

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang Masalah**

Pemerintah membentuk Badan Pengelola Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan melalui Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 dalam rangka memberikan kepastian perlindungan kesehatan kepada masyarakat. Setiap warga negara Indonesia diwajibkan mendaftarkan diri menjadi peserta BPJS Kesehatan melalui jalur mandiri atau perusahaan tempat bekerja. Seluruh peserta wajib membayar iuran setiap bulannya sesuai hak rawat inap baik kelas I, kelas II atau kelas III. Masyarakat yang tidak mampu iuran BPJS Kesehatan ditanggung oleh negara, digolongkan sebagai peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI). Iuran yang terkumpul dibayarkan kepada fasilitas pemberi pelayanan kesehatan baik klinik maupun rumah sakit dengan prinsip gotong-royong. Besaran tarif yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan kepada klinik atau rumah sakit mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan nomor 64 Tahun 2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 yang mengatur tarif INA-CBGs di Indonesia.

Di Indonesia pembiayaan pelayanan kesehatan berasal dari berbagai macam sumber tergantung kemampuan finansial individu atau pihak lain yang menjaminnya. Meskipun setiap warga negara Indonesia wajib menjadi peserta BPJS Kesehatan, namun masih banyak masyarakat yang mampu secara finansial mengikutkan diri dan keluarganya ke asuransi-asuransi kesehatan lain baik asuransi kesehatan dalam negeri maupun luar negeri. Mereka beranggapan bahwa prosedur dan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh BPJS Kesehatan belum sebaik yang disediakan oleh asuransi kesehatan. Sumber pembiayaan kesehatan di Indonesia berasal dari pemerintah dan non pemerintah. Sumber pembiayaan dari pemerintah terdiri dari: pemerintah pusat, pemerintah daerah, asuransi sosial. Sumber pembiayaan dari non pemerintah berasal dari individu atau rumah tangga, perusahaan swasta dan asuransi komersial. (Gani, 2018)

Sumber pembiayaan kesehatan dari pemerintah digunakan untuk membiayai pelayanan kesehatan para Pegawai Negeri Sipil baik pusat maupun daerah, TNI/POLRI, dan masyarakat miskin yang tidak mampu membayar iuran BPJS Kesehatan secara mandiri. Sumber pembiayaan pemerintah juga digunakan untuk mensubsidi defisit BPJS Kesehatan yang selalu terjadi sejak awal program dimulai. Menurut Menteri Keuangan Sri Mulyani jumlah defisit yang dialami BPJS Kesehatan dari tahun ke tahun dan hal-hal penyebabnya sebagai berikut, *Victoria (2019)*:

**Tabel 1.1.** Defisit BPJS Kesehatan Tahun 2014 – 2018

Defisit Pertahun				
2014	2015	2016	2017	2018
1,9 triliun	9,4 triliun	6,7 triliun	13,8 triliun	9,1 triliun

*telah diolah kembali*

Masih menurut Menteri Keuangan, defisit yang terjadi dari tahun ketahun disebabkan oleh beberapa hal yaitu : Struktur iuran BPJS Kesehatan masih dibawah perhitungan aktuaria atau *underpriced* “jadi iuran terlalu kecil dengan manfaat yang terlalu banyak maka resiko terlalu tinggi karena peserta terlalu banyak “ disampaikan pada saat rapat kerja bersama Komisi XI DPR RI di gedung DPR tanggal 21 Agustus 2019. Banyaknya peserta bukan penerima upah (PBPU) dari sektor mandiri atau informal yang hanya mendaftar pada saat sakit lalu berhenti membayar iuran setelah mendapatkan layanan kesehatan. Tingkat keaktifan peserta mandiri masih rendah hanya 54% sedangkan utilisasi tinggi. Beban pembiayaan penyakit katastropik yaitu penyakit dengan biaya pengobatan tinggi dan waktu yang panjang seperti penyakit Jantung, Gagal Ginjal, Stroke dan Kanker. Selanjutnya, Menteri Keuangan menyampaikan bahwa defisit BPJS Kesehatan tahun 2019 sebesar Rp15,5 triliun. Jumlah desfisit tahun 2019 bisa saja mencapai Rp32 triliun jika pemerintah tidak menyuntikkan tambahan dana selisih iuran peserta penerima bantuan iuran (PBI) Pusat dan Daerah serta peserta penerima upah (PPU) dari pemerintah sebesar 13,5 triliun (Santoso, 2020).

Defisit yang dialami oleh BPJS Kesehatan selain menambah beban biaya pelayanan kesehatan bagi pemerintah, disisi lain menambah kesulitan finansial bagi penyedia layanan kesehatan pasien peserta BPJS Kesehatan baik rumah sakit, puskesmas

maupun klinik. Defisit BPJS Kesehatan berdampak pada pemberian pelayanan fasilitas kesehatan kepada pasien sebab rumah sakit menunggak pembiayaan obat-obatan dan alat medis habis pakai sehingga menghambat kerja dokter dalam menangani pasien (Faqih, 2019). Kondisi serupa juga terjadi di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo yang sampai harus memulangkan pasien yang batal operasi karena obat bius tidak tersedia (Liastuti 2019). Direktur Utama BPJS Kesehatan pun mengakui bahwa tunggakan pembayaran ke rumah sakit terus membengkak sebab selain klaim yang belum dibayarkan BPJS Kesehatan juga harus membayar denda 1% dari total tunggakan setiap bulannya. Jika tidak dilakukan intervensi apapun terhadap defisit saat ini, maka potensi pelayanan terhenti bisa saja terjadi (Idris,2019).

Pada kesempatan yang sama (Muchtari, 2019) mengatakan bahwa rumah sakit paling tersudutkan sebab disatu sisi rumah sakit dilarang menolak melayani pasien, sementara tagihan pelayanan yang dinikmati peserta belum dibayarkan. Rumah Sakit tetap beroperasi tetapi tidak berkembang, hidup dengan berhutang dan berpotensi memberikan pelayanan dibawah standar. BPJS Kesehatan memberi peluang bagi rumah sakit untuk mengajukan pinjaman ke Bank namun mekanisme ini belum menyelesaikan permasalahan. Peminjaman ini justru menjadi beban sebab rumah sakit dikenai bunga dan masa jatuh tempo sementara pembayaran dari BPJS Kesehatan tidak kunjung tiba. Menurut (Arief, 2019) jika di tinjau dari sisi pasien masalah kualitas pelayanan rumah sakit atau klinik masih menjadi keluhan pasien, diantaranya antrian yang lama, dan kepastian waktu pelayanan dokter yang terkadang tidak jadi praktik padahal pasien sudah datang. Penolakan rumah sakit atau klinik memberikan pelayanan rawat inap ketika diketahui pasien adalah peserta BPJS Kesehatan terutama yang membutuhkan penanganan intensif (ICU). Pelayanan tindakan tertentu seperti operasi yang kerap mundur berubah-ubah atau sulitnya mendapatkan jadwal tindakan. Administrasi surat rujukan dari fasilitas pelayanan tingkat pertama yang selalu harus di perbaharui khususnya bagi pasien dengan penyakit yang berbiaya besar contohnya cuci darah.

Permasalahan pemenuhan biaya pelayanan kesehatan terjadi apabila tarif INA CBGs lebih rendah dari tarif rumah sakit sehingga menyebabkan potensi pendapatan

rumah sakit berkurang. Kondisi ini dapat menjadi lebih mengkhawatirkan ketika tarif INA CBGs lebih rendah dari biaya pokok pelayanan. Penelitian yang dilakukan oleh Munawaroh, 2019 menganalisis selisih tarif INA CBGs dengan tarif rumah sakit di Rumah Sakit PON Jakarta. Penelitian menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain *cross sectional retrospective* pada periode Juli-Desember 2018. Sampel yang digunakan sebanyak 110 dipilih secara *purposive sampling*. Hasil penelitian didapati tarif INA CBGs Rp7.177.295.000,- dan tarif rumah sakit Rp7.293.669.330,- terjadi selisih negatif sebesar Rp116.374.330,-. Rahayu et al (2021) melakukan penelitian observasional dengan desain deskriptif analitik di Rumah Sakit Medika Dramaga Bogor. Sampel yang digunakan sebanyak 258 dianalisis dengan metode deskriptif dan kuantitatif. Hasil penelitian menunjukkan terjadi selisih negatif untuk diagnosa demam berdarah dimana tarif INA CBGs sebesar Rp520.800.000,- lebih rendah dari tarif rumah sakit sebesar Rp855.000.000,- selisih negatif sebesar Rp334.200.000,- atau -39,08%.

Penelitian berbeda dilakukan Handayani *et al.*, (2018) melakukan penelitian di 84 Rumah Sakit Umum yang berstatus Badan Layanan Umum (BLU/BLUD) dengan membandingkan unit cost rumah sakit dengan tarif INA CBGs. *Unit cost* dihitung dengan metode *step down* dengan mempertimbangkan biaya investasi (*full cost*) dan tanpa biaya investasi (*direct cost*). Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar tarif INA-CBGs masih lebih rendah daripada *Unit Cost* rumah sakit baik di unit rawat jalan maupun rawat inap. Hal ini menunjukkan tarif INA CBGs masih mencukupi untuk memenuhi unit cost rumah sakit.

Hasil penelitian Munawaroh, (2019) dan Rahayu et al (2021) menunjukkan bahwa pembayaran paket melalui tarif INA-CBGs menuntut rumah sakit harus mampu mengelola pendapatan BPJS Kesehatan agar pasien dapat dilayani dengan baik dan tidak menyebabkan kerugian bagi rumah sakit. Demikian halnya dengan kondisi yang terjadi di Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta. Kunjungan pasien peserta BPJS Kesehatan mulai mendominasi yaitu meningkat 45,29% dari 171.274 kunjungan di tahun 2018 menjadi 250.395 kunjungan di tahun 2019.

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan maka permasalahan penyelenggaraan jaminan nasional BPJS Kesehatan di Indonesia dapat ditinjau dari beberapa perspektif yaitu permasalahan dari sisi pemerintah adalah beban defisit pelayanan BPJS Kesehatan yang harus ditanggung dan disubsidi setiap tahun, permasalahan dari sisi pasien adalah pelayanan yang masih banyak dikeluhkan dan belum memuaskan sedangkan iuran tetap harus dibayarkan meskipun tidak berobat, permasalahan dari sisi rumah sakit atau klinik penyedia adalah tarif yang tidak naik sejak tahun 2016 sedangkan inflasi terjadi setiap tahun. Atas dasar masalah-masalah utama tersebut maka penulis bermaksud untuk melakukan penelitian untuk menemukan pola pengelolaan dana klaim BPJS kesehatan untuk meningkatkan pelayanan dan kinerja di Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang masalah, maka rumusan masalah adalah sebagai berikut:

- a. Bagaimana praktik pengelolaan dana BPJS Kesehatan yang dilakukan oleh Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta?
- b. Bagaimana mengelola serta mengalokasikan pendapatan dengan tetap memberikan kontribusi positif bagi Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta ?

## **1.3. Tujuan Penelitian**

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk:

- a. Mengetahui pola pengelolaan dan pendistribusian dana BPJS Kesehatan .
- b. Menganalisis pelayanan kesehatan peserta BPJS Kesehatan yang secara finansial berkontribusi positif meningkatkan kinerja Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta.

## **1.4. Kontribusi Penelitian**

Kontribusi penelitian ini adalah memberikan suatu metode pengelolaan dana BPJS Kesehatan yang menghubungkan antara konsep teori *Clinical Pathway* dengan

pengendalian biaya agar dana klaim dapat memenuhi kebutuhan operasional dan investasi dalam melayani pasien BPJS Kesehatan. Peningkatan kinerja terwujud apabila rumah sakit dapat mengelola dana yang diterima dari pelanggan baik yang menggunakan pola pembayaran prospektif maupun yang menggunakan pola pembayaran retrospektif.

### **1.5. Manfaat Penelitian**

Manfaat yang diharapkan dari penelitian ini adalah :

1) Bagi akademisi dan Ilmu Pengetahuan

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai tambahan informasi bagi para akademisi yang bertujuan memperdalam pengetahuan tentang system pembayaran pelayanan kesehatan dengan pola prospektif.

2) Bagi Rumah Sakit khususnya Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta

Dengan mengimplementasikan model pengelolaan dana BPJS Kesehatan dari hasil penelitian ini, diharapkan Rumah Sakit mampu memenuhi beban operasional, pendanaan investasi, pembayaran deviden, pembayaran pajak/retribusi, sehingga peningkatan kinerja rumah sakit secara keseluruhan dapat terwujud.

3) Bagi Regulator

Penelitian ini dapat membantu Kementerian Kesehatan dalam menyusun penyesuaian Tarif INA-CBGs di masa depan agar pelayanan kesehatan kepada masyarakat dapat diberikan sesuai indikasi dan kebutuhan medis dengan tidak mengakibatkan kerugian bagi rumah sakit sebagai fasilitatornya.

4) Bagi Investor

Penelitian ini berguna sebagai salah satu tambahan informasi bagi investor untuk mengukur dan mengantisipasi resiko-resiko yang kemungkinan terjadi atas pelayanan kepada pasien BPJS Kesehatan.