

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Setiap negara dan pemerintah bertanggung jawab untuk menyediakan sistem dan pelayanan kesehatan secara kuratif yang cukup serta hemat biaya (Hassanzadeh *et al.* 2013), dan untuk meningkatkan aksesibilitas dan pemanfaatan layanan kesehatan tersebut sangat diperlukan untuk memperbaiki sistem kesehatannya (Cavagnero *et al.*, 2006). Melindungi rumah tangga dari risiko pemiskinan karena biaya *out-of-pocket* untuk perawatan kesehatan merupakan tantangan utama bagi sistem kesehatan. Hal ini karena pembayaran *out-of-pocket* tersebut dapat membuat beberapa keluarga menghadapi pengeluaran biaya besar dan sebagian besar pendapatan penting adalah untuk perawatan kesehatan (Cavagnero *et al.*, 2006). Terkadang, pembayaran biaya rendah untuk penyakit umum sekalipun dapat mempengaruhi biaya bagi keluarga dengan kategori rumah tangga miskin secara finansial tanpa asuransi (Zahraei *et al.*, 2011).

Berdasarkan beberapa penelitian meskipun pemerintah mencoba meningkatkan cakupan asuransi, tapi didapatkan 10-20% populasi tidak tercakup dengan asuransi apapun (Hassanzadeh *et al.*, 2013). Hal ini dikarenakan perawatan kesehatan primer sebagian besar dibiayai dan disampaikan oleh

sektor publik sementara perawatan tingkat menengah dan tersier disediakan oleh publik dan swasta (Kavosi *et al.*, 2012, Mohammadbeigi *et al.*, 2013).

Di negara berkembang termasuk Indonesia pembiayaan untuk pelayanan kesehatan masih merupakan isu terpenting (Ile and Garr 2012). Berdasarkan data dari *World Health Organization* (WHO) yang memperkirakan bahwa rata-rata 5-10% pendapatan masyarakat digunakan untuk membiayai dari pelayanan kesehatannya, bahkan orang yang dikategorikan paling miskinpun sepertiga dari pendapatannya dipergunakan untuk membiayai pelayanan kesehatannya. Sekitar 100 juta orang dapat menjadi miskin karena mengeluarkan biaya dalam pelayanan kesehatan, dan 150 juta orang mengalami kesulitan dalam membayar pelayanan kesehatan. WHO (2015b).

Thabrany (2014) mengatakan bahwa biaya kesehatan tersebut merupakan pembiayaan kesehatan katastropik. Hal ini karena kapasitas membayar (*capacity to pay*) melebihi biaya pengeluaran rumah tangga. Pengeluaran kesehatan rumah tangga didefinisikan sebagai bencana ketika rasio pengeluaran kesehatan *out-of-pocket* rumah tangga dan pendapatan disposablenya berasal dari 30% atau 40% dari kapasitas untuk membayar, atau jika mencapai 10% dari total pengeluaran (Lu *et al.*, 2009, Wagstaff and van Doorslaer, 2003). Di negara Jerman sebesar 32.680 dolar amerika rata-rata *Gross Domestic Product* (GDP) dan pembiayaan kesehatan *out of pocket* sebesar 10%, dan di

Indonesia diperkirakan 2,5% anggaran Produk Domestik Bruto (PDB) untuk kesehatan dan *out of pocket* sebesar 70% (Mundiharno and Thabrany, 2012). Oleh karena itu, di negara maju melindungi rumah tangga dan orang-orang dari pengeluaran bencana oleh institusi sosial seperti asuransi sosial ditetapkan sebagai tujuan ideal dalam kebijakan kesehatan (Zahraei *et al.*, 2011).

Berdasarkan Undang-undang nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) bidang kesehatan berlaku mulai bulan Januari tahun 2014. Pemberlakuan pembiayaan dengan sistem INA-CBGs mengharuskan pemerintah melalui kementerian kesehatan harus menetapkan paket pelayanan untuk peserta BPJS Kesehatan. Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta oleh fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL), Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) bidang Kesehatan melakukan klaim pembayaran berdasarkan *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBGs). Tarif INA-CBGs merupakan besarnya pembayaran klaim yang dilakukan BPJS Kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan atas paket layanan berdasarkan diagnosis jenis penyakitnya. Cooper *et al.* (2015) menyatakan adanya variasi pembiayaan kesehatan meskipun dengan diagnosis yang sama.

Di Indonesia sistem INA-CBGs belum secara efektif berjalan dengan baik, hal ini dilihat dari beberapa penelitian menunjukkan kecenderungan biaya INA-CBGs lebih besar dibandingkan biaya untuk pelayanan (*fee for service*) terutama

dalam kasus non bedah. Putra *et al.* (2014) menyatakan bahwa biaya INA-CBGs kasus bedah cenderung lebih rendah jika dibandingkan *fee for service*. Faktor-faktor yang mempengaruhi biaya pelayanan kesehatan yaitu lama perawatan, biaya obat-obatan, penggunaan ruang ICU (*Intensive Care Unit*), dan lokasi rumah sakit (Puspandari *et al.*, 2015). Hasil penelitian lain menunjukkan biaya pelayanan kesehatan penyakit katastropik meliputi akomodasi, tindakan, laboratorium, tindakan intervensi dan obat-obatan (Budiarto and Sugiharto, 2013). Untuk biaya pelayanan kesehatan berhubungan dengan tingkat perawatan maupun keparahan dan sebesar 32% dari total biaya pelayanan kesehatan adalah penyakit katastropik (Ambarriani, 2014).

Meningkatnya prevalensi penyakit tidak menular (*non communicable disease*) dan penerapan sistem *Indonesia Case Base Groups* (INA-CBGs) untuk pasien katastropik peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di rumah sakit memberikan konsekuensi bahwa penyakit katastropik merupakan ancaman terhadap membengkaknya pembiayaan Jaminan Kesehatan Nasional oleh Badan Pelaksana Jaminan Sosial (BPJS) bidang kesehatan, sedangkan di pihak rumah sakit menganggap biaya penggantian klaim oleh BPJS lebih rendah dari tarif riil di rumah sakit.

Tarif di rumah sakit umum daerah Kota Mataram berdasarkan pengamatan penulis yang berhubungan dengan penyakit katastropik (jantung, stroke) lebih tinggi dari klaim INA-CBGs. Tarif tersebut berpotensi merugikan pihak rumah

sakit, apalagi menghadapi era *Universal Coverage* yang rencana akan diberlakukan pemerintah pada tahun 2019. Dalam rangka menghadapi itu maka rumah sakit harus berbenah untuk mengurangi beban kerugian yang ditanggung dalam merawat pasien katastrofik yang memerlukan sumber pendanaan besar.

B. Rumusan Masalah

Dari kajian latar belakang diatas, dapat dilihat bahwa jaminan kesehatan nasional sangat penting dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Terkait hal tersebut, dapat dirumuskan beberapa masalah penelitian sebagai berikut:

1. Apakah ada selisih biaya perawatan pasien katastrofik dengan menggunakan sistem INA-CBGs dengan pengeluaran biaya di RSUD Kota Mataram.
2. Bagaimana kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit di era jaminan kesehatan nasional?
3. Bagaimana biaya pelayanan pada pasien katasropik RSUD Kota Mataram?
4. Bagaimana perbandingan pengeluaran biaya pengobatan penyakit katastrofik di RSUD Kota Mataram dengan klaim INA-CBGs?
5. Apakah dukungan pendanaan rumah sakit terhadap pelayanan pasien katasropik di RSU Kota Mataram dapat meningkatkan kualitas pelayanan?

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Tujuan penelitian adalah untuk melihat selisih biaya pengelolaan pasien katastrofik di RSUD Kota Mataram, antara klaim INA-CBGs dengan pengeluaran biaya di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram.

2. Tujuan khusus

- a. Mengetahui selisih klaim biaya perawatan pasien katastrofik dengan menggunakan INA-CBGs dengan tarif di RSUD Kota Mataram.
- b. Mengetahui biaya perawatan pasien katastrofik di RSUD Kota Mataram.
- c. Mengetahui mutu pelayanan pasien katastrofik di RSUD Kota Mataram di era JKN.
- d. Mengetahui standar prosedur operasional (SPO) penanganan pasien katastrofik di RSUD Kota Mataram.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat praktis

a. Bagi Rumah Sakit

Menjadi pertimbangan dalam efisiensi dan peningkatan mutu dalam melayani pasien katastrofik.

b. Bagi BPJS Kesehatan

Data untuk telaah bagi BPJS Kesehatan dalam memberikan usulan dan penetapan tarif pada Kementerian

Kesehatan, serta strategi pengelolaan pasien katastrofik peserta BPJS Kesehatan.

c. Bagi Klinisi

Sebagai bahan pertimbangan dalam pelayanan pasien katastrofik.

d. Bagi Peneliti

Mengetahui komponen biaya pelayanan kesehatan pasien katastrofik, hal tersebut untuk memperkaya pengetahuan dan wawasan peneliti.

2. Manfaat Teoritis

Penelitian ini dapat menambah khasanah keilmuan khususnya di bidang perawatan pasien katastrofik yang berhubungan dengan pendanaan dan pelayanan medis.