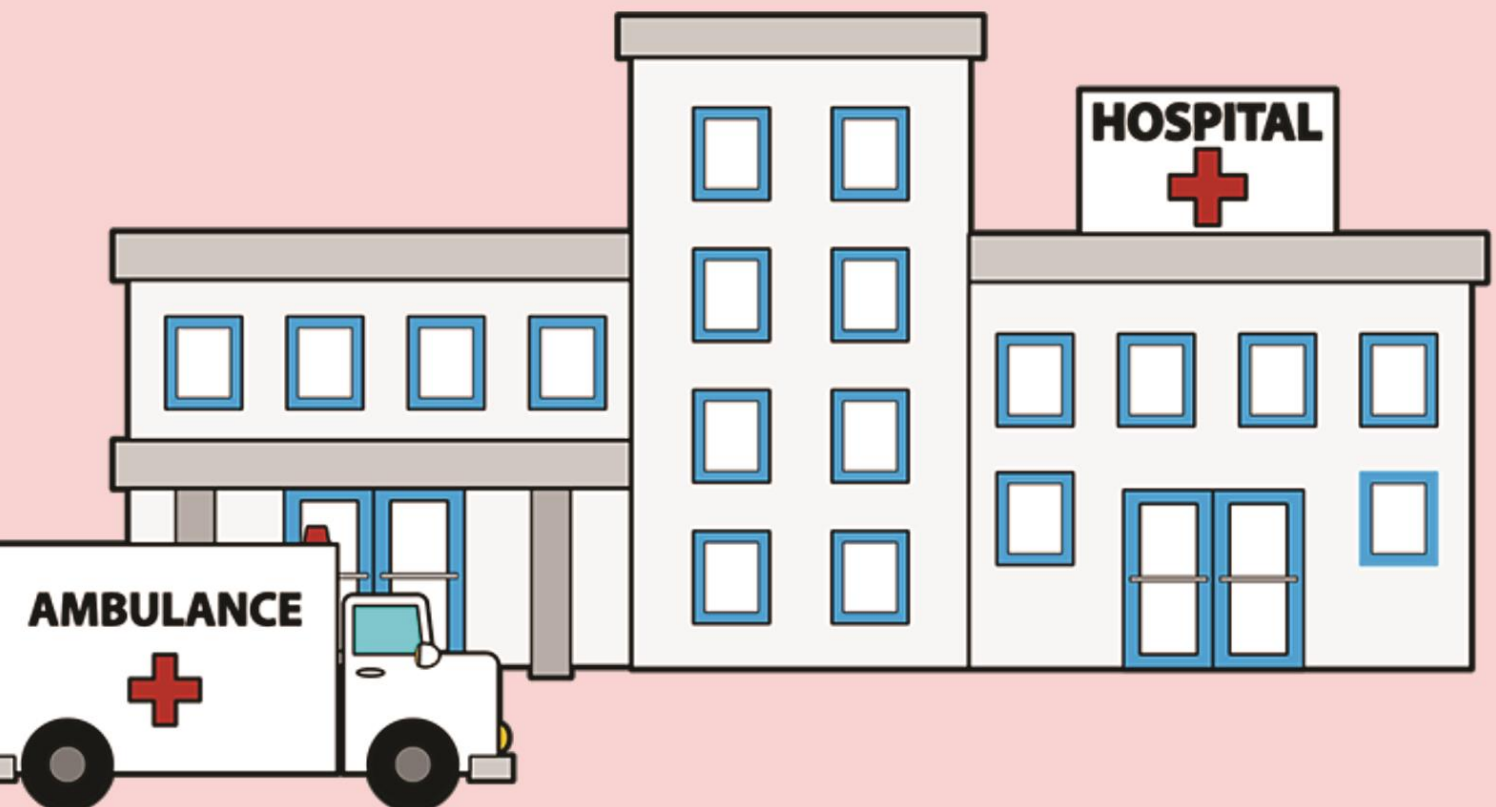


**Dr. Ede Surya Darmawan, SKM, MDM**  
**Vetty Yulianty Permanasari, S.Si, MPH.**  
**Nadilah Salma, SKM**  
**Anita Pebrina Lubis, SKM**

# **MEMAHAMI KEBIJAKAN KELAS RAWAT INAP STANDAR RUMAH SAKIT**





# MEMAHAMI KEBIJAKAN KELAS RAWAT INAP STANDAR RUMAH SAKIT

Dr. Ede Surya Darmawan, SKM, MDM

Vetty Yulianty Permanasri, SSi., MPH

Nadilah Salma, SKM

Anita Pebrina Lubis, SKM

**PT. Pustaka Saga Jawadwipa  
2019**

# MEMAHAMI KEBIJAKAN KELAS RAWAT INAP STANDAR RUMAH SAKIT

**Penulis:**

Dr. Ede Surya Darmawan, SKM, MDM  
Vetty Yulianty Permanasri, SSi., MPH  
Nadilah Salma, SKM  
Anita Pebrina Lubis, SKM

Copyright © Januari 2019  
All rights reserved

**ISBN:**

**Layout:** Nimas Brantandari

**Penerbit:**

**PT. Pustaka Saga Jawadwipa**  
Jl. Kedinding lor Gang Delima No.4A Surabaya  
Nomor Kontak: 085655396657

**Anggota IKAPI:**

No. 367/JTI/2023

Buku ini dilindungi oleh Pasal 113 UU Nomor 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku tanpa izin tertulis dari penerbit.

## KATA PENGANTAR

Sejak diberlakukannya JKN hingga bertransformasi menjadi Kartu Indonesia Sehat (KIS), isu kendali biaya tidak terlepas dari isu kendali mutu pelayanan. Tuntutan penyediaan pelayanan kesehatan nasional secara universal dan berkualitas di tingkat lanjutan menjadi semakin tinggi. FKRTL dituntut untuk memberikan pelayanan yang semakin berkualitas, cepat, mudah, terjangkau dan terukur sesuai dengan harapan dan kebutuhan masyarakat. Terkait dengan kendali mutu kendali biaya penyelenggaraan layanan di FKRTL, Indonesia menerapkan sistem klasifikasi kelas rumah sakit yang membagi rumah sakit menjadi kelas A, B, C, dan D sesuai dengan kualifikasi pelayanannya masing-masing. Buku ini disusun sebagai bagian dari upaya memahami bagaimana sebaiknya pelaksanaan amanat Undang-Undang No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang menyebutkan bahwa peserta Jaminan Kesehatan Nasional mendapatkan layanan rawat inap pada kelas standar.

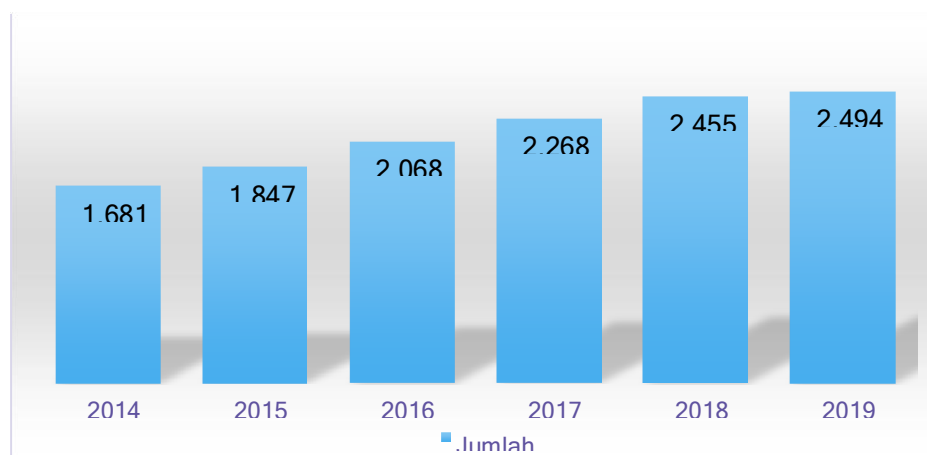
## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB 1 JAMINAN KESEHATAN NASIONAL	1
BAB 2 KEBIJAKAN RAWAT INAP	5
BAB 3 KEBIJAKAN KELAS STANDAR RAWAT INAP RUMAH SAKIT PADA PELAYANAN ASURANSI SOSIAL	9
3.1 Konsep Jaminan Sosial	9
3.2 Sistem Jaminan Sosial Nasional	10
3.3 Program Jaminan Kesehatan Nasional	13
3.4 Asuransi Kesehatan Sosial Di Berbagai Negara	14
3.5 Kebijakan dan Pelayanan Rawat Inap RS di Berbagai Negara	26
3.6 Kebijakan dan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit di Indonesia	28
3.6.1 Kebijakan Rawat Inap RS di Indonesia	28
3.6.2 Pelayanan Rawat Inap RS di Indonesia	32
3.7 Filosofi dan Urgensi Penetapan Kelas Standar di Indonesia	35
3.8 Manfaat dan Potensi Masalah Penetapan Kelas Standar	38
3.9 Perspektif Pemangku Kepentingan dan Regulator	41
3.9.1 Upaya Mewujudkan Kebijakan Kelas Standar	42
3.9.2 Pendefinisian Kelas Standar	43
3.9.3 Pilihan Model Kelas Standar	45
3.10 Implikasi Penerapan Kelas Standar Rawat Inap RS	48
3.10.2 Aspek Tata Kelola Dan Pelayanan	48
3.10.3 Aspek Pembiayaan	49
3.10.4 Aspek Pengaturan/ Kebijakan	51
3.11 Strategi Implementasi	51
BAB 4 RANCANGAN KELAS STANDAR RAWAT INAP RS UNTUK SETIAP PILIHAN	53
BAB 5 PENUTUP	67
DAFTAR PUSTAKA	69

## BAB 1 JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Kesehatan sebagai bagian dari hak asasi manusia dan merupakan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana amanat Pembukaan UUD NKRI Tahun 1945. Adapun sebagai perwujudan tanggung jawab negara terhadap pemenuhan hak atas kesehatan masyarakat tersebut, maka pemerintah menetapkan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 dengan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai program sosial dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sebagai badan hukum yang dibentuk berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 11 untuk menyelenggarakan Program JKN ini.

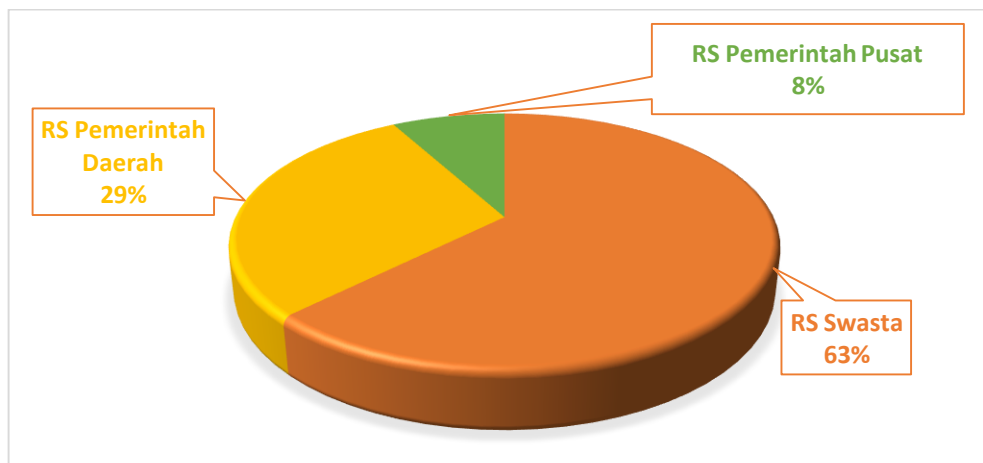
Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional Pasal 23 Ayat 4 menyatakan bahwa dalam hal peserta membutuhkan rawat inap di rumah sakit maka kelas pelayanan di rumah sakit diberikan berdasarkan kelas standar. Akan tetapi hingga kini belum ada kelas standar sesuai UU SJSN dimaksud. Pelayanan rawat inap, yang merupakan bagian dari manfaat pada Program JKN, perlu mendapat perhatian. Terlebih lagi jika melihat “tumbuh-kembang” pelayanan kesehatan yang progresif ke arah yang lebih baik pada era JKN ini.



**Gambar 1.1 Pencapaian Jumlah FKRTL yang Bekerjasama dengan BPJS Kesehatan Tahun 2014-2019**

Sumber: Diolah dari Laporan BPJS Kesehatan 2014-2018 dan Materi Presentasi Dirut BPJS Kesehatan pada IMOPH FKM UI 2019

Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) yang sudah bekerja sama dengan BPJS sebanyak 2.494. Trennya terus mengalami peningkatan sejak 2014 sebagaimana dalam gambar 1.1. Proporsi kerja sama RS berdasarkan jenis kepemilikan rumah sakit yang paling besar, secara berurut yakni RS Swasta, RS Pemerintah Daerah, dan Rumah Sakit Pemerintah Pusat.



**Gambar 1.2 Jumlah FKRTL Per Jenis Kepemilikan yang Bekerjasama dengan BPJS Kesehatan Tahun 2018**

Sumber: Laporan BPJS Kesehatan 2018

Berdasarkan grafik di atas, 62,57% FKRTL yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan ialah RS Swasta dengan jumlah 1.536 RS. Adapun 29,41% dan 8,02% lainnya masing-masing ialah rumah sakit daerah dan rumah sakit pemerintah pusat.

**Tabel 1.1 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Peserta JKN (dalam juta)**

Jenis	Tahun				
	2014	2015	2016	2017	2018
FKTP	66,8	100,6	120,9	150,3	147,4
Rawat Jalan RS	21,3	39,8	49,3	64,4	76,8
Rawat Inap RS	4,2	6,3	7,6	8,7	9,7
Total	92,3	146,7	177,8	223,4	233,9

Sumber: Diolah dari Materi Presentasi Dirut BPJS Kesehatan pada IMOPH FKM UI 2019



Pada tabel di atas, dapat dilihat bahwa jumlah kunjungan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) tahun 2018 mencapai 76,8 juta kunjungan atau meningkat lebih dari 3 kali lipat kunjungan tahun 2014. Kemudian, jumlah kasus pada Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) tahun 2018 mencapai 9,7 juta kasus atau meningkat lebih dari 2 kali lipat dari angka tahun 2014 sebesar 4,2 juta kasus. Dari data-data tersebut, dapat disimpulkan bahwa peningkatan utilisasi pelayanan rawat inap di FKRTL terus meningkat secara signifikan di setiap tahunnya. Hal ini pastinya berimplikasi pada pembiayaan kesehatan oleh BPJS Kesehatan kepada PPK.

Sejak diberlakukannya JKN hingga bertransformasi menjadi Kartu Indonesia Sehat (KIS), isu kendali biaya tidak terlepas dari isu kendali mutu pelayanan. Tuntutan penyediaan pelayanan kesehatan nasional secara *universal* dan berkualitas di tingkat lanjutan menjadi semakin tinggi. FKRTL dituntut untuk memberikan pelayanan yang semakin berkualitas, cepat, mudah, terjangkau dan terukur sesuai dengan harapan dan kebutuhan masyarakat. Terkait dengan kendali mutu kendali biaya penyelenggaraan layanan di FKRTL, Indonesia menerapkan sistem klasifikasi kelas rumah sakit yang membagi rumah sakit menjadi kelas A, B, C, dan D sesuai dengan kualifikasi pelayanannya masing-masing. Hal ini diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes RI) Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (kini sudah diperbarui dengan Permenkes 30 Tahun 2019).

Regulasi yang ada mengatur pembiayaan utilisasi pelayanan oleh BPJS Kesehatan berbeda untuk masing-masing kelas rumah sakit. Semakin tinggi kelas rumah sakit, semakin besar biaya pelayanan yang harus dibayarkan sesuai INA-CBGs. Di sinilah peran kendali mutu dan kendali biaya sangat dibutuhkan. Berkaitan dengan kendali mutu dan kendali biaya, Kementerian Kesehatan (Kemenkes) baru-baru ini mengeluarkan rekomendasi kepada 615 rumah sakit di Indonesia untuk penyesuaian kelas pelayanan BPJS Kesehatan. Terdapat 2.155 RS yang di-*review*, dan sebanyak 615 di antaranya menerima rekomendasi penyesuaian kelas. Adapun pelaksanaan *review* RS ini didasari oleh Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/373/2019 tentang Pedoman Review Kelas Rumah Sakit. Isu 615 RS yang mengalami penurunan kelas dari A ke B, B ke C, dan C ke D ini pastinya akan berdampak pada besaran tarif pembayaran oleh BPJS Kesehatan yang diatur

dalam Permenkes RI Nomor 52 tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.

Selain aspek pembiayaan kesehatan berdasarkan INA-CBGs yang berbeda untuk klasifikasi rumah sakit A, B, C, dan D, aspek lain yang muncul ialah tentang adanya klasifikasi kelas perawatan 1, 2, dan 3 di masing-masing rumah sakit yang belum terstandar. Hal ini menjadi patut untuk diperhatikan guna kendali biaya, mengingat sebagian besar pembiayaan yang dibayarkan oleh BPJS kepada FKRTL adalah untuk pelayanan rawat inap.

## **BAB 2 KEBIJAKAN RAWAT INAP**

Pelayanan kesehatan merupakan aspek penting dalam menjaga kesejahteraan masyarakat. Salah satu elemen yang signifikan dalam layanan kesehatan adalah rawat inap di rumah sakit. Pembagian kelas rawat inap menjadi suatu strategi yang berkembang pesat dalam upaya memberikan pilihan layanan yang sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan finansial pasien. Artikel ini akan menguraikan secara mendalam mengenai pembagian kelas rawat inap di rumah sakit, mulai dari jenis kelas, fasilitas yang disediakan, kebijakan pembiayaan, hingga standar pelayanan yang diharapkan.

Rumah sakit sebagai lembaga pelayanan kesehatan berkewajiban memberikan perawatan yang optimal kepada pasien. Pembagian kelas rawat inap menjadi salah satu cara untuk memenuhi kebutuhan dan preferensi pasien, sekaligus menjaga keseimbangan keuangan rumah sakit.

### **Tujuan Pembagian Kelas**

Tujuan utama pembagian kelas rawat inap adalah meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan. Dengan menyediakan pilihan kelas yang beragam, diharapkan pasien dapat memilih sesuai dengan kebutuhan medis dan kemampuan finansialnya.

### **Jenis Kelas Rawat Inap**

#### **Kelas Eksekutif**

Fasilitas dan Layanan Unggulan: Suite pribadi, akses eksklusif, dan pelayanan kelas satu.

Tarif dan Kebijakan Pembayaran: Tantangan dan solusi terkait tarif yang tinggi dan kebijakan pembayaran yang fleksibel.

#### **Kelas VIP**

Perbedaan dengan Kelas Eksekutif: Menyoroti perbedaan dalam fasilitas dan tingkat privasi.

Aspek Pembiayaan: Pengaturan pembiayaan dan aspek keadilan akses.

## **Kelas Utama**

Profil Pasien: Menjangkau segmen pasien menengah ke atas.

Tarif Terjangkau: Membahas keberlanjutan kebijakan tarif yang terjangkau.

## **Kelas Kamar Bersama**

Keuntungan dan Kendala: Menganalisis kelebihan dan kekurangan dalam kelas bersama.

Faktor Kebijakan Pembiayaan: Strategi pembiayaan yang dapat mengakomodasi berbagai kelompok ekonomi.

## **Fasilitas dan Layanan**

### **Standar Fasilitas Setiap Kelas**

Ketersediaan Tempat Tidur: Memastikan cukupnya tempat tidur untuk setiap kelas.

Kamar Mandi dan Fasilitas Lainnya: Meninjau fasilitas yang disediakan untuk meningkatkan kenyamanan pasien.

## **Layanan Tambahan**

Layanan Khusus untuk Kelas Eksekutif dan VIP: Merinci layanan tambahan yang mendukung pengalaman pasien.

Fleksibilitas Layanan Tambahan: Strategi untuk memberikan fleksibilitas tanpa meningkatkan beban finansial pasien.

## **Kebijakan Pembiayaan**

### **Sistem Pembayaran**

Pembayaran Secara Umum di Rumah Sakit: Menganalisis metode pembayaran yang umum digunakan.

Perbedaan Pembayaran antara Kelas-Kelas: Memastikan keadilan dalam pembiayaan.

## **Peran Asuransi Kesehatan**

Asuransi Kesehatan dalam Pembiayaan: Mempertimbangkan peran asuransi kesehatan dalam membantu pasien membayar biaya rawat inap.

Proses Klaim dan Penyelesaian: Menyelidiki proses klaim dan penyelesaian untuk memastikan efisiensi.

### **Program Keringanan Biaya**

Inisiatif untuk Membantu Pasien: Menganalisis program keringanan biaya yang dapat membantu pasien yang kesulitan membayar.

Dampak Positif dan Tantangan: Menilai dampak positif program tersebut dan tantangan yang mungkin dihadapi.

### **Standar Pelayanan Rawat Inap**

#### **Standar Pelayanan Medis**

Proses Penerimaan dan Penanganan Awal Pasien: Memastikan proses yang efisien dan akurat.

Kerjasama Tim Medis: Pentingnya kerjasama antara dokter, perawat, dan petugas medis lainnya.

### **Hak dan Tanggung Jawab Pasien**

Hak-hak Pasien: Memastikan hak-hak pasien dihormati.

Kewajiban Pasien: Menyelidiki kewajiban pasien untuk mematuhi aturan dan prosedur rumah sakit.

### **Evaluasi Kepuasan Pasien**

Program Evaluasi Kepuasan Pasien: Mengevaluasi kebutuhan dan tingkat kepuasan pasien.

Perubahan Kebijakan Berdasarkan Umpan Balik: Menyelidiki implementasi perubahan kebijakan berdasarkan umpan balik pasien.



## BAB 3 KEBIJAKAN KELAS STANDAR RAWAT INAP RUMAH SAKIT PADA PELAYANAN ASURANSI SOSIAL

### 3.1 Konsep Jaminan Sosial

Awal mula dikenalnya istilah "jaminan sosial" yakni pada tahun 1930-an dengan adanya kebijakan kesejahteraan yang diterapkan Presiden Amerika ke-32, Franklin D. Roosevelt. Pada tahun 1934 ia mengumumkan sebuah program untuk "*security against the hazards and vicissitudes of life*". Pengumuman ini diikuti dengan *Social Security Act* pada tahun berikutnya. Pada tahun 1948, jaminan sosial secara resmi dinyatakan sebagai hak asasi manusia dalam pasal 22 Deklarasi Umum Hak Asasi Manusia PBB.

"Setiap orang, sebagai anggota masyarakat, berhak atas jaminan sosial dan berhak akan terlaksananya hak-hak ekonomi, sosial dan budaya yang sangat diperlukan untuk martabat dan pertumbuhan bebas pribadinya, melalui usaha-usaha nasional maupun kerja sama internasional, dan sesuai dengan pengaturan serta sumber daya setiap negara"

Pada tahun 1952 International Labour Office (ILO) memperkenalkan definisi jaminan sosial yakni:

*Social security: the protection which society provides for its members, through a series of public measures, against the economic and social distress that otherwise would caused by the stoppage or substantial reduction of earnings resulting from sickness, meternity, employment injury, unemployment, invalidity, old age and death; the provision of medical carel and the provision of subsidies for families with children* (ILO 1984)

Secara filosofis, penyelenggaraan sistem jaminan sosial harus disesuaikan dengan sistem ekonomi dan politik yang dianut sebuah negara. Berbagai pendekatan yang umum digunakan di antaranya 1.) *Welfare State Model* (Model Beveridge), yang mana peran negara sangat besar, 2.) *Social State Model* (Model Bismarck), yang mana peran negara dan masyarakat seimbang, 3.) model yang dikenalkan Roosevelt, yang mana peran negara hanya sebagai regulator. Sulastomo<sup>2</sup> dalam bukunya

menyatakan bahwa menurut studi konsultan Jerman (GTZ) yang bekerja sama dengan Bappenas, Indonesia dinilai memilih yang kedua yakni *Social State Model* dengan mengakomodasi prinsip-prinsip *Welfare State Model*. Hal tersebut di antaranya ditandai dengan terbukanya kepesertaan penerima bantuan iuran jaminan sosial yang dibayar pemerintah (untuk kalangan tidak mampu). Selain itu negara juga tidak hanya sebagai regulator tapi juga penyelenggara jaminan sosial melalui suatu badan.

### **3.2 Sistem Jaminan Sosial Nasional**

Cita-cita Bangsa Indonesia tercantum dalam alinea 4 pembukaan UUD 1945. Terdapat kalimat “memajukan kesejahteraan umum yang berkeadilan sosial”. Nuansa keadilan sosial juga dipertegas pada sila ke-5 Pancasila. Untuk mewujudkan cita-cita tersebut, salah satunya dijabarkan dalam UUD 1945 pasal 33 dan 34. Pasal 34 (2): “Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan. Sistem jaminan Sosial Nasional merupakan bentuk hadirnya negara dalam mengupayakan atau menjamin masyarakatnya terpenuhi kebutuhan dasar hidupnya dengan layak.

Indonesia sebetulnya telah melaksanakan jaminan sosial sejak zaman Orde Baru namun hanya mencakup sebagian pekerja informal saja, misalnya melalui Askes, Taspen, Asabri, Jamsostek. Kemudian tahun 2004 terbit Undang-Undang No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) sebagai perundangan yang mengatur mengenai jaminan sosial yang komprehensif dan inklusif untuk seluruh penduduk. Konsep SJSN ini menekankan pada mekanisme asuransi sosial dan tabungan sosial agar tidak membebani negara. Akan tetapi, pemerintah tetap harus hadir dalam menanggung seluruh atau sebagian iuran dari penduduk yang tidak mampu sebagaimana amanat UUD 1945.

Singkatnya, jaminan sosial merupakan program yang berkelanjutan untuk memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak sejak manusia dilahirkan sampai meninggal dunia. Jaminan sosial di Indonesia mencakup lima program yakni:



#### **A. Jaminan Kesehatan**

Program yang memberikan manfaat berupa pelayanan kesehatan yang komprehensif sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan untuk memelihara, memulihkan, dan meningkatkan kesehatan peserta dan anggota keluarganya;

#### **B. Jaminan Keselamatan Kerja**

Manfaat pelayanan pemulihan kesehatan yang terjadi akibat dari suatu kecelakaan yang berhubungan dengan pekerjaan seseorang. Program ini juga memberikan manfaat dalam bentuk santunan uang baik lumpsum maupun secara berkala bagi peserta yang mengalami cacat atau meninggal dunia yang diakibatkan oleh kecelakaan kerja;

#### **C. Jaminan Hari Tua**

Program yang membayarkan uang tunai secara sekaligus sebelum peserta memasuki masa pensiun. Pemberian uang tunai lumpsum ini dimaksudkan untuk membekali peserta dengan uang tunai dalam memasuki usia pensiun yang dapat digunakan untuk membeli rumah atau modal usaha. Apabila peserta meninggal dunia sebelum memasuki masa pensiun maka manfaat program yang dibayarkan kepada janda/ duda, anak, atau ahli waris peserta yang sah;

#### **D. Jaminan Pensiun**

Program yang membayarkan uang secara berkala untuk jangka waktu tertentu atau sampai peserta meninggal dunia sebagai substitusi dari penurunan/ hilangnya penghasilan setelah peserta memasuki usia pensiun atau menderita cacat total tetap yang menyebabkan ia tidak mampu lagi bekerja. Apabila peserta meninggal dunia sebelum memasuki usia pensiun maka manfaat dibayarkan kepada ahli warisnya;

#### **E. Jaminan Kematian**

Program yang membayarkan sejumlah uang tunai kepada ahli waris yang sah setelah peserta meninggal dunia secara alamiah atau kecelakaan yang tidak

berhubungan dengan pekerjaan. Manfaat jaminan kematian ini diharapkan dapat meringankan beban ahli waris peserta yang ditinggalkan yang dapat digunakan untuk membiayai penguburan atau keperluan lain yang terkait dengan kematian peserta.

Program-program jaminan sosial tersebut diselenggarakan dengan berpegang pada 9 Prinsip Jaminan Sosial yakni:

- 1) **Kegotong-royongan:** prinsip kebersamaan antarpeserta dalam menanggung beban biaya jaminan sosial yang diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah, atau penghasilannya; peserta yang berisiko rendah membantu yang berisiko tinggi; dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Melalui prinsip kegotong-royongan ini, jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia;
- 2) **Nirlaba:** pengelolaan dana amanat tidak dimaksudkan untuk mencari laba (nirlaba) bagi BPJS, akan tetapi tujuan utama penyelenggaraan jaminan sosial adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kebutuhan peserta. Dana amanat, hasil pengembangannya, dan surplus anggaran akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta;
- 3) **Keterbukaan:** mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap peserta;
- 4) **Kehati-hatian:** pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman, dan tertib;
- 5) **Akuntabilitas:** pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan;
- 6) **Portabilitas:** Jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah NKRI;

- 7) Kepesertaan bersifat wajib: hal ini dimaksudkan agar seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. Tahapan pertama dimulai dari pekerja di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara sukarela, sehingga dapat mencakup petani, nelayan, dan mereka yang bekerja secara mandiri sehingga pada akhirnya SJSN dapat mencakup seluruh rakyat;
- 8) Dana amanat: dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan titipan kepada badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta;
- 9) Hasil pengelolaan dana jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta. Hasil berupa deviden dari pemegang saham yang dikembalikan untuk kepentingan jaminan sosial.

### 3.3 Program Jaminan Kesehatan Nasional

UU SJSN pasal 19 menyebutkan bentuk penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional yang berprinsip asuransi sosial. Asuransi kesehatan sosial merupakan salah satu upaya yang mengarahkan pada akses kesehatan universal dengan mewujudkan ekuitas egaliter<sup>3</sup>. Ekuitas egaliter berupa aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan juga kesetaraan dalam kualitas pelayanan tanpa mempersoalkan kondisi atau tingkatan ekonomi seseorang. Selain itu, asuransi sosial juga identik dengan kegotong-royongan antara yang sehat dan yang sakit, yang kaya dan yang miskin, yang tua dan yang muda, yang berisiko tinggi dan yang berisiko rendah; bersifat *compulsory* (wajib), iuran berdasarkan persentase penghasilan; dan bersifat nirlaba<sup>3-6</sup>.

Asuransi kesehatan sosial juga menerapkan prinsip kendali mutu dan biaya, khususnya karena adanya pengawasan politik dari lembaga perwakilan. Hal tersebut hendaknya menjadikan peserta dapat menerima pelayanan bermutu, memadai, dan dengan biaya yang wajar dan terkendali, bukan sekadar didikte oleh unit pelayanan

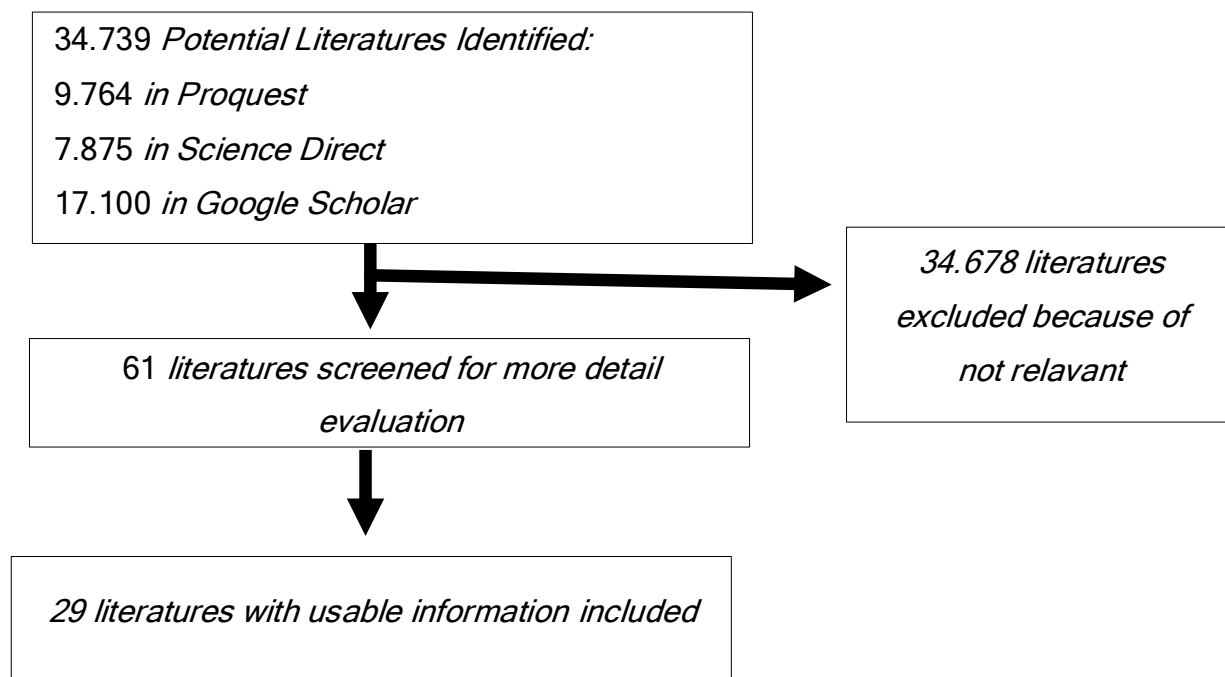
kesehatan seperti dokter atau rumah sakit. Terkelolanya asuransi kesehatan sosial dalam lingkup pemerintah seharusnya menjamin kepastian pembiayaan pelayanan kesehatan yang berkelanjutan<sup>7</sup>.

Program jaminan kesehatan di Indonesia diselenggarakan oleh badan penyelenggara yakni Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Berbeda dengan bentuk penyelenggara asuransi kesehatan pra-JKN yakni PT Askes yang berbentuk perusahaan Perseroan Terbatas bersifat profit meski pemegang sahamnya adalah pemerintah, BPJS Kesehatan merupakan sebuah badan hukum publik yang sifatnya nirlaba. BPJS Kesehatan bertujuan untuk menjamin kebutuhan dasar atau melindungi penduduk Indonesia, bukan untuk profit.

Jenis kepesertaan dalam JKN meliputi dua yakni, Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Non-PBI yang terdiri dari pekerja penerima upah (PPU) beserta keluarganya, pekerja bukan penerima upah (PBPU) beserta keluarganya, dan Bukan Pekerja beserta keluarganya. Pengklasifikasian tersebut memengaruhi perihal iuran. Iuran peserta PBI dibayarkan oleh pemerintah pusat dari sumber APBN. Untuk peserta PPU, iurannya dibayarkan oleh pemberi kerja dan pekerja sedangkan PBPU dan BP iurannya dibayarkan secara mandiri.

### **3.4 Asuransi Kesehatan Sosial Di Berbagai Negara**

Untuk melakukan benchmarking sistem asuransi sosial dan rawat inap dengan negara-negara lain dilakukan SLR. Pencarian dilakukan melalui berbagai database seperti *Google Scholar*, *Science Direct*, *Proquest*. Penelusuran *literature* melalui internet difokuskan dengan kata kunci: “*national health insurance*”, “*social health insurance*” untuk meninjau negara-negara mana yang menerapkan skema asuransi sosial terutama yang mirip dengan sistem JKN. Setelah itu, penelusuran dipadukan dengan *keyword* yang lebih spesifik untuk mengetahui skema asuransi terhadap layanan rawat inap dengan beberapa kata kunci seperti: “*inpatient care*”, “*standard-ward*”, “*type of hospital room*”, “*insurance cover*”.



**Gambar 3.1 Hasil dari Pencarian Literature**

Berdasarkan proses SLR, didapat 27 *literature* yang relevan dengan pertanyaan dalam kajian ini. Dari jumlah tersebut, sebagian besar mengenai penerapan asuransi kesehatan sosial di berbagai negara sedangkan tidak banyak *literature* yang membahas mengenai kelas standarnya. Sebagian besar *literature* yang digunakan dalam kajian ini merupakan *grey literature* yakni sebanyak 21 *literature*.

Prinsip-prinsip asuransi kesehatan sosial kurang lebih sama hanya saja bentuk penyelenggaraannya sangat bervariasi antarnegara. Berikut ini beberapa gambaran asuransi sosial dari berbagai negara:

#### **A. Vietnam**

Negara Vietnam pada tahun 1986 memulai pelayanan kesehatan gratis di bawah ekonomi yang direncanakan secara terpusat. Kemudian tahun 1989, untuk pertama kalinya diadakan asuransi kesehatan sukarela yang dilakukan di provinsi-provinsi seluruh populasi. Berselang tiga tahun kemudian hingga tahun 2009, asuransi kesehatan dilaksanakan berdasarkan surat keputusan

pemerintah. Pertengahan tahun 2009 hingga saat ini aturan mengenai asuransi sosial dipayungi oleh Undang-undang Asuransi Kesehatan.

Awal penyelenggaraan asuransi tersebut meliputi PNS saja kemudian berkembang hingga wajib ke seluruh masyarakat. Besar premi yang diterapkan yakni:

- a. Pekerja: 4,5% dari gaji (pemberi kerja 3%, pekerja 1,5%)
- b. Orang miskin: 4,5 % dari minimum gaji (\$30 yang dibayarkan oleh pemerintah)
- c. Mendekati miskin: 4,5% dari minimum gaji (pemerintah subsidi setidaknya 70% dari premi)
- d. Pelajar: 4,5% dari minimum gaji (pemerintah subsidi setidaknya 30% dari premi)
- e. Lainnya: 4,5% dari minimum gaji (dibayar oleh peserta)

Dengan besar premi seperti itu, manfaat yang bisa didapat berupa pemeriksaan dan pengobatan, rehabilitasi, layanan antenatal, layanan bersalin, serta biaya perjalanan dari rumah sakit ke rumah sakit yang lebih tinggi *level*-nya. Sedangkan biaya yang tidak di-*cover* yakni biaya medis yang di-*cover* oleh sumber lain, pemeriksaan kesehatan rutin, pelayanan keluarga berencana, pelayanan infertilitas, pelayanan yang menyangkut estetika, penyakit akibat kerja, kecelakaan kerja, bunuh diri, *self-harm*, penyalahgunaan obat, dan lain-lain<sup>8</sup>.

## B. Kenya

Negara Kenya memiliki sistem pembiayaan kesehatan campuran. Pendapatannya dikumpulkan dari pemerintah melalui pajak, dana hibah, dan the National Hospital Insurance Fund (NHIF) melalui kontribusi peserta, asuransi kesehatan swasta melalui kontribusi peserta, dan out of pocket. Selanjutnya, pemerintah Kenya menjadikan NHIF sebagai salah satu kunci strategis dalam meningkatkan cakupan populasi dengan mekanisme pembayaran kesehatan *prepayment*.

NHIF merupakan institusi publik yang didirikan tahun 1966 dalam rangka menyediakan asuransi kesehatan untuk pekerja sektor formal yang kemudian meluas cakupannya kepada sektor informal pada tahun 1998. NHIF

mengoperasikan 3 skema yakni: 1.) *Civil Servant Scheme* (CSS) yakni skema untuk pekerja formal pada sektor pemerintahan, 2.) *National Scheme*, yakni skema yang menjangkau selain CCS, 3.) *Health Insurance Subsidy for the Poor* (HISP) berupa skema bagi masyarakat miskin. Ketiganya paket manfaatnya beda (*multiple benefit packages*) namun tetap meliputi rawat jalan dan rawat inap, selain itu *risk pooling*-nya juga berbeda (sehingga meng-*undermine risk sharing* dan *income subsidization*)<sup>5,6</sup>.

NHIF dalam penentuan *provider payment rates* berdasarkan pada rekomendasi penyedia layanan kesehatan. Pada bulan Maret 2016, NHIF meningkatkan tingkat penggantian rawat inap setelah negosiasi dengan penyedia layanan kesehatan sebagai cara untuk mengurangi proporsi biaya langsung yang harus dibayarkan oleh anggotanya untuk perawatan rawat inap. Misalnya, penggantian untuk persalinan normal meningkat dari 6.000 KES (Shilling Kenya) menjadi 10.000 KES, dan potongan harian untuk rawat inap di fasilitas publik berlipat dua, dari 600 KES menjadi 1.200 KES. Meskipun penyedia layanan kesehatan menyatakan ketidakpuasan mereka dengan tingkat kapitasi yang lebih rendah, mereka setuju untuk memberikan layanan rawat jalan jika NHIF meningkatkan tingkat rawat inap dan paket khusus penggantian biaya<sup>5</sup>.

### C. Filipina

Pengenalan asuransi kesehatan sosial yang dikelola oleh *Philippine Health Insurance Corporation* (PhilHealth) sejak 1995 bertujuan untuk memberikan perlindungan risiko keuangan bagi rakyat Filipina. PhilHealth mengganti biaya fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta. Dilaporkan mencakup 92% dari populasi, 40% di antaranya adalah populasi miskin dan disubsidi oleh pemerintah untuk pembayaran premi. Layanan yang dicakup difokuskan pada perawatan rawat inap dan perawatan rawat jalan yang tidak memadai yang hanya mencakup anggota miskin PhilHealth. Perlindungan finansial terbatas dan tingkat pembayaran *out-of-pocket* (OOP) tinggi. Meskipun ada upaya untuk mereformasi sistem pembayaran penyedia untuk meningkatkan perlindungan keuangan, bagian dari tagihan fasilitas yang ditanggung oleh PhilHealth adalah rata-rata 30% dan belum melampaui 52%.

PhilHealth belum dapat dianggap sebagai *strategic purchaser* sebab pengeluaran OOP masih terus menjadi sumber pembiayaan dominan untuk perawatan kesehatan. PhilHealth telah mengubah sistem pembayarannya dari *fee-for services* ke *case rates*, pertama menguji sistem dengan klaim volume tinggi pada 2011 dan sepenuhnya menerapkan sistem pembayaran pada 2013, reformasi ini tidak menghasilkan efisiensi teknis, apalagi perlindungan finansial. Itu tidak terjadi karena fasilitas kesehatan dapat menetapkan biaya layanan mereka sendiri dan kemudian menagih kepada pasien bagian apa pun dari biaya layanan yang tidak tercakup oleh case rate PhilHealth. Dengan demikian, penyedia menghadapi risiko keuangan hampir nol dan memiliki motivasi yang sangat sedikit untuk memberikan perawatan lebih efisien. Penerapan pembayaran case rates berbeda untuk pasien miskin karena mereka dicakup oleh kebijakan *no balance billing*, yaitu *zero co-payment* dan 100% dari tagihan fasilitas ditanggung oleh PhilHealth ketika mereka dirawat di fasilitas kesehatan pemerintah. Rencana untuk mereformasi provider payment lebih lanjut dengan mengadopsi sistem DRG harapannya dapat membuat efisiensi<sup>9</sup>.

#### D. China

Pada 1950-1980 di China dikembangkan dua skema asuransi yakni untuk wilayah kota dan desa. Kemudian akhir tahun 1970 terjadi perubahan kebijakan ekonomi China yang menganut kebijakan *market-oriented financing mechanism* yang menyebabkan meningkatnya biaya medis dan tidak efisiensinya perusahaan-perusahaan milik negara. Akibatnya kedua jenis asuransi tersebut tidak terjangkau dan tidak aksesibel bagi kalangan tertentu yang kurang beruntung.

Memasuki abad ke-20, China melakukan sebuah reformasi pada sektor kesehatan yang dikenal dengan "*The New Round of Health Sector Reform*" hingga dihasilkannya kondisi sistem kesehatan yang seperti sekarang ini. Skema asuransi kesehatan di China saat ini ada tiga skema<sup>10,11</sup> berdasarkan jenis pesertanya yakni: 1.) *Urban Employee Basic Medical Insurance* (UEBMI) untuk para pekerja, 2.) *Urban Resident Basic Medical Insurance* (URBMI)



untuk penduduk urban yang pekerjaannya belum tetap/ stabil, dan 3.) *New Rural Cooperative Medical Insurance* (NRCMI) untuk penduduk pedesaan.

Manfaat yang diberikan dari ketiga skema tersebut berbeda. URBMI hanya meng-cover pelayanan rawat inap saja, NRCMI meng-cover pelayanan rawat jalan dan rawat inap pada 70% Kotamadya saja sedangkan 30% sisanya hanya di-cover rawat inap, dan UEBMI meng-cover rawat jalan dan rawat inap. Terhadap ketiga skema tersebut, pemerintah hanya memberi subsidi pada skema URBMI dan NRCMI.

#### E. Singapura

Pola jaminan kesehatan yang diterapkan Singapura adalah mekanisme *insurance*. Dalam hal *insurance* ini, kecenderungan utama pendekatannya adalah *private insurance* walau Singapura juga menerapkan *state insurance* dan *social insurance*. Dalam hal kelembagaan pembiayaan jaminan kesehatan di Singapura, maka hal itu merupakan salah satu bagian yang dikelola oleh the *Central Provident Fund* (CPF). CPF didirikan tahun 1955 oleh Inggris, dan desain ulang oleh Singapura tahun 1963. Lembaga ini berada di bawah tanggung jawab *Ministry of Manpower*. CPF memiliki 3 *accounts* yakni: 1.) *Ordinary account* 2.) *Special account*, 3.) *Medisave account*.

Medisave merupakan *compulsory social insurance*. Pertanggunggaan dalam Medisave mempunyai batas maksimum antara lain: 1.) *Up to S\$450 for daily hospital charges*, 2.) S\$150 - S\$5000 untuk pembedahan, 3.) dalam hal *provider*, sekitar 20%nya merupakan sektor publik dan 80% nya sektor swasta. Selain Medisave, Singapura juga menerapkan Medishield dan Medifund<sup>12</sup>. Medishield bersifat *state insurance system* yang bersifat sukarela. Jika Medisave berbentuk *self-insurance* melalui tabungan personal, Medishield merupakan subsidi silang dari yang sehat ke yang sakit. Medisave sifatnya *compulsory* sedangkan Medishield *opt-out*. Medishield pertama kali diterapkan tahun 1990 yang bertujuan untuk *cover 80% (by value) of large medical bills*. Medishield diikuti sekitar 89,3% dari seluruh peserta CPF.

Medifund merupakan sebuah jaring pengaman sektor publik dan berguna membantu peserta yang tidak mampu membiayai tagihan pelayanan kesehatannya. Untuk subsidi ruang perawatan kelas C bagi orang yang tidak mampu, Medifund lah yang digunakan pemerintah Singapura dalam menyubsidi bahkan hingga 80% untuk kelas C. Medifund pertama kali diterapkan tahun 1993 yang sifatnya sebagai diskresi pemerintah untuk membantu rakyatnya yang tidak mampu. Jadi suatu ketika dapat saja pemerintah Singapura menghilangkan skema ini.

#### **F. Nigeria**

Nigeria menetapkan adanya Asuransi Kesehatan Nasional pada tahun 1999 yang disahkan secara formal melalui *National Health Insurance Scheme (NHIS) Decree No 35 of 1999 Laws of the Federation of Nigeria*. Akan tetapi, NHIS baru diluncurkan pada tahun 2005 setelah beberapa upaya memperkenalkan undang-undang tentang asuransi kesehatan, sejak tahun 1960-an. Sejak diluncurkan lebih dari satu dekade yang lalu, NHIS belum mencapai tujuan yang ditetapkannya, dengan kurang dari 5 persen populasi Nigeria, terutama pekerja pemerintah federal dan tanggungan mereka dicakup oleh skema tersebut.

#### **G. Thailand**

Jaminan kesehatan di Thailand sudah dimulai sejak 23 tahun lalu (tahun 1996) dan berhasil mencakup seluruh penduduk. Terdapat tiga badan penyelenggara jaminan kesehatan di Thailand tapi kini konsepnya merjer menjadi satu badan dengan penyelenggara dengan pembayaran fasilitas pelayanan kesehatan (Fasyankes) secara desentralisasi. Asuransi kesehatan di Thailand meliputi jaminan pegawai negeri, dan pekerja swasta yang dikelola oleh Departemen Tenaga Kerja Thailand. Kemudian, untuk sektor informal dijamin dari sistem Baht 30 yang dikelola *National Health Security Office* (lembaga independen) yang saat ini sistem tersebut sudah tidak berlaku lagi. Jadi program 30 Baht merupakan sistem *co-payment* yang ditiadakan karena khawatir memberatkan masyarakat sektor informal tersebut. Sistem UHC kemudian menggantikan Baht 30 tersebut dengan pendanaan penuh dari APBN.

Pada 1975, diperkenalkan *National Social Welfare scheme* untuk rumah tangga berpendapatan rendah. Tahun 1978, diperkenalkan *Civil Service Medical Benefit Scheme* (CSMBS), untuk memperluas SHI ke semua pegawai pemerintah, pensiunan, dan keluarganya. Menggunakan *fee for service reimbursement*. Satu-satunya sumber dana yakni *general government tax*. Kemudian tahun 1990 karena krisis ekonomi, pemerintah mereformasi CSMBS untuk kapitasi layanan rawat jalan dan DRG untuk rawat inap. Dengan diundangkannya *Social Security Act* 1990, *National SHI Scheme* diperintahkan untuk semua perusahaan swasta yang memiliki pekerja lebih dari 20 orang dengan model kapitasi *low cost contract*. Tahun 1994, cakupan SHI meluas ke perusahaan komersial swasta yang pekerjanya lebih dari 10. Selanjutnya pada tahun 2002, sudah meliputi perusahaan-perusahaan kecil lebih dari 1 pekerja.

Skema SHI untuk karyawan formal memiliki kekuatan tertentu karena didasarkan pada model kontrak. Karyawan memiliki pilihan untuk berkonsultasi dengan kontraktor publik atau swasta yang terdaftar. Biaya administrasi rendah sambil mempertahankan kualitas perawatan yang layak. Kontribusi keuangan bersifat progresif dengan kesenjangan lima kali lipat antara kontribusi penerima upah tertinggi dan terendah. Ada beberapa kelemahan, karena hanya karyawan dan bukan anggota keluarga yang dimasukkan. Ada keengganan untuk berekspansi ke sektor wiraswasta. Layanan kesehatan preventif dan promotif tidak ditangani secara memadai.

Skema Kartu Kesehatan Sukarela (VHC) dimulai dengan sederhana pada tahun 1983, yang awalnya mencakup perawatan KIA, dan diperluas pada tahun 1994 untuk mencakup relawan kesehatan desa dan para pemimpin lokal dengan 100% subsidi pemerintah. Skema VHC memiliki beberapa masalah penting. Itu adalah asuransi sukarela dengan seleksi buruk dan *risk sharing* terbatas. Orang sakit biasanya bergabung sementara yang sehat memilih keluar. Kelangsungan finansial adalah masalah utama dan ada juga akses yang tidak adil antara anggota perkotaan dan pedesaan. Sistem rujukan tidak efisien, dengan sering melewati perawatan primer<sup>13</sup>.

Skema Cakupan Universal (UCS), khususnya "Skema 30 Baht" diperkenalkan pada Oktober 2001, dengan gagasan untuk mengganti "Skema Kesejahteraan Sosial" dan "Skema Kartu Kesehatan Sukarela". Itu bertujuan untuk memasukkan 30% populasi yang tidak diasuransikan ke dalam "Skema SHI Tunggal". UCS berencana untuk menyediakan cakupan perawatan kesehatan yang komprehensif tanpa *copayment*, selain dari biaya nominal hanya "30 Baht" per setiap kunjungan kesehatan atau perawatan di rumah sakit. Skema ini dibiayai dari perpajakan umum secara keseluruhan. Cakupan "skema 30 Baht" pada akhir tahun 2002 adalah sekitar 76% dari total populasi. Populasi yang tersisa masih dicakup oleh CSMBS (11%) dan SHI untuk karyawan (13%).

Reformasi yang berkaitan dengan skema UC diharapkan memberikan beberapa manfaat, seperti pengendalian biaya yang menguntungkan (sekitar 1500 Baht per kapita), efisiensi sistem secara keseluruhan, dan hampir tidak ada dampak finansial pada penyakit-penyakit bencana. Komponen prabayar mungkin akan meningkat hingga 90%, menyisakan kurang dari 10% untuk OOP. Ini akan membantu memastikan progresivitas total kontribusi pembiayaan kesehatan. Akan ada konvergensi paket manfaat dan pengeluaran di ketiga skema publik. Pemerintah menetapkan kerangka hukum untuk pertanggung universal dengan mengumumkan Undang-Undang Asuransi Kesehatan Nasional pada bulan November 2002; Kantor Asuransi Kesehatan Nasional beroperasi penuh. Ada banyak tugas penting ke depan seperti kebutuhan untuk menstandarkan paket manfaat, metode pembayaran, dan tingkat subsidi anggaran di ketiga skema publik. Saat ini, skema UC sedang mempertimbangkan untuk mengubah paket manfaat dan mencari sumber selain pendapatan pajak umum.

#### H. Jepang

Tahun 1922, pemerintahan Jepang mengesahkan *the Health Insurance Law* yang menjadi pondasi berkembangnya jaminan kesehatan dengan mekanisme asuransi kesehatan sosial di Jepang. Tahun 1938, Jepang menerapkan *Citizens' Health Insurance* (CHI) untuk pelayanan kesehatan pedesaan. Pada 1961, Jepang sudah mencapai *universal health coverage*.

Saat ini skema pengelolaan jaminan kesehatan di Jepang dapat dikategorikan dalam 3 tingkat populasi:

- a. Pengelolaan yang dilakukan oleh sektor publik, *the mutual aid association* (MAA), *by large companies* dan *Society Managed Health Insurance* (SMHI);
- b. Dikelola oleh *Ministry of Health (MoH), Labor, and Welfare* melalui skema *Government Managed Health Insurance* (GMHI) untuk pekerja di perusahaan skala kecil-menengah;
- c. Dikelola oleh *municipalities* melalui skema *Citizens' Health Insurance* (SHI) untuk *self-employed* dan *pensioners*.

Kemudian tahun 2002, bertambah lagi skema untuk orang tua, MoH, *Labor and Welfare* Jepang menggagas pembentukan *Independent Health Plan For All People Over 75*<sup>14</sup>.

#### I. Austria

Pelayanan kesehatan di Australia diorganisasi lewat asuransi kesehatan wajib (*statutory health insurance*) yang meng-cover hampir 99% penduduk. Sumber pendapatan untuk anggaran pelayanan kesehatan sangat kompleks. Anggaran tersebut terdiri dari kombinasi pembayaran dari pekerja dan pemberi kerja untuk dana SHI yang jumlahnya 46% dari total pengeluaran untuk kesehatan, 30% dari pajak dan 24% sisanya dari *co-payment* OOP dari pasien atau yang di-cover dari asuransi komersial tambahan. Sementara pemerintah federal bertanggungjawab untuk menetapkan undang-undang dasar tentang pelayanan kesehatan, implementasinya berada di bawah kewenangan 9 provinsi di negara tersebut. Namun implementasi aktual dilakukan oleh “platform kesehatan” di tingkat federal dan provinsi. Sebagai bagian dari reformasi pelayanan kesehatan tahun 2005, State Health Fund, diadakan di setiap provinsi untuk membiayai pelayanan rawat inap dan untuk mengimplementasikan regulasi-regulasi pelayanan kesehatan secara umum.

Terdapat 183 *acute care hospital* di Austria yang menyediakan 52.894 tempat tidur. 140 atau 92% di antaranya merupakan rumah sakit publik atau *private not for-profit hospital* yang utamanya dibiayai *State Health Fund*. Anggaran

SHF berasal dari berbagai sumber dari pemerintah federal, provinsi, dan kotamadya berdasarkan persentase tetap dari pajak pertambahan nilai. Selanjutnya, asuransi sosial membayar *a flat fee*. Di sebagian besar provinsi, kontribusi dari kotamadya dan provinsi yang meliputi defisit operasional rumah sakit juga ditambahkan ke SHF. RS nirlaba swasta umumnya dibiayai oleh kontribusi langsung pasien atau dari asuransi kesehatan swasta. Sebagai tambahan, untuk pelayanan kesehatan dicover SHI, RS swasta ini direimburse oleh *private hospitals financing fund* (PRIKRAF). Sementara rata-rata lama menginap telah menurun secara konstan, tingkat penerimaan (*admission rates*) tetap pada tingkat tinggi. Namun, perbandingan dengan negara-negara lain bermasalah karena layanan kesehatan rawat jalan yang dilakukan di rumah sakit (yaitu tetap 0 hari), yang sangat umum di antara rumah sakit Austria, memerlukan *a formal hospital admission for reimbursement purposes*<sup>15</sup>.

#### J. Australia

Australia telah memiliki undang-undang Asuransi Kesehatan Nasional sejak tahun 1973. Asuransi Kesehatan Nasional di Australia dikenal sebagai Medicare yang dicetuskan pada tahun 1984<sup>16</sup>. Pengelolaan Medicare berada di bawah Health Insurance Commissioner pada tingkat federal. Pelayanan yang diberikan begitu komprehensif dan menjangkau warga Australia di dalam hingga di luar Australia<sup>3</sup>.

Sejak adanya Medicare, semua penduduk Australia memenuhi syarat untuk mendapatkan perawatan rawat inap gratis dan memperoleh rabat universal atas biaya layanan medis rawat jalan (dokter umum dan spesialis). Beberapa layanan profesional selain medis didanai oleh skema publik<sup>16</sup>. Dalam *literature* lain disebutkan bahwa yang dapat mengakses Medicare hanya selain penduduk Australia dan New Zealand, penduduk tetap, dan orang-orang dari negara-negara *dengan reciprocal agreement* yang tinggal di Australia, mereka harus membayar sendiri secara penuh terhadap pelayanan kesehatan yang didapatkan atau melalui asuransi kesehatan swasta<sup>17</sup>.

#### K. Canada

Semua penduduk Ontario dilindungi oleh sistem asuransi *Ontario Health Insurance Plan* (OHIP)<sup>18</sup> yang merupakan *single-payer*. Sumber pembiayaannya berasal dari pajak. Semua hal yang berkaitan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan terekam dalam data administratif. *Canada's provincial and federal health insurance* mengkover akomodasi ruang rawat inap standar melalui Program Medicare Canada. Jika peserta lebih memiliki untuk dirawat di kelas privat atau semiprivat, tarif premi akan dibebankan pada peserta atau perusahaan asuransinya

#### L. Jerman

Berbeda dengan pendekatan yang digunakan Canada yang menggandakan monopoli perusahaan asuransi pemerintah yang bersumber pendanaan pajak, Jerman menggunakan 2 sistem pendanaan dalam menyediakan cakupan universal. Kedua sistem tersebut yakni *Social Health Insurance* (SHI) dan *Private Health Insurance* (PHI)<sup>19</sup>. SHI wajib bagi seluruh warga Jerman. Apabila ada warga Jerman yang ingin keluar dari SHI diperbolehkan dengan ketentuan bahwa ia tidak bisa masuk/ mendaftar lagi ke kepesertaan SHI. SHI diselenggarakan oleh 145 *sickness funds* yang bersifat *not-for-profit* dan independen yang saling bersaing (*krankenkassen*). Peserta SHI diwajibkan bagi karyawan yang berpenghasilan kurang dari €50.850 dan opsional bagi yang berpenghasilan di atas itu dan para wiraswasta.

Sistem PHI disediakan oleh 24 perusahaan *for profit* dan 19 perusahaan *not for profit*. PHI merupakan opsi bagi yang berpenghasilan di atas €50.850 dan wiraswasta yang apabila mereka memilih ini secara permanen maka mereka tidak bisa kembali masuk ke sistem SHI. Sistem PHI ini diatur sedemikian rupa agar pesertanya tidak menghadapi kenaikan premi yang besar seiring bertambahnya usia dan mereka dilindungi dari beban premi yang tinggi ketika pendapatan mereka semakin berkurang.

Provider dapat menerapkan biaya FFS lebih tinggi untuk sistem PHI dibandingkan dengan SHI serta dokter dan RS dapat melayani peserta dari kedua sistem tersebut. Cost sharing diterapkan bagi pelayanan yang

diasuransikan di seluruh sistem pelayanan kesehatan misalnya di bawah sistem SHI peserta bertanggung jawab atas biaya €10 per hari untuk biaya harian perawatan rumah sakit, €5 and €10 untuk beberapa resep obat, dan lain-lain.

### 3.5 Kebijakan dan Pelayanan Rawat Inap RS di Berbagai Negara

Berdasarkan penjelasan sebelumnya, tiap-tiap negara menerapkan kebijakan yang berbeda dalam menyelenggarakan asuransi sosial termasuk dalam hal kebijakan layanan rawat inap. Ada beberapa negara yang menggunakan konsep *single-class* dengan berbagai peristilahannya, rangkumannya disajikan dalam tabel 3.1.

**Tabel 3.1 Rawat Inap pada Program Jaminan Kesehatan di Berbagai Negara**

NEGARA	RAWAT INAP
<b>Australia</b>	Seluruh penduduk memenuhi syarat untuk mendapatkan perawatan gratis pada <i>standard wards</i> rumah sakit publik. Jika mereka ingin akomodasi yang lebih privat, dirawat oleh <i>private physician</i> , atau menggunakan RS privat, akan dikenakan biaya tambahan, tapi program asuransi privat ada untuk meng- <i>cover</i> mereka .
<b>Canada</b>	<p><i>Canada's Provincial and Federal Health Insurance</i> men-<i>cover</i> akomodasi kelas standar (empat tempat tidur per ruangan dengan 2 kamar mandi) melalui program Medicare Canada.</p> <p>(Link: <a href="http://www.grhosp.on.ca/care/visitors/billing/room-options">http://www.grhosp.on.ca/care/visitors/billing/room-options</a>)</p>
<b>Filipina</b>	<p>Untuk paket manfaat asuransi kesehatan sosial Filipina, Philhealth, termasuk rawat inap, semua peserta berhak mendapat pelayanan sama sebagai mana dinyatakan dalam <i>Republic Act No. 11223 Philipina, Chapter III, section 9</i>:</p> <p><i>“Every member shall be granted immediate eligibility for health benefit package under the Program: Provided, That PhilHealth Identification Card shall not be required in the availment of any health service: Provided, further, That no co-payment shall be charged for services rendered in basic or ward accommodation: Provided, furthermore, That co-payments and co-insurance for amenities in public hospitals</i></p>



NEGARA	RAWAT INAP
	<p><i>shall be regulated by the DOH and PhilHealth: Provided, finally, That the current PhilHealth package for members shall not be reduced</i></p> <p>(link: <a href="https://lawphil.net/statutes/repacts/ra2019/ra_11223_2019.html">https://lawphil.net/statutes/repacts/ra2019/ra_11223_2019.html</a>)</p>
Nigeria	<p>Rawat inap di rumah sakit termasuk dalam manfaat yang disediakan. Baik itu rumah sakit pemerintah maupun swasta menggunakan kelas perawatan standar sebagaimana dinyatakan pada <i>section 18</i> (f) National Health Insurance Scheme Decree No 35 of 1999 Laws of the Federation of Nigeria: “<i>hospital care in a public or private hospital in a standard ward during a stated duration of stay for physical or mental disorders</i>”</p> <p>(link: <a href="https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&amp;p_isn=57561">https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&amp;p_isn=57561</a>)</p>
Singapura	<p>Penduduk Singapura berhak mendapat subsidi sejumlah persentase yang telah ditentukan berdasarkan tingkat kelas perawatannya pada rumah sakit pemerintah<sup>20</sup>. Tiap kelas perawatan mendapat <i>effective treatment</i> yang serupa. Biaya rawat inap dari akun Medisave masing-masing peserta dan Medishield sebagai <i>co-payment</i> sebagian besar sisa biayanya.</p> <p>Kelas perawatan terdiri dari 4<sup>21</sup>, yakni:</p> <p>A → 1 tempat tidur, AC, TV (level subsidi 0%)</p> <p>B1 → 4 tempat tidur, AC, TV (level subsidi 20%)</p> <p>B2 → 6 tempat tidur, no-AC, no-TV (level subsidi 50-65%)</p> <p>C → 8-10 tempat tidur, no-AC, no-TV ((level subsidi 80%)</p> <p>(link: <a href="https://www.moh.gov.sg/resources-statistics/educational-resources/10-top-common-myths-of-singapore-health-care">https://www.moh.gov.sg/resources-statistics/educational-resources/10-top-common-myths-of-singapore-health-care</a>)</p>
Jerman	<p>Asuransi kesehatan sosial di Jerman meng-<i>cover</i> beberapa layanan termasuk pelayanan rawat inap. Sistem SHI akan mendapatkan pelayanan yang standarnya sama. Jika peserta yang berpenghasilan lebih dari €50.850 dan juga para wiraswasta menginginkan pelayanan yang lebih dari standar, misalnya <i>private rooms</i> untuk rawat inap, tidak ditanggung dan harus menggunakan asuransi swasta (sistem PHI)<sup>19</sup>.</p> <p>(Link: <a href="https://www.fraserinstitute.org/sites/default/files/health-care-lessons-from-germany.pdf">https://www.fraserinstitute.org/sites/default/files/health-care-lessons-from-germany.pdf</a>)</p>

### 3.6 Kebijakan dan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit di Indonesia

#### 3.6.1 Kebijakan Rawat Inap RS di Indonesia

Mengacu pada UU No. 44/ 2009 tentang Rumah Sakit, rumah sakit memiliki fungsi untuk menyelenggarakan pelayanan kuratif, rehabilitatif, promotif, dan preventif sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit dan kebutuhan medis, penelitian-pengembangan, dan pelatihan sumber daya SDM dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan perorangan yang paripurna tersebut, disediakan melalui pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rawat inap tingkat lanjutan (RITL) yang dilaksanakan oleh rumah sakit bersifat spesialisik atau subspesialisik untuk keperluan observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medis dan/atau pelayanan medis lainnya termasuk konsultasi psikologi, di mana peserta atau anggota keluarganya dirawat inap di ruang perawatan paling singkat satu hari.

Dalam skema sistem jaminan kesehatan di Indonesia, pelayanan rumah sakit dibayarkan berdasarkan tarif INA-CBGs baik untuk pelayanan medis maupun nonmedis kecuali pelayanan tertentu seperti obat kemoterapi, obat penyakit kronis, alat bantu kesehatan, CAPD, dan PET *scan*. Tarif INA-CBGs yang meliputi tarif rawat jalan dan rawat inap terbagi menjadi 6 kelompok tarif yakni tarif rumah sakit pemerintah dan swasta kelas A, B, C, D, Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo, Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita, Rumah Sakit Kanker Dharmais, dan Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita.

Skema JKN saat ini juga menerapkan adanya kelas perawatan untuk rawat inap tingkat lanjut. Manfaat jaminan kesehatan nonmedis berupa rawat inap peserta ditentukan berdasarkan besar iuran. Selanjutnya, pengklasifikasian tersebut tertuang pada Perpres No. 82/ 2018 tentang Jaminan Kesehatan pasal 50 sebagaimana dijelaskan dalam tabel 3.2.

**Tabel 3.2 Kelas Perawatan dalam Jaminan Kesehatan Nasional**

RUANG PERAWATAN	PENERIMA MANFAAT
<b>Kelas 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pejabat negara dan anggota keluarganya;</li> <li>b. PNS dan penerima pensiun PNS Golongan III dan IV beserta anggota keluarganya;</li> <li>c. Anggota TNI dan penerima pensiun TNI setara dengan PNS gol III dan IV beserta anggota keluarganya</li> <li>e. Veteran dan perintis kemerdekaan beserta anggota keluarganya; janda, duda, atau anak yatim piatu dari keduanya;</li> <li>f. PPU dan pegawai pemerintah non pegawai negeri dengan gaji atau upah 1,5-2 kali penghasilan tidak kena pajak dengan status kawin dengan 1 anak beserta anggota keluarganya;</li> <li>g. PBPU dan BP yang bayar iuran untuk kelas I</li> </ul>
<b>Kelas 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. PNS dan Penerima Pensiun PNS Golongan I dan II beserta anggota keluarganya;</li> <li>b. Anggota TNI dan penerima pensiun TNI setara PNS gol 1-2 beserta keluarganya;</li> <li>c. Anggota Polri dan penerima pension anggota Polri yang setara PNS Golongan I dan II;</li> <li>d. PPU dan Pegawai Pemerintah non pegawai negeri dengan gaji/ upah sampai dengan 1,5 kali penghasilan tidak kena pajak dengan status kawin (dengan 1 anak) beserta anggota keluarganya;</li> <li>e. PBPU dan BP yang bayar iuran untuk kelas II</li> </ul>
<b>Kelas 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. PBI</li> <li>b. PBPU yg bayar iuran untuk manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III</li> </ul>

#### A. Klaim RITL:

- a. Biaya pelayanan RITL dibayar dengan INA-CBGs tanpa pengenaan iur biaya kepada peserta;
- b. Tarif INA-CBGs nya sesuai dengan ketetapan Menteri Kesehatan RI dalam Permenkes No. 52/ 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.
- c. Tarif paket INA CBGs sudah mencakup biaya seluruh pelayanan yang diberikan kepada peserta BPJS kesehatan, baik biaya administrasi, jasa pelayanan, sarana, alat/bahan habis pakai, obat, akomodasi, dan lain-lain.

#### B. Prosedur RITL:

- a. Peserta yang menginginkan kelas yang lebih tinggi daripada haknya (kelas standar), dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan atau membayar sendiri selisih biaya yang dijamin oleh BPJS dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan.
- b. Kenaikan kelas perawatan lebih tinggi daripada haknya atas keinginan sendiri dikecualikan bagi peserta PBI Jaminan Kesehatan, peserta yang didaftarkan oleh pemerintah daerah (sebagaimana disebutkan dalam pasal 12 Perpres No. 82/ 2018 tentang Jaminan Kesehatan), dan peserta PPU yang terkena PHK dan anggota keluarganya.
- c. Jika karena kondisi pada fasilitas kesehatan mengakibatkan peserta tidak memperoleh kamar perawatan sesuai haknya, maka:
  - Peserta dapat dirawat di kelas perawatan satu tingkat lebih tinggi.
  - BPJS Kesehatan membayar kelas perawatan peserta sesuai haknya.
  - Apabila kelas perawatan sesuai hak peserta telah tersedia, maka peserta ditempatkan di kelas perawatan yang menjadi hak peserta.
- d. Perawatan satu tingkat lebih tinggi paling lama 3 (tiga) hari.
- e. Jika kenaikan kelas yang terjadi lebih dari 3 (tiga) hari, maka selisih biaya yang terjadi menjadi tanggung jawab Fasilitas Kesehatan yang bersangkutan atau berdasarkan persetujuan pasien dirujuk ke Fasilitas Kesehatan yang setara.

Pada Permenkes No. 6/ 2018 tentang Perubahan Ketiga atas Permenkes 52/ 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan dijelaskan mengenai ketentuan “naik kelas”

perawatan dalam JKN. Pada ayat 3 dinyatakan bahwa peserta jaminan kesehatan nasional yang menginginkan kelas pelayanan rawat inap yang lebih tinggi dari haknya, harus membayar selisih biaya/tambahan biaya setiap episode rawat inap dengan ketentuan:

- a. Untuk kenaikan kelas pelayanan rawat inap dari kelas 3 ke kelas 2, dari kelas 3 ke kelas 1, dan dari kelas 2 ke kelas 1, harus membayar selisih biaya antara tarif INA-CBGs pada kelas rawat inap lebih tinggi yang dipilih dengan tarif INA-CBGs pada kelas rawat inap yang sesuai dengan hak peserta;
- b. Untuk kenaikan kelas pelayanan rawat inap ke kelas VIP dengan fasilitas satu tingkat di atas kelas 1, pembayaran tambahan biaya ditentukan sebagai berikut:
  - untuk naik kelas dari kelas 1 ke kelas VIP, pembayaran tambahan biaya paling banyak sebesar 75% dari Tarif INA CBG kelas 1;
  - untuk naik kelas dari kelas 2 ke kelas VIP, adalah selisih tarif INA CBG kelas 1 dengan tarif INA CBG kelas 2 ditambah pembayaran tambahan biaya dari kelas 1 ke kelas VIP paling banyak sebesar 75% (tujuh puluh lima persen) dari tarif INA CBG kelas 1; dan
  - untuk naik kelas dari kelas 3 ke kelas VIP adalah selisih tarif INA CBG kelas 1 dengan tarif INA CBG kelas 3 ditambah pembayaran tambahan biaya dari kelas 1 ke VIP paling banyak sebesar 75% dari tarif INA CBG kelas 1.

Apabila peserta jaminan kesehatan nasional menginginkan naik kelas pelayanan rawat inap di atas kelas VIP harus membayar selisih biaya antara tarif rumah sakit pada kelas yang dipilih dengan tarif INA-CBGs pada kelas yang menjadi haknya. Pembayaran selisih biaya/tambahan biaya dapat dilakukan oleh peserta, pemberi kerja dan/atau asuransi kesehatan tambahan.

Pada 26 September 2019, disahkan Permenkes No.30/ 2019 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit yang turut menambah pengaturan terkait rawat inap rumah sakit. Bagian yang mengatur rawat inap tersebut terdapat pada pasal 44. Pasal tersebut mengatur proporsi jumlah tempat tidur pada rumah sakit sebagai berikut: 1.) jumlah tempat tidur perawatan kelas III minimal 30% pada rumah sakit pemerintah

dan 20% pada rumah sakit swasta; 2.) jumlah tempat tidur perawatan di atas kelas I maksimal hanya 30%; 3.) jumlah tempat tidur perawatan intensif minimal 8% (5% ICU dan 3% pelayanan intensif lainnya) kecuali untuk RS khusus gigi dan mulut dan RS khusus mata.

### 3.6.2 Pelayanan Rawat Inap RS di Indonesia

JKN telah meningkatkan aksesibilitas masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Hal itu tergambar dari meningkatnya utilisasi pelayanan kesehatan yang cukup signifikan (perhatikan tabel 3.3).

**Tabel 3.3 Utilisasi Pelayanan Kesehatan**

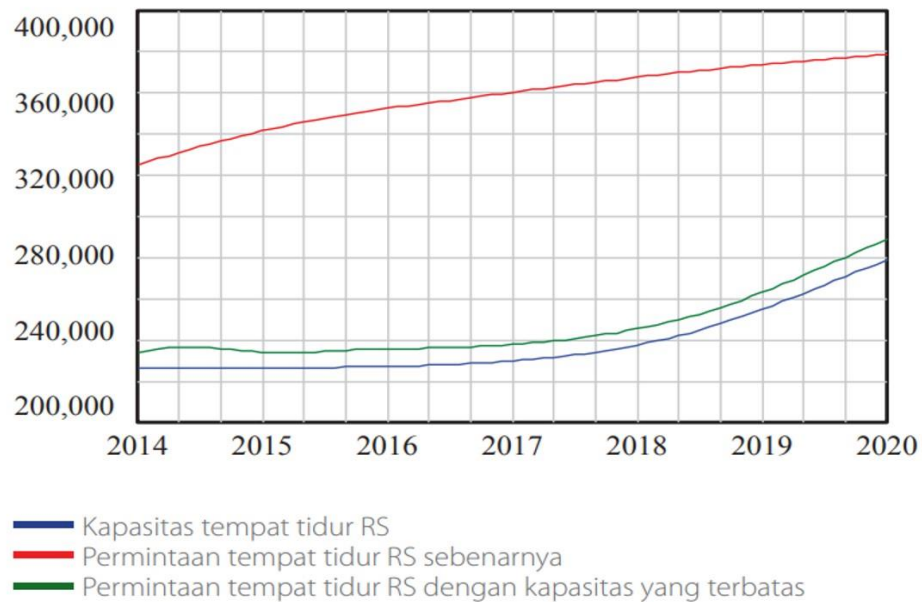
<b>Utilisasi (dalam juta)</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
<b>FKTP</b>	66,8	100,6	120,9	150,3	147,4
<b>Rawat Jalan RS</b>	21,3	39,8	49,3	64,4	76,8
<b>Rawat Inap RS</b>	4,2	6,3	7,6	8,7	9,7
<b>Total</b>	92,3	146,7	177,8	223,4	233,9

Sumber: BPJS Kesehatan, 2019

Pelayanan Rawat Inap di rumah sakit pada 2018 sebesar 9,7%, angka tersebut naik hingga lebih dari 2 kali lipat dibanding tahun 2014. Angka utilisasi yang tinggi tersebut perlu diiringi dengan jaminan ketersediaan kapasitas layanan. Apabila disandingkan dengan data ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan masih perlu upaya keras untuk mengurangi kesenjangan yang ada. Berdasarkan estimasi kebutuhan dan ketersediaan pelayanan kesehatan hingga 2020 yang dilakukan oleh TNP2K<sup>22</sup> terlihat kesenjangan yang cukup besar dalam hal jumlah tempat tidur rumah sakit.

Berdasarkan gambar grafik 3.2 terlihat kesenjangan yang besar antara *supply* dan *demand* tempat tidur rumah sakit. Secara nasional, angka kesenjangan terbesar/surplus terkecil kapasitas tempat tidur RS total yakni 155.185 tempat tidur untuk kelas VVIP, VIP, I, II, dan III serta 182.114 tempat tidur untuk kelas I, II, dan III. Kemudian, belum lagi terkait distribusi (untuk kapasitas di FKTP dan FKTL) yang diproyeksikan

akan ada 4 provinsi yang mengalami kelebihan dan 30 lainnya kekurangan. Provinsi yang mengalami kelebihan yakni Yogyakarta, Papua, Papua Barat, dan Kalimantan Timur. Lima provinsi yang mengalami kekurangan paling besar secara berurut yakni DKI Jakarta, Jawa Tengah, Jawa Barat, Jawa Timur, dan Sulawesi Selatan.



**Gambar 3.2 Permintaan terhadap Tempat Tidur RS (Total)**

Sumber: TNP2K, 2015

Rumah sakit umum bertambah tiap tahunnya diiringi pula kenaikan jumlah tempat tidur. Sementara itu, terjadi penurunan jumlah dan tempat tidur rumah sakit khusus pada tahun 2018. Untuk rasio tempat tidur, berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2018, rasio tempat tidur per 1000 penduduk yakni 1,17, itu berarti secara nasional sudah memenuhi standar yang ditetapkan Kementerian Kesehatan yakni 1:1000 penduduk. Kemudian, apabila ditinjau dari kelas rumah sakitnya, saat ini rumah sakit di Indonesia didominasi oleh rumah sakit kelas C dengan total jumlah tempat tidur paling banyak. Disusul oleh kelas D dan D Pratama serta kelas B. Meski rumah sakit kelas B lebih sedikit daripada kelas D dan D Pratama tapi jumlah tempat tidurnya lebih banyak.

**Tabel 3.4 Jumlah RS dan Tempat Tidur Berdasarkan Jenis Rumah Sakit di Indonesia Tahun 2015-2018**

Jenis RS	Jumlah RS (n) dan Tempat Tidur (TT)							
	Tahun 2015		Tahun 2016		Tahun 2017		Tahun 2018	
	n	TT	n	TT	n	TT	n	TT
RS Umum	1.951	249.255	2.045	256.426	2.198	271.902	2.269	281.082
RS Khusus	537	32.207	556	32.877	578	33.153	544	29.628
<b>Total</b>	<b>2.488</b>	<b>281.462</b>	<b>2.601</b>	<b>289.303</b>	<b>2.776</b>	<b>305.055</b>	<b>2.813</b>	<b>310.710</b>

Sumber: Diolah dari Profil Kesehatan Indonesia 2018

**Tabel 3.5 Jumlah RS dan Tempat Tidur Berdasarkan Kelas Rumah Sakit di Indonesia Tahun 2018**

JENIS RS	JUMLAH RS		TT
	n	%	
Kelas A	63	2,24	29.213
Kelas B	411	14,62	94.774
Kelas C	1451	51,58	139.401
Kelas D & D Pratama	799	28,4	43.987
Belum ditetapkan kelas	89	3,16	3.335
<b>Total</b>	<b>2.813</b>	<b>100</b>	<b>310.710</b>

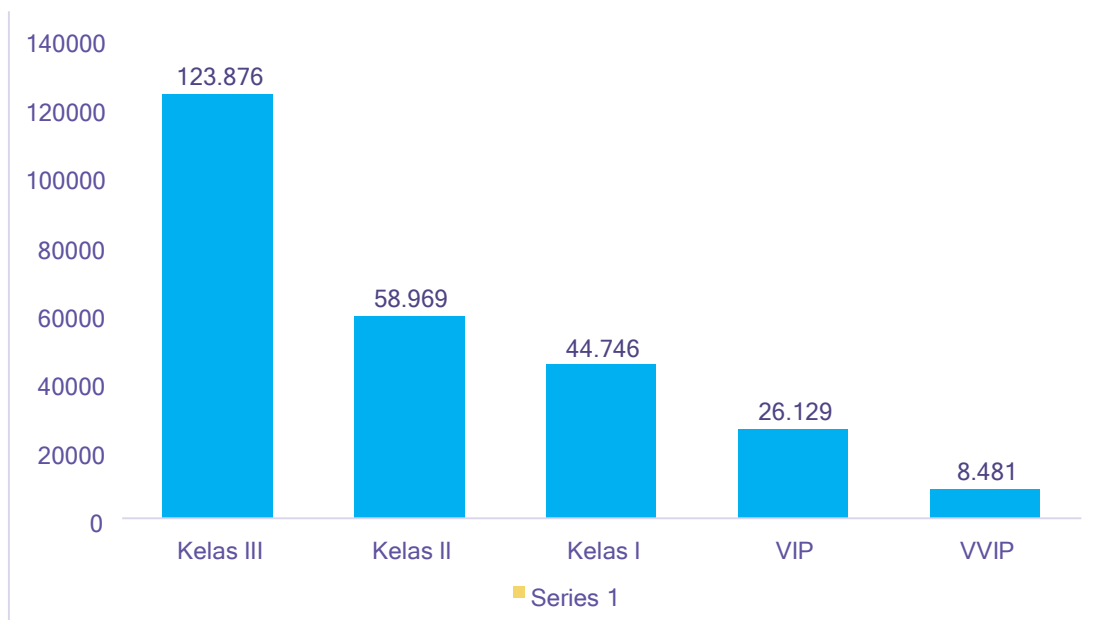
Sumber: Diolah dari Profil Kesehatan Indonesia 2018

Sesuai data dalam Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) Ditjen Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI bulan September 2019, dengan jumlah penduduk Indonesia sebesar 265.259.233 jiwa, saat ini telah tersedia 291.324 tempat tidur di RS seluruh Indonesia. Secara keseluruhan tampak bahwa jumlah tempat tidur ini telah memenuhi standar 1:1000 penduduk, namun jika dilihat sebaran tempat tidur di tiap Provinsi, maka terdapat Provinsi yang sudah memenuhi standar minimal



jumlah tempat tidur, tapi masih ada yang belum mencapainya. Beberapa wilayah yang belum mencapai rasio 1:1000 adalah Provinsi Riau yang baru memenuhi 96,69% kebutuhan tempat tidurnya, Lampung (90,56%), Jawa Barat (84,30%), Banten (83,89%), Nusa Tenggara Barat (97,65%) dan Kalimantan Tengah (95,14%) (SIRS Ditjen Yankes, 2019).

Jumlah tempat tidur berdasarkan kelas perawatan di rumah sakit, sejumlah 123.876 adalah tempat tidur (TT) kelas 3 (42,52% dari total jumlah TT), 58.969 TT kelas 2 (20,24%), 44.746 TT kelas 1 (15,36%), 26.129 TT kelas VIP (8,97%) dan 8.481 TT kelas VVIP (2,91%) (dapat dilihat pada gambar 3.2).



**Gambar 3.3 Jumlah Tempat Tidur Berdasarkan Kelas Perawatan**

Sumber: Diolah dari SIRS Ditjen Yankes, 2019

### 3.7 Filosofi dan Urgensi Penetapan Kelas Standar di Indonesia

Pada Pasal 28 H ayat (1) dinyatakan bahwa, “setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”. Konteks tersebut dimaknai oleh Jimly Asshiddiqie bahwa terdapat 4 macam HAM<sup>23</sup>:

1. Hak hidup sejahtera lahir bathin
2. Hak bertempat tinggal

3. Hak mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat
4. Hak memperoleh pelayanan kesehatan

Berdasarkan pemaknaan konteks tersebut, menurut Roberia<sup>23</sup> terdapat dua konsep jaminan kesehatan dalam hal “literal” sehat dan kesehatan yakni: 1.) setiap orang berhak mendapatkan lingkungan hidup yang sehat dan 2.) setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Dalam mewujudkan kedua hal tersebut, negara berkewajiban menjamin masyarakat agar dapat mengakses kesehatan. Upaya pemerintah di Indonesia untuk menjamin aksesibilitas masyarakat akan kesehatan dituangkan dalam bentuk program jaminan sosial nasional yang dikenal dengan Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan.

Selanjutnya perlu dipahami juga mengenai konsep hak yang tidak dapat dipisahkan dalam konsep jaminan kesehatan yang merupakan hak dasar bahwa “*every right is attached to a duty of some sort*” dan “*a right always implies or has attached some closely related duty of others*”. Selanjutnya, Teori Welfare State Spicker menyatakan bahwa: “*other people’s health protects our health*” dengan konsekuensi “*affect everyone, whether or not they want to be a part of it*”<sup>23</sup>. Dari situ, nampak salah satu prinsip dari jaminan sosial yaitu prinsip gotong-royong.

Terkait dengan pembiayaan JKN, prinsip gotong-royong diterapkan dengan sistem subsidi silang antar peserta BPJS agar setiap peserta dapat mengakses pelayanan kesehatan yang bermutu. Kembali kepada amanat UUD 1945, negara bukan hanya sekedar bertanggung jawab atas aksesibilitas kesehatan masyarakat, melainkan menjamin bahwa masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan dengan mutu yang *equal*. Hal ini sesuai dengan konsep *universality* yang menghendaki bahwa setiap orang secara keseluruhan harus memiliki akses pelayanan kesehatan yang *likely more equal* dengan sistem yang memberikan manfaat yang sama bagi kebanyakan orang (*most people*).

Kesamaan/ pemerataan akses dan kualitas pelayanan kesehatan tersebut merupakan bagian dari ekuitas. Ekuitas menjadi prinsip dalam penyelenggaraan JKN sebagaimana disebutkan secara jelas pada pasal 19 ayat 1 UU SJSN. Secara konsep,

ekuitas lebih luas dan mengandung gagasan “keadilan”. Dalam konteks layanan kesehatan, dikenal dua dimensi ekuitas yakni<sup>24</sup>:

- A. Ekuitas horizontal, yakni perlakuan yang sama terhadap kebutuhan yang sama. Terdapat empat definisi operasional yang dikenal yakni: 1.) sumber daya (*input*) pengeluaran yang sama untuk kebutuhan yang sama; 2.) penggunaan (*utilization*) atau penerimaan (*receipt*) yang sama untuk kebutuhan yang sama; 3.) akses/ kesempatan yang sama untuk kebutuhan yang sama; 4.) kesamaan tingkat kesehatan. Poin ke-3 merupakan definisi ekuitas horizontal yang dipandang paling superior.
- B. Ekuitas vertikal, yakni perlakuan yang berbeda untuk kebutuhan yang tidak sama dan pembiayaan kesehatan progresif berdasarkan kemampuan membayar.

Kembali pada konteks Indonesia, terkait dengan mutu pelayanan kesehatan, untuk tingkat FKTP, penjaminan pemerataan mutu pelayanan kesehatan dilakukan melalui akreditasi. Adapun untuk tingkat FKTRL, isu mengenai pemerataan mutu pelayanan diamanatkan melalui penerapan kelas standar seperti yang dituangkan dalam UU SJSN pasal 23 ayat 4. Sebab apabila melihat *existing condition*, kelas yang setara pun belum sama satu dengan yang lainnya, sebagai gambaran, orang yang menggunakan fasilitas rawat inap kelas 2 di dua kota yang berbeda belum tentu dapat paket manfaat sama padahal tarif yang ditetapkan oleh BPJS sama.

Kelas standar dapat didefinisikan sebagai INA-CBGs dalam ruang rawat inap, artinya kelas standar adalah perwujudan standar minimum pelayanan rawat inap yang meliputi pelayanan medis dan nonmedis yang berhak diterima oleh pasien di manapun ia mendapatkan pelayanan, dalam hal ini pelayanan rawat inap. Secara lebih mendalam kelas standar rawat inap adalah upaya untuk menciptakan ekuitas egaliter sebagai tujuan akhir diimplementasikannya sebuah jaminan sosial. Oleh sebab itu, penerapan kelas standar sangat penting sebagai bentuk komitmen negara dalam memenuhi amanat UUD 1945.

### 3.8 Manfaat dan Potensi Masalah Penetapan Kelas Standar

Seperti halnya penjelasan pada subbab sebelumnya, di mana prinsip gotong-royong dalam program JKN seharusnya mewujudkan terjadinya subsidi silang antarpeserta dengan tingkatan premi yang berbeda. Akan tetapi, yang terjadi saat ini adalah belum terwujudnya subsidi silang yang ideal akibat kebijakan tarif iuran yang kurang sesuai dengan seharusnya. Selain itu juga dengan adanya jenjang kelas, menimbulkan diskriminasi ataupun kesan “diskriminasi”. Padahal BPJS Kesehatan harus memastikan semua peserta Program JKN mendapatkan pelayanan yang memadai dan tanpa diskriminasi sesuai dengan tiga asas SJSN yaitu asas manfaat, asas keadilan, dan asas kemanusiaan.

Fenomena yang kemudian muncul yakni kebijakan rumah sakit tanpa kelas di beberapa daerah di Indonesia. Tahun 2017, sudah ada 44 rumah sakit yang menerapkan rawat inap tanpa kelas di antaranya tercantum pada tabel 3.6.

**Tabel 3.6 RSUD dengan Rawat Inap Tanpa Kelas**

RS	KEBIJAKAN
RSUD Wates (Kulon Progo)	Perda Kab. Kulon Progo No. 3/ 2012 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan Kelas III di RSUD Wates
RSUD Sultan Mohammad Alkadrie	Pelayanan kelas 1 dengan tarif kelas 3 yakni, satu ruangan $\pm 10$ bed, sekat tirai, bersih

Berdasarkan tinjauan literatur belum ditemukan tulisan yang membahas mengenai kelas standar kecuali sebuah literatur lama, tahun 1958<sup>25</sup>. Dinyatakan bahwa pada Federal Bill 320 dan Alberta Bill 101 muncul istilah “*standard ward hospitalization*” yang akan diterapkan pada skema asuransi rumah sakit (pada situasi dan kondisi saat itu). Istilah tersebut diikuti dengan kalimat “*which are regarded as professional medical services*”. Apa-apa saja yang termasuk dalam kelas standar rawat inap tersebut, mereka mengilustrasikan seorang wanita yang datang berobat dengan berbagai keluhan. Seorang dokter umum kemudian menyarankan serangkaian *test*

yang berujung wanita tersebut harus melewati berbagai prosedur yang berbeda dan ditangani oleh tenaga kesehatan yang berbeda-beda pula (spesialisasi).

Dapat dilihat bahwa masing-masing tenaga kesehatan berperan masing-masing sesuai keahliannya dalam menjalankan sejumlah prosedur diagnostik dan memang seperti itu. Namun kalimat tambahan dalam regulasi tersebut dianggap kurang sesuai oleh mereka karena menurut mereka perlu dipisahkan secara jelas layanan medis profesional dari rawat inap dengan kemungkinan pengecualian untuk administrasi. Ruang di rumah sakit, baik itu ruang operasi, laboratorium atau departemen x-ray; peralatan yang diperlukan di dalamnya; bantuan teknisi, dan lainnya merupakan bagian dari rawat inap, tetapi bukan keahlian medis profesional dari dokter yang berkualifikasi. Kesimpulan yang dapat ditarik adalah ruang rawat inap merupakan akomodasi nonmedis yang tidak perlu dibedakan. Tidak seperti pelayanan medis yang memang harus menyesuaikan dengan kondisi yang diderita tiap pasien. Untuk itu, perlu ditinjau lagi mengenai kelas standar rawat inap ini.

BPJS Kesehatan memiliki studi di akhir tahun 2017 tentang Kajian Kesiapan Penerapan Kelas Standar di RS yang hasilnya juga disampaikan kepada Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN)<sup>26</sup>. Pada studi ini, informan ataupun responden masih berasumsi akan adanya kelas 1, 2 dan 3 dengan model pembayaran klaim INA-CBGs yang masih sama, yaitu terdapat besaran nominal klaim yang berbeda untuk setiap kelas perawatan, walaupun kode INA CBGs-nya sama. Pengembangan definisi kelas standar dalam studi ini kemudian dengan memilih antara 3 kelas yang ada di RS saat ini yaitu kelas 1, kelas 2, dan kelas 3.

Hasil studi BPJS Kesehatan tersebut menyatakan bahwa RS pemerintah dan swasta secara umum tidak menolak rencana penerapan kebijakan kelas standar karena itu adalah amanat Undang-Undang. Namun demikian terdapat beberapa pertimbangan yang disampaikan. RS Pemerintah walaupun menyatakan akan menerima kebijakan apapun namun masih berharap adanya kelas 1, 2, dan 3. RS swasta menginginkan bahwa yang dimaksud kelas standar adalah kelas 1 atau paling tidak kelas 2. RS Swasta menolak jika yang dimaksud kelas standar adalah kelas 3 karena RS swasta akan sulit bertahan jika dibayar dengan paket INA-CBGs untuk kelas 3. Akan tetapi, jika pemerintah nanti menetapkan kelas 3 sebagai kelas standar, maka mengusulkan

tetap diperbolehkan membuka kelas 1 dan VIP. Sementara itu, RS TNI/Polri lebih memilih di kelas 1 atau 2, dan tidak setuju untuk kelas 3. Di sisi peserta JKN, sekitar 68% sampel penelitian setuju dengan rencana penerapan kelas standar, karena menurut mereka akan mengurangi diskriminasi dalam pelayanan kesehatan dan akan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Kelas standar yang diinginkan peserta JKN bervariasi. Peserta kelas 1 dan 2 cenderung tidak setuju jika kelas standar ditetapkan di kelas yang lebih rendah. Peserta kelas 3 bisa menerima jika di kelas 2 tapi menolak di kelas 1 karena akan mengakibatkan kenaikan iuran yang tinggi. Hasil survei dan wawancara dengan pemangku kepentingan di tingkat pusat, RS dan peserta menunjukkan kelas perawatan yang dipilih sebagai kelas standar dalam JKN adalah kelas 1 atau 2.

Pada studi ini, para pemangku kepentingan menyatakan bahwa kebijakan RS Kelas standar tidak bisa diterapkan dalam waktu dekat, dikarenakan rencana implementasi memerlukan persiapan dan juga antisipasi untuk memenuhi kebutuhan *supply side* dan ekspektasi *demand side*. Persiapan terkait kebijakan, infrastruktur, SDM, pendanaan, dan sosialisasi memerlukan waktu 5 sampai 10 tahun ke depan.

Indonesia telah memiliki beberapa RS tanpa kelas rawat di beberapa tahun terakhir dan terletak di beberapa kabupaten/ kota. Masih menurut hasil studi BPJS Kesehatan, terdapat pemahaman yang beragam di antara pihak manajemen RS tersebut terkait implementasi RS tanpa kelas. Beberapa hal yang menjadi pembelajaran penting saat akan menerapkan RS Tanpa Kelas adalah: 1) komitmen politik kepala daerah mutlak diperlukan; 2) sebaiknya sejak awal pembangunan dirancang dengan konsep tanpa kelas; dan 3) diperlukan *sharing* pendanaan pemerintah pusat dan daerah. Komitmen kepala daerah yang diharapkan adalah dengan membiayai pembangunan dan peralatan medis dan nonmedis, memberikan subsidi kepada operasional RS, menyediakan SDM RS, memberikan kelembagaan BLUD penuh sejak awal pendirian dan mempercepat pengesahan peraturan tarif RS tanpa kelas.

RS tanpa kelas rawat yang sudah beroperasi juga menghadapi berbagai permasalahan, antara lain: belum adanya regulasi yang mengatur pendirian RS tanpa kelas; tingginya pembiayaan dari APBD; sulitnya memberikan pemahaman

SDM RS terkait visi dan misi RS tanpa kelas; rendahnya tarif INA-CBGs karena menggunakan tarif kelas 3; dan sistem JKN yang ada membuat warga yang membayar premi kelas 1 dan 2 menuntut pemenuhan haknya.

Berdasarkan pemaparan di atas, penerapan kelas standar memiliki beberapa potensi keuntungan yaitu:

- a. Mendorong penerapan standar layanan medis yang lebih baik karena tidak terpengaruh dengan variasi kelas dengan tarif yang berbeda-beda.
- b. Menurunkan risiko infeksi nosocomial jika kelas standar yang ditetapkan setara dengan kelas 1 atau kelas 2.
- c. Lebih efisien, misalnya proses administrasi klaim yang lebih ringkas, proses verifikasi lebih mudah karena tidak ada variasi kelas, penetapan tarif lebih simpel karena tidak perlu menghitung pertambahan biaya akomodasi antar kelas.
- d. Akses dan ekuitas yang lebih baik bagi para peserta karena tidak dibatasi hak kelasnya, tidak dibatasi peserta mampu atau peserta tidak mampu.

Namun demikian, penerapan kelas standar juga memiliki beberapa potensi masalah yaitu:

- a. RS harus menurunkan kapasitas tempat tidur RS yang berpotensi mempertinggi *fixed cost* dan harus melakukan banyak perubahan untuk menyesuaikan spesifikasi kelas standar dan di atas standar.
- b. Ada potensi penurunan kepuasan pada peserta yang semula berada pada hak kelas di atas kelas standar.
- c. Belum siapnya regulasi untuk menetapkan hanya ada kelas standar dan di atas standar.
- d. Kenaikan premi JKN yang akan memiliki dampak terkait kemampuan fiskal pemerintah pusat, daerah, maupun kemampuan peserta mandiri membayar iuran.

### 3.9 Perspektif Pemangku Kepentingan dan Regulator

Data dan Informasi yang diperoleh dalam studi ini di antaranya berasal dari unsur para pemangku kepentingan dan pembuat kebijakan terkait pelayanan rumah sakit dan jaminan kesehatan nasional. Pengumpulan data dan informasi tersebut dengan

menjaring aspirasi informan dalam kegiatan *Focus Group Discussion* (FGD) yang telah dilaksanakan tanggal 1 Oktober 2019 berlokasi di Hotel Aryaduta Jakarta. Peserta FGD berjumlah 24 orang yang berasal dari institusi atau lembaga berikut: 1.) Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN); 2.) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan; 3.) Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan Kementerian Kesehatan RI; 4.) Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan (P2JK) Kementerian Kesehatan RI; 5.) Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia; 6.) Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI); 7.) Asosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia (ARSSI); 8.) Asosiasi Rumah Sakit Daerah Seluruh Indonesia (ARSADA); 9.) RSJPD Harapan Kita; 10.) RSPAD Gatot Subroto; 11.) RS Hermina Kemayoran; 12.) RS An-Nisa Tangerang; 13.) RS Prikasih; 14.) RS Mayapada Jakarta Selatan, dan 15.) RSUD Jatipadang Jakarta Selatan. Kegiatan FGD diawali dengan pengantar untuk memantik diskusi dari Bapak Ede Surya Darmawan selaku fasilitator FGD dan Bapak Anshory (DJSN). Kemudian kegiatan dilanjutkan dengan penjaringan aspirasi dari peserta FGD dengan hasil disarikan sebagaimana berikut.

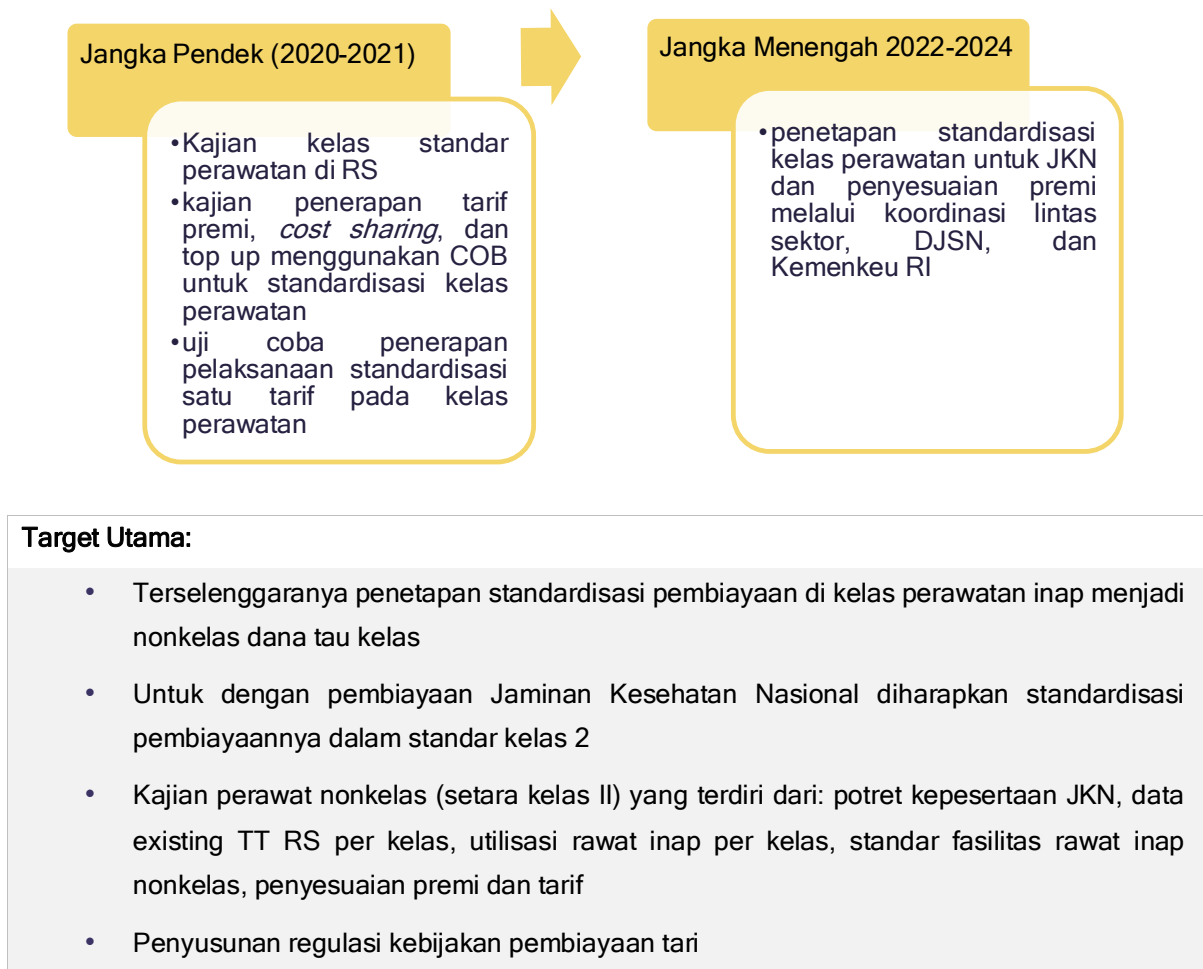
### 3.9.1 Upaya Mewujudkan Kebijakan Kelas Standar

Upaya-upaya yang pernah dilakukan terkait isu kelas standar ini di antaranya yakni, pertama, pada 2017 BPJS telah menyelenggarakan survei kecil dan kajian kesiapan penerapan kelas standar bekerja sama dengan Universitas Gajah Mada (UGM). Hasil dari kajian tersebut sudah juga dicantumkan pada bahasan pada bagian-bagian sebelum ini.

Kedua, Kementerian Kesehatan menyusun *roadmap* kajian kelas standar untuk kurun waktu 2020-2024. *Roadmap* tersebut juga diupayakan sinergis dengan *roadmap* Bappenas. Jangka pendek tahun 2020 sampai 2021 yakni melakukan kajian kelas standar perawatan di RS, termasuk kajian penetapan tarif premi, *cost sharing* dan *top-up* menggunakan COB untuk standardisasi kelas perawatan. Kemudian juga melakukan uji coba penerapan pelaksanaan standarisasi satu tarif pada satu kelas perawatan. Kemudian pada jangka menengah memang ada penetapan standarisasi kelas perawatan untuk JKN dan penyesuaian premi melalui



koordinasi lintas sektor DJSN dan Kemenkeu RI, pembahasan ini akan dilakukan bersama dengan P2JK. Baru kemudian, pada tahun 2024 rencana implementasinya.



**Gambar 3.4 Roadmap Kajian Kelas Standar Kemenkes RI**

### 3.9.2 Pendefinisian Kelas Standar

Istilah kelas standar yang tercantum dalam UU SJSN rentan menimbulkan multitafsir karena tidak dijelaskan secara khusus. Akan tetapi, pada penjelasan pasal 23 ayat 4 dinyatakan bahwa kelas standar merupakan hak peserta sehingga pendefinisianya perlu menimbang prinsip mengenai hak dengan menelisik definisi ekuitas yang dimaksud pada pasal 19 ayat 1.

**Tabel 3.7 Bunyi dan Penjelasan Ayat terkait Kelas Standar dan Ekuitas**

Pasal (Ayat)	Bunyi Ayat	Penjelasan
<b>Pasal 23 (4)</b>	Dalam hal peserta membutuhkan rawat inap di rumah sakit, maka kelas pelayanan di rumah sakit diberikan berdasarkan kelas standar	Peserta yang menginginkan kelas yang lebih tinggi dari pada haknya (kelas standar), dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan, atau membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan.
<b>Pasal 19 (1)</b>	jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas.	...Prinsip ekuitas yaitu kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medisnya yang tidak terikat dengan besaran iuran yang telah dibayarkannya.

Jika merujuk pada konsep ekuiti yang dinyatakan dalam pasal 19 tersebut ekuitas merupakan kesamaan dalam memperoleh pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan medis dan tidak tergantung besaran iuran. Jika ditafsirkan “pelayanan” yang dimaksud adalah pelayanan medis, itu memang mutlak harus sesuai kebutuhan dan itu sudah diterapkan pada kelas perawatan yang ada saat ini.

*“Menurut saya kalau pembuat UU ini menganggap istilah ini (kelas standar) istilah lama bukan istilah baru, maka tidak perlu disebut dalam UU. Cukup saja menyebutkan perawatannya dirawat sesuai dengan yang ada di RS. Jadi tidak perlu ada penyebutan khusus istilah kelas standar. Oke, jadi sangat aneh kalau pembuat UU menyebut secara spesifik ini bila tidak ada keperluannya. Karena itu sudah ada di RS, dalam UU RS sudah ada. Tapi dia menyebut secara khusus, dibalik lagi. Bukan standar kelas tapi kelas standar. Berarti ada keperluannya secara khusus menurut pandangan saya”*

Kemudian ada juga peserta FGD yang berpendapat mengenai konsep *one benefit package* rawat inap kelas standar:

*“Kalau menurut saya ekuitinya bisa saja sama kalau standar pelayanan tidak dibeda-bedakan tapi fasilitas bisa beda. Misalnya PBI tetap ada ruang khusus atau tetap dia standar sama misal tadi satu ruangan 4 orang. Mau disamakan semua, tidak peduli apakah dia PBI, kelas 1, kelas 2, kelas 3 pokoknya 1 ruang 4 orang misalnya. Yang ke-4, soal VIP, kita tidak pedulikan, serahkan pada RS. Jadi kalau ada orang mau pilih ruangan yang fasilitasnya lengkap, ada tukang pijat dan sebagainya, pilih sendiri, dan itu yang jual RS”*

Sebetulnya jawaban dari isu kelas standar ini dapat terjawab dengan pemahaman filosofis *core values* jaminan sosial utamanya ekuitas itu tadi. Dalam jaminan sosial yang dijamin ekuitasnya adalah manfaat. Rawat inap di rumah sakit merupakan manfaat yang dijamin dalam JKN. Manfaat tersebut meliputi manfaat medis dan nonmedis yang tidak dapat dipisahkan (sepaket). Kelas standar itulah “paket” rawat inap tersebut yang merupakan *minimum standard* rawat inap yang berhak didapat setiap peserta.

Peran pemerintah melalui program JKN sesungguhnya selesai pada tahap penjaminan ekuitas pada tiap peserta tersebut, yang untuk konteks rawat inap yakni dengan diberikannya kelas standar. Perihal pelayanan nonmedis yang diterjemahkan boleh tidak sama karena memang ranah *will* bisa masuk, tidak terbatas pada *need* saja sehingga silakan saja diatur mengenai penerimaan terhadap *amenities* yang berbeda. Akan tetapi, untuk pelayanan nonmedis di kelas standar tetap ditentukan kriterianya tersendiri dalam kesatuan standar kelas JKN (kelas standar). Pada akhirnya, definisi kelas standar merujuk kepada spesifikasi kelas layanan JKN yang ditanggung oleh BPJS dan dimungkinkan naik kelas bagi peserta selain PBI atas pembiayaan sendiri atau asuransi tambahan.

### 3.9.3 Pilihan Model Kelas Standar

Berdasarkan proses selama kajian dilakukan, didapatkan berbagai masukan mengenai model kelas standar. Ada opsi yang membedakan kelas standar bagi PBI

dan Non-PBI serta kelas standar tunggal yang berlaku bagi seluruh peserta JKN. Opsi-opsi model kelas standar tersebut disajikan pada tabel 3.8.

**Tabel 3.8 Opsi Kelas Standar Rawat Inap RS pada Program JKN**

OPSI KELAS STANDAR		ACUAN
Opsi 1	PBI	Kelas 3
	NON-PBI	Kelas 2
Opsi 2	PBI	Kelas 2
	NON-PBI	Kelas 1
Opsi 3		Kelas 3
Opsi 4		Kelas 2
Opsi 5		Kelas 1

Opsi model kelas standar dengan dikotomi antara segmen PBI dan Non-PBI muncul sebab ada pendapat bahwa sebaiknya ada perbedaan *amenities* kelas standar pada peserta yang membayar iuran sendiri dan yang dibayarkan oleh pemerintah. Alasan lainnya yakni dengan 2 kelas perawatan eksisting acuan dapat mengurangi beban RS untuk merombak fasilitas yang ada dalam upaya transformasi ke kelas standar. Di sisi lain, ada juga opsi kelas standar tunggal yang berlaku bagi semua peserta JKN tanpa ada perbedaan berdasarkan segmentasi kepesertaanya. Opsi model ini menimbang prinsip ekuitas dalam pelayanan kesehatan sebagaimana telah dijelaskan sebelumnya yang memandang bahwa manfaat (medis dan nonmedis) setiap peserta JKN adalah sama dalam kelas standar dengan tetap memberikan hak kepada peserta untuk akses *amenities* yang lebih dari standar (*top up* dengan biaya mandiri atau asuransi komersial). Kriteria kelas standar ini dapat mengacu pada kelas perawatan yang ada di sini maupun tidak. Berikut ini pertimbangan-pertimbangan adopsi kriteria kelas standar tunggal dari kelas perawatan yang ada saat ini (diurutkan berdasarkan intensitas tendensi):

A. Kelas 2 (*existing*) diacu sebagai Kelas Standar

Model ini mendukung kelas standar dengan karakteristik seperti ruang rawat kelas 2 terutama karakteristik fisiknya. Preferensi terhadap model ini terutama berasal dari RS swasta. Pertimbangan utamanya adalah umumnya rumah sakit swasta memiliki komposisi tempat tidur terbanyak untuk kelas 2 (sekitar 50%) dan *Break Even Point* (BEP) ada di kelas 2. Apabila model ini tidak menjadi kebijakan yang diambil maka tentu biaya untuk merombak desain RS yang ada akan lebih besar dan tentu pihak RS swasta butuh upaya yang lebih dibanding RS lainnya, misalnya yang masih bisa memperoleh subsidi APBD atau APBN. Di sisi lain, muncul kontra apabila mengadopsi standar kelas 2 sebagai kelas standar. Dengan mengadopsi model ini, itu berarti terjadi penurunan manfaat nonmedis kepesertaan kelas 1 yang ada. Belum lagi terkait isu kenaikan iuran dan batas atas upah (plafon) yakni 12 juta dari sebelumnya 8 juta.

B. Kelas 1 (*existing*) diacu sebagai Kelas Standar

Kalau kelas 1 yang dipilih sebagai acuan maka tidak ada segmentasi peserta yang mengalami penurunan fasilitas kelas rawat sehingga akan sangat memuaskan peserta. Akan tetapi, yang harus diperhatikan apabila model ini yang dipilih adalah mengenai kemampuan RS dalam menyediakan ruang rawat inap dengan karakteristik ruang inap kelas 1 dan mengenai tarif yang tentu akan terlampaui tinggi. Kemampuan membayar iuran bagi PBPU dan ruang fiskal pemerintah dalam membayarkan iuran PBI menjadi hal yang perlu diperhatikan.

C. Kelas 3 (*existing*) diacu sebagai Kelas Standar

Tendensi tidak tertuju pada kelas 3 sebagai acuan kelas standar padahal jika dilihat dari jumlah tempat tidur yang tersedia saat ini paling banyak dari kelas 3 (Lihat Tabel 3.9). Hal yang dikhawatirkan utamanya berkaitan dengan aspek psikologis karena penurunan fasilitas ruang rawat inap. Selain itu, dari sisi provider terutama rumah sakit yang telah memiliki banyak komposisi kelas 1 dan 2 yang dilengkapi dengan fasilitas lengkap harus dialokasikan kemana jika ternyata kelas standar rawat inap mengacu pada ruang rawat kelas 3 saat ini.

Salah satu panelis dalam Workshop Kelas Standar Rawat Inap RS dalam Pelayanan Program JKN (16 Oktober 2019) yang diselenggarakan oleh DJSN menyatakan bahwa “opsi kebijakan yang membedakan kelas standar PBI dan Non-PBI lebih cocok diterapkan bila menganut konsep *multiple-payer* sedangkan jika *single-payer* kelas standar tunggal saja”.

### 3.10 Implikasi Penerapan Kelas Standar Rawat Inap RS

Berdasarkan berbagai bahasan yang disampaikan sebelumnya, penerapan kebijakan kelas standar rawat inap rumah sakit pada Program JKN dapat berimplikasi pada beberapa aspek seperti tata kelola dan pelayanan, pengaturan dan regulasi, dan tentu pembiayaan yang selanjutnya dijelaskan berikut.

#### 3.10.2 Aspek Tata Kelola Dan Pelayanan

Penerapan kelas standar tentu memengaruhi sistem pelayanan rawat inap RS di Indonesia. Salah satu yang terdampak adalah penyediaan jumlah kebutuhan tempat tidur. Tabel 3.9 berikut menggambarkan kekurangan tempat tidur tiap opsi kelas standar terhadap kebutuhan berdasarkan perhitungan.

**Tabel 3.9 Perhitungan Kebutuhan Tempat Tidur per Opsi Kelas Standar**

OPSI KELAS STANDAR		ACUAN	EKSISTING TT (A)	KEBUTUHAN TT (B)	KEKURANGAN TT (B-A)
Opsi 1	PBI	Kelas 3	123.876	221.204	7.455
	NON-PBI	Kelas 2	58.969		30.904
					38.359 (Total)
Opsi 2	PBI	Kelas 2	58.969	221.204	72.362
	NON-PBI	Kelas 1	44.746		45.127
					117.489 (Total)
Opsi 3		Kelas 3	123.876	221.204	97.328
Opsi 4		Kelas 2	58.969	221.204	162.235
Opsi 5		Kelas 1	44.746	221.204	176.458

Sumber: diolah dari infografik jumlah peserta JKN (Web BPJS Kesehatan) dan Ketersediaan TT (Web SIRS Kemenkes RI)

Keterangan:

- Jumlah ideal TT berdasarkan standar normatif kebutuhan TT, ialah 1:1000 penduduk.
- Dengan asumsi bahwa jumlah peserta JKN terdaftar per 30 September 2019 ialah sebanyak 221.203.615 jiwa, maka berdasarkan rasio kebutuhan TT 1 per 1000 penduduk, jumlah TT ideal adalah 221.204.

Kelas standar rawat inap RS memerlukan spesifikasi terstandar yang mencakup hal medis dan nonmedis. Perubahan tersebut tentu menyebabkan perubahan pada tata kelola dan pelayanan RS. Selama ini memang pelayanan medis sudah diupayakan agar sesuai dengan kebutuhan medis pasien dan RS sudah biasa dengan pengaturan tersebut. Akan tetapi, penyamaan kriteria manfaat pelayanan nonmedis pada kelas standar diperkirakan akan menyebabkan perombakan infrastruktur oleh RS. RS perlu menyesuaikan kembali terutama desain fisik ruangan dan fasilitas-fasilitas di dalamnya sesuai dengan standar yang nanti ditetapkan.

### 3.10.3 Aspek Pembiayaan

Diterapkannya kelas standar yang akan mengubah “wajah” pelayanan rawat inap RS tentu berdampak pada aspek pembiayaan. Penyesuaian besaran tarif dan iuran merupakan hal yang perlu dilakukan dengan cermat agar tidak menimbulkan “kegoncangan” akibat perubahan sistem yang terjadi. Agar tidak terlalu banyak mengubah kondisi pembiayaan yang ada, dilakukan simulasi perhitungan pembiayaan.

Data yang digunakan dalam simulasi yakni data tahun 2018. Pada 2018, jumlah peserta JKN sebanyak 181 juta jiwa dengan proporsi peserta terbanyak berasal dari segmentasi kepesertaan kelas 3 yakni 70,29%. Diketahui juga jumlah utilisasi rawat inap tingkat lanjutan (RITL) di rumah sakit keseluruhan yakni 9,7 juta dan data jumlah utilisasi per kelas perawatan diasumsikan sebanding dengan proporsi jumlah peserta per kelas. Kemudian diketahui juga data *Cost Per Member Per Month* (CPMPM) tiap kelas perawatan pada tahun tersebut.

**Tabel 3.10 Simulasi Perhitungan Total Biaya Rawat Inap pada Program JKN**

KELAS	JUMLAH PESERTA (A)	%	JUMLAH UTILISASI (B)	CPMPM (C)	TOTAL (B X C)
Kelas 3	127.000.000	70,29	6.818.130	31.593	215.405.181.090
Kelas 2	32.400.000	17,89	1.735.330	63.378	109.981.744.740
Kelas 1	21.400.000	11,82	1.146.540	107.797	123.020.302.380
TOTAL ( $\Sigma$ (B x C))					448.407.228.210

Jika ditotal ternyata biaya pelayanan rawat inap pada era JKN sekitar 448 milyar rupiah. Opsi dengan hasil perhitungan yang dekat dengan angka tersebut yakni opsi 1, 3, dan 4 (Lihat tabel 3.11).

**Tabel 3.11 Simulasi Perhitungan Biaya Rawat Inap Kelas Standar per Opsi**

OPSI KELAS STANDAR		ACUAN	B/ B <sub>PBI/ NON-PBI</sub> X C	$\Sigma$ B ATAU B <sub>PBI/ NON-PBI</sub> X C
Opsi 1	PBI	Kelas 3	181.940.611.770	431.720.281.330
	NON-PBI	Kelas 2	249.779.669.580	
Opsi 2	PBI	Kelas 2	364.986.930.420	787.856.210.090
	NON-PBI	Kelas 1	422.869.279.670	
Opsi 3		Kelas 3	306.452.100.000	306.452.100.000
Opsi 4		Kelas 2	614.766.600.000	614.766.600.000
Opsi 5		Kelas 1	1.040.780.900.000	1.040.780.900.000

Perlu *men-costing* kembali besaran iuran untuk tiap jenjang kepesertaan yang mampu mengakomodasi pelaksanaan kelas standar ini. Tentu akan lebih rumit perhitungannya jika sebagaimana yang dikehendaki untuk kelas standar ini bukan konsep satu tarif iuran atau *one benefit one single-premium*. Tidak diterapkan tarif iuran tunggal sebab berlawanan dengan apa yang diharapkan dalam jaminan kesehatan ini yakni terjadinya subsidi silang (gotong-royong). Dengan adanya kelas standar ini harapannya subsidi silang bukan lagi terjadi pada jenjang kelas perawatan melainkan dapat terjadi pada sisi *demand* yakni dengan iuran yang berbeda.



### 3.10.4 Aspek Pengaturan/ Kebijakan

Pengaturan kelas standar yang secara konsep cukup berbeda dengan kondisi ruang rawat saat ini berpotensi menimbulkan disharmoni dengan regulasi yang telah ada dan sedang disusun. Kemungkinan akan cukup banyak mengubah aturan yang telah ada. Untuk meminimalisasi hal tersebut, regulasi yang sedang disusun saat ini misalnya mengenai standar kelas seharusnya bisa saling sejalan dengan ide kelas standar ini.

**Tabel 3.12 Regulasi yang Perlu Diharmonisasi**

PERUNDANGAN/ RANCANGAN PER-UU	PERIHAL
Perpres 82/ 2018 tentang Jaminan Kesehatan	Kelas perawatan
Permenkes 30/ 2019 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit	Penyelenggaraan Rawat Inap Rumah Sakit - Penyediaan jumlah TT
Permenkes 52/ 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan	Tarif pelayanan rawat inap
Permenkes 85/ 2015 tentang Pola Tarif Nasional Rumah Sakit	Pedoman penetapan tarif RS

### 3.11 Strategi Implementasi

Penerapan kelas harus diatur oleh Kemenkes RI melalui tahapan proses agar berjalan dengan baik.

1. Pilihan transformasi kelas rawat inap dari model kelas rawat inap saat ini ke kelas standar harus memperhatikan *equity* (kesamaan hak) karena pelayanan medis mutlak harus diberikan berdasarkan kebutuhan medis peserta dan harus terstandardisasi (Kementerian Kesehatan RI dalam hal ini perlu menetapkan Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) untuk semua penyakit).
2. Aspek lain yang perlu dipertimbangkan adalah aspek akses, preferensi peserta JKN, dan aspek cost yang harus dikeluarkan pihak rumah sakit untuk melakukan perubahan infrastruktur/ bangunan rumah sakit.

- 
3. Proses transformasi dan pengembangan kelas standar rawat inap RS diharapkan mengikuti atau bahkan lebih cepat dari waktu yang telah ditetapkan ditetapkan dalam *Roadmap* Kelas Standar Kemenkes RI yaitu 2020-2021 melakukan kajian tentang kelas standar termasuk kajian tentang tarif premi, *cost sharing* dan *top up* menggunakan COB, serta piloting pelaksanaan kelas standar. Kemudian antara tahun 2022-2024 akan dilakukan penetapan standardisasi kelas rawat inap untuk JKN serta penyesuaian premi.

## BAB 4 RANCANGAN KELAS STANDAR RAWAT INAP RS UNTUK SETIAP PILIHAN

Berdasarkan kajian ini, kami mengembangkan rancangan detail kelas standar rawat inap RS pada program JKN untuk setiap opsi. Kriteria-kriteria kelas standar dirancang dengan memperhatikan pula beberapa perundangan-undangan dan pedoman yang Kementerian Kesehatan keluarkan yakni Permenkes 24 tahun 2016 tentang Persyaratan Teknis Bangunan dan Prasarana Rumah Sakit dan Pedoman Teknis Fasilitas Rumah Sakit (dipublikasi tahun 2012). Terdapat 5 opsi rancangan kelas standar sebagai berikut:

### Opsi 1: Kelas 3 (PBI) dan Kelas 2 (Non-PBI)

Desain kelas standar untuk opsi ini terbagi jadi dua berdasarkan jenis kepesertaan JKN yakni PBI dan Non-PBI. Kelas standar peserta PBI memiliki kriteria seperti kelas 3 (opsi 3) sedangkan peserta non-PBI ruangnya seperti kelas 2 (opsi 4). Kriteria yang direkomendasikan untuk opsi ini terangkum dalam tabel 4.1.

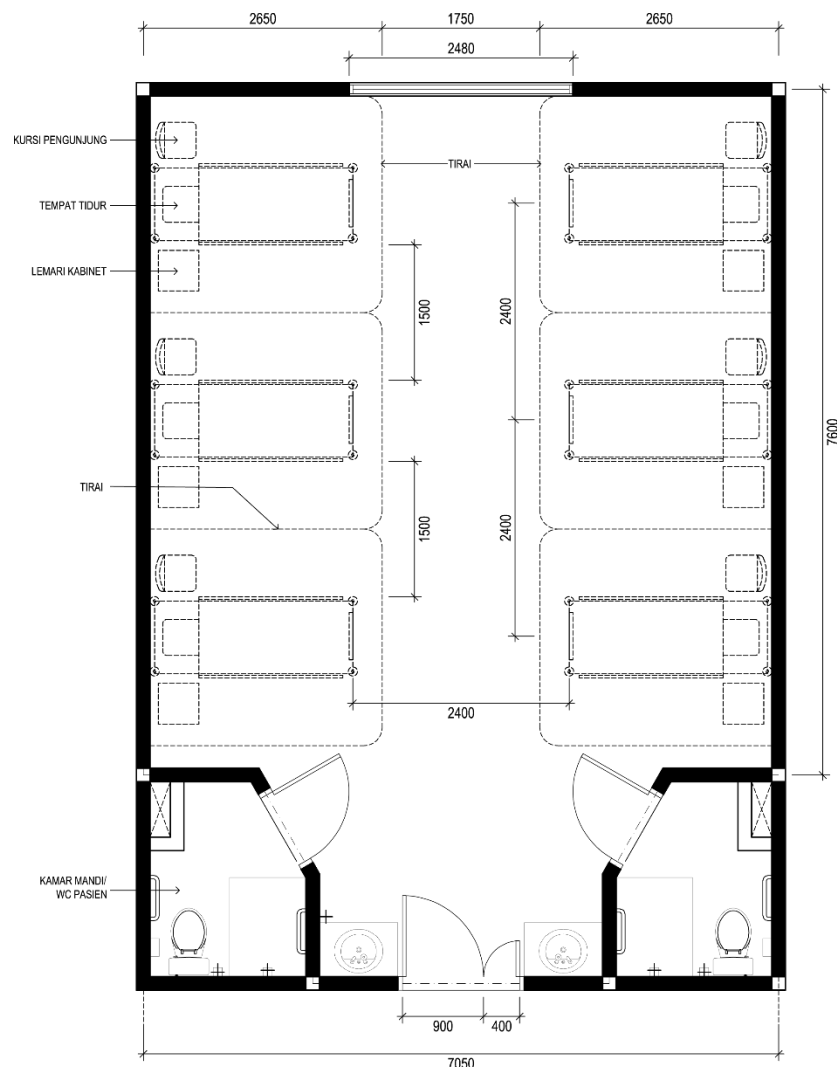
Tabel 4.1 Kriteria Kelas Standar Rawat Inap Opsi 1

KRITERIA	KELAS PBI	KELAS NON-PBI
Tempat tidur	6 buah	4 buah
Fasilitas	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pendingin ruangan (Kipas angin)</li><li>- 2 kamar mandi dalam (2-3 m<sup>2</sup>)</li><li>- 6 <i>overbed table</i></li><li>- 6 kursi penunggu</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pendingin ruangan (AC/kipas angin)</li><li>- 1 kamar mandi dalam (2-3 m<sup>2</sup>)</li><li>- 4 <i>bedside cabinet</i></li><li>- 4 <i>overbed table</i></li><li>- 4 kursi penunggu</li></ul>

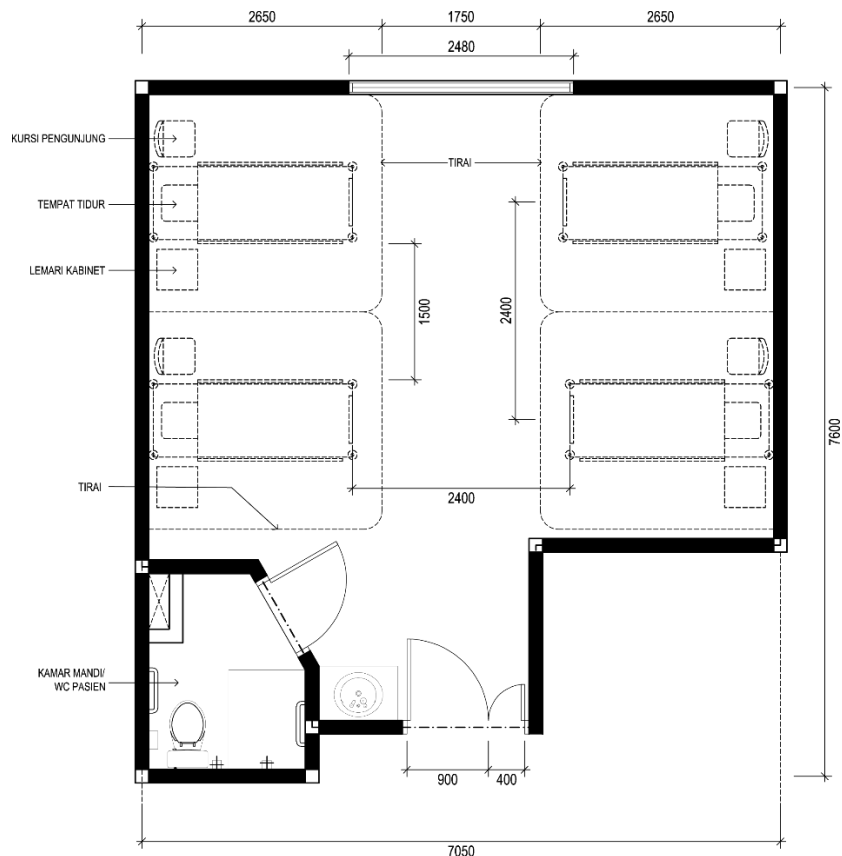
Ruang rawat inap untuk peserta non-PBI terdiri dari 4 tempat tidur dan dilengkapi dengan 1 kamar mandi dalam. Sementara itu, ruang rawat inap bagi peserta PBI terdiri dari 6 tempat tidur dengan 2 kamar mandi dalam. Fasilitas antara keduanya hampir

mirip, perbedaannya terletak pada perihal pendingin ruangan dan jumlah kamar mandi.

Blok unit baiknya dibuat sedemikian rupa untuk memudahkan mobilisasi misalnya linier. Ukuran koridor yang aksesibilitas tempat tidur pasien minimal 2,4 m. Luas permukaan tempat tidur umumnya 2,2 m x 0,95 m. Setiap tempat tidur harus aksesibel dari ketiga sisinya dengan kebutuhan ruang per tempat tidur sebesar minimal 10 m<sup>2</sup> untuk ruangan peserta non-PBI dan 7,2 m<sup>2</sup> untuk PBI. Jarak antar tempat tidur 2,4 m atau antar tepi tempat tidur minimal 1,5 m. Pada salah satu sisi tempat tidur disediakan lemari kecil (*bedside cabinet*). Antar tempat tidur dibatasi oleh sekat berupa tirai.



Gambar 4.1 Desain Ruang Perawatan Kelas Standar JKN Opsi 1 untuk PBI



**Gambar 4.2 Desain Ruang Perawatan Kelas Standar JKN Opsi 1 untuk Non-PBI**

Pintu ke luar/masuk utama memiliki lebar bukaan minimal 120 cm atau dapat dilalui brankar pasien, dan pintu-pintu yang tidak menjadi akses pasien tirah baring memiliki lebar bukaan minimal 90 cm. Pintu masuk ke ruang rawat inap, terdiri dari pintu ganda, masing-masing dengan lebar 90 cm dan 40 cm. Pada sisi pintu dengan lebar 90 cm, dilengkapi dengan kaca jendela pengintai (*observation glass*). Tiap ruangan memiliki jendela dan ventilasi untuk pertukaran udara dan pencahayaan yang memadai.

Opsi ini memiliki jumlah kebutuhan tempat tidur paling sedikit dibanding opsi lainnya bila berdasarkan perhitungan. Hal tersebut wajar karena opsi ini meliputi adopsi kelas 3 yang merupakan kelas dengan TT terbanyak saat ini dan kelas 2 yang juga cukup banyak, sebagai acuaanya. Perhitungan pembiayaan opsi 1 juga mendekati kondisi yang ada saat ini. Berdasarkan kedua hal tersebut, dapat dikatakan bahwa pemilihan opsi ini akan meminimalisasi “goncangan” yang terjadi pada aspek tata kelola dan pembiayaan RS dan suprasistemnya.

Akan tetapi, ada beberapa hal lain yang perlu menjadi pertimbangan. Pertama, terkait adanya perbedaan kelas standar antara peserta PBI dan Non-PBI sehingga timbul

kesan diskriminasi. Hal tersebut kurang sejalan dengan kehendak yang dituju dari jaminan kesehatan nasional ini sebagaimana diamanatkan UU SJSN dan terkait ekuitas. Kedua, penerapan opsi ini menyebabkan penurunan signifikan fasilitas kelas bagi PPU dan PBPU kelas 1.

### Opsi 2: Kelas 2 (PBI) dan Kelas 1 (Non-PBI)

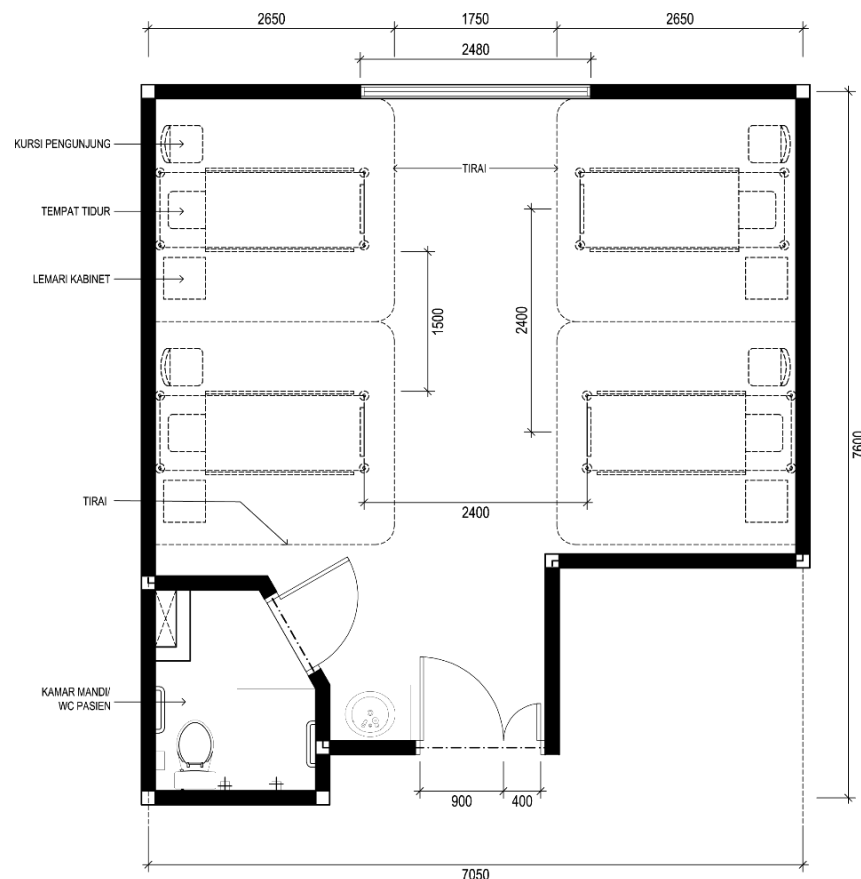
Desain kelas standar untuk opsi ini terbagi jadi dua berdasarkan jenis kepesertaan JKN yakni PBI dan Non-PBI. Kelas standar peserta PBI memiliki kriteria seperti kelas 2 (opsi 4) sedangkan peserta Non-PBI ruangnya seperti kelas 1 (opsi 5).

**Tabel 4.2 Kriteria Kelas Standar Rawat Inap Opsi 2**

SPESIFIKASI	KELAS PBI	KELAS NON-PBI
Tempat tidur	4 buah	2 buah
Fasilitas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pendingin ruangan (AC/kipas angin)</li> <li>- 1 kamar mandi dalam (2-3 m<sup>2</sup>)</li> <li>- 4 <i>bedside cabinet</i></li> <li>- 4 <i>overbed table</i></li> <li>- 4 kursi penunggu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pendingin ruangan (AC/kipas angin)</li> <li>- TV</li> <li>- 1 kamar mandi dalam (2-3 m<sup>2</sup>)</li> <li>- 2 <i>bedside cabinet</i></li> <li>- 2 kursi penunggu</li> <li>- 2 <i>overbed table</i></li> </ul>

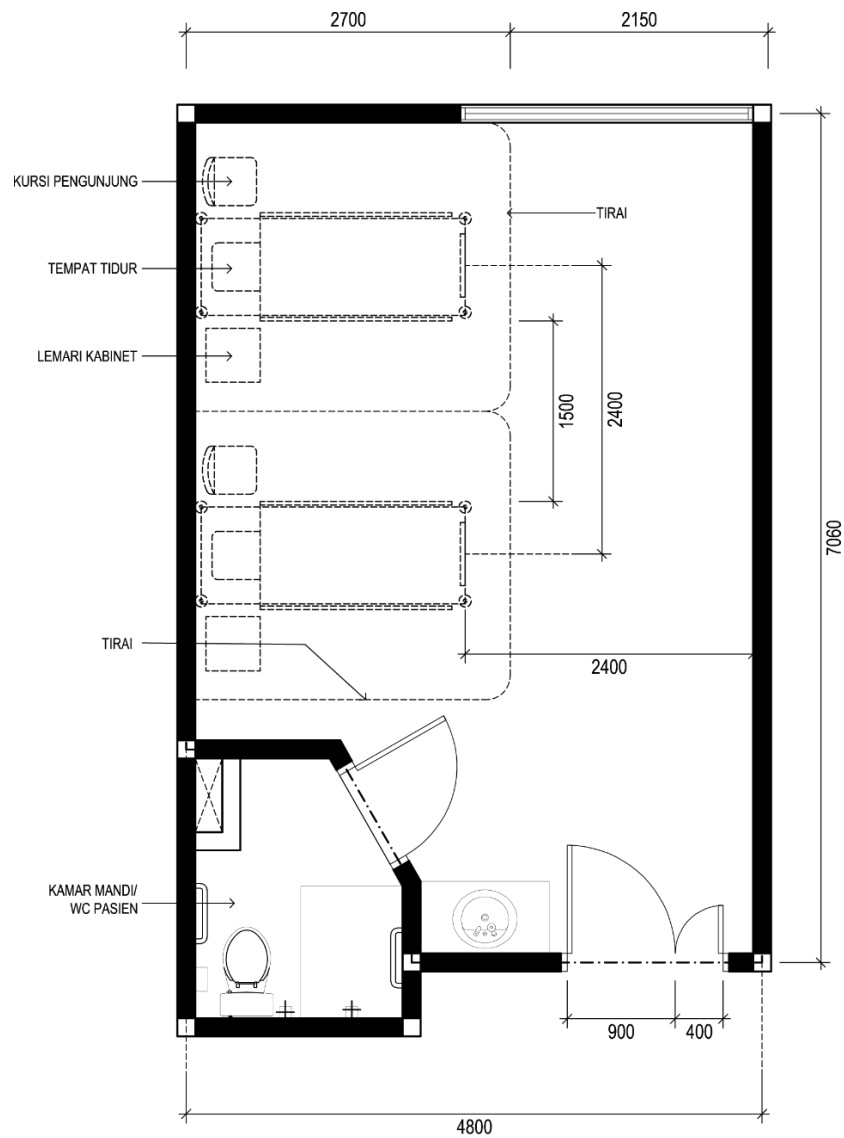
Ruang rawat inap untuk peserta non-PBI terdiri dari 2 tempat tidur dan dilengkapi dengan 1 kamar mandi dalam. Sementara itu, ruang rawat inap bagi peserta PBI terdiri dari 4 tempat tidur dengan 1 kamar mandi dalam. Blok unit baiknya dibuat sedemikian rupa untuk memudahkan mobilisasi misalnya linier. Ukuran koridor yang aksesibilitas tempat tidur pasien minimal 2,4 m. Luas permukaan tempat tidur umumnya 2,2 m x

0,95 m. Setiap tempat tidur harus aksesibel dari ketiga sisinya dengan kebutuhan ruang per tempat tidur sebesar minimal 12 m<sup>2</sup> untuk ruangan peserta non-PBI dan 10 m<sup>2</sup> untuk PBI. Jarak antar tempat tidur 2,4 m atau antar tepi tempat tidur minimal 1,5 m. Pada salah satu sisi tempat tidur disediakan lemari kecil (*bedside cabinet*). Antar tempat tidur dibatasi oleh sekat berupa tirai.



**Gambar 4.3 Desain Ruang Perawatan Kelas Standar JKN Opsi 2 untuk PBI**

Pintu ke luar/masuk utama memiliki lebar bukaan minimal 120 cm atau dapat dilalui brankar pasien, dan pintu-pintu yang tidak menjadi akses pasien tirah baring memiliki lebar bukaan minimal 90 cm. Pintu masuk ke ruang rawat inap, terdiri dari pintu ganda, masing-masing dengan lebar 90 cm dan 40 cm. Pada sisi pintu dengan lebar 90 cm, dilengkapi dengan kaca jendela pengintai (*observation glass*). Tiap ruangan memiliki jendela dan ventilasi untuk pertukaran udara dan pencahayaan yang memadai.



**Gambar 4.4 Desain Ruang Perawatan Kelas Standar JKN Opsi 2 untuk Non-PBI**

Pemilihan opsi ini tidak menyebabkan terjadinya penurunan manfaat nonmedis bagi peserta saat ini. Meski begitu, masih ada kesan diskriminasi karena perbedaan kelas standar antara PBI dan non-PBI. Hal lain yang perlu juga diperhatikan ruang fiskal pemerintah yang terbatas. Opsi ini berimplikasi pada peningkatan beban pembiayaan peserta PBI oleh pemerintah sebab standarnya naik setingkat kelas 2 eksisting.



---

### Opsi 3: Kelas 3

---

Kelas standar yang dimaksud dalam opsi ini adalah kelas rawat inap tunggal pada program JKN yang mengacu pada ruang rawat inap kelas 3 eksisting. Tidak ada perbedaan kelas rawat inap antara peserta PBI dan non-PBI.

**Tabel 4.3 Kriteria Kelas Standar Rawat Inap Opsi 3**

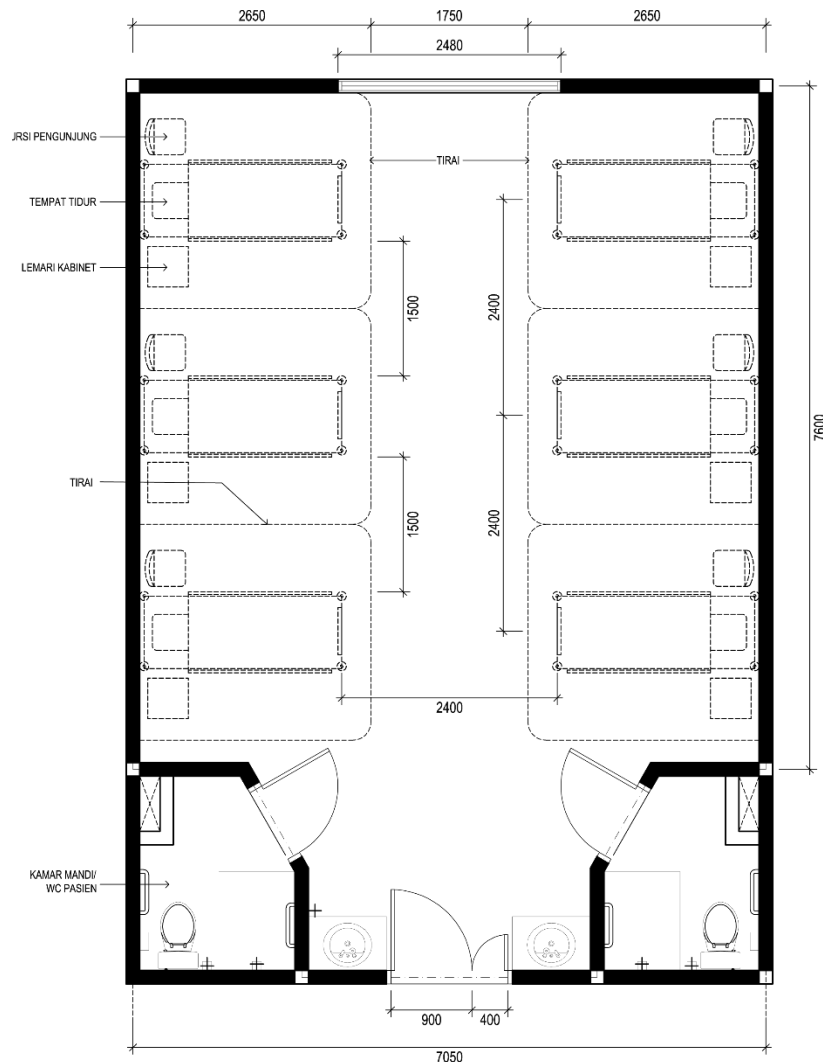
KRITERIA		KETERANGAN
Tempat tidur	6 buah	
Fasilitas	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pendingin ruangan (Kipas angin)</li><li>- 2 kamar mandi dalam (2-3 m<sup>2</sup>)</li><li>- 6 <i>overbed table</i></li><li>- 6 kursi penunggu</li></ul>	

Ruang rawat inap opsi 3 terdiri dari 6 tempat tidur dan dilengkapi dengan 2 kamar mandi dalam. Opsi 3 memiliki 2 kamar mandi karena jumlah tempat tidur yang lebih dari 4. Neufest<sup>27</sup> dalam bukunya menyatakan bahwa tiap 2 tempat tidur hendaknya dilengkapi 1 kamar mandi.

Blok unit baiknya dibuat sedemikian rupa untuk memudahkan mobilisasi misalnya linier. Ukuran koridor yang aksesibilitas tempat tidur pasien minimal 2,4 m. Luas permukaan tempat tidur umumnya 2,2 m x 0,95 m. Setiap tempat tidur harus aksesibel dari ketiga sisinya dengan kebutuhan ruang per tempat tidur sebesar minimal 7,2 m<sup>2</sup>. Jarak antar tempat tidur 2,4 m atau antar tepi tempat tidur minimal 1,5 m. Pada salah satu sisi tempat tidur disediakan lemari kecil (*bedside cabinet*). Antar tempat tidur dibatasi oleh sekat berupa tirai.

Pintu ke luar/masuk utama memiliki lebar bukaan minimal 120 cm atau dapat dilalui brankar pasien, dan pintu-pintu yang tidak menjadi akses pasien tirah baring memiliki lebar bukaan minimal 90 cm. Pintu masuk ke ruang rawat inap, terdiri dari pintu ganda, masing-masing dengan lebar 90 cm dan 40 cm. Pada sisi pintu dengan lebar 90 cm,

dilengkapi dengan kaca jendela pengintai (*observation glass*). Tiap ruangan memiliki jendela dan ventilasi untuk pertukaran udara dan pencahayaan yang memadai.



**Gambar 4.5 Desain Ruang Perawatan Kelas Standar JKN Opsi 3**

Bagian pada bahasan sebelumnya menunjukkan bahwa kelas 3 menyumbang angka ketersediaan tempat tidur paling banyak sehingga perombakan fasilitas RS paling minim dibandingkan opsi kelas tunggal lainnya. Kemudian, dari segi pembiayaan tidak berbeda jauh dengan kondisi saat ini bahkan lebih sedikit.

Apabila opsi 3 ini dipilih maka perlu dipertimbangkan terkait efek psikologis peserta kelas 1 & 2 eksisting. Perlu sosialisasi kepada peserta dengan juga menekankan penjelasan bahwa penurunan kelas akan diiringi penurunan besaran iuran.

## Opsi 4: Kelas 2

Kelas standar yang dimaksud dalam opsi ini adalah kelas rawat inap tunggal pada program JKN yang mengacu pada ruang rawat inap kelas 2 eksisting. Tidak ada perbedaan kelas rawat inap antara peserta PBI dan non-PBI.

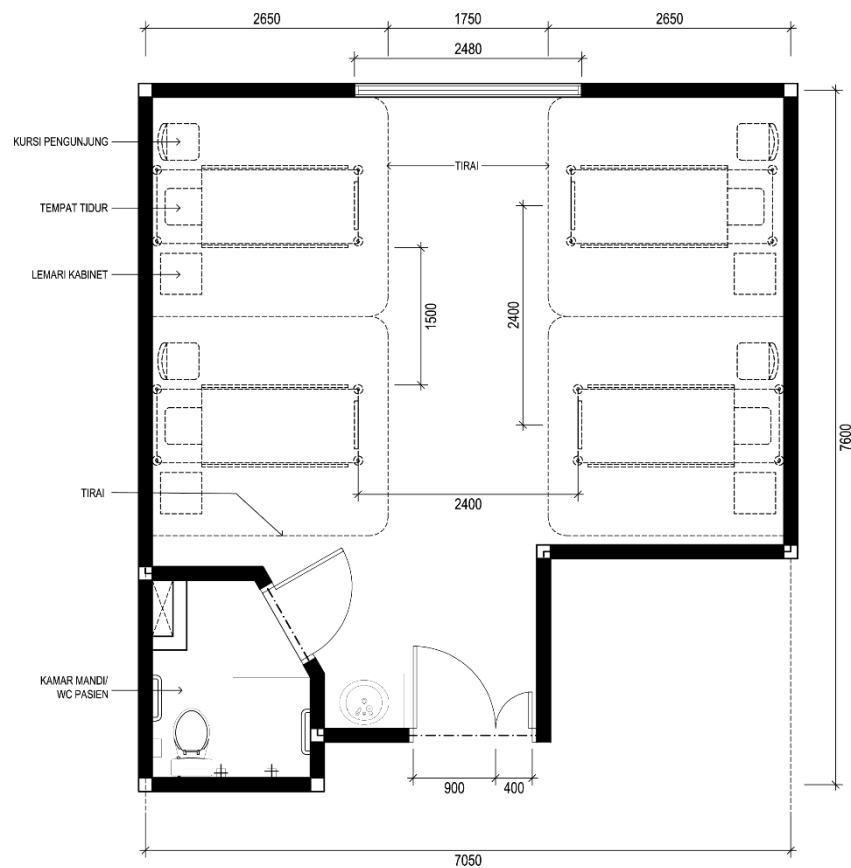
**Tabel 4.4 Kriteria Kelas Standar Rawat Inap Opsi 4**

Spesifikasi	Keterangan
Tempat tidur	4 buah
Fasilitas	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pendingin ruangan (AC/kipas angin)</li><li>- 1 kamar mandi dalam (2-3 m<sup>2</sup>)</li><li>- 4 <i>bedside cabinet</i></li><li>- 4 <i>overbed table</i></li><li>- 4 kursi penunggu</li></ul>

Ruang rawat inap opsi 4 terdiri dari 4 tempat tidur dan dilengkapi dengan 1 kamar mandi dalam. Meski baiknya tiap 2 tempat tidur memiliki 1 kamar mandi, namun menurut Neufest<sup>27</sup> masih wajar jika 4 tempat tidur dilengkapi dengan 1 kamar mandi saja. Blok unit baiknya dibuat sedemikian rupa untuk memudahkan mobilisasi misalnya linier. Ukuran koridor yang aksesibilitas tempat tidur pasien minimal 2,4 m. Luas permukaan tempat tidur umumnya 2,2 m x 0,95 m. Setiap tempat tidur harus aksesibel dari ketiga sisinya dengan kebutuhan ruang per tempat tidur sebesar minimal 10 m<sup>2</sup>. Jarak antar tempat tidur 2,4 m atau antar tepi tempat tidur minimal 1,5 m. Pada salah satu sisi tempat tidur disediakan lemari kecil (*bedside cabinet*). Antar tempat tidur dibatasi oleh sekat berupa tirai.

Pintu ke luar/masuk utama memiliki lebar bukaan minimal 120 cm atau dapat dilalui brankar pasien, dan pintu-pintu yang tidak menjadi akses pasien tirah baring memiliki lebar bukaan minimal 90 cm. Pintu masuk ke ruang rawat inap, terdiri dari pintu ganda, masing-masing dengan lebar 90 cm dan 40 cm. Pada sisi pintu dengan lebar 90 cm, dilengkapi dengan kaca jendela pengintai (*observation glass*). Tiap ruangan memiliki jendela dan ventilasi untuk pertukaran udara dan pencahayaan yang memadai

Pemilihan opsi ini dapat meminimalisasi efek psikologis peserta dari tiap segmen kepesertaan karena fasilitasnya tidak turun terlalu jauh dengan kelas 1 eksisting. Dari segi pembiayaan juga tidak berbeda jauh dengan kondisi eksisting meski sedikit lebih mahal. Kekurangan tempat tidur cukup banyak yakni 160 ribuan.



**Gambar 4.6 Desain Ruang Perawatan Kelas Standar JKN Opsi 4**

---

### Opsi 5: Kelas 1

---

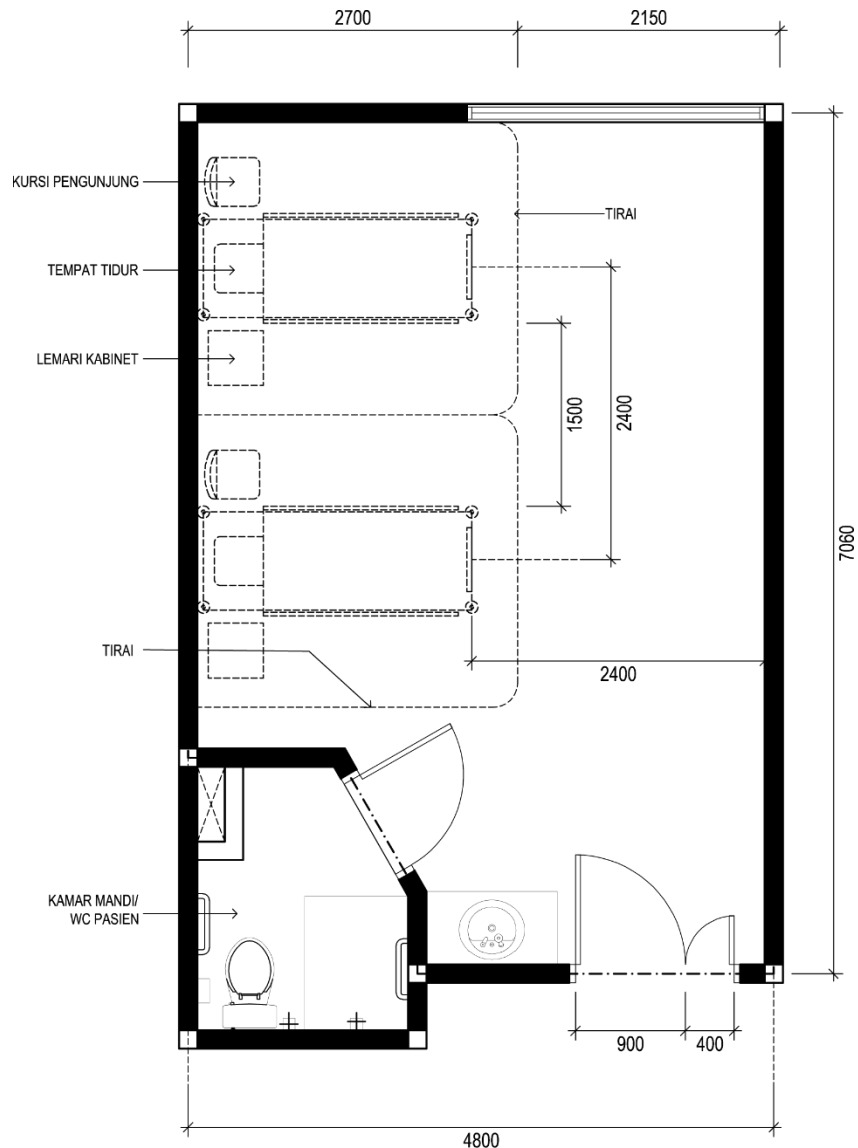
Kelas standar yang dimaksud dalam opsi ini adalah kelas rawat inap tunggal pada program JKN yang mengacu pada ruang rawat inap kelas 1 eksisting. Tidak ada perbedaan kelas rawat inap antara peserta PBI dan non-PBI.

**Tabel 4.5 Kriteria Kelas Standar Rawat Inap Opsi 5**

Spesifikasi		Keterangan
Tempat tidur	2 buah	
Fasilitas	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pendingin ruangan (AC/kipas angin)</li><li>- TV</li><li>- 1 kamar mandi dalam (2-3 m<sup>2</sup>)</li><li>- 2 <i>bedside cabinet</i></li><li>- 2 kursi penunggu</li><li>- 2 <i>overbed table</i></li></ul>	

Ruang rawat inap opsi 5 terdiri dari 2 tempat tidur dan dilengkapi dengan 1 kamar mandi dalam. Blok unit baiknya dibuat sedemikian rupa untuk memudahkan mobilisasi misalnya linier. Ukuran koridor yang aksesibilitas tempat tidur pasien minimal 2,4 m. Luas permukaan tempat tidur umumnya 2,2 m x 0,95 m. Setiap tempat tidur harus aksesibel dari ketiga sisinya dengan kebutuhan ruang per tempat tidur sebesar minimal 12 m<sup>2</sup>. Jarak antar tempat tidur 2,4 m atau antar tepi tempat tidur minimal 1,5 m. Pada salah satu sisi tempat tidur disediakan lemari kecil (*bedside cabinet*). Antar tempat tidur dibatasi oleh sekat berupa tirai.

Pintu ke luar/masuk utama memiliki lebar bukaan minimal 120 cm atau dapat dilalui brankar pasien, dan pintu-pintu yang tidak menjadi akses pasien tirah baring memiliki lebar bukaan minimal 90 cm. Pintu masuk ke ruang rawat inap, terdiri dari pintu ganda, masing-masing dengan lebar 90 cm dan 40 cm. Pada sisi pintu dengan lebar 90 cm, dilengkapi dengan kaca jendela pengintai (*observation glass*). Tiap ruangan memiliki jendela dan ventilasi untuk pertukaran udara dan pencahayaan yang memadai.



**Gambar 4.7 Desain Ruang Perawatan Kelas Standar JKN Opsi 5**

Opsi ini akan memberikan tingkat kepuasan setinggi-tingginya dari sisi peserta dan sebaliknya bagi pemberi layanan kesehatan (RS) dan pemerintah. Peserta tidak ada yang turun kelas dan fasilitas yang didapat setingkat kelas 1 eksisting. Di sisi lain, RS dan pemerintah butuh dana yang besar dalam menyediakan kelas standar. Kondisi pembiayaan keseluruhan bisa naik hingga lebih dari dua kali lipat yang pada akhirnya juga menjadi boomerang bagi peserta karena iuran yang terlampaui tinggi.

Pertimbangan berkaitan dengan eksisting kebijakan:

- Bahwa pada skema Jaminan Kesehatan Kerja (JKK), pekerja yang mengalami kecelakaan kerja dirawat di ruang rawat inap kelas 2 (eksisting) dan dibiayai *unlimited* selama pelayanan sesuai kebutuhan medisnya.
- penerapan kebijakan kelas standar juga perlu mempertimbangkan kekhasan pelayanan kesehatan Kementerian Pertahanan/ TNI/ Polri karena kekhususan dalam organisasi dan tugasnya.





## BAB 5 PENUTUP

- A. Tata kelola pelayanan rawat inap RS saat ini masih belum terstandar dan terdapat kesenjangan yang besar antara *supply* dan *demand* jumlah tempat tidur rumah sakit. Belum adanya standard rawat inap dapat terlihat dari terdapatnya perbedaan antar-FKRTL dan antar daerah pada jenis kelas rawat inap yang sama. Selain itu, fasilitas dan tarif jenis kelas rawat yang sama juga berbeda pada tiap-tiap kelas Rumah Sakit. Belum ada regulasi yang mengatur kriteria atau spesifikasi tiap kelas perawatan tersebut seperti apa. Selanjutnya, kondisi saat ini juga menunjukkan besarnya kesenjangan antara *supply* dan *demand* jumlah tempat tidur di RS.
- B. Beberapa negara seperti Australia, Jerman, Canada, Nigeria, dan Filipina menerapkan kelas standar (*standard-ward*) untuk pelayanan rawat inap RS. Negara-negara tersebut tetap mengakomodasi hak pasien yang ingin meningkatkan dari segi *amenities*-nya dengan membayar biaya tambahan secara pribadi maupun melalui asuransi swasta. Sementara itu, Singapura memiliki kebijakan rawat inap dengan jenjang kelas berdasarkan tingkat subsidi.
- A. Penerapan kelas standar mengakibatkan perubahan setidaknya pada beberapa aspek seperti tata kelola dan pelayanan, pembiayaan, serta pengaturan/ kebijakan. Pertama, aspek tata kelola yakni terjadi perubahan kebutuhan tempat tidur dan fasilitas yang harus RS sesuaikan dengan kriteria kelas standar. Selanjutnya, penerapan kelas standar akan mengubah “wajah pembiayaan” yang ada saat ini. Perubahan tarif pelayanan dan besar iuran tentu terjadi dan berdampak pada semua elemen baik itu peserta, *payer*, dan penyedia layanan. Terakhir, penerapan kelas standar sebagai sebuah hal yang baru akan menimbulkan disharmoni atau ketidaksesuaian dengan regulasi atau kebijakan yang ada saat ini.



## DAFTAR PUSTAKA

1. Shaxson L. Developing an evidence-based approach to environmental policy making: SPRU Electronic Working Paper Number 181 Developing an evidence-based approach to environmental policy making: insights from Defra ' s Evidence & Innovation Strategy Louise Shaxson • . 2016;(January).
2. Sulastomo. Sistem Jaminan Sosial Nasional: Mewujudkan Amanat Konstitusi. Jakarta: PT Kompas Media Nusantara; 2011.
3. Thabrany H. Jaminan Kesehatan Nasional. 2nd ed. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada; 2014.
4. Carrin G, James C. Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period DISCUSSION PAPER. Who. 2004;
5. Barasa E, Rogo K, Mwaura N, Chuma J. Kenya national hospital insurance fund reforms: Implications and lessons for universal health coverage. Heal Syst Reform. 2018;4(4):346-61.
6. Anell A, Glenngård AH, Merkur S. Sweden health system review. Health Syst Transit. 2012;14(5):1-159.
7. Sutyono. Perlunya Revitalisasi Kebijakan Jaminan Kesehatan di Indonesia. J Ilmu Polit. 2018;9:38-60.
8. Department of Planning, Finance and Health Insurance M of HV. Social Health Insurance Scheme in Vietnam: Achievements & Challenges. 2016;(June). Available from: [https://www.mof.go.jp/pri/research/seminar/fy2016/tff2016\\_s1\\_04.pdf](https://www.mof.go.jp/pri/research/seminar/fy2016/tff2016_s1_04.pdf)
9. Science M, Report T, Awareness P. Executive Summary Executive Summary Executive Summary. 2010;16.
10. Qingyue M, Shenglan T. Universal Health Care Coverage in China: Challenges and Opportunities. Procedia - Soc Behav Sci [Internet]. 2013;77:330-40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.03.091>
11. Yin X, Xu Y, Man X, Liu L, Jiang Y, Zhao L, et al. Direct costs of both inpatient and outpatient care for all type cancers: The evidence from Beijing, China. Cancer Med. 2019;8(6):3250-60.
12. Tuckfield WJ, Harris R. Health Insurance. Aust Dent J. 1969;14(3):205-6.
13. Delhi N. SEA-HSD-265 Distribution: General Social Health Insurance. 2003;(June):13-5. Available from: [http://apps.searo.who.int/pds\\_docs/B3457.pdf](http://apps.searo.who.int/pds_docs/B3457.pdf)
14. Gauld R. Comparative Health Policy in the Asia-Pacific. Berkshire: Open University Press;
15. Kobel C, Pfeiffer K-P. Financing Inpatient Health Care in Austria. Euro Obs. 2009;11(4):7-8.
16. Bureau A, Demographic A, Abs S, Bureau A, Medicare T. OECD Health Statistics 2017 Definitions , Sources and Methods Government / social health insurance. 2017;
17. Australia ' s health Australia ' s health. 2018;(16):1-14.
18. Information N. Newcomer Information Centre Ontario Health Insurance Plan ( OHIP ). :1-6.
19. Esmail N. Health Care Lessons from Germany. Fraser Inst [Internet]. 2013;53. Available from: <http://www.fraserinstitute.org/uploadedFiles/fraser-ca/Content/research-news/research/publications/health-care-lessons-from-japan.pdf>

20. Jeurissen P, Tanke M, Wammes J, Westert G. See Germany, England, China. Hcsp [Internet]. 2017;113-9. Available from: [http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2017/may/mossialos\\_intl\\_profiles\\_v5.pdf?la=en](http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2017/may/mossialos_intl_profiles_v5.pdf?la=en)
21. Ministry of Health Singapore. 10 Top Common Myths of Singapore Health Care: Navigating our Health Care System.
22. Sekretariat K, Ri N, Presiden SW. Model Estimasi Dinamik : Kesenjangan antara Kebutuhan dan Ketersediaan Pelayanan Kesehatan hingga 2020. 2016;(July).
23. Roberia. ( Konstruksi Jaminan Kesehatan Bagi Seluruh Rakyat Indonesia Dalam. Universitass Indonesia; 2013.
24. Murti B. Keadilan horisontal, keadilan vertikal dan kebijakan kesehatan. J Manaj Pelayanan Kesehat. 2001;04:127-32.
25. Gonzalez FO, Bennett SP. Letters To The Editor. Can J Comp Med Vet Sci. 1958;22(2):55.
26. BPJSK, UGM K-M. Ringkasan eksekutif kajian kesiapan penerapan pelayanan kelas standar. :1-6.
27. Ernst Neufest. Data Arsitek. خاک و آب. Erlangga; 2002.
28. Kementerian Kesehatan. Pedoman Teknis Fasilitas Rumah Sakit. 2012.

#### Website:

29. <http://www.grhosp.on.ca/care/visitors/billing/room-options>
30. [https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p\\_lang=en&p\\_isn=57561](https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&p_isn=57561)

#### Perundang-undangan:

31. Undang-Undang Dasar Negara Kesatuan Republik Indonesia Tahun 1945;
32. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)
33. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
34. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
35. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
36. Permenkes 85/ 2015 tentang Pola Tarif Nasional Rumah Sakit
37. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan
38. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2019 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
39. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Pola Tarif Badan Layanan Umum Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan;
40. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan; serta
41. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2018 tentang Pengenaan Urun Biaya dan Selisih Biaya dalam Program Jaminan Kesehatan.
42. Permenkes 24 tahun 2016 tentang Persyaratan Teknis Bangunan dan Prasarana Rumah Sakit
43. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
44. *Republic of Philiphine Act Number 11223, Universal Health Care*

**S**ejak diberlakukannya JKN hingga bertransformasi menjadi Kartu Indonesia Sehat (KIS), isu kendali biaya tidak terlepas dari isu kendali mutu pelayanan. Tuntutan penyediaan pelayanan kesehatan nasional secara universal dan berkualitas di tingkat lanjutan menjadi semakin tinggi. FKRTL dituntut untuk memberikan pelayanan yang semakin berkualitas, cepat, mudah, terjangkau dan terukur sesuai dengan harapan dan kebutuhan masyarakat. Terkait dengan kendali mutu kendali biaya penyelenggaraan layanan di FKRTL, Indonesia menerapkan sistem klasifikasi kelas rumah sakit yang membagi rumah sakit menjadi kelas A, B, C, dan D sesuai dengan kualifikasi pelayanannya masing-masing. Buku ini disusun sebagai bagian dari upaya memahami bagaimana sebaiknya pelaksanaan amanat Undang-Undang No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang menyebutkan bahwa peserta Jaminan Kesehatan Nasional mendapatkan layanan rawat inap pada kelas standar.