

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Sesuai dengan amanat Undang-Undang no 40 tahun 2004, tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) bahwa seluruh warga negara mendapat perlindungan dari negara, agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya dengan layak.

Menurut UU RI No. 36 Tahun 2009 menyebutkan bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksudkan dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Untuk mewujudkan pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), perlu di bentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), sesuai dengan UU no. 24 tahun 2011.

Berdasarkan ketentuan Pasal 52 ayat (2) UU No. 40 Tahun 2004, batas waktu paling lambat untuk penyesuaian semua ketentuan yang mengatur mengenai Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dengan UU No. 40 Tahun 2004 adalah tanggal 19 Oktober 2009, yaitu 5 tahun sejak UU No. 40 Tahun 2004 diundangkan. Batas waktu penetapan UU tentang Badan

Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang ditentukan dalam UU No. 40 Tahun 2004 tidak dapat dipenuhi oleh Pemerintah. Rancangan Undang-Undang (RUU) tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) tidak selesai dirumuskan.

DPR RI mengambil inisiatif menyelesaikan masalah ini melalui Program Legislasi Nasional tahun 2010 untuk merancang Rancangan Undang-Undang (RUU) tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). DPR telah menyampaikan RUU tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kepada Pemerintah pada 8 Oktober 2010 untuk dibahas bersama Pemerintah.

DPR RI dan Pemerintah mengakhiri pembahasan Rancangan Undang-Undang (RUU) tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) pada Sidang Paripurna DPR RI tanggal 28 Oktober 2011. RUU tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) disetujui untuk disahkan menjadi Undang-undang.

DPR RI menyampaikan Rancangan Undang-Undang (RUU) tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kepada Presiden pada tanggal 7 November 2011. Pemerintah mengundang UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) pada tanggal 25 November 2011.

Isi dari UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) pasal 5 ayat 2 mengharuskan pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Ketenagakerjaan.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan sistem kesehatan di semua tingkat seperti promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Sedangkan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Ketenagakerjaan bertanggung jawab terhadap kecelakaan kerja, jaminan hari tua, pensiun dan kematian.

Pemerintah menugaskan kepada dua BUMN untuk menyelenggarakan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) tersebut, yaitu PT. ASKES untuk BPJS Kesehatan, dan PT. Jamsostek untuk BPJS Ketenagakerjaan. Karena penyelenggaraan SJSN bersifat sosial, maka kedua BUMN tersebut harus di rubah badan hukumnya dari Perseroan Terbatas (PT) menjadi Badan Penyelenggara yang bersifat nirlaba.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Ketenagakerjaan (pasal 6 ayat 2, UU no 24 tahun 2011) mempunyai tugas menyelenggarakan jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun dan jaminan kematian kepada masyarakat yang menjadi peserta BPJS Ketenagakerjaan dan harus

mulai beroperasi tanggal 1 Januari 2014. (pasal 62 ayat 1, UU no 24 tahun 2011).

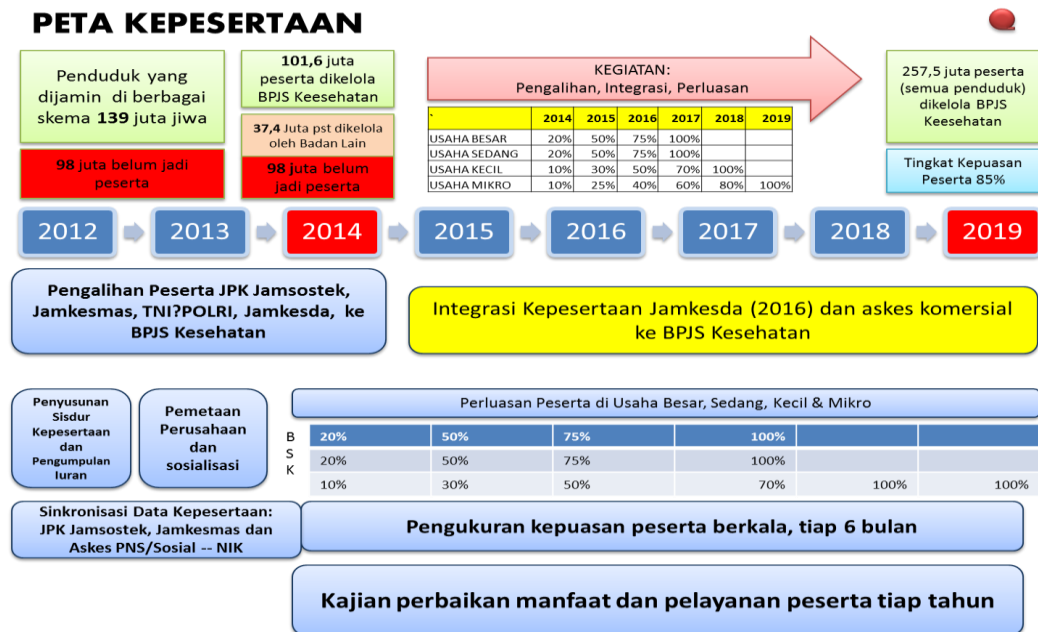
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan (pasal 6 ayat 1, UU no 24 tahun 2011) mempunyai tugas untuk menjalin dan memutus kerjasama dengan Pusat Pelayanan Kesehatan I (PPK I) seperti puskesmas, dokter praktek pribadi dan klinik untuk pelayanan premier dan Pusat Pelayanan Kesehatan II (PPK II) seperti Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus untuk pelayanan skunder, dalam memberikan jaminan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang menjadi peserta BPJS Kesehatan dan harus mulai beroperasi tanggal 1 Januari 2014. (pasal 60 ayat 1, UU no 24 tahun 2011). Pentahapan kepesertaan BPJS Kesehatan, dijabarkan dalam Keppres No.12/2013 tentang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan pada Road Map JKN tahun 2012 s.d 2019. Keppres ini menjadi dasar bagi Kementerian Kesehatan untuk menyusun program kerja mengenai pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional.

Beberapa peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) di terbitkan untuk diantaranya Permenkes No. 069/2013 tentang Sistem Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional, dan No. 071 tentang sistem Rujukan pada Jaminan Kesehatan Nasional.

Dibawah ini road map Jamiman Kesehatan Nasional

Tabel 1

Road map Jaminn Kesehatan Nasional¹



Pada 1 Januari 2014 secara otomatis yang menjadi peserta BPJS Kesehatan adalah : peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), anggota Tentara Nasional Indonesia/Polisi Republik Indonesia (TNI/Polri), Pegawai Negeri Sipil (PNS), peserta Jaminan Pelayanan Kesehatan (JPK) Jamsostek, dan peserta Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) yang bekerja

¹ Sumber : Presentasi wakil Menteri Kesehatan pada kegiatan meeting road map BPJS Kesehatan, Hotel Manhattan Jakarta, 10 Oktober 2012

sama dengan PT Askes. Ditambah lagi dari sektor informal yang secara bertahap sampai tahun 2019 wajib menjadi peserta BPJS Kesehatan.

Pada tanggal 21 Oktober 2013, bertempat di Sekolah pembentukan Perwira Polisi Lido Sukabumi Jawa barat, Presiden Republik Indonesia Susilo Bambang Yudhoyono, mencanangkan gerakan memiliki Jaminan kesehatan melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial nasional (BPJS).

Pada Kesempatan itu juga Menteri Negara Badan Usaha Milik Negara (BUMN) menginstruksikan kepada 140 Direksi Badan Usaha Milik Negara (BUMN) agar seluruh karyawan Badan Usaha Milik Negara (BUMN) menjadi peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial nasional (BPJS).

Penandatanganan nota kesepakatan antara Direksi BUMN dengan Direktur PT. Askes Persero yang akan berubah menjadi BPJS Kesehatan pada 1 januari 2014 disaksikan langsung oleh Presiden Republik Indonesia.²

Menurut wakil Menteri Kesehatan (Prof. DR. Ali Ghufron. Msc), dengan diberlakukannya Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), pertanggal 1 Januari 2014, maka, struktur pembiayaan kesehatan akan mengalami perubahan. Akan banyak masyarakat yang tadinya membiaya sendiri biaya kesehatannya (*Out of*

² Fana Suparman, "Presiden saksikan 140 BUMN teken kesepakatan sebagai peserta BPJS," *Suara Pembaharuan*, 21 Oktober 2013

Pocket), atau mengikuti asuransi secara pribadi akan beralih ke BPJS Kesehatan, mengingat penjaminan BPJS Kesehatan yang bersifat sosial (premi murah) dan Universal Coverage tanpa ada pembatasan penjaminan dan bersifat nasional akan menjadi daya tarik tersendiri bagi masyarakat, seperti tercantum pada diagram dibawah ini ³ :

Tabel 2



Pada era BPJS Kesehatan, Sistem pelayanan kesehatan yang akan diterapkan adalah managed care (sistem pelayanan berjenjang), dimana peserta yang membutuhkan pelayanan kesehatan harus terlebih dahulu mendapatkan pelayanan di Pusat Pelayanan Kesehatan I (PPK I)

³ Presentari wakil Menteri Kesehatan, *Loc. cit*

(Puskesmas, dokter praktek pribadi dan klinik). Apabila PPK I tidak dapat menangani permasalahan kesehatan peserta maka PPK I wajib merujuk peserta tersebut ke Pusat Pelayanan kesehatan II (Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus). Dengan sistem ini setiap tingkatan mempunyai kewenangan dan kompetensi yang berbeda, dengan sistem ini diharapkan dapat mengendalikan biaya pelayanan kesehatan, sekaligus meningkatkan mutu pelayanan kesehatan karena sistem pelayanan yang terstruktur.

Sistem tarif yang di pakai pada era BPJS Kesehatan dibagi dua, yaitu sistem Kapitasi untuk PPK I dan sistem INA CBGs (paket presfactive payment) untuk PPK II⁴

PPK I (selain Puskesmas) bertanggung jawab terhadap maksimal 3.000 peserta dan setiap peserta di bayar dengan sistem kapitasi per bulan. PPK I harus bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan peserta yang terdaftar di PPK I tersebut mulai dari program promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif untuk kasus penyakit yang sederhana dan bisa di tangani di PPK I. Apabila penyakit yang diderita oleh pasien tidak bisa ditangani oleh PPK I, maka pasien tersebut harus di rujuk ke PPK II, sehingga PPK II hanya menerima pasien rujukan dari PPK I selain pasien emergency

Sistem INA CBGs (*Indonesian Case Base Groups*) untuk PPK II adalah software yang mengelompokkan pembiayaan berdasarkan kelompok kasus

⁴ *Presentari wakil Menteri Kesehatan, Loc cit*

penyakit, dimana pemberi pelayanan kesehatan PPK II (rumah sakit) dapat mengajukan klaim atas jasa pelayanan kesehatan yang sudah di berikan berdasarkan diagnosa penyakit. Dalam sistem INA CBGs sudah di tentukan besaran tarif untuk jenis diagnosa tertentu.

Sumber daya yang di pergunakan untuk merawat diagnosa penyakit di tetapkan berdasarkan data historis dan pendapat para pakar. Sehingga sumber daya yang di butuhkan untuk merawat peserta dengan diagnosa tertentu sudah baku dan tetap serta berlaku umum di seluruh rumah sakit yang ada di Indonesia (baik RS Pemerintah maupun RS Swasta), sehingga rumah sakit dalam memberikan pelayanan dibatasi dengan aturan bahwa untuk diagnosa tertentu hanya boleh di berikan pelayanan kesehatan dengan sumber daya tertentu. Dalam implementasi sistem INA CBGs nantinya, diharapkan akan tercipta sistem kendali biaya dan kendali mutu yang terkontrol dengan ketat dan terus-menerus.

Hal ini berbeda dengan metode pembiayaan kesehatan saat ini yang mempergunakan metode *Fee for service* yaitu jasa pelayanan kesehatan di klaim berdasarkan aktifitas layanan yang sudah di berikan. Sumber daya yang di pergunakan untuk merawat pasien sangat tergantung kepada kompetensi dari dokter yang merawat dan ketersediaan peralatan medis. Dengan metode *Fee for service*, maka rumah sakit berusaha untuk meningkatkan utilitas pemakaian sumber daya yang dimiliki. Semakin tinggi utilitas ditambah dengan

semakin banyak sumber daya yang di pergunakan untuk merawat pasien, maka semakin besar pendapatan yang akan di dapatkan oleh rumah sakit.

Karena hal tersebut diatas, maka rumah sakit terutama RS swasta berlomba-lomba untuk berinvestasi membeli peralatan medis dengan harapan peralatan medis yang sudah di beli bisa di pergunakan untuk melayani pasien, bila pemakaian peralatan medis / utilisasinya tinggi, maka pengembalian investasi semakin cepat.

Secara tidak langsung sesuai mekanisme pasar, terjadi persaingan antara rumah sakit untuk berlomba-lomba membeli peralatan kesehatan yang tercanggih walaupun membutuhkan investasi yang mahal.

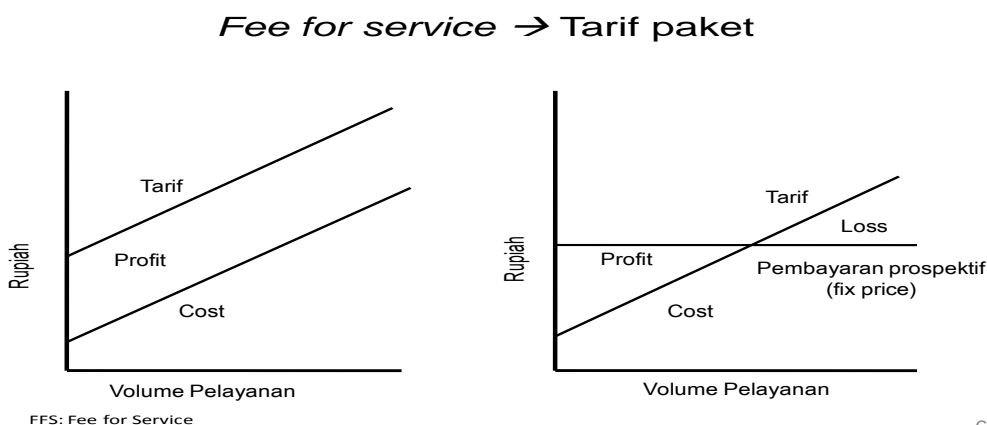
Karena rumah sakit merupakan industri yang padat modal, padat karya dan padat teknologi, maka seluruh sumber daya yang di pergunakan untuk melayani pasien di perhitungkan dalam tarif pelayanan, semakin banyak sumber daya dan semakin tinggi nilai sumber daya yang di pergunakan, maka semakin mahal tarif yang akan di terapkan.

Saat ini, bila di bandingkan antara metode tarif *Fee for service* dengan tarif INA CBGs sangat jauh perbedaannya, tarif yang tercantum dalam software INA CBGs bersumber dari data costing rumah sakit (2010 – 2012), yang di collecting tahun 2013, sebanyak 137 rumah sakit yang terdiri dari 91 rumah

sakit Pemerintah dan 46 rumah sakit swasta, hasilnya diterapkan kepada seluruh rumah sakit yang melayani pasien Jamkesmas.

Perbedaan dasar perhitungan tarif ini menjadi tantangan yang sangat berarti bagi RS “XYZ” di Depok, karena terjadi perubahan yang sangat signifikan baik dari sisi operasional maupun dari sisi pendapatan, dimana selama ini besaran biaya oprasional dan besaran pendapatan dapat di rencanakan sesuai dengan data historis tahun sebelumnya, tidak demikian halnya pada era BPJS, besaran biaya operasional mungkin masih bisa di prediksi, akan tetapi untuk besaran pendapatan akan sulit diprediksi dan dibuat target karena sangat tergantung dengan diagnosa dari pasien-pasien yang akan dirawat. Perbedaan tersebut tergambar pada grafik di bawah ini ⁵:

Grafik 1



6

⁵ Sumber : Presentasi ketua National Casemix Centre Kementerian Kesehatan pada acara Rapat Dengar Pendapat (RDP) dengan Komisi IX DPR RI, 25 Februari 2013.

Dari grafik di atas, terlihat perbedaan antara sistem tarif *fee for service* dengan sistem tarif paket INA CBGs

Pada sistem *fee for service*, semakin besar volume pelayanan, maka akan semakin tinggi profit yang akan di dapatkan, Sementara dalam sistem paket INA CBGs, Profit akan dihasilkan dari selisih tarif dengan cost yang di pakai.

Pada sistem *fee for service*, rumah sakit akan berupaya sedemikian rupa untuk meningkatkan volume pelayanan dengan mengupayakan utilisasi sumberdaya yang di milikinya.

Pada sistem paket INA CBGs, rumah sakit harus memberikan pelayanan sesuai dengan paket yang sudah ditetapkan. Apabila rumah sakit dapat memberikan pelayanan di bawah paket yang sudah di tetapkan akan mendapatkan profit, namun sebaliknya apabila dalam memberikan pelayanan diatas paket yang sudah ditetapkan, maka rumah sakit akan mengalami kerugian.

Saat ini metode pentarifan yang di pakai di RS "XYZ" adalah *Fee for service* dan hampir seluruh pasien yang dilayani mempergunakan tarif *Fee for service*, walaupun RS "XYZ" sudah bekerja sama dengan Kementerian Kesehatan dalam melayani pasien Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang mempergunakan software INA CBGs walaupun tarif yang dipakai pada software INA CBGs sangat rendah bahkan jauh di bawah tarif real RS "XYZ".

Data claim Jamkesmas RS “XYZ” pada tahun dari tahun 2008 sampai dengan 2013 adalah sebagai berikut⁶ :

Tahun 2008 tarif real RS “XYZ” sebesar Rp. 9.324.536,- yang di cover Jamkesmas sebesar Rp. 5.014.547,- (53,78 %).

Tahun 2009 tarif real RS “XYZ” sebesar Rp. 39.543.675,- yang di cover Jamkesmas sebesar Rp. 22.031.377,- (55,71 %).

Tahun 2010 tarif real RS “XYZ” sebesar Rp. 56.768.795,- yang di cover Jamkesmas sebesar Rp. 38.445.386,- (67,78 %).

Tahun 2011 tarif real RS “XYZ” sebesar Rp. 136.667.850,- yang di cover Jamkesmas sebesar Rp. 81.825.731,- (59,87 %)

tahun 2012 tarif real RS “XYZ” sebesar Rp. 151.325.435,- yang di cover Jamkesmas sebesar Rp. 96.678.128,- (63,58 %).

tahun 2013 tarif real RS “XYZ” sebesar Rp. 223.455.760,- yang di cover Jamkesmas sebesar Rp. 177.951.613,- (79,64 %),

Data di atas menunjukkan bahwa jumlah claim Jamkesmas RS “XYZ” periode 2008 – 2013 masih lebih rendah dari tarif real RS ”XYZ”. Sehingga selama menjadi provider Jamkesmas RS ”XYZ” selalu rugi.

Menjadi provider Jamkesmas sifatnya wajib, karena pada era tersebut, setiap rumah sakit yang akan mengurus perijinan selalu di kaitkan dengan persyaratan harus menjadi provider Jamkesmas.

⁶ Laporan tahunan RS “XYZ”

Untuk mensiasati kerugian tersebut, RS "XYZ" menerapkan system selektif dalam menerima pasien dengan jaminan Jamkesmas.

Regulasi / Kebijakan pemerintah pada sektor kesehatan yang mempengaruhi industri rumah sakit juga terjadi di Malaysia. Sistem kesehatan Malaysia telah mengalami banyak transformasi dengan hasil yang baik. Sektor kesehatan publik yang kuat adalah salah satu alasan untuk mencapai cakupan universal. Hal-hal yang bersifat publik ditanggung oleh pemerintah Malaysia. Mekanisme pembayaran kepada provider meningkatkan upaya untuk meninggalkan sistem *Fee For Service* (FFS) untuk mengurangi inefisiensi, kombinasi global anggaran dengan casemix sistem dapat berpotensi meningkatkan efisiensi, kualitas dan kesetaraan.⁷

RS "XYZ" merupakan sebuah rumah sakit swasta yang terletak di wilayah Depok Jawa Barat, rumah sakit "XYZ" berbadan hukum PT (Perseroan Terbatas) dengan akte pendirian no. 49/ 18 Juli 2002, merupakan unit usaha dari PT. KES (Karya Empat Saudara). rumah sakit "XYZ" merupakan rumah sakit umum kelas B dan beroperasi sejak tanggal 6 Februari 2006. RS "XYZ" menempati tanah seluas 8.255 m dengan gedung berlantai 8, total luas bangunan 19.074 m. Lantai 1 dan 2 di fokuskan untuk poliklinik dan ruang penunjang, lantai 3 untuk kamar bedah dan ruang intensive, lantai 4 s.d 6 lantai untuk perawatan inap.

⁷ Assoc. Prof Dr Sharifa Ezat Wan Puteh Department Community Health International Casemix and Clinical Coding Centre, Faculty of Medicine UKM Medical Centre Malaysia (Disampaikan pada acara workshop pembiayaan kesehatan di Malaysia, Thailand dan Filipina, di Kemenkes RI, 5 Oktober 2012)

Posisi rumah sakit “XYZ” di daerah Cibubur Depok, sangat strategis, berbatasan dengan kabupaten Bogor, kabupaten Bekasi dan Jakarta Timur, sehingga pasien yang di layani berasal dari beberapa wilayah tersebut. Cakupan demografis yang sangat strategis tersebut mengharuskan RS “XYZ” menyediakan jumlah dan jenis pelayanan kesehatan yang lengkap untuk memenuhi seluruh kebutuhan dari customernya.

RS “XYZ” berkapasitas total 200 tempat tidur, pada saat ini baru dioperasikan sebanyak 138 tempat tidur. Pelayanan rawat inap akan dikembangkan secara bertahap hingga memenuhi seluruh kapasitas yang direncanakan. Ketersediaan tempat tidur ditunjang dengan fasilitas penunjang yang lengkap serta peralatan medis yang memadai dan siap pakai, didukung oleh tenaga medis dan non medis yang kompeten serta dokter spesialis dan sub spesialis yang berpengalaman.⁸

Jenis pelayanan yang diberikan RS “XYZ” :

1. Pelayanan 24 jam di unit-unit berikut :
 - a. Unit Gawat Darurat (UGD) dan *Ambulance*
 - b. Unit Laboratorium
 - c. Unit Radiologi
 - d. Unit Farmasi
 - e. Unit Kamar Operasi

⁸ Copany profie RS'XYZ" 2012

2. Klinik Rawat Jalan, melayani Senin - Sabtu setiap minggunya :
 - a. Pelayanan Penyakit Dalam (*Internist*)
 - b. Pelayanan Bedah, terdiri dari :
 - Bedah Tulang (*Orthopedic Surgery*)
 - Bedah Umum
 - Bedah Plastik / Kosmetik
 - Bedah Urologi (*Urology Surgery*)
 - Bedah Anak (*Pediatric Surgery*)
 - Bedah Tumor (*Oncology*)
 - Bedah Syaraf (*Neuro Surgery*)
 - Bedah Saluran Cerna (*Digestive Surgery*)
 - c. Pelayanan Kesehatan Anak (*Pediatric*)
 - d. Pelayanan Obstetri dan Ginekologi (*Obstetry and Gynaecology*)
 - e. Pelayanan Penyakit Syaraf (*Neurology*)
 - f. Pelayanan Mata (*Ophthalmology*)
 - g. Pelayanan THT (*Ear, Nose, and Troat : ENT*)
 - h. Pelayanan Kulit Kelamin (*Skin & Venera*)
 - i. Pelayanan Jantung dan Pembuluh Darah (*Cardiology*)
 - j. Pelayanan Paru (*Lungs*)
 - k. Pelayanan Jiwa (*Psychiatry*)

- l. Pelayanan Psikologi (*Psychology*)
- m. Pelayanan Akupuntur (*Acupuncture*)
- n. Pelayanan *Phytobiofisic*
- o. *Pelayanan Bio E*
- p. Pelayanan Luka Bakar & Stoma (*Woundcare Center*)
- q. Pelayanan Gigi dan Mulut (*Teeth & Mouth*)
- r. Pelayanan Fisioterapi (*Physioterapy*)
- s. *Medical Check Up*
- t. Hemodialisa (*Haemodialysis*)
- u. Pelayanan Pemulasaran Jenazah
- v. Ambulance jalan Tol Cibubur – Depok
- w. Klinik satelit di Perusahaan-Perusahaan Rekanan

3. Rawat Inap, yang terdiri dari :

- | | |
|----------------|------------|
| a. Kelas VIP | f. ICU |
| b. Kelas Utama | g. NICU |
| c. Kelas I | h. HCU |
| d. Kelas II | i. Peina |
| e. Kelas III | j. Isolasi |

Untuk ikut serta sebagai provider BPJS Kesehatan sangat di tentukan oleh kinerja RS “XYZ” saat ini. Evaluasi akan kinerja RS menjadi dasar bagi RS “XYZ” untuk mempersiapkan diri menyongsong era BPJS dengan sistem INA CBGs.

Evaluasi kinerja RS merupakan langkah awal bagi RS “XYZ” untuk menilai sejauh mana kesiapan seluruh aspek dalam rumah sakit menerapkan sistem INA CBGs, dimana pada sistem INA CBGs menuntut rumah sakit “XYZ” untuk dapat menerapkan kendali biaya dan kendali mutu berdasarkan kasus penyakit.

B. Fokus dan Subfokus Penelitian

1. Fokus penelitian ini adalah : Mengevaluasi kinerja RS “XYZ” saat ini dengan sistem tarif pelayanan *fee for service*.

Berdasarkan Peraturan Presiden no 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan pada pasal 41 berbunyi :

- a. Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi fasilitas kesehatan milik Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau swasta yang menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan.
- b. Fasilitas kesehatan milik Pemerintah dan pemerintah daerah yang memenuhi persyaratan wajib bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

- c. Fasilitas kesehatan milik swasta yang memenuhi persyaratan dapat menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan.

Berdasarkan peraturan presiden tersebut diatas, maka RS “XYZ” sebagai rumah sakit swasta sebenarnya tidak diwajibkan menjadi provider dari BPJS Kesehatan, akan tetapi melihat dari road map pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Nasional, maka per tanggal 1 Januari 2014 saja di perkirakan 140.000.000 penduduk Indonesia menjadi peserta BPJS Kesehatan, dan pada tahun 2019 direncanakan seluruh penduduk Indonesia menjadi peserta BPJS Kesehatan

Dalam kondisi seperti tersebut diatas, menjadi dilema bagi RS “XYZ”, apakah ikut menjadi provider atau tidak. Kalau ikut menjadi provider, maka akan berhadapan dengan tarif yang sangat rendah.

Sebaliknya kalau tidak ikut menjadi provider, maka otomatis RS. “XYZ” akan menutup diri untuk melayani peserta BPJS yang berjumlah 140.000.000 jiwa, dan hanya bersaing untuk memperebutkan sisa penduduk Indonesia yang belum menjadi peserta BPJS yang berjumlah sekitar 119.000.000 jiwa.

2. Subfokus penelitian ini adalah :
 - a. Dengan kinerja layanan RS saat ini, unit-unit kerja mana saja yang siap untuk menghadapi pemberlakuan Jaminan Kesehatan Nasional.
 - b. Apakah RS “XYZ” akan menjadi provider dari BPJS Kesehatan

C. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah : Bagaimana kinerja RS “XYZ” saat ini ?

Dengan kinerja RS yang ada sekarang dan perubahan sistem layanan dan tarif dari *fee for service* menjadi paket INA CBGs di era Jaminan Kesehatan Nasional, maka :

1. Dari evaluasi kinerja saat ini, bagai mana kesiapan unit-unit kerja dalam menyongsong pemberlakuan Jaminan Kesehatan Nasional ?
2. Apakah RS XYZ akan menjadi provider BPJS Kesehatan ?

D. Kegunaan Penelitian

1. Kegunaan Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan bagi perkembangan ilmu pengetahuan pada umumnya dan bidang manajemen strategi terutama industri Rumah Sakit pada khususnya dan sebagai referensi penelitian lebih lanjut khususnya bagi pihak lain yang ingin mempelajari mengenai pengaruh tarif INA CBGs terhadap pelayanan rumah sakit.

2. Kegunaan Praktis

Manfaat praktis yang ingin dicapai dalam penelitian ini bagi beberapa pihak antara lain:

a. Bagi Rumah Sakit “XYZ”

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk menentukan sikap dan strategi pelayanan di era pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan tarif INA CBGs.

b. Bagi Akademisi

Penelitian ini merupakan proses pembelajaran untuk menambah pengetahuan, pengalaman, dan wawasan mengenai pengaruh pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan tarif INA CBGs terhadap pelayanan di Rumah Sakit.