

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Biaya pelayanan kesehatan di Indonesia diproyeksikan akan terus meningkat dari tahun ke tahun. Faktor-faktor ekonomi yang mempengaruhi peningkatan biaya pelayanan kesehatan diantaranya adalah ketidakpastian perekonomian dunia, inflasi rupiah, fluktuasi ekstrim dan dinamisnya harga barang-barang termasuk minyak dunia, telah mengimbas ke berbagai sektor kehidupan termasuk sektor kesehatan.

Memasuki era revolusi industri 4.0, yang ditandai dengan masuknya teknologi tinggi disrupsi termasuk dalam bidang pelayanan kesehatan, jelas akan menaikkan biaya investasi rumah sakit. Teknologi disrupsi (*disruptive technology*) yang menandai era ini, merupakan sebuah teknologi tinggi yang akan mendisrupsi (menggantikan/menghilangkan) teknologi yang sudah ada sebelumnya (*status quo*). Peralatan laboratorium dan lainnya akan segera digantikan dengan peralatan baru dengan teknologi yang lebih maju. Sebagaimana dipresentasikan oleh Nasir (2019) era ini juga ditandai dengan era serba digital, *internet of things (IoT)*, *big datas*, *cloud computing*, dan sebagainya. Kondisi ini akan mengubah pola komunikasi dan gaya hidup masyarakat. Rumah sakit harus merespon perubahan ini dengan menyesuaikan teknologi informasi dan manajemen rumah sakit. Situasi ini

akan mendorong kenaikan biaya investasi rumah sakit, yang pada akhirnya meningkatkan biaya dan tarif pelayanan kesehatan.

Beban ganda atau transisi epidemiologis penyakit juga menyokong kenaikan biaya pelayanan kesehatan. Beban yang pertama adalah munculnya penyakit-penyakit baru yang tidak menular (*non communicable diseases*) tetapi mengkosumsi biaya pengobatan yang cenderung lebih besar atau katastrofik (*catastrophic diseases*). Penyakit ini dipicu oleh adanya pergeseran pola hidup dan pola makan masyarakat yang terakumulasi masif (*degenerative*), sehingga dimasa-masa yang akan datang cenderung akan terus meningkat. Penyakit-penyakit katastrofik ini diantaranya adalah penyakit jantung koroner, stroke, kanker, gagal ginjal, diabetes melitus dan sebagainya. Sedangkan beban kedua adalah masih adanya penyakit-penyakit infeksi dan menular, serta penyakit yang diakibatkan karena kekurangan gizi (*malnutrisi*) yang masih ada di masyarakat (Mukti, 2018 : 86).

Arifai (2010:1) menyatakan bahwa kenaikan pembiayaan kesehatan di atas dirasakan oleh semua pemangku kepentingan (*stakeholders*) seperti masyarakat/pasien selaku pengguna jasa pelayanan kesehatan, pembayar/penjamin (*payer/insurer*) dan pemberi pelayanan kesehatan/PPK (*health service provider*) khususnya rumah sakit. Rumah sakit sebagai institusi pemberi pelayanan kesehatan, saat ini dituntut untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu, canggih, berteknologi tinggi, kedokteran personal (*personal medicine*) dan spesialisik sesuai dengan perkembangan masyarakat dan transisi demografis penduduk. Di sisi

lain rumah sakit sebagai organisasi kesehatan yang padat modal, padat karya, dan padat teknologi sebagaimana ditulis oleh Bastian (2008:27), harus memiliki efisiensi dan efektifitas yang tinggi (*cost effective and cost efficient*).

Tuntutan efektifitas dan efisiensi rumah sakit semakin menguat setelah pemerintah memberlakukan Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berdasarkan Undang-undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Pemerintah mulai memberlakukan penuh JKN dengan menunjuk pelaksana JKN berdasarkan Undang-undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang terdiri dari BPJS Kesehatan dan Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan mengemban amanah konstitusi untuk menjamin kesehatan seluruh warga negara. Jaminan ini diwajibkan bagi seluruh rakyat Indonesia dan ditargetkan pada tahun 2019 telah mencapai cakupan kepesertaan semesta (*universal health coverage*) dimana 100% (seratus persen) penduduk telah mendapatkan jaminan kesehatan. BPJS Kesehatan menerapkan prinsip asuransi kesehatan sosial (*social health insurance*) dalam menjamin kesehatan masyarakat. BPJS Kesehatan berfungsi sebagai koordinator pemberi pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit dan sekaligus bertindak sebagai pembayar (*payer*). BPJS Kesehatan memegang kendali mutu sekaligus pembiayaan (*quality and cost control*) layanan di PPK termasuk rumah sakit. Dalam sebuah sistem jaminan kesehatan, rumah sakit sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL) akan dibayar oleh BPJS Kesehatan setelah melakukan pelayanan kepada peserta jaminan dengan cara klaim (*claim reimbursment*). Sementara

peserta jaminan kesehatan akan membayar iur/premi ke BPJS Kesehatan. Jenis pelayanan kesehatan yang dijamin beserta tarif biaya pelayanan kesehatan telah ditentukan oleh BPJS Kesehatan menggunakan INA-CBGs (*Indonesia Case Base Groups*) (Permenkes RI No 4 Tahun 2017). INA-CBGs merupakan sistem pembayaran berbasis paket atas pelayanan kesehatan yang didasarkan pada penyakit yang diderita peserta jaminan kesehatan. Dengan sistem pembayaran paket ini, jika sebuah rumah sakit tidak menjalankan pelayanan yang *cost effective and cost efficient* sangat mungkin akan mengalami kerugian (biaya yang dikeluarkan lebih besar dibandingkan kas yang diterima dari pembayaran).

Besaran biaya yang dibutuhkan oleh rumah sakit dalam melakukan sebuah pelayanan kesehatan kepada pasien, tercermin dalam sebuah pola tarif. Idealnya pola tarif merupakan refleksi dari seluruh biaya yang dibutuhkan dalam setiap layanan, sehingga rumah sakit tidak mengalami tarif terlalu mahal atau terlalu murah. Tarif yang terlalu mahal menjadikan rumah sakit tidak kompetitif dan sangat mungkin tidak akan direkrut menjadi FKTL BPJS Kesehatan. Tarif yang terlalu murah akan menyebabkan rumah sakit merugi atau mengganggu kinerja organisasi. Informasi biaya pelayanan yang komprehensif didapatkan melalui penghitungan besaran biaya per pelayanan (*unit cost*). Penentuan pola tarif rumah sakit tidak jarang hanya berdasarkan uji petik (*benchmark*) dengan rumah sakit sejenis atau setipe.

Pemerintah telah melakukan upaya mewujudkan layanan publik milik pemerintah yang bermutu, efektif dan efisien termasuk rumah sakit,

sebagai pemberi pelayanan kesehatan. Dalam hal pengelolaan keuangan telah diterbitkan Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas PP Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PK BLU).

Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 61 Tahun 2007 Tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah pada Pasal 5 ayat 2 menyebutkan bahwa yang dimaksud dalam pelayanan umum salah satunya adalah pelayanan yang berhubungan dengan penyediaan barang dan/ atau jasa layanan umum untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan masyarakat. Kemudian pada Pasal 6 dinyatakan bahwa Penyediaan Barang dan / atau jasa layanan umum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2) huruf a, diutamakan untuk pelayanan kesehatan.

RSUD Dr. H. Ansari Saleh sebagai institusi layanan publik milik Pemerintah Daerah akan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PK-BLUD). Persyaratan yang harus dipenuhi untuk menjadi menjadi PK-BLUD meliputi : 1) Persyaratan substantif berupa penyelenggaraan layanan umum, 2) Persyaratan teknis yaitu adanya kinerja, 3) Persyaratan administratif berupa dokumen-dokumen yang dipersyaratkan. Ketiga persyaratan tersebut menuntut adanya standar pelayanan, penentuan tarif layanan, pengelolaan keuangan dan tata kelola berbasis kinerja. Terkait dengan aspek keuangan, sebagai institusi pelayanan publik bidang kesehatan yang akan menerapkan PK-BLU, RSUD Dr. H. Ansari Saleh dipersyaratkan untuk melakukan hal-hal sebagai berikut: 1) Menghitung biaya *unit cost*

sebagai dasar penentuan pola tarif dan mutu pelayanan kesehatan, 2) Menyusun anggaran yang berbasis akuntansi biaya bukan hanya berbasis subsidi pemerintah, 3) Menyusun laporan keuangan berdasar SAK (Standar Akuntansi Keuangan). Untuk memenuhi persyaratan sebagai PK-BLUD dalam aspek keuangan maka perlu dilakukan analisis penghitungan biaya satuan (*unit cost*) pelayanan, yang belum pernah dilakukan sebelumnya. Hasil perhitungan *unit cost* ini akan menjadi dasar untuk menentukan pola tarif di RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh. Saat ini tarif yang diberlakukan adalah hasil telaah banding (*benchmark*) dengan rumah sakit yang setipe dan memiliki karakter kemampuan masyarakat yang sepedan.

Perhitungan *unit cost* sebagai dasar penentuan tarif tetap diperlukan meskipun BPJS Kesehatan saat ini menggunakan menggunakan sistem pembayaran model paket INA-CBGs sebagaimana tersebut di atas, karena beberapa alasan diantaranya: 1) masih ada pasien yang tidak menggunakan jaminan kesehatan untuk sebagian maupun seluruh pelayanan yang dibutuhkan, sehingga menggunakan sistem pembayaran tunai (*fee for services*) berdasarkan tarif rumah sakit, 2) jika pasien yang dijamin BPJS Kesehatan menginginkan kelas lebih tinggi dari hak kelas rawatnya, maka perhitungan selisih pembayaran tentu saja masih memerlukan tarif pelayanan rumah sakit, 3) jika terjadi koordinasi manfaat atau *Coordination of Benefit (COB)* antara BPJS Kesehatan dengan penjamin asuransi lainnya, baik sebagai pembayar pertama (*first payer*) maupun sebagai pembayar kedua (*second payer*) tetap memerlukan tarif pelayanan rumah sakit yang digunakan

sebagai dasar negosiasi untuk mencapai tarif kesepakatan antara rumah sakit dengan penjamin diluar BPJS Kesehatan, 4) diperlukan sebagai dasar penghitungan jasa pelayanan dengan metode konversi dan proporsi, yang masih menggunakan tarif rumah sakit sebagai basis perhitungan *Relative Value Unit (RVU)* atau prosentase kontribusi atau bobot tiap-tiap jenis layanan.

Karya tulis ilmiah berupa skripsi ini ditulis dari hasil penelitian ilmiah (*scientific research*) yang merupakan pengembangan hasil penelitian aplikatif (*applied research*) analisis penghitungan *unit cost* pelayanan di RSUD Dr. H. Ansari Saleh oleh Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi/Jaminan Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada. Dalam penelitian itu penulis berperan sebagai Manajer Proyek (*Project Manager*) dan Asisten Peneliti (*Researcher Assistant*).

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, masalah penelitian dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Bagaimana penghitungan *unit cost* di pelayanan rawat inap di RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh dengan metode distribusi ganda (*double distributions*) ?
2. Berapa besarnya *unit cost* akomodasi rawat inap di RSUD Dr. H. Ansari Saleh menggunakan metode *double distributions* ?

3. Bagaimana analisis perbandingan besaran *unit cost* akomodasi rawat inap dibandingkan dengan tarif yang diberlakukan sebelumnya?

1.3. Batasan Masalah

Dengan pertimbangan keterbatasan sumberdaya, peneliti membatasi masalah yang akan dibahas dalam penelitian ini dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Analisis biaya pelayanan di unit rawat inap ini dibatasi pada analisis *unit cost* akomodasi rawat inap, dimana hasil perhitungan *unit cost* tersebut akan menjadi dasar penyusunan pola tarif di rumah sakit. Perhitungan pola tarif tidak termasuk dalam skema penelitian ini.
2. Data yang dianalisis dalam penelitian ini adalah data biaya pelayanan di RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh tahun buku 2017.

1.4. Tujuan Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk menganalisis biaya pelayanan di RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh dengan tujuan:

1. Untuk mengetahui bagaimana penghitungan *unit cost* akomodasi rawat inap di RSUD Dr. H. Ansari Saleh dengan metode *double distribution*.
2. Untuk mengetahui besaran *unit cost* akomodasi rawat inap di RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh menggunakan metode *double distributions*.

1.5. Manfaat Penelitian

Penelitian untuk kepentingan penulisan karya ilmiah berupa skripsi ini telah dirancang dan dilaksanakan sesuai dengan metode dan kaidah ilmiah yang dipersyaratkan dalam penyusunan sebuah karya ilmiah dan telah memenuhi ketentuan Buku Pedoman Penulisan Skripsi STIE SBI tahun 2015. Dengan demikian diharapkan seluruh pemangku kepentingan yang terlibat dan terkait dapat mengambil manfaat dari hasil penelitian yang hasilnya dipublikasikan dalam karya ilmiah. Penelitian ini secara garis besar memiliki 2 manfaat meliputi manfaat teoritis dan manfaat praktis, sebagai berikut:

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan mampu menambah hasanah ilmu pengetahuan khususnya bidang akuntansi biaya dan pembiayaan kesehatan. Laporan hasil penelitian yang berisi data, proses perhitungan dan analisis tentang satuan *unit cost* menggunakan metode *double distribution* ini dapat menjadi referensi atau bahan lanjutan penelitian lanjutan atau penelitian lain yang terkait.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi RSUD Dr. Moch Ansari Saleh

Hasil perhitungan *unit cost* pelayanan ini memiliki banyak manfaat bagi RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh, baik manfaat langsung maupun manfaat tidak langsung (lanjutan). Hasil perhitungan *unit cost* pelayanan langsung dapat dimanfaatkan langsung sebagai besaran

dasar dan nilai acuan untuk menyusun pola tarif yang berbasis biaya riil rumah sakit. Dengan berbasis biaya riil, maka pola tarif yang diterbitkan merupakan refleksi kondisi keuangan yang nyata, bukan hanya asumsi atau hasil perbandingan dengan institusi lain. Sedangkan manfaat tidak langsung (lanjutan) diantaranya: 1) menilai kesehatan keuangan rumah sakit dan *positioning* biaya pada saat tertentu, sehingga mampu mencari alternatif-alternatif pendanaan atau menyusun strategi keuangan rumah sakit di masa depan, 2) hasil perhitungan bisa digunakan sebagai alat advokasi yang memiliki daya tawar (*bargaining power*) yang kuat untuk bernegosiasi tarif pelayanan kesehatan dengan penyelenggara jaminan/asuransi kesehatan (*insurance provider*) dan lembaga lain yang akan menjalin kerjasama dengan rumah sakit, 3) Meningkatkan akuntabilitas, serta kesadarann untuk pelayanan kesehatan yang *cost effective and cost efficient* di rumah sakit. Penghitungan *unit cost* berdasar biaya riil yang terjadi, menjadi hal yang penting pada masa depan, dimana setiap organisasi harus berpegang pada prinsip tata kelola yang baik (*good governance*), dimana salah satunya adalah akuntabilitas dan transparansi dalam pembiayaan kesehatan. Penentuan *unit cost* sebagai dasar penentuan besaran tarif merupakan langkah awal dalam mewujudkan *good governance* dalam pembiayaan kesehatan di RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh.

b. Pemerintah Daerah Kota Banjarmasin

Dengan diketahuinya *unit cost* pelayanan di rumah sakit, akan mempermudah dan mempercepat proses penganggaran dan alokasi besaran subsidi ke rumah sakit dari Pemerintah Daerah Kota Banjarmasin serta lembaga pilantropi lain, khususnya untuk pelayanan kesehatan masyarakat miskin dan tidak mampu.

c. Civitas Akademika

Karya ilmiah dan publikasi hasil penelitian berupa skripsi ini, dapat menjadi referensi atau sumber inspirasi untuk penulisan karya ilmiah sejenis atau penelitian pengembangan lanjutan lainnya, baik bagi mahasiswa, dosen dan karyawan serta pemangku kepentingan lain yang terkait.

d. Penulis

Penelitian dan penulisan karya ilmiah hasil penelitian yang berupa skripsi ini, merupakan media untuk berlatih meneliti dan menulis karya ilmiah dalam bidang akuntansi, khususnya akuntansi biaya. Proses ini merupakan bagian dari pembelajaran akademik untuk mengaplikasikan ilmu dan pengetahuan yang telah diperoleh selama masa perkuliahan.

1.6. Sistematika Penulisan

Karya ilmiah yang berupa skripsi ini merupakan laporan hasil penelitian yang terdiri dari 5 (lima) bab sebagaimana berikut:

BAB I PENDAHULUAN

Bab ini menguraikan latar belakang masalah, batasan masalah, perumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, sistematika penulisan dan kebaruan dari beberapa penelitian tentang *unit cost* yang telah dilakukan sebelumnya.

BAB II LANDASAN TEORI

Bab ini memaparkan teori-teori yang digunakan sebagai dasar untuk mengolah data, meliputi deksripsi tentang telaah pustaka, telaah teori dan kerangka pikir.

BAB III METODE PENELITIAN

Bab ini akan menjelaskan tentang definisi dan pengukuran variabel, populasi penelitian, profil objek penelitian, metode pengumpulan data, rancangan analisis perhitungan *unit cost* pelayanan menggunakan metode *double distributions*.

BAB IV DATA DAN ANALISIS DATA

Bab ini akan memaparkan proses analisis perhitungan *unit cost* pelayanan RSUD DR. H. MOCH. ANSARI SALEH dengan menggunakan metode *double distributions*.

BAB V SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini berisikan kesimpulan atas hasil penelitian yang telah dilakukan. Dalam bab ini juga dituliskan saran perbaikan dari Penulis untuk segenap pemangku kepentingan yang terlibat dan terkait dalam penelitian ini.