

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Seiring berjalannya waktu industri perasuransian di Indonesia mulai berkembang. Terbukti dengan munculnya beberapa peraturan yang dikeluarkan diantaranya, Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 1992 mengenai ASKES, UU Nomor 40 Tahun 2004 mengenai SJSN (Sistem Jaminan Sosial Nasional), UU Nomor 24 Tahun 2011 mengenai Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), dan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 mengenai Jaminan Kesehatan. Tujuan dari dibentuknya sistem jaminan sosial adalah untuk memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dibentuk untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta atau anggota keluarganya (UU No. 24 Tahun 2011). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) menyelenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, manfaat dan keadilan bagi seluruh rakyat Indonesia. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) terbagi menjadi dua yakni Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Ketenagakerjaan menyelenggarakan program yang diantaranya berhubungan dengan jaminan bagi para pekerja.

2.2 Jaminan Kesehatan Nasional

2.2.1 Pengertian Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan kesehatan nasional (JKN) merupakan jaminan perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran/iurannya dibayar oleh pemerintah (Kemenkes RI, 2013). Jaminan kesehatan Nasional (JKN) diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Sosial

(BPJS) yang diselenggarakan menurut amanat undang-undang no 24 tahun 2011 tentang BPJS

Program JKN diselenggarakan untuk melindungi masyarakat Indonesia agar terjamin kesehatannya. Untuk mencapai target (*Universal Health Coverage*) UHC maka pemerintah harus menjamin seluruh kesehatan warga Indonesia. Maka dibutuhkannya seorang ahli untuk menangani bidang tersebut.

Prinsip asuransi sosial jaminan kesehatan tertuang dalam Undang-Undang no 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional pasal 4 yaitu :

1. Kegotong royongan
2. Nirlaba
3. Keterbukaan
4. Kehati hatian
5. Akuntabilitas
6. Portabilitas
7. Kepesertaan bersifat wajib
8. Amanat
9. Hasil pengelolaan dana jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar besarnya kepentingan bersama.

2.2.2 Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional

Manfaat JKN sangat luas tidak ada batasan dalam membiayai kesehatan sekalipun biaya yang harus dibayarkan sangat mahal. Manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan (UU SJSN NO 40 TAHUN 2014).

Seperti halnya bagi penderita penyakit katastropik yang dalam pengobatannya membutuhkan biaya yang mahal dan dilakukan secara

kontinyu. Hal ini sangat bermanfaat bagi masyarakat karena dapat meringankan beban mereka.

2.3 INA-CBGs

2.3.1 Pengertian INA-CBGs

Di era JKN ini sistem pembayaran yang digunakan adalah sistem INA-CBGs seperti yang tertuang dalam peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 76 tahun 2016 tentang pedoman indonesian casebase groups (INA-CBG) merupakan sebuah sistem untuk menentukan tarif standar yang digunakan oleh rumah sakit sebagai referensi biaya claim ke pemerintah selaku pihak BPJS atas biaya pasien peserta JKN. Sejak adanya JKN pembayaran pada fasilitas kesehatan dilakukan dengan metode prospektif. Di indonesia sering disebut dengan istilah *casemix (case based payment)* yaitu pembayaran dilakukan dengan cara mengelompokkan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang hampir sama. Pengelompokan diagnosis dilakukan dengan menggunakan software grouper. Tarif INA-CBGs dalam program JKN merujuk pada data costing dan koding rumah sakit. Ada beberapa aspek yang mempengaruhi biaya INA-CBG's, yaitu diagnosa utama, penyakit penyerta atau *comorbidity*, penyakit penyulit atau *complication*, tingkat keparahan, intervensi, serta usia pasien.

Tarif INA-CBG's adalah tarif yang dibayarkan setiap episode pelayanan kesehatan dari awal pasien masuk hingga perawatan selesai.

Penetapan tarif yang berlaku merupakan hasil kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan. Penentuan tarif pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dibedakan menjadi dua tarif yaitu tarif rawat kapitasi dan tarif non kapitasi

Tarif kapitasi pada FKTP melakukan pelayanan sesuai dengan permenkes 52 tahun 2016 adalah sebagai berikut :

- a. Administrasi pelayanan,
- b. Promotif dan preventif
- c. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis

- d. Tindakan medis non spesialistik, baik operatif maupun non operatif
- e. Obat dan Bahan medis habis pakai,
- f. Akomodasi atau kamar perawatan
- g. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama

Sedangkan tarif non kapitasi pada FKTP melakukan pelayanan kesehatan di luar lingkup pembayaran kapitasi sebagai berikut :

- a. Pelayanan ambulans
- b. Pelayanan obat program rujuk balik
- c. Pemeriksaan penunjang pelayanan rujuk balik
- d. Pelayanan penapisan terapi krio untuk kanker leher rahim
- e. Rawat inap tingkat pertama sesuai indikasi medis
- f. Jasa pelayanan kebidanan dan neonatal yang dilakukan oleh bidan atau dokter, sesuai kompetensi dan kewenangannya
- g. Pelayanan keluarga berencana di FKTP

Perhitungan paket INA CBGs berdasarkan data berikut :

1. Kode DRG (Disease Related Group)
2. Diagnosis keluar pasien tanpa melibatkan jumlah hari perawatan (length of stay).
3. Regional Rumah sakit (regional 1-5)
4. Kualifikasi rumah sakit (rujukan nasional, kelas A-D)

Sehingga pihak rumah sakit tidak perlu merinci biaya karena telah ditentukan tarif paket pelayanan kesehatan.

2.3.2 Struktur kode INA-CBGs

Dasar pengelompokan INA-CBGs mengacu pada ICD-10 untuk diagnosis akhir pasien, sedangkan untuk pengkodean tindakan/prosedur mengacu pada ICD-9CM. Hal ini dijelaskan pada permenkes RI Nomor 27 tahun 2014. Struktur kode INA-CBGs dilambangkan dengan kode kombinasi antara alfabet dan numerik sebagai contoh berikut:

Kode INA-CBGs : **K – 4 – 17 - I**

Keterangan :

1. Digit pertama huruf K merupakan CMG
2. Digit kedua angka 4 merupakan tipe kasus
3. Digit ketiga merupakan spesifik CBG kasus
4. Digit keempat berupa angka romawi yang merupakan *severity level* atau tingkat keparahan

Struktur kode INA-CBGs terdiri atas:

- a. Case-mix main groups (CMG)
Dilabelkan dengan huruf A sampai Z dikelompokkan sesuai yang ada pada ICD-10 yang berhubungan dengan sistem organ tubuh. Terdapat 29 CMG dalam INA-CBG
- b. Tipe kasus dikelompokkan dengan angka 1 sampai 9 yang menunjukkan spesifikasi atau tipekelompok kasus
- c. Spesifik CBGs dilambangkan dengan numerik 01 sampai 99
- d. Tingkat keparahan dipengaruhi oleh adanya komorbiditas atau komplikasi pada masa perawatan. Tingkat keparahan terbagi menjadi 4 kelompok yaitu:
 - 0 = untuk rawat jalan
 - I = “Ringan” untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 1 (tanpa komplikasi maupun komorbiditi)
 - II = “Sedang” untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 2 (dengan mild komplikasi dan komorbiditi)
 - III = “Berat” untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 3 (dengan major komplikasi dan komorbiditi)

2.4 Katastropik

- Penyakit katastropik merupakan penyakit yang membutuhkan biaya tinggi dalam pengobatannya dan apabila terjadi komplikasi maka dapat mengancam jiwa. Ada beberapa penyakit yang tergolong sebagai katastropik yaitu hipetensi, stroke, gagal ginjal, kolesterol tinggi, kanker, TB paru, tumor

dan lainnya yang membutuhkan pengobatan secara kontinyu. Penyakit tersebut memerlukan biaya yang sangat mahal dan kontinyu seperti contoh penyakit hipertensi atau darah tinggi penyakit ini bisa dikategorikan sebagai penyakit kronis atau bisa berkomplikasi, penyakit stroke atau serangan jantung penyakit ini membutuhkan pengobatan yang cukup serius bila tidak maka akan beresiko jantung koroner, selain itu cuci darah juga dibutuhkan bagi penderita gagal ginjal. Penyakit kanker juga membutuhkan pengobatan kemoterapi secara kontinyu. Seperti pada penelitian di Amerika yang menyebutkan bahwa persebaran kanker payudara di usia 40-69 tahun merupakan prevelensi kanker payudara tertinggi baik kasus *in situ* maupun *invasiv* (American cancer society, 2015). Penyakit-penyakit tersebut sangat membutuhkan biaya yang mahal dalam jangka panjang karena pengobatan dilakukan secara kontinyu.

Pada saat ini sangat dibutuhkan untuk mewujudkan jumlah dan mutu pelayanan kesehatan adalah kemampuan dalam penguasaan teknologi layanan kesehatan serta kecepatan dan ketepatan dalam melakukan tindakan pelayanan kesehatan. Hampir 85% dari anggaran total belanja kesehatan dipergunakan untuk membiayai layanan kesehatan untuk penduduk yang sakit diantara 23-30% dibandingkan dengan penduduk yang sehat. Program promotif dan preventif harus terus ditingkatkan karena dengan anggaran yang dibutuhkan sekitar 15 % dari total keseluruhan anggaran dibidang kesehatan, namun kenyataannya memiliki dampak yang sangat besar terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Penyebab utama kematian secara global diseluruh dunia dan akan terus mengalami peningkatan terutama di Negara-negara menengah dan miskin adalah Penyakit tidak menular (PTM). Pada tahun 2030 akan terjadi transisi epidemiologi secara menyeluruh, dari tingkat global, regional hingga nasional, transisi tersebut adalah semakin jelasnya pergeseran dari penyakit menular menjadi penyakit tidak menular. Perubahan dan pergeseran gaya hidup yang mengakibatkan kurang gerak dan seiring dengan modernisasi disemua sektor, serta pertumbuhan populasi dan

peningkatan usia harapan hidup (UHH) merupakan salah satu faktor risiko peningkatan kejadian penyakit tidak menular di dunia. Diperkirakan pada tahun 2030 jumlah kesakitan akibat penyakit tidak menular (PTM) seperti penyakit jantung, kanker, paru obstruktif kronik, diabetes melitus (DM), serta penyakit tidak menular atau kronik lainnya akan mengalami peningkatan. Pada saat ini peningkatan peserta Program JKN dari hasil evaluasi sementara adalah peserta mandiri, namun sebagian besar peserta mandiri program JKN ini menderita penyakit katastropik, dengan alasan mereka mau ikut menjadi peserta JKN pada saat sakit saja dan setelah sembuh mereka berhenti membayar iuran. Hal ini dapat berdampak pada defisitnya BPJS kesehatan.

2.5 Biaya Pelayanan Rumah Sakit

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (Kemenkes RI, 2010). Rumah sakit juga merupakan lembaga usaha yang memiliki hak untuk menentukan tarif untuk pelayanan yang ditawarkan kepada pasien. Masyarakat dapat memberikan penilaian terhadap rumah sakit atas mutu yang diberikan berdasarkan besaran tarif yang ditetapkan.

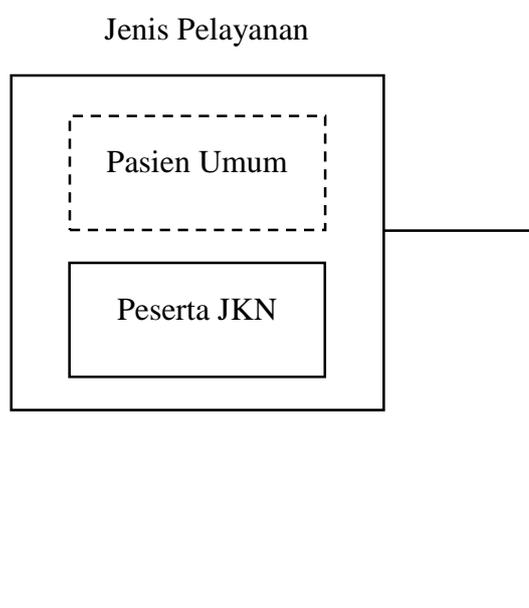
Tarif merupakan biaya penyelenggaraan pelayanan di rumah sakit yang dibayarkan oleh pasien atas imbalan jasa yang telah diterima. Pentapan tarif sangat berpengaruh terhadap pendanaan dan keberlangsungan hidup rumah sakit. Pada rumah sakit pemerintah tarif yang berlaku ditetapkan oleh surat keputusan menteri kesehatan atau pemerintah daerah. Menurut surat keputusan menteri kesehatan RI NO.582/Menkes/SK VI/1997 Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam menentukan tarif yaitu:

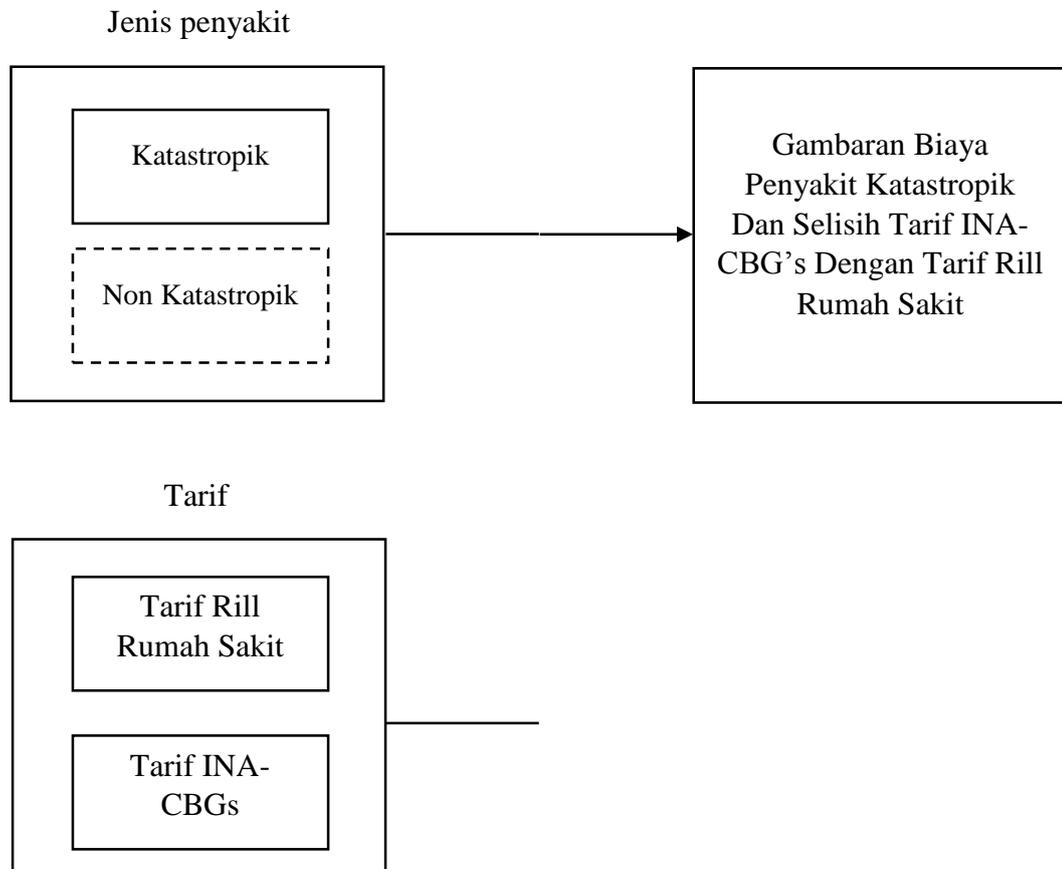
1. Besaran tarif perawatan didasarkan atas perhitungan *unit ost rata* rata-rata rawat inap di masing-masing rumah sakit. Serta harus memperhatikan kemampuan dan keadaan sosial ekonomi masyarakat setempat, tarif rumah sakit setempat lainnya, kebijakan subsidi silang dan lain-lain

2. Unit cost rata-rata inap dihitung melalui analisis biaya dengan metode distribusi ganda (double distribution) tanpa memperhitungkan investasi dan biaya gaji pegawai
3. Tarif rawat siang (Day Care) di rumah sakit jiwa ditetapkan sebesar maksimum $\frac{1}{2}$ dari tarif rawat inap kelas II.
4. Tarif rawat sehari (One Day Care) ditetapkan sama dengan tarif perawatan kelas II.
5. Tarif di ruang intensiveditetapkan atas dasar perhitungan unit costrata-rata rawat dengan memperhatikan kemampuan masyarakat setempat dan runah sakit setempat lainnya.
6. Tarif rawat inap seperti diatas tidak termasuk biaya obat-obatan, visit,tindakan medis dan terapi maupun penunjang diagnostik.

Sejalan dengan tarif rumah sakit yang ditentukan oleh kebijakan pemerintah. Saat ini biaya pelayanan yang dibayarkan menggunakan tarif INA-CBGs masih lebih rendah dibandingkan biaya tarif rumah sakit, sehingga rumah sakit merasa rugi. Disatu sisi penyakit katastrofik sangat membutuhkan biaya yang sangat mahal dan kontinyu. Hal ini dapat berdampak pada pembengkakan pembiayaan dimasa yang akan datang. Namun beberapa penelitian seperti pada penelitian Sugiharto, dkk (2013) menyebutkan bahwa tarif INA-CBGs masih lebih tinggi dibandingkan tarif rumah sakit. Sehingga perlu adanya evaluasi agar dapat membuktikan bahwa pada saat ini tarif INA-CBGs lebih rendah atau lebih tinggi dari tarif rill Rs.

2.6 Kerangka Konsep





Gambar 2.1 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan :

Diteliti :

Tidak diteliti :

Berdasarkan gambar 2.1. bahwa gambaran komponen biaya pelayanan penyakit katastropik serta selisih biaya antara tarif rill rumah sakit dengan tarif INA-CBGs dapat dianalisis dengan mengelompokkan peserta JKN yang memiliki riwayat penyakit katastropik, menganalisis biaya pelayanan medis

sehingga dapat diketahui faktor-faktor biaya yang berpengaruh. Kemudian dapat diketahui gambaran serta selisih biaya antara tarif rill dengan tarif INA-CBGs.