

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Menurut Badan Pusat Statistik (BPS), jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2011 ini adalah 237.641.326 jiwa. Dengan populasi sebesar itu Indonesia menduduki peringkat ke empat negara dengan jumlah penduduk terbesar di dunia di bawah RRC, India dan Amerika Serikat. Jumlah penduduk miskin (penduduk dengan pengeluaran per kapita per bulan di bawah garis kemiskinan) di Indonesia pada Maret 2011 mencapai 30,02 juta orang (12,49 persen), turun 1,00 juta orang (0,84 persen) dibandingkan dengan penduduk miskin pada Maret 2010 yang sebesar 31,02 juta orang (13,33 persen).

Jumlah penduduk di Indonesia yang mencapai 237 juta penduduk, belum semuanya terjangkau oleh jaminan kesehatan. Rincian cakupan pada *multiple scheme coverage* 2011, menyatakan bahwa JAMKESMAS mencakup 76.400.000 jiwa (32,27%), JAMSOSTEK mencakup 5.568.160 jiwa (2,36%), ASKES PNS dan TNI POLRI 17.205.516 jiwa (7,29%), JAMKES Oleh perusahaan 15.351.532 (6,51%), ASURANSI SWASTA dan LAIN 5.844.789 (2,48%), JAMKESDA 32.983.318 (13,98%), belum mempunyai jaminan 87.055.320 (36,88%). Dari data diatas dapat diketahui bahwa pada tahun 2011 jumlah penduduk yang belum mempunyai jaminan kesehatan yaitu sebesar 36,88 %. Hal ini menunjukkan bahwa telah terjadi penurunan jumlah penduduk yang belum mempunyai jaminan kesehatan di tahun 2010 yaitu sebesar 40,93%. (KEMENKES RI, 2012)

Data data tersebut diatas menunjukkan hanya sebagian kecil masyarakat yang memiliki jaminan kesehatan (PNS, Pensiunan, veteran, sebagian kecil pegawai pegawai formal, TNI/POLRI sebagian kecil asuransi swasta dan pembiayaan mikro). Sebagian besar rakyat belum memperoleh perlindungan yang memadai. Manfaat yang diberikan atas jaminan kesehatan beragam bentuknya, belum adanya kesamaan dan berkeadilan dikarenakan belum mampu memberikan perlindungan yang adil dan memadai kepada para peserta sesuai dengan manfaat program yang menjadi hak peserta. Perlu sinkronisasi penyelenggaraan berbagai bentuk jaminan sosial yang dilaksanakan oleh beberapa penyelenggara agar dapat menjangkau kepesertaan yang lebih luas serta memberikan manfaat yang lebih besar bagi setiap peserta melalui suatu Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Sistem pembiayaan pada periode sebelum pelaksanaan SJSN berbeda dengan periode SJSN pada tahun 2014. Pada saat ini sistem pembayarannya adalah *fee for service* akan tetapi pada pelaksanaan SJSN sistem pembayaran pun berubah menjadi sistem jaminan sosial seperti pada negara Jerman. Pada pembayaran *fee for service* atau *out of pocket* maka pasien akan membayar setelah jasa pelayanan kepada Rumah Sakit, akan tetapi pada sistem yang akan datang rumah sakit akan mendapatkan haknya dengan cara klaim atau lebih sering disebut sistem *Case-mix* kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Sistem *fee for service* secara singkat diartikan sebagai sistem pembayaran berdasarkan layanan, dimana pencari layanan kesehatan berobat lalu membayar kepada pemberi pelayanan kesehatan (PPK). PPK (dokter atau rumah sakit) mendapatkan pendapatan berdasarkan atas pelayanan yang diberikan, semakin

banyak yang dilayani, semakin banyak pula pendapatan yang diterima. Sebagian besar masyarakat Indonesia saat ini masih bergantung pada sistem pembiayaan kesehatan secara *Fee for Service* ini. Dari laporan *World Health Organization* di tahun 2006 sebagian besar (70%) masyarakat Indonesia masih bergantung pada sistem, *Fee for Service* dan hanya 8,4% yang dapat mengikuti sistem Health Insurance (WHO, 2009). Kelemahan sistem *Fee for Service* adalah terbukanya peluang bagi pihak pemberi pelayanan kesehatan (PPK) untuk memanfaatkan hubungan *Agency Relationship*, dimana PPK mendapat imbalan berupa uang jasa medik untuk pelayanan yang diberikannya kepada pasien yang besar-kecilnya ditentukan dari negosiasi. Semakin banyak jumlah pasien yang ditangani, semakin besar pula imbalan yang akan didapat dari jasa medik yang ditagihkan ke pasien. Dengan demikian, secara tidak langsung PPK didorong untuk meningkatkan volume pelayanannya pada pasien untuk mendapatkan imbalan jasa yang lebih banyak (Gufron,2004).

Sistem pada fase pelaksanaan SJSN adalah sistem Asuransi Kesehatan Nasional, agak berbeda dengan sistem NHS (National Health Services) yang diberlakukan di Inggris. Sistem yang pendanaannya berasal dari premi peserta yang merupakan seluruh warna negara Indonesia kecuali masyarakat miskin yang premi ditanggung pemerintah. Dalam sistem tersebut sistem pembiayaan menggunakan *prospective payment* lebih tepatnya *case-mix* yang mana aplikasinya menggunakan sistem INA CBGs, yang sebelumnya menggunakan INA DRG yang sudah habis masa berlakunya. Diharapkan dengan sistem yang



\baru maka tidak ada lagi pasien yang membayar dengan *out of pocket*, dan pada akhirnya seluruh masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak.

Pelaksanaan dari Sistem Jaminan Sosial Nasional itu sendiri dimulai 1 Januari 2014. Pelaksana dari SJSN adalah Rumah sakit itu sendiri. Dalam hal ini rumah sakit harus mempersiapkan diri dalam menghadapi SJSN 2014. Dalam implementasi SJSN di rumah sakit, rumah sakit harus menilai kemampuan internal rumah sakit sendiri, dan menilai faktor eksternal rumah sakit.

Analisis kemampuan internal dan eksternal rumah sakit dapat dilakukan dengan menggunakan metode analisis SWOT (strength, weakness, opportunity, threats). Analisis SWOT adalah analisis kondisi internal maupun eksternal suatu organisasi yang selanjutnya akan digunakan sebagai dasar untuk merancang strategi dan program kerja. Analisis internal meliputi peniaian terhadap faktor kekuatan (Strength) dan kelemahan (Weakness). Sementara, analisis eksternal mencakup faktor peluang (Opportunity) dan tantangan (Threaths).

Hasil dari analisis tersebut digunakan dalam menentukan srategi dalam menghadapi SJSN 2014. Pada akhirnya akan berujung pada kesiapan Rumah Sakit tersebut. Dalam pelaksanaan SJSN dimungkinkan akan timbul beberapa masalah. Beberapa issue yang cukup kuat adalah pertama penggunaan obat berdasarkan indikasi medis dan tidak ada perbedaan antar kelas, kedua meningkatnya pengguna kelas III sesuai dengan prinsin SJSN, ketiga tidak adanya perbedaan jasa medis antar kelas, keempat alur klaim dari rumah sakit kepada BPJS karena sebelum diterapkannya SJSN rumah sakit masih memiliki pemasukan dari *out of pocket* pasien, sedangkan dengan berlakunya SJSN maka

semua pasien menggunakan jaminan dan tidak ada *out of pocket* hal tersebut berkaitan dengan biaya operasional dari setiap Rumah Sakit, kecepatan dan besarnya klaim juga merupakan permasalahan tersendiri, kelima kendali mutu dengan sistem *diagnostic related group* dan sistem *out of pocket*.

RSUD Surakarta adalah rumah sakit milik pemerintah Kota Surakarta, yang berdiri sejak 2008 dengan semakin meningkatnya jumlah pelayanan maka pada tahun 2011 dibangun gedung Rumah Sakit yang baru di daerah Kadipiro. Mulai 2012 RSUD Surakarta menempati tempat yang baru. Diawal berdirinya RSUD dihadapkan dengan tantangan yang cukup berat yaitu Jaminan Kesehatan Nasional. Hal tersebut menjadi menarik karena dengan status rumah sakit milik daerah, RSUD dihadapkan dengan persaingan yang cukup berat. Karena jumlah rumah sakit di Kota Surakarta sendiri sudah cukup banyak kurang lebih 15 rumah sakit. Ditambah lagi terdapat rumah sakit tipe A milik pemerintah provinsi Jawa Tengah, RSUD dr. Moewardi.

Sehingga sangat menarik melihat bagaimana RSUD Kota Surakarta menyiapkan diri menghadapi JKN 2014, sebagai rumah sakit baru diantara rumah sakit yang telah lama berdiri. Oleh karena itu, berdasarkan permasalahan diatas penulis memutuskan untuk meneliti hal tersebut diatas dengan judul penelitian “ Analisis Strategi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Surakarta Menghadapi Jaminan Kesehatan Nasional ”.

## **B. Masalah Penelitian**

1. Bagaimana kesiapan rumah sakit dalam menghadapi Jaminan Kesehatan Nasional?

2. Bagaimana strategi rumah sakit dalam menghadapi Jaminan Kesehatan Nasional?

### **C. Tujuan Penelitian**

1. Tujuan Umum :
  - a. Untuk menganalisa kesiapan Rumah Sakit dalam menghadapi Jaminan Kesehatan Nasional
  - b. Untuk menganalisa strategi Rumah Sakit dalam menghadapi Jaminan Kesehatan Nasional
2. Tujuan Khusus :
  - a. Untuk menganalisis kekuatan Rumah Sakit dalam menghadapi Jaminan Kesehatan Nasional
  - b. Untuk menganalisis kelemahan Rumah Sakit dalam menghadapi Jaminan Kesehatan Nasional
  - c. Untuk menganalisis kesempatan Rumah Sakit dalam menghadapi Jaminan Kesehatan Nasional
  - d. Untuk menganalisis hambatan Rumah Sakit dalam menghadapi Jaminan Kesehatan Nasional

### **D. Manfaat Penelitian**

1. Manfaat penelitian untuk peneliti  
Dijadikan bahan pembelajaran dalam menambah wawasan keilmuan di bidang jaminan sosial nasional.
2. Manfaat penelitian untuk rumah sakit



Dijadikan bahan pertimbangan untuk perencanaan strategi menghadapi Jaminan Kesehatan Nasional

3. Manfaat penelitian untuk pasca sarjana

Dijadikan bahan referensi untuk penelitian serupa

**E. Keaslian Penelitian**

Beberapa penelitian tentang sistem jaminan kesehatan antara lain :

1. “*The Introduction of the Universal Coverage of Health Care Policy in Thailand : Policy Responses*“ Siriwan Pitiyarangsarit, 2010. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis *Policy Responses* dari pelaksanaan *Universal Coverage* di Thailand. Hasil dari penelitian tersebut menyatakan bahwa masih banyak pertentangan antara para birokrat di Thailand, dan permasalahan teknis yang terjadi dalam implementasi *Universal Coverage*. Perbedaan dengan penelitian yang akan dilakukan adalah level analisisnya, yaitu pada penelitian diatas analisis dilakukan pada tingkat pemerintah, sedangkan penelitian yang akan dilakukan adalah pada level rumah sakit sebagai pelaksana.
2. “Implementasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) di Kecamatan Banyumanik Semarang” Argo Baskoro Susongko & Sri Suwitri, 2011. Penelitian tersebut menganalisa daya tanggap dan sikap masyarakat terhadap implementasi JAMKESMAS, dengan hasil penelitian adanya pengaruh positif dan signifikan antara daya tanggap dan sikap masyarakat terhadap implementasi program JAMKESMAS. Perbedaan dengan penelitian yang akan dilakukan adalah level analisis pada penelitian

tersebut adalah pada level masyarakat sebagai konsumen, pada penelitian yang akan dilakukan adalah pada level pelaksana kebijakan yaitu rumah sakit.

3. “*The Equity Impact Of Universal Coverage : Health Care Finence, Catastrophic Expenditure, Utilization And Goverment Subsidies In Thailand*” Limwattananon S, dkk. 2011. Menilai dampak equitas dari penerapan UC pada penyebaran /distribusi manfaat penggunaan jasa pelayanan kesehatan. Beban ekonomi pada pelayanan kesehatan dan perlindungan dri resiko biaya perawatan medis yang mahal. Hasilnya distribusi beban ekonomi yang setara sebelum ataupun setelah UC, pengeluaran biaya out of pocket lebih rendah, Subsidi publik dan pelayanan yang pro rakyat miskin., menurunkan pembayaran out of pocket untuk pelayanan kesehatan. Perbedaan penelitian tersebut dengan penelitian yang akan dilakukan adalah *timing* penilaian dan yang dianalisis karena yang dianalisis adalah dampak *Universal coverage*..