

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Penelitian

Keberhasilan pembangunan suatu bangsa salah satunya dipengaruhi oleh status kesehatan masyarakat. Kesehatan bagi seseorang merupakan sebuah investasi dan hak asasi manusia, sehingga dengan meningkatnya derajat kesehatan masyarakat dapat mewujudkan keberhasilan pembangunan bangsa. Dalam upaya mencapai derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya, Pemerintah menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Berdasarkan Perpres RI Nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan disebutkan bahwa:

“Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah”.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang kepesertaannya bersifat wajib (*mandatory*). Dengan diselenggarakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pasien yang berobat di rumah sakit semakin meningkat, hal ini disebabkan masyarakat Indonesia sudah sadar akan pentingnya arti kesehatan. Pembiayaan kesehatan merupakan hal yang penting dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Miller (2007) berpendapat bahwa:

“Tujuan dari pembiayaan kesehatan adalah mendorong peningkatan mutu, mendorong layanan berorientasi pasien, mendorong efisiensi tidak memberikan *reward* terhadap provider yang melakukan *overtreatment*, *undertreatment* maupun melakukan *adverse event* dan mendorong pelayanan tim”.

Sistem Pembiayaan Jaminan Kesehatan Nasional menggunakan Sistem Case-Mix yang lebih dikenal dengan istilah Indonesia *Case Base Group's* (INA CBG's) yaitu sistem pembiayaan berdasarkan tarif pengelompokan diagnosis yang mempunyai kedekatan secara klinis dan homogenitas sumber daya yang digunakan dalam pengobatan. Pengelompokan ini ditujukan untuk pembiayaan kesehatan pada penyelenggaraan jaminan kesehatan sebagai pola pembayaran yang bersifat prospektif dengan tujuan untuk menetapkan standar tarif agar lebih memberikan kepastian pada setiap penyakit yang diderita pasien. Petugas rekam medis khususnya koder berperan besar dalam menentukan kodifikasi penyakit maupun tindakan yang pada akhirnya akan menentukan biaya pelayanan kesehatan.

Sistem INA-CBG's ini telah diterapkan sebagai metode pembayaran pelayanan kesehatan dalam program jamkesmas pada fasilitas kesehatan tingkat lanjut, kemudian digunakan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh Badan Pengelola Jaminan Sosial bidang kesehatan secara bertahap mulai dilaksanakan tahun 2014 akan menjadi peluang sekaligus tantangan khususnya bagi RSUP. Dr. Hasan Sadikin sebagai BLU Rumah Sakit. Oleh karena itu perlu dilakukan langkah-langkah antisipasi dalam pelaksanaan implementasi JKN dimaksud. RSUP. Dr. Hasan Sadikin merupakan salah satu pelaksana pelayanan program Jaminan Kesehatan

Nasional (JKN), dimana sebagai salah satu PPK tingkat lanjutan berusaha mendukung program pemerintah tersebut dengan sebaik mungkin.

Konsep INA-CBG semula bernama INA-DRG (*Indonesia Diagnosis Related Groups*). Konsep INA-DRG ini telah diterapkan selama kurun waktu 6 tahun terakhir di Indonesia. Pengelompokan diagnosis INA-DRG diperbarui dengan INA-CBG pada tahun 2011 dengan *software* pengelompokan diagnosis yang disempurnakan. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2013 pasal 1, menyebutkan bahwa,

“Tarif *Indonesian Case Based Groups* yang selanjutnya disebut Tarif INA-CBG’s adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit”.

Sistem INA-CBGs dikembangkan dari sistem *casemix* dari UNU-IIGH (*The United Nations University-International Institute for Global Health*). Proyek UNU INA-CBGs ini didanai oleh *Australian Agency for International Development* (Aus-AID). Hambatan-hambatan yang terjadi dalam penerapan sistem INA-CBG sepertinya sama dengan hambatan pelaksanaan INA-DRG yaitu terjadi *gap* antara tarif INA-CBG dengan *real cost* rumah sakit, dimana selisih total biaya pelayanan kesehatan yang harus dikeluarkan rumah sakit dengan tarif INA-CBG cukup membebankan rumah sakit, dimana harus menanggung risiko *financial* dengan penerapan INA-CBG tersebut dalam sistem pembayarannya, namun terdapat pula beberapa rumah sakit yang mengalami keuntungan dengan penerapan sistem INA-CBG.

Hambatan lainnya berdasarkan pengalaman kebijakan program kesehatan yang dicanangkan pemerintah tersebut terutama pada besaran tunggakan tagihan

pembayaran (piutang) seperti yang terjadi pada penerapan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) pada rumah sakit, seperti tercatat tunggakan pembayaran pada RS Hasan Sadikin Bandung mencapai Rp. 123 miliar pada tahun 2013 (sumber laporan Antara). Direktur Utama RS Hasan Sadikin Bandung dr. H. Bayu Wahyudi, MPH, Sp. OG menyebutkan, tunggakan Jamkesmas senilai Rp. 53 miliar dan Jamkesda atau pengguna kartu SKTM senilai Rp. 70 miliar. Tunggakan itu hampir merata dari sejumlah daerah di Jawa Barat.

Pembayaran tunggakan tagihan pada pembayaran Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) pada rumah sakit terkendala oleh pengesahan anggaran dalam rapat paripurna di masing-masing pemerintah atau kota, karena birokrasi pembayaran yang panjang pada pemerintahan daerah, berakibat terjadi kemacetan pembayaran piutang, dengan keadaan tersebut manajemen harus lebih memperhatikan aspek-aspek yang dapat menghambat pengelolaan piutang tidak berjalan sebagaimana mestinya. Kegagalan pengelolaan piutang di rumah sakit akan mengganggu *cash flow* dan kegiatan operasional rumah sakit, seperti yang terjadi dalam penyediaan bahan dan alat terutama obat-obatan yang hampir 40% dari total biaya operasional rumah sakit yang sifatnya tidak dapat ditangguhkan. Pihak rumah sakit melakukan upaya penyediaan bahan dan obat yang harus selalu tersedia dihadapkan kepada kondisi ketersediaan keuangan yang tidak menentu, maka pengadaan bahan dan obat dilakukan dengan cara kredit (utang), namun pada gilirannya pada saat jatuh tempo, ketersediaan dana masih belum memungkinkan,

akibatnya rumah sakit dihadapkan pada kondisi *ilikuid* yang akan mengancam terganggunya pelayanan kepada pasien.

Thabrany (2005) dalam seminar sehari tentang kontroversi pengelolaan dan bentuk kelembagaan rumah sakit pemerintah mengatakan bahwa:

”Untuk menjaga ketersediaan pendanaan yang cukup dan berkesinambungan tersebut diperlukan suatu strategi pokok pemberdayaan rumah sakit dimana pemerintah akan membeli pelayanan ke rumah sakit tersebut melalui *global budget* atau *block grant* atau melalui jumlah *output* tertentu sebagai pertanggungjawaban pemerintah atas tugas publik bagi rakyatnya”.

Konsep penting *global budget* dalam sektor rumah sakit bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan dengan memberikan otonomi pada rumah sakit. Hal ini sangat diperlukan untuk dapat menjamin rumah sakit publik menjalankan usaha atau upayanya sejalan dengan visi-misinya. Menurut Thabrany (2005), *Global budget* dalam manajemen keuangan rumah sakit pemerintah mengandung beberapa pengertian :

- ”1) Rumah Sakit diberi wewenang untuk menghitung sendiri total kebutuhan anggarannya (investasi, operasional dan pemeliharaan), sesuai dengan target kinerja yang diproyeksikan untuk masa datang;
- 2) Rumah Sakit melakukan mobilisasi sumber dana secara menyeluruh, baik yang berasal dari sumber pemerintah (pusat dan daerah), Badan Asuransi (BPJS), dari perusahaan dan masyarakat (*fee for service payment*). Mobilisasi dana ini bertujuan untuk mencukupi kebutuhan biaya yang telah dihitung;
- 3) Rumah Sakit juga diberi wewenang untuk melaksanakan manajemen keuangan secara lebih terintegrasi. Hal ini berarti pada akhir tahun anggaran, rumah sakit harus menyampaikan laporan keuangan guna menilai kinerja keuangan”.

Kinerja merupakan hal penting yang harus dicapai oleh setiap instansi di manapun tidak terkecuali seperti pada rumah sakit. Kinerja merupakan cerminan dari kemampuan dalam mengelola dan mengalokasikan sumber dayanya. Metode

umum yang digunakan untuk mengukur dan menganalisis kinerja di bidang keuangan adalah rasio keuangan. Sumber data yang digunakan untuk melakukan analisa rasio keuangan adalah laporan keuangan yang telah melalui proses pemeriksaan (*auditing*). Rasio keuangan yang dimaksud dan yang digunakan dalam penelitian ini adalah *liquidity ratio* (*cash ratio* dan *current ratio*) dan *activity ratio* (*receivable turnover*, *inventory turnover* dan *collection period*).

Pemilihan variabel tersebut dikarenakan pada kenyataannya, meskipun anggaran kas yang telah dibuat sedemikian telitinya yang dapat digambarkan dalam proyeksi alokasi anggaran dan jadwal pengeluaran disatu sisi, disisi lain disajikan proyeksi penerimaan dan jadwal realisasinya tidak selalu tepat. Hal ini disebabkan lebih banyak tertundanya penerimaan piutang pelayanan. Arus kas masuk yang tidak seimbang dengan arus kas keluar mempengaruhi besarnya ketersediaan dana dalam bentuk saldo kas yang pada gilirannya akan mempengaruhi *likuiditas* rumah sakit.

Penelitian-penelitian terdahulu yang membahas mengenai penerapan tarif INA-CBG's (*Indonesia Case Based Groups*), seperti yang pernah dilakukan oleh Forgione, et al (2004), "*The Impact of DRG Based Payment System on Quality of Health Care in OECD countries*". Penelitian yang dilakukan berupa penentuan perbandingan efisiensi rumah sakit di negara yang menerapkan DRG dengan negara yang tidak menerapkan DRG. Hasil penelitiannya menyimpulkan penerapan DRG di negara-negara bagian Amerika Serikat menghasilkan efisiensi pembiayaan rumah sakit lebih baik, dibandingkan negara-negara yang tidak menerapkan DRG, tetapi karena efisiensi juga dilakukan pada formularium obat,

maka efisiensi ini berakibat penurunan kualitas pelayanan pada penyakit tertentu misalnya kanker sebab biaya tertinggi pada pasien kanker terletak pada pemberian obat untuk kemoterapi.

Hensen, et al (2007), "*Introduction of DRG in Germany: Evaluation of Impact on In-patient in a Dermatological Setting*". Penelitian yang dilakukan berupa membandingkan sebelum DRG diterapkan dengan sesudah DRG diterapkan. Hasil penelitiannya menyimpulkan bahwa penerapan DRG di Jerman menyebabkan perubahan dalam pelayanan kesehatan untuk pasien rawat inap. Perubahan tersebut berpengaruh pada jumlah pasien rawat inap dermatologi yang masuk dan berpengaruh terhadap LOS pasien rawat inap. Penelitian ini juga menyimpulkan bahwa aktifitas pasien rawat inap tidak berkurang dengan penerapan DRG ini serta diperlukan penelitian pendekatan interdisipliner untuk mengetahui pengaruhnya terhadap kualitas pelayanan kesehatan.

Assenmacher, et al (2009), "*Minimally Invasive, Minimally Reimbursed? Anesthesia for Endoscopic Cardiac Surgery Is Not Reflected Adequately in the German Diagnosis-Related Group System*". Penelitian yang dilakukan berupa pengaruh tindakan operasi terhadap sistem pembayaran DRG di Jerman (G-DRG). Hasil penelitiannya menyimpulkan bahwa kelompok pasien dengan tindakan *endoscopy intracardiac surgery* menyebabkan *under reimbursement* atau biaya pelayanan yang lebih tinggi dari pembayaran yang didapatkan rumah sakit, dibandingkan dengan kelompok pasien dengan *conventional open surgery*. Hal ini menunjukkan kompleksitas tindakan operasi berpengaruh terhadap sistem pembayaran di G-DRG.

Muliana, Nuhayani, Balqis (2014), “Evaluasi Terhadap Implementasi Kebijakan Tarif Pelayanan Kesehatan (Tarif INA-CBGS) di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar”. Penelitian ini bertujuan mengetahui implementasi kebijakan tarif INA-CBGS di RSUD Kota Makassar. Hasil penelitiannya menyimpulkan adanya perbedaan tarif rumah sakit berdasarkan pada tipe rumah sakit dan regional.

Agnieszka Bema, Katarzyna Prędkiewicz, Paweł Prędkiewicz, Paulina Ucieklak-Jeżb (2014), “*Determinants of Hospital’s Financial Liquidity. Wrocław University of Economics, Komandorska, Poland*”. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang positif antara rasio hutang dan likuiditas serta rasio profitabilitas dan likuiditas, selain itu tidak terdapat hubungan antara ukuran rumah sakit dan likuiditas keuangan.

Berdasarkan fenomena dan latar belakang yang telah dikemukakan sebelumnya, maka perlu dilakukan penelitian lebih mendalam mengenai implementasi kebijakan tarif *Indonesia Case Base Groups* (INA-CBGs) yang merupakan pola pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan. Penelitian ini lebih menekankan pada tujuan untuk mengetahui pengaruh implementasi kebijakan tarif *Indonesia Case Base Groups* (INA-CBGs) sebagai pola pembayaran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terhadap *liquidity ratio* (*cash ratio* dan *current ratio*) dan *activity ratio* (*receivable turnover*, *inventory turnover* dan *collection period*) pada RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan permasalahan yang muncul tersebut, maka dirumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut:

- 1) Bagaimana implementasi kebijakan tarif *Indonesia Case Base Groups* (INA-CBGs) sebagai pola pembayaran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada RSUP. Dr. Hasan Sadikin 2008–2014?
- 2) Bagaimana besaran *liquidity ratio* (*cash ratio* dan *current ratio*) dan *activity ratio* (*receivable turnover*, *inventory turnover* dan *collection period*) pada RSUP. Dr. Hasan Sadikin tahun 2008–2014?
- 3) Apakah terdapat pengaruh implementasi kebijakan tarif *Indonesia Case Base Groups* (INA-CBGs) sebagai pola pembayaran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terhadap *liquidity ratio* (*cash ratio* dan *current ratio*) dan *activity ratio* (*receivable turnover*, *inventory turnover* dan *collection period*) pada RSUP. Dr. Hasan Sadikin tahun 2008–2014?

1.3 Maksud dan Tujuan Penelitian

1.3.1 Maksud Penelitian

Berdasarkan permasalahan diatas, maksud dari penelitian ini adalah untuk mengetahui implementasi kebijakan tarif *Indonesia Case Base Groups* (INA-CBGs) sebagai pola pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan serta pengaruhnya terhadap besaran *liquidity ratio* (*cash ratio* dan *current ratio*) dan *activity ratio* (*receivable turnover*, *inventory turnover* dan *collection period*) pada RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung tahun 2008–2014.

1.3.2 Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian yang akan dicapai adalah sebagai berikut :

- 1) Untuk mengetahui implementasi kebijakan tarif *Indonesia Case Base Groups* (INA-CBGs) sebagai pola pembayaran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada RSUP. Dr. Hasan Sadikin.
- 2) Untuk mengetahui besaran *liquidity ratio* (*cash ratio* dan *current ratio*) dan *activity ratio* (*receivable turnover*, *inventory turnover* dan *collection period*) pada RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung tahun 2008 – 2014.
- 3) Untuk mengetahui pengaruh implementasi kebijakan tarif *Indonesia Case Base Groups* (INA-CBGs) sebagai pola pembayaran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terhadap *liquidity ratio* (*cash ratio* dan *current ratio*) dan *activity ratio* (*receivable turnover*, *inventory turnover* dan *collection period*) pada RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung tahun 2008–2014.

1.4 Kegunaan Penelitian

Adapun hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberi manfaat, sebagai berikut :

- 1) Manfaat akademis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai wawasan bagi peneliti selanjutnya terkait dengan implementasi kebijakan tarif *Indonesia Case Base Groups* (INA-CBGs) sebagai pola pembayaran

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terhadap *liquidity ratio* dan *activity ratio* pada rumah sakit.

2) Manfaat praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai evaluasi oleh rumah sakit dalam mengelola manajemen organisasi berdasarkan prinsip ekonomi, produktivitas dan penerapan praktek bisnis yang sehat, sehingga dapat meningkatkan kinerja rumah sakit.

1.5 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian dalam pembuatan tesis ini dilakukan pada RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung yang berlokasi di jalan Pasteur nomor 38 Bandung. Penelitian ini berlangsung mulai dari Maret 2015 sampai Juli 2015.