

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Setiap warga negara memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan maka dari itu pemerintah bertanggung jawab untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang mencakup seluruh warga negara dengan biaya yang hemat. Dalam UUD 1945 ditegaskan bahwa Setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan (pasal 28 H angka (1)) dan Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak (Pasal 34 angka (3)). Maka dari itu, pemerintah telah mengatur dalam undang-undang nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), dalam pasal 19 ayat (1) ditegaskan bahwa Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas.

Saat ini di negara Indonesia telah menerapkan sistem kesehatan nasional dengan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Hal ini menunjukkan bahwa kesehatan sangat penting bagi masyarakat dan bagi negara sebagai daya saing dalam pembangunan nasional sebagaimana ditegaskan dalam Undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan bahwa : “upaya untuk pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang setinggi tingginya pada mulanya berupa upaya penyembuhan penyakit, kemudian secara berangsur angsur berkembang kearah keterpaduan untuk peningkatan derajat kesehatan yang optimal atau setinggi-tingginya”.

Setelah negara melaksanakan kewajibannya untuk menjamin pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia. Ada beberapa tantangan yang harus di perhatikan yaitu menjaga atau melindungi rumah tangga dari risiko kemiskinan karena biaya pelayanan kesehatan yang sangat mahal disebabkan oleh biaya yang dikeluarkan setelah pasien mendapat pelayanan kesehatan (out of pocket). Untuk itu biaya pelayanan kesehatan pada program Jaminan

Kesehatan Nasional (JKN) menggunakan sistem tarif *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBGs), tarif ini merupakan sistem pembayaran berdasarkan pengelompokan diagnosis jenis penyakit yang diajukan oleh fasilitas kesehatan setelah memberikan pelayanan kepada pasien dan diajukan kepada BPJS kesehatan melalui klaim. Sistem pembayaran *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBGs) masih belum secara efektif berjalan dengan baik. BPJS kesehatan saat ini sedang mengalami defisit, hal ini dapat dipengaruhi oleh faktor biaya pelayanan yang lebih besar dari pada pemasukan iuran peserta yang di terima oleh BPJS kesehatan.

Salah satu penyebab BPJS Kesehatan mengalami defisit adalah beban biaya pelayanan kesehatan penyakit katastropik yang semakin besar. Penyakit katastropik adalah golongan penyakit tidak menular yang membutuhkan biaya perawatan yang tinggi dalam pengobatannya serta dapat mengancam jiwa. Menurut Fahmi selaku Humas BPJS Kesehatan “Biaya yang dihabiskan untuk penyakit katastropik telah mencapai Rp 18,4 triliun atau 21,8% dari total biaya pelayanan kesehatan yang dikeluarkan BPJS Kesehatan”. Beban biaya penyakit katastropik dari tahun 2017 sampai september 2018 yang diambil dari laporan BPJS Kesehatan dapat dilihat pada tabel 1.1

Tabel 1.1 Beban biaya penyakit katastropik tahun 2017-2018

Katastropik	2017		s/d September 2018	
	Biaya	%	Biaya	%
Jantung	9.429.312.017.554	51,13%	755.220.507.318	51,82%
Kanker	3.105.254.965.529	16,84%	2.399.218.009.100	16,45%
Stroke	2.251.576.960.777	12,21%	184.573.147.1928	12,66%
Gagal ginjal	2.257.575.312.695	12,24%	1.713.010.724.120	11,75%
Thalassemia	496.105.702.115	2,69%	347.301.278.254	2,38%
Haemophilia	268.550.357.515	1,46%	249.577.592.615	1,71%
Cirrhosis hepatitis	316.313.860.364	1,72%	239.826.214.670	1,64%
Leukimia	317.670.775.200	1,72%	231.133.547.780	1,59%
Total	18.442.359.951.749		14.581.019.345.785	
Katastropik				
Total biaya pelayanan	84.444.863.206		68.856.349.156	
% katastropik	21,8%		21,18%	

**terhadap
pelayanan
kesehatan**

Dari data tersebut biaya penyakit katastropik yang paling banyak dikeluarkan adalah penyakit jantung, kanker, stroke dan gagal ginjal.

Hal ini juga berpengaruh terhadap sistem pembiayaan kesehatan yang diterapkan oleh BPJS Kesehatan yaitu tarif INA-CBGs terhadap biaya rill rumah sakit. Seringkali terjadi ketidak sesuaian antara tarif klaim INA-CBGs yang lebih rendah dibandingkan dengan tarif ril rumah sakit, sehingga rumah sakit merasa rugi. Maka dari itu perlu adanya evaluasi untuk mengidentifikasi komponen biaya utama.

Berdasarkan penelitian terdahulu Faktor yang menyebabkan mahal nya biaya pelayanan penyakit katastropik antara lain biaya akomodasi, biaya administrasi, biaya pelayanan medik, biaya penunjang medik, biaya obat dan bahan medis habis pakai (Budiarto, w. 2013). Isu di masyarakat bahwa biaya klaim INA-CBGs lebih rendah daripada tarif yang berlaku di rumah sakit tidak semuanya benar, dan terbukti dari biaya untuk pasien jantung, stroke dan kanker biaya klaim INA CBGs lebih besar dari biaya berdasarkan tarif yang berlaku. *Jurnal buletin penelitian kesehatan*, 16(1): 1-65.

Tujuan penelitian ini adalah untuk memberi gambaran biaya pelayanan kesehatan peserta jaminan kesehatan pada penderita penyakit katastropik dan perbandingan biaya tarif INA-CBGs dengan biaya rill rumah sakit.

1.2 Rumusan Masalah

1. Apa saja komponen biaya pelayanan penyakit katastropik pada peserta Jaminan Kesehatan Nasional serta selisih tarif antara tarif *Rill* Rumah Sakit dengan tarif *INA-CBG's*.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

1. Untuk mengetahui dan mendeskripsikan gambaran biaya pelayanan penyakit katastropik pada peserta Jaminan Kesehatan Nasional.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi gambaran komponen biaya penyakit katastropik.
2. Mengidentifikasi gambaran selisih tarif antara tarif *Rill* Rumah Sakit dengan tarif *INA-CBG's*

1.4 Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi pihak–pihak berikut:

a. Bagi penulis

Diharapkan dapat dijadikan sebagai tambahan ilmu pengetahuan dan pengalaman.

b. Bagi instansi

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai sumber informasi dan masukan bagi pihak yang terkait.