu menutupi biaya operasionalnya.

Penelitian yang dilakukan oleh Sandra, dkk. (2015) menemukan bahwa biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit baik biaya tetap maupun tidak tetap dapat tertutupi oleh pendapatan pelayanan pasien JKN dari tarif INA-CBG's. Dengan perhitungan angka riil pendapatan dikurangi total biaya langsung dan tidak langsung maka keuntungan yang diperoleh rumah sakit adalah sebesar 9%. Dengan pelayanan minimum, rata-rata *cost recovery rate* adalah sebesar 93%, dan keuntungan berdasarkan data riil rata-rata sebesar 9%.

Selama ini perhitungan tarif pada RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi masih kurang memadai untuk setiap tindakan di rumah sakit, karena penetapan tarif lebih didasarkan pada perkiraan, kepantasan, dan perbandingan dengan tarif rumah sakit lain yang sejenis dan bukan berdasarkan pada

perhitungan *unit cost* yang lebih akurat. Tarif yang berlaku sampai saat ini masih belum memperhitungkan biaya tidak langsung yang terkait dengan pelayanan rumah sakit, sehingga meskipun terdapat selisih positif antara tarif rumah sakit dengan tarif BPJS dimana tarif rumah sakit lebih besar dari tarif BPJS, pihak rumah sakit belum bisa mengatakan bahwa rumah sakit memperoleh keuntungan dari selisih tarif tersebut. Hal tersebut karena belum adanya perhitungan yang memadai tentang *unit cost* rumah sakit.

Berdasarkan fenomena dan persoalan yang telah dijelaskan, peneliti perlu melakukan penelitian tentang analisis perbandingan antara tarif INA-CBG's dan tarif rumah sakit serta *cost recovery rate* (CRR) pasien rawat inap peserta BPJS di RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah dijelaskan maka ada dua rumusan masalah dalam penelitian ini, yaitu:

1. Bagaimana perbandingan antara tarif pelayanan rumah sakit dan tarif INA-CBG's pada RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi untuk pelayanan pasien rawat inap peserta BPJS Kesehatan?
2. Bagaimana *cost recovery rate* (CRR) pelayanan pasien rawat inap peserta BPJS Kesehatan di RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan perumusan masalah maka penelitian ini bertujuan sebagai berikut:

1. Menjelaskan analisis perbandingan antara tarif pelayanan rumah sakit dan tarif INA-CBG's pada RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi untuk pelayanan pasien rawat inap peserta BPJS Kesehatan.
2. Menjelaskan *cost recovery rate* (CRR) pelayanan pasien rawat inap peserta BPJS Kesehatan di RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi dunia kesehatan baik secara teoritis maupun praktis.

1. Secara teoritis berupa pengembangan ilmu yang relevan dengan masalah penelitian dan dapat memperkuat teori-teori yang berhubungan dengan masalah penelitian yang telah banyak dikemukakan para ahli serta dapat memperkaya pengetahuan tentang variabel yang diteliti.
2. Secara praktis, penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi:
 - a. Rumah Sakit dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, sebagai bahan evaluasi dan pertimbangan dalam mengendalikan biaya pelayanan rumah sakit.
 - b. Masyarakat/ Pasien sebagai peningkatkan mutu pelayanan terhadap pasien.

E. Ruang lingkup Penelitian

Penelitian ini membahas tentang analisis perbandingan tarif yang berlaku di rumah sakit yang menggunakan sistem *fee for service* dan tarif BPJS Kesehatan yang menggunakan sistem INA-CBG's pada pasien rawat inap peserta BPJS Kesehatan di RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

