

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### ***1.1 Latar Belakang***

Secara konstitusional melalui UUD 1945 sesungguhnya penyelenggaraan jaminan sosial adalah merupakan tanggung jawab / kewajiban negara dan juga merupakan hak konstitusional bagi masyarakat dan bangsa Indonesia. Untuk mewujudkan program jaminan sosial yang menyeluruh bagi rakyat, maka diundangkanlah pada tanggal 19 Oktober 2004 UU Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Untuk mewujudkan tujuan SJSN perlu dibentuk badan penyelenggara yang berbentuk badan hukum berdasarkan prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat, dan hasil pengelolaan dana jaminan sosial seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar--besar kepentingan peserta

Selain itu, diterbitkan lagi UU yang lebih menegaskan kewajiban setiap masyarakat untuk menjaga kesehatannya yaitu adanya Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang BPJS Kesehatan, mewajibkan seluruh penduduk Indonesia untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Kepesertaan dibagi menjadi dua yaitu (1) Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan yaitu fakir miskin dan orang tidak mampu yang ditetapkan oleh pemerintah dan diatur melalui peraturan pemerintah, dan (2) Bukan Penerima Bantuan Iuran (NON PBI) Jaminan Kesehatan yaitu pekerja penerima upah dan anggota keluarganya, pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya, bukan pekerja dan anggota keluarganya, veteran, perintis kemerdekaan, janda, duda, anak yatim veteran dan perintis kemerdekaan. Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan mendasar yang dibutuhkan manusia, kualitas kesehatan masyarakat sangat didukung oleh peran pemerintah dalam menyediakan pelayanan kesehatan, berbagai tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang cepat hingga biaya kesehatan yang murah dan terjangkau untuk kalangan masyarakat ekonomi rendah mampu direalisasikan pemerintah atas kebijakan program yang diselenggarakan untuk mensejahterakan masyarakatnya. Dijelaskan lagi bahwa pemerintah bertanggungjawab atas ketersediaan sumberdaya di bidang kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagaimana amanat dari Undang-undang No.36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.

Konsep pelayanan BPJS Kesehatan menggunakan sistem rujukan berjenjang sebagai berikut: (1) Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (PPK 1) atau disebut juga provider tingkat pertama adalah rujukan pertama yang mampu memberikan pelayanan kesehatan dasar, (2) Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat Dua (PPK 2) atau disebut juga provider tingkat dua adalah rujukan kedua yang mampu memberikan pelayanan kesehatan spesialisik dan (3) Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat Tiga (PPK 3) atau disebut juga provider tingkat tiga adalah rujukan ketiga yang mampu memberikan pelayanan kesehatan sub spesialisik

Di Malang sendiri hampir semua Rumah Sakit telah memberikan pelayanan fasilitas BPJS bagi para pasiennya, salah satu rumah sakit yang memberikan pelayanan BPJS adalah Rumah Sakit Islam (RSI) Aisyiyah Malang, yang merupakan Rumah Sakit dengan Tipe C. RSIA merupakan sebuah Amal Usaha di bidang kesehatan milik Pimpinan Pusat Muhammadiyah yang didirikan oleh Pimpinan Daerah Muhammadiyah (PDM) Kota Malang dan penyelenggaraannya dilaksanakan oleh Majelis Pembina Kesehatan Umum-PDM Kota Malang.

Rumah Sakit Islam Aisyiyah (RSIA) Malang merupakan salah satu RS swasta tipe C yang memberikan pelayanan Tindakan Kateterisasi Jantung dengan pemasangan Stent atau ***Percutaneous Coronary Intervensi*** (PCI). **Percutaneous Coronary Intervensi** adalah prosedur **intervensi** non bedah dengan menggunakan kateter untuk melebarkan atau membuka pembuluh darah koroner yang menyempit dengan stent. Dalam implementasinya, pola pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan adalah dengan mengacu kepada sistem INA-CBGs. INA-CBGs merupakan sistem pembayaran dengan sistem “paket”, yaitu berdasarkan penyakit yang diderita pasien. Rumah sakit akan mendapatkan pembayaran berdasarkan tarif INA CBGs yang merupakan rata-rata biaya yang dihabiskan oleh untuk suatu kelompok diagnosis. Kelompok diagnosis yang ada dalam sistem INA CBGs mengacu pada kelompok diagnosis dari ICD-10 dan ICD – 9 yang dikeluarkan oleh WHO. Rumah sakit harus lebih bijak mengelola keuangan dengan pola INA CBGs, karena bisa jadi tarif terlihat kecil karena ada beberapa tindakan yang tidak *cost-effective* atau masih adanya tindakan yang tidak perlu dilakukan pada pasien yang mengambil porsi biaya yang cukup besar dari paket tersebut. Manfaat INA CBGs yang diharapkan adalah adanya kepastian biaya yang bersifat objektif sehingga dapat meningkatkan mutu dan layanan RS itu sendiri yang sesuai dengan perkembangan kebutuhan tatalaksana klinis. Penyesuaian tarif yang ada pada sistem INA CBGs diharapkan dapat meningkatkan pelayanan yang lebih berkualitas kepada pasien sesuai dengan perkembangan pelayanan klinis (Persi, 2020)

Pada dasarnya system pembayaran dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah diatur pola pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan adalah dengan

INACBGs sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013. Untuk tarif yang berlaku pada 1 Januari 2014, telah dilakukan penyesuaian dari tarif INA-CBG Jamkesmas dan telah ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan

Penelitian terdahulu yang dilakukan ((Mardiah, 2015) menunjukkan bahwa berdasarkan *cost of treatment* berbasis *clinical pathways* pada severity level I nilai CRR di Rumah Sakit (RS) berada diatas CRR tarif INA CBGs, sedangkan pada severity level II nilai CRR RS lebih rendah dari CRR tarif INA CBGs. Pada *severity level* III CRR tarif INA CBGs dengan utilisasi stent 1 dan 2 lebih tinggi dari CRR RS. Tarif INA CBGs tidak memperhitungkan jumlah stent dalam setiap tindakan PCI. Perlu evaluasi metode penghitungan tarif INA CBGs dari hospital base rate ke metode perhitungan *cost of treatment* berdasarkan *clinical pathway*, sehingga biaya operasional RS dapat dipenuhi dan tetap mampu berikan pelayanan yang bermutu

Penelitian lain yang dilakukan oleh (Aulia, 2015) menemukan bahwa biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit baik biaya tetap maupun tidak tetap dapat tertutupi oleh pendapatan pelayanan pasien JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) 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%

Selain itu terdapat juga penelitian dari (Suhartoyo, 2018) menunjukkan bahwa pengaturan Permenkes No. 27 Tahun 2014 tentang petunjuk teknis sistem Indonesian Case Base Groups dan Permenkes No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional telah berjalan sebagaimana mestinya. Hal tersebut diakibatkan oleh telah tersediannya instrumen teknis petunjuk pelaksanaan pembayaran klaim Rumah Sakit Kepada BPJS yang berorientasi pada perlindungan profesi kesehatan di Rumah sakit, melalui penjenisan dan penggolongan rumah sakit.

Berdasar table 1 yang peneliti dapatkan melalui proses observasi di RSI Malang, selama ini terdapat selisih yang cukup signifikan antara tarif RSI Aisyiyah dengan Tarif INA-CBG' untuk tindakan Kateterisasi Jantung dengan pemasangan stent. Tarif INA-CBG's merupakan Tarif BPJS, untuk tindakan kateterisasi jantung dengan pemasangan stent.

Tabel 1

Tabel perbandingan tarif Katerisasi Jantung Di RSI Malang

Data Tindakan Kateterisasi Jantung									
DENGAN PERBANDINGAN TARIF INA CBG'S DAN TARIF RS									
PERIODE TAHUN 2019									
*J data diambil dari web kemeskes; data diolah									
Pasien	HAK KELAS RAWAT INAP	INACBG	DESKRIPSI_INACBG	DESKRIPSI (spesial Prosedur)	TARIF INA CBG			TARIF_RS	selisih tarif INA CBG'S - Tarif RS
					TARIF INA CBG	TARIF_SP	TOTAL_TARIF		
Ke-1	2	I-1-40-I	PROSEDUR KARDIOVASKULAR PERKUTAN (RINGAN)	PCI	9.549.200	7.957.600	17.506.800	40.091.853	-22.585.053
Ke-2	1	I-1-40-II	PROSEDUR KARDIOVASKULAR PERKUTAN (SEDANG)	PCI	27.541.700	7.957.600	35.499.300	57.786.034	-22.286.734
Ke-3	2	I-1-40-I	PROSEDUR KARDIOVASKULAR PERKUTAN (RINGAN)	PCI	9.549.200	7.957.600	17.506.800	37.421.784	-19.914.984
Ke-4	2	I-1-40-I	PROSEDUR KARDIOVASKULAR PERKUTAN (RINGAN)	PCI	9.549.200	7.957.600	17.506.800	36.793.009	-19.286.209
Ke-5	3	I-1-40-I	PROSEDUR KARDIOVASKULAR PERKUTAN (RINGAN)	PCI	7.957.600	7.957.600	15.915.200	35.037.879	-19.122.679
Ke-6	2	I-1-40-I	PROSEDUR KARDIOVASKULAR PERKUTAN (RINGAN)	PCI	9.549.200	7.957.600	17.506.800	36.196.486	-18.689.686
Ke-7	2	I-1-40-II	PROSEDUR KARDIOVASKULAR PERKUTAN (SEDANG)	PCI	23.607.200	7.957.600	31.564.800	49.908.161	-18.343.361
Ke-8	2	I-1-40-I	PROSEDUR KARDIOVASKULAR PERKUTAN (RINGAN)	PCI	9.549.200	7.957.600	17.506.800	34.993.760	-17.486.960
Ke-9	2	I-1-40-III	PROSEDUR KARDIOVASKULAR PERKUTAN (BERAT)	PCI	31.531.200	7.957.600	39.488.800	56.408.668	-16.919.868
Ke-10	3	I-1-40-III	PROSEDUR KARDIOVASKULAR PERKUTAN (SEDANG)	PCI	19.672.600	7.957.600	27.630.200	43.710.051	-16.079.851
Ke-11	2	I-1-40-I	PROSEDUR KARDIOVASKULAR PERKUTAN (RINGAN)	PCI	9.549.200	7.957.600	17.506.800	32.488.525	-14.981.725
Ke-12	3	I-1-40-III	PROSEDUR KARDIOVASKULAR PERKUTAN (BERAT)	PCI	26.276.000	7.957.600	34.233.600	49.139.728	-14.906.128
Ke-13	3	I-1-40-III	PROSEDUR KARDIOVASKULAR PERKUTAN (BERAT)	PCI	26.276.000	7.957.600	34.233.600	49.011.771	-14.778.171
Ke-14	2	I-1-40-II	PROSEDUR KARDIOVASKULAR PERKUTAN (SEDANG)	PCI	23.607.200	7.957.600	31.564.800	45.635.751	-14.070.951
Ke-15	3	I-1-40-III	PROSEDUR KARDIOVASKULAR PERKUTAN (BERAT)	PCI	26.276.000	7.957.600	34.233.600	48.200.246	-13.966.646
Ke-16	1	I-1-40-III	PROSEDUR KARDIOVASKULAR PERKUTAN (BERAT)	PCI	36.786.400	7.957.600	44.744.000	58.002.025	-13.258.025
Ke-17	3	I-1-40-III	PROSEDUR KARDIOVASKULAR PERKUTAN (BERAT)	PCI	26.276.000	7.957.600	34.233.600	47.250.291	-13.016.691

Sumber : Data koding RSI Malang

Penerapan tarif INA-CBG's BPJS Kesehatanyang berbeda dengan perhitungan tarifrumahsakit menuntut rumah sakit untuk dapat mengendalikan biaya rumah sakit dengan lebih baik, salah satunya dengan cara menghitung tingkat pemulihan biaya (*cost recoveryrate*)oleh pihak rumah sakit dalam melayani pasien JKN,sehinggadapat 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(Aini, 2013)

Pemberian pelayanan yang baik sangat diinginkan oleh masyarakat sebagai salah satu bentuk kinerja birokrasi yang dirasa masih kurang dalam pengimplementasian kekuasaan dan pertanggungjawabannya.Selain itu, rumah sakit pun dituntut untuk menerapkan tata kelola yang baik, yaitu transparansi, akuntabilitas, responsibility, independen dan fairness.Akuntabilitas merupakan salah satu prinsip pengukuran dan pertanggungjawaban pencapaian kinerja instansi terkait terhadap pemerintah, dan pemerintah ke masyarakat dalam kewenangannya mengatur dan mengelola daerahnya masing-masing.

Dalam mengamati perbedaan tarif di Rumah Sakit, akuntabilitas menjadi penting dikarenakan, akuntabilitas di fasilitas kesehatan, terutama bagi dunia perumahsakit, merupakan sebuah tuntutan bagi rumah sakit untuk dapat beroperasi sesuai dengan norma dan nilai-nilai yang dianut serta mampu mengakomodasi berbagai kebutuhan masyarakat yang sesungguhnya. Dengan diimplementasikannya *universal health coverage*, akuntabilitas di rumah

sakit tidak akan terlepas dari bagaimana rumah sakit menjalankan tugas sebagai bagian dari sistem kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Implementasi prinsip akuntabilitas di era JKN ini memerlukan berbagai macam kajian dan pengembangan, dengan harapan bahwa rumah sakit di semua sektor dapat survive dan dapat mengembangkan diri, dengan tidak mereduksi kualitas layanan dan aspek keselamatan pasien.

Dari uraian di atas menjadi penting untuk melakukan kajian tentang akuntabilitas perbandingan tarif INA-CBG's dan Tarif Rumah Sakit pada tindakan Kateterisasi Jantung dengan pemasangan stent (*Percutaneous Coronary Intervensi*).

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana analisis akuntabilitas perbandingan tarif INA-CBG's dan Tarif Rumah Sakit pada tindakan Kateterisasi Jantung dengan pemasangan *stent* (*Percutaneous Coronary Intervensi*) di RSI Aisyiyah Malang?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

Penelitian ini memiliki tujuan untuk mengetahui bagaimana akuntabilitas perbandingan tarif INA-CBG's dan Tarif Rumah Sakit pada tindakan Kateterisasi Jantung dengan pemasangan stent ( *Percutaneous Coronary Intervensi* ) di RSI Aisyiyah Malang

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat Praktis**

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi bahan masukan bagi pemerintah dan pihak-pihak yang terkait mengenai prinsip akuntabilitas dalam penyelenggaraan kesehatan khususnya RS yang menangani tindakan Kateterisasi Jantung.

### **1.4.2 Manfaat Akademis**

Secara akademis nantinya penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan kontribusi untuk menjadi bahan kajian ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan prinsip akuntabilitas dalam penyelenggaraan kesehatan.