

**Pengaruh Sistem Pembayaran Asuransi Kesehatan BPJS
Terhadap Akuntansi Pendapatan Rumah Sakit
(Studi Pada RS PKU Muhammadiyah Gamping)**

Muhamad Rifandi¹, Prima Shoffiani²
Fakultas Ekonomi Ilmu Sosial dan Humaniora
Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta^{1,2}

Abstract

The purpose of this study was to analyze the effect of BPJS health insurance payments on accounting for hospital income. The study was conducted at the PKU Muhammadiyah Gamping hospital. This study uses a qualitative approach, data obtained from interviews, observation and documentation. The results showed that PKU Muhammadiyah Gamping hospitals implemented a BPJS health insurance payment system in the form of a prospective and retrospective combination. The existence of this BPJS payment system method has an impact on accounting for hospital income where cash inflows are delayed, however, PKU Muhammadiyah Gamping hospitals can overcome this by setting aside reserve funds that have been budgeted at the beginning of each year. Therefore the PKU Muhammadiyah Gamping hospital does not experience continuous losses due to differences in BPJS health insurance rates.

Keywords: Hospital, BPJS, Assurance

1. Pendahuluan

Rumah sakit merupakan institusi profesional yang melayani jasa kesehatan yang pelayanannya disediakan oleh dokter, perawat, dan tenaga ahli kesehatan lainnya. Tujuan utama rumah sakit bukan untuk mencari laba tapi mementingkan fungsi sosial dengan memberikan pelayanan dalam bentuk pelayanan medis, penyuluhan kesehatan, pelayanan rawat jalan dan rawat inap, melaksanakan pendidikan para medis umum maupun spesialis, membantu penelitian dan pengembangan kesehatan, memberikan pelayanan rujukan kesehatan serta pelayanan – pelayanan kesehatan yang lain.

Seiring dengan berkembangnya ilmu pengetahuan teknologi, sekarang ini rumah sakit pun mengalami kemajuan yang pesat, yaitu ditandai dengan adanya sarana dan prasarana yang memadai, seperti peralatan medis yang menggunakan teknologi canggih. Selain itu juga, rumah sakit memiliki tenaga profesional yang

telah mengenyam pendidikan formal yang mampu bekerja sesuai kemampuan di bidangnya masing-masing. Seiring dengan hal tersebut maka disadari pula bahwa akuntansi merupakan alat yang efektif untuk membantu pimpinan rumah sakit dalam melaksanakan tugas sehari-hari.

Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menyatakan bahwa prinsip pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional adalah kesetaraan (*equity*) dalam mendapatkan akses pelayanan kesehatan serta efektif dan efisien dalam operasionalisasinya. Prinsip kendali mutu dan biaya harus diterapkan secara utuh di setiap tingkatan pelayanan mengingat adanya karakteristik pelayanan kesehatan yang berpotensi untuk menyebabkan terjadinya inefisiensi. Salah satu upaya yang telah disepakati seluruh pemangku kepentingan untuk dijalankan oleh BPJS Kesehatan adalah melakukan penerapan model pembayaran prospektif.

Amanah ini secara eksplisit tertera dalam Undang-Undang nomor: 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) di pasal 24 ayat 2 yang mengamanatkan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan untuk membayar fasilitas kesehatan secara efektif dan efisien. Penjabaran rinci mengenai hal ini dituangkan dalam Peraturan Presiden nomor: 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan yang menyatakan ketentuan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan berdasarkan cara Indonesian Case Based Groups (INACBG's). Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim ini disusun dengan tujuan untuk dapat menjadi acuan bagi Verifikator BPJS Kesehatan maupun bagi Fasilitas Kesehatan dalam rangka menjaga mutu layanan dan efisiensi biaya pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan

Saat ini, tidak ada standar khusus untuk akuntansi rumah sakit sehingga standarnya mengacu pada Standar Akuntansi Keuangan secara umum, diantaranya adalah Pernyataan Standar Akuntansi Keuangan No 45 tentang Organisasi Nirlaba. Ikatan Akuntan Indonesia bersama institusi terkait telah menyusun pedoman yang dapat menjadi panduan akuntansi bagi rumah sakit. Pedoman tersebut adalah PARS atau Pedoman Akuntansi Rumah Sakit. PARS merupakan pedoman akuntansi yang dirujuk oleh rumah sakit-rumah sakit di Indonesia, baik rumah sakit pemerintah

maupun non pemerintah.

Berdasarkan PSAK No 45 dan PARS, pada umumnya laporan keuangan yang dihasilkan rumah sakit meliputi laporan posisi keuangan pada akhir periode laporan atau yang disebut neraca, laporan aktivitas sebagai pengganti laporan laba rugi, laporan arus kas dan laporan perubahan ekuitas untuk suatu periode pelaporan, dan catatan atas laporan keuangan. Salah satu pos yang tercantum pada laporan aktivitas adalah pendapatan. Pos ini menjadi ukuran keberhasilan kegiatan operasional perusahaan yang dilakukan selama satu periode.

Permasalahan utama dalam akuntansi untuk pendapatan adalah menentukan saat pengakuan atau waktu yang tepat dalam mengakui pendapatan dan beban. Dapat dikatakan bahwa penerapan suatu metode pengakuan pendapatan akan mencerminkan hasil dari kegiatan usaha perusahaan untuk suatu periode tertentu. Pengakuan pendapatan ini secara khusus telah mempunyai standar, yaitu Pernyataan Standar Akuntansi Keuangan nomor 23 mengenai pendapatan. Secara khusus pada rumah sakit, pengakuan pendapatan dilakukan berdasarkan basis akrual, sesuai dengan pedoman akuntansi rumah sakit yang dikeluarkan Departemen Kesehatan. Namun masih ada rumah sakit yang menerapkan basis kas untuk pengakuan pendapatan. Pendapatan diakui hanya pada saat pasien pulang dan membayar biaya perawatan, sehingga pencatatannya didasarkan hanya pada semua uangkas yang masuk saja yang merupakan ciri pencatatan dengan basis kas. Penelitian mengenai akuntansi pendapatan rumah sakit masih belum banyak dilakukan. Penelitian ini perlu dilakukan untuk menganalisis akuntansi pendapatan rumah sakit setelah diberlakukannya asuransi kesehatan BPJS. Pengaruh apa yang muncul dengan adanya sistem pembayaran asuransi kesehatan BPJS pada pendapatan rumah sakit.

2. Landasan Teori

Pendapatan

Pengertian pendapatan memiliki arti yang bermacam - macam, tergantung dari segi mana ditinjau pengertian pendapatan. Pengertian pendapatan menurut Ahmed R Belkaoui dalam Maharani (2010:14), pendapatan telah diinterpretasikan sebagai berikut: Arus masuk aktiva bersih yang dihasilkan dari penjualan barang

atau jasa. Arus keluar barang atau jasa dari perusahaan kepelanggannya; dan Produk perusahaan yang dihasilkan dari penciptaan barang atau jasa oleh usaha selama periode waktu tertentu.

Pendefinisian, Pengakuan, Pengukuran, Pengungkapan Pendapatan menurut PSAK No.23 tentang Pendefinisian Pendapatan. Pendapatan hanya terdiri dari arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang diterima dan dapat diterima oleh perusahaan untuk dirinya sendiri. Jumlah yang ditagih atas nama pihak ketiga, seperti pajak pertambahan nilai, bukan merupakan manfaat ekonomi yang mengalir ke perusahaan dan tidak mengakibatkan kenaikan ekuitas, dan karena itu harus dikeluarkan dari pendapatan, begitupun dalam hubungan keagenan, arus masuk bruto manfaat ekonomi termasuk jumlah yang ditagih atas nama prinsipal, tidak mengakibatkan kenaikan ekuitas perusahaan, dan karena itu bukan merupakan pendapatan. Yang merupakan pendapatan hanyalah komisi yang diterima.

Sumber-sumber Pendapatan Rumah Sakit.

Sumber pendapatan operasional rumah sakit umumnya berasal dari masyarakat umum yang memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di rumah sakit. Pemanfaatan fasilitas rumah sakit menurut (Bastian: 2008) meliputi:

- 1) Pelayanan rawat jalan,
- 2) pelayanan rawat inap,
- 3) pelayanan gawat darurat,
- 4) pelayanan penunjang medik,
- 5) pelayanan kefarmasian dan lain-lain.

Asuransi Kesehatan

Dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian, asuransi diartikan sebagai perjanjian antara dua pihak atau lebih dimana pihak penanggung menerima premi asuransi untuk memberikan penggantian kepada pihak tertanggung karena suatu kerugian, kerusakan, atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti, atau untuk pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungjawabkan.

Definisi lain asuransi diatur dalam Pasal 246 KUHD yaitu suatu perjanjian, dimana penanggung dengan menikmati suatu premi mengikat dirinya terhadap tertanggung untuk membebaskannya dari kerugian karena kehilangan, kerugian, atau ketiadaan keuntungan yang diharapkan, yang akan dapat dideritaolehnya karena suatu kejadian yang tidak pasti.

Asuransi kesehatan adalah asuransi yang mencakup biaya pengobatan individu pemakai jasa asuransi kesehatan sebagai pihak tertanggung. Dalam asuransi kesehatan, provider adalah instansi pelayanan kesehatan. Prinsip asuransi kesehatan adalah suatu mekanisme pengalihan risiko yaitu dari risiko perorangan menjadi risiko kelompok. Namun waktu terjadi dan besar bahaya yang akan terjadi tidak akan diketahui maka ada ketidakpastian (*uncertainty*) mengenai terjadinya dan besar risiko. Asuransi kesehatan menjamin ketersediaan pelayanan kesehatan kepada peserta asuransi.

Metode Pembayaran Jasa Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Indra Bastian (2008) dalam bukunya Akuntansi Kesehatan menyebutkan bahwa ada 2 (dua) metode pembayaran atas jasa pelayanan kesehatan yaitu:

Pembayaran Retrospektif

Sistem retrospektif membayar besaran biaya pelayanan kesehatan setelah pelayanan kesehatan selesai diberikan. Sistem ini merupakan sistem yang paling lazim dan banyak digunakan. Banyak yang menyebut sistem ini sebagai sebagai sistem "*Fee For Service*". Menurut Permenkes No. 27 Tahun 2014, metode pembayaran retrospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien berdasar pada setiap aktifitas layanan yang diberikan, semakin banyak layanan kesehatan yang diberikan semakin besar biaya yang harus dibayarkan. Kelemahan dari sistem pembayaran ini adalah dari segi pengendalian biaya. Baik kepada pasien yang bersangkutan ataupun Asuransi yang menjadi penanggungnya. Hal ini dikarenakan fasilitas kesehatan maupun dokter tidak punya insentif atau kepentingan untuk mengendalikan pembiayaan biaya kesehatan. justru dengan semakin banyak pelayanan yang diberikan, maka semakin banyak fee yang diterima. Kesulitan terbesar bagi konsumen untuk dapat meminimalisir hal tersebut adalah pada keterbatasan pengetahuan ataupun

pemahaman masyarakat awam atas hal-hal yang dilakukan / tindakan pemberi jasa kesehatan. Pasien hanya pasrah saja terhadap apa yang disampaikan atau dilakukan pemberi jasa kesehatan, sehingga tidak memahami apakah hal tersebut memang betul-betul perlu dilakukan.

Sistem Pembayaran Prospektif

Menurut Permenkes No. 27 Tahun 2014, metode pembayaran prospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Contoh pembayaran prospektif adalah *global budge* atau budget system, per diem, kapitasi dan *case based payment* atau diagnostic related group (DRG). Jenis Pembayaran secara sistem Prospektif antara lain:

***Global Budget* atau *Budget System*.** Pembayaran yang dilakukan berdasarkan anggaran/jumlah biaya yang tetap yang telah disepakati bersama. Dasar perhitungan biaya dapat melalui mekanisme penyusunan anggaran biaya secara riil diperlukan atau berdasar jumlah peserta (kapitasi).

Per Diem (Per hari rawat) Metode pembayaran *per diem* merupakan metode pembayaran kepada provider yang didasarkan pada hasil negosiasi dan kesepakatan dimana jumlah pembayaran perawatan mengacu kepada jumlah hari rawat yang dilakukan, tanpa mengindahkan biaya yang digunakan oleh rumah sakit. Metode lainnya adalah "*Sliding scale per diem*", yaitu pembayaran per diem berdasarkan kuota jumlah hari rawat. Semakin banyak jumlah hari rawat, maka provider akan diberikan biaya per diem yang semakin rendah.

Capitation (Kapitasi) Pada Pola Kapitasi Penyedia jasa kesehatan (provider) diposisikan sebagai salah satu penanggung resiko, baik sebagian ataupun seluruhnya. Dengan hal ini maka diharapkan terjadi efisiensi dan efektifitas pembiayaan jasa pelayanan kesehatan. Konsep sederhananya adalah Penyedia jasa pelayanan kesehatan diberikan dana fixed untuk melayani sejumlah peserta melalui basis per member per month (PMPM). Dengan demikian diharapkan pembiayaan dapat dikendalikan karena pihak provider juga mempunyai kepentingan dalam hal tersebut. Langkah Menghitung Kapitasi sebagai berikut (Thabrany, 2001):

- a) Menetapkan jenis pelayanan yang akan dicakup dalam pelayanan kapitasi.

- b) Menghitung angka utilisasi dalam satuan jumlah pengguna per 1000 populasi yang akan dibayar secara kapitasi.
- c) Mendapatkan rata-rata biaya per jenis pelayanan untuk suatu wilayah.
- d) Menghitung biaya per kapita per bulan untuk tiap jenis pelayanan.
- e) Menjumlahkan biaya per kapita per bulan untuk seluruh pelayanan.

Dalam penggunaan kapitasi perlu juga diwaspadai tindakan-tindakan para penyedia jasa pelayanan kesehatan (provider) dalam menyikapi pola pembiayaan kapitasi tersebut dalam memperoleh margin atau laba yang diinginkannya. Menurut Permenkes RI No. 28 Tahun 2014, mekanisme pembayaran Kapitasi oleh BPJS Kesehatan didasarkan pada jumlah peserta yang terdaftar di FKTP sesuai dengan data BPJS Kesehatan. Pembayaran kapitasi kepada FKTP dilakukan oleh BPJS Kesehatan setiap bulan paling lambat tanggal 15 bulan berjalan. Sebelum diundangkannya Peraturan Presiden (PERPRES) Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah dan Peraturan Menteri Kesehatan (PERMENKES) Nomor 19 Tahun 2014 tentang Penggunaan Dana Kapitasi JKN Untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah, pembayaran Dana Kapitasi oleh BPJS ke FKTP Pemerintah Daerah langsung ke Dinas Kesehatan Kab/Kota yang selanjutnya disetor ke Kas Daerah (KASDA) atau langsung dari BPJS Kesehatan ke Kas Daerah sebagai penerimaan daerah. Sejak diundangkannya Perpres 32/2014 dan Permenkes 19/2014 dana Kapitasi langsung dibayarkan oleh BPJS Kesehatan ke FKTP milik Pemerintah Daerah. Mekanisme pembayaran klaim non Kapitasi pelayanan JKN oleh BPJS Kesehatan di FKTP milik Pemerintah Daerah dilakukan sesuai ketentuan yang berlaku. Pembayaran klaim non kapitasi di FKTP milik Pemerintah Daerah meliputi:

- a) Pelayanan ambulan.
- b) Pelayanan obat program rujuk balik.
- c) Pemeriksaan penunjang pelayanan program rujuk balik.
- d) Pelayanan skrining kesehatan tertentu termasuk pelayanan terapi krio.
- e) Rawat inap tingkat pertama.

- f) Pelayanan kebidanan dan neonatal yang dilakukan oleh bidan atau dokter.
- g) Pelayanan KB berupa MOP/vasektomi.

Case Based Payment atau Diagnostic Related Group (DRG) Menurut Permenkes No. 27 Tahun 2014, di Indonesia, metode pembayaran prospektif dikenal dengan *Casemix (case based payment)* dan sudah diterapkan sejak Tahun 2008 sebagai metode pembayaran pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Sistem *casemix* adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *software grouper*. Sistem *casemix* saat ini banyak digunakan sebagai dasar sistem pembayaran kesehatan di negara-negara maju dan sedang dikembangkan di negara-negara berkembang.

Sistem casemix pertama kali dikembangkan di Indonesia pada Tahun 2006 dengan nama INA-DRG (*Indonesia- Diagnosis Related Group*). Implementasi pembayaran dengan INA-DRG dimulai pada 1 September 2008 pada 15 rumah sakit vertikal, dan pada 1 Januari 2009 diperluas pada seluruh rumah sakit yang bekerja sama untuk program Jamkesmas. Pada tanggal 31 September 2010 dilakukan perubahan nomenklatur dari INA-DRG (*Indonesia Diagnosis Related Group*) menjadi INA-CBG (*Indonesia Case Based Group*) seiring dengan perubahan grouper dari 3M Grouper ke UNU (*United Nation University*) Grouper. Tarif INA-CBGs yang digunakan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) per 1 Januari 2014 diberlakukan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan.

Cost-Sharing. Konsep iuran biaya adalah suatu konsep pemberian imbalan jasa pada PPK, dimana sebagian biaya pelayanan kesehatan dibayar oleh pengguna jasa pelayanan kesehatan (*user's fee*). Mekanisme pembayaran iuran peserta kepada BPJS Kesehatan disesuaikan dengan kepesertaan yang terdaftar di BPJS Kesehatan. Iuran bagi peserta PBI dibayarkan oleh Pemerintah Pusat melalui Kementerian Kesehatan kepada BPJS Kesehatan. Iuran bagi peserta yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah dibayarkan oleh Pemerintah Daerah dengan besaran iuran minimum sama dengan besar iuran untuk peserta PBI. Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta Pekerja Penerima Upah dibayar oleh pemberi kerja dan pekerja.

3. Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian lapangan (*Field Research*). Penelitian ini dilakukan dengan melakukan observasi pada rumah sakit yang menjadi subjek penelitian yaitu rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping. Tipe penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif. Penelitian ini bertujuan mendeskripsikan pengaruh asuransi kesehatan BPJS terhadap akuntansi pendapatan rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping. Penelitian ini dilakukan pada dua sumber, yaitu penelitian yang dilakukan dalam penelitian lapangan akan didapatkan dua jenis data yaitu data primer dan sekunder. Informan dalam penelitian ini adalah manajer keuangan rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping. Teknik pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan beberapa cara antara lain wawancara, observasi dan studi pustaka. Pemeriksaan keabsahan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan teknik triangulasi, yaitu teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain.

4. Hasil Dan Pembahasan

Gambaran Umum Objek Penelitian

RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta milik Pimpinan Pusat Muhammadiyah didirikan oleh K.H. Ahmad Dahlan sebagai Ketua Persyarikatan Muhammadiyah atas inisiatif muridnya, K.H. Sudjak, yang pada awalnya berupa klinik dan poliklinik pada tanggal 15 Februari 1923 dengan lokasi pertama di kampung Jagang Notoprajan No.72 Yogyakarta. Awalnya bernama PKO (Penolong Kesengsaraan Oemoem) dengan maksud menyediakan pelayanan kesehatan bagi kaum dhuafa. Pendirian pertama atas inisiatif H.M. Sudjak yang didukung sepenuhnya oleh K.H. Ahmad Dahlan. Seiring dengan waktu, nama PKO berubah menjadi PKU (Pembina Kesejahteraan Umat).

Pada tahun 1928 klinik dan poliklinik PKO Muhammadiyah pindah lokasi ke Jalan Ngabean No.12 B Yogyakarta (sekarang Jalan K.H. Ahmad Dahlan). Pada tahun 1936 klinik dan poliklinik PKO Muhammadiyah pindah lokasi lagi ke Jalan K.H. Dahlan No. 20 Yogyakarta hingga saat ini. Pada tahun 1970-an status klinik dan poliklinik berubah menjadi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Bersamaan dengan berkembangnya berbagai amal usaha di bidang

kesehatan, termasuk di dalamnya adalah RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta maka Pimpinan Pusat perlu mengatur gerak kerja dari amal usaha Muhammadiyah bidang kesehatan melalui Surat Keputusan Pimpinan Pusat Muhammadiyah No 86/SK-PP/IV-B/1.c/1998 tentang Qaidah Amal Usaha Muhammadiyah Bidang Kesehatan. Dalam Surat Keputusan tersebut diatur tentang misi utamanya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat agar dapat mencapai derajat kesehatan yang lebih baik, sebagai bagian dari upaya menuju terwujudnya kehidupan yang sejahtera dan sakinah sebagaimana dicita-citakan Muhammadiyah. Qaidah inilah yang menjadi dasar utama dalam menjalankan organisasi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Dalam rangka memperluas cakupan pelayanan yang pada saat itu tidak mampu lagi dicover oleh RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta yang berlokasi di Jalan Ahmad Dahlan, maka dikembangkan unit pelayanan baru RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta unit II di Gamping Jalan Wates. RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II yang merupakan pengembangan dari RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta unit I dibuka pada tanggal 15 Februari 2009.

Pada tanggal 16 Juni 2010 Rumah Sakit mendapatkan ijin operasional sementara. Pada bulan Juni tahun 2012, RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta unit II berhasil lulus akreditasi 5 Bidang Pelayanan yang dikukuhkan dengan sertifikat akreditasi dari KARS dengan Surat Keputusan No KARS-SERT/600/VI/2012. Tahap ini memuluskan jalan untuk mengurus ijin tetap sebagai Rumah Sakit Tipe C. Pada akhirnya RS PKU Muhammadiyah mendapatkan ijin operasional sebagai RS Tipe C pada tanggal 18 November 2013 melalui SK Menteri Kesehatan No : HK.02.03/I/1976/2013. Dalam perjalanan waktu RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II perlu untuk menyesuaikan strategi bisnisnya dengan melakukan rebranding yang salah satunya dengan mengubah nama menjadi RS PKU Muhammadiyah Gamping. Perubahan ini dikuatkan dengan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Sleman No. 503/2026/626/DKS/2016 tentang Pemberian Ijin Operasional RS PKU Muhammadiyah Gamping. Diharapkan dengan brand baru akan makin menguatkan posisi bisnis RS PKU Muhammadiyah Gamping. Sejak tahun 2016 awal pengembangan arah dan strategi pengembangan

menggunakan nama menjadi RS PKU Muhammadiyah Gamping dimaksudkan untuk nantinya menjadi Rumah Sakit Pendidikan Utama. Hal ini tentu saja membutuhkan rencana strategis yang berbeda dengan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Di samping itu lingkungan bisnis dan pengaruh regulasi bidang pelayanan kesehatan yang penuh dinamika perlu direspon dalam rencana jangka pendek, menengah maupun panjang.

Sistem Pembayaran Asuransi Kesehatan BPJS Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping

Sejak tahun 2014, pemerintah Indonesia menerapkan asuransi sosial sebagai suatu asuransi yang bentuknya wajib bagi setiap warga negaranya, dimana setiap anggota masyarakat yang terlibat dalam asuransi tersebut memikul kewajiban sosial dan memperoleh jaminan sosial juga. Untuk mewujudkan tujuan sistem jaminan sosial nasional perlu dibentuk Badan Penyelenggara yang bentuk badan hukumnya berdasarkan prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat, dan hasil pengelolaan dana jaminan sosial seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

Berdasarkan pasal 5 ayat 1 dan pasal 52 Undang-undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, harus dibentuk Badan penyelenggara Jaminan Sosial dengan Undang-undang yang merupakan transformasi keempat Badan Usaha Milik Negara untuk mempercepat terselenggaranya sistem jaminan sosial nasional bagi seluruh rakyat Indonesia yaitu salah satunya Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Metode Pembayaran Jasa Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Indra Bastian (2008) dalam bukunya Akuntansi Kesehatan menyebutkan bahwa ada 2 (dua) metode pembayaran atas jasa pelayanan kesehatan yaitu:

Pembayaran Retrospektif. Sistem retrospektif membayar besaran biaya pelayanan kesehatan setelah pelayanan kesehatan selesai diberikan. Sistem ini merupakan sistem yang paling lazim dan banyak digunakan. Banyak yang menyebut sistem ini sebagai sistem "*Fee For Service*". Menurut Permenkes No. 27 Tahun 2014, metode pembayaran retrospektif adalah metode pembayaran

yang dilakukan atas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien berdasar pada setiap aktifitas layanan yang diberikan, semakin banyak layanan kesehatan yang diberikan semakin besar biaya yang harus dibayarkan.

Sistem Pembayaran Prospektif

Menurut Permenkes No. 27 Tahun 2014, metode pembayaran prospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarannya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Contoh pembayaran prospektif adalah *global budge* atau *budget system*, *per diem*, *kapitasi* dan *case based payment* atau *diagnostic related group (DRG)*. Jenis Pembayaran secara sistem Prospektif antara lain:

- 1) *Global Budget* atau *Budget System*
- 2) *Per Diem* (Per hari rawat)
- 3) *Capitation* (Kapitasi)
- 4) *Case Based Payment* atau *Diagnostic Related Group (DRG)*
- 5) *Cost-Sharing*

Saat ini yang sering digunakan adalah *Indonesian Case Base Group (INA-CBG'S)* di Indonesia yaitu cara pembayaran perawatan pasien berdasarkan diagnosis-diagnosis atau kasus-kasus yang relatif sama. Sistem pelayanan yang berhubungan dengan mutu, pemerataan dan jangkauan dalam pelayanan kesehatan yang menjadi salah satu unsur pembiayaan pasien berbasis kasus campuran, merupakan satu cara meningkatkan standar pelayanan kesehatan Rumah sakit.

INA CBG'S adalah suatu pengklasifikasian dari episode perawatan pasien yang dirancang untuk menciptakan kelas-kelas yang relatif homogen dalam hal sumber daya yang digunakan dan berisikan pasien-pasien dengan karakteristik klinik yang sejenis. Rumah Sakit akan mendapatkan pembayaran berdasarkan rata-rata yang dihabiskan oleh satu diagnosis. Pengklasifikasian setiap tahapan pelayanan kesehatan sejenis kedalam kelompok yang mempunyai arti relatif sama. Manfaat INA CBGs bagi Rumah Sakit adalah sebagai berikut:

- 1) Rumah sakit mendapatkan pembiayaan berdasarkan kepada beban kerja sebenarnya
- 2) Dapat meningkatkan mutu dan efisiensi pelayanan Rumah Sakit

- 3) Bagi dokter atau klinisi dapat memberikan pengobatan yang tepat untuk kualitas pelayanan lebih baik berdasarkan derajat keparahan, meningkatkan komunikasi antar spesialisasi atau multidisiplin ilmu agar perawatan dapat secara komprehensif serta dapat memonitor QA dengan cara yang lebih objektif.
- 4) Perencanaan budget anggaran pembayaran dan belanja yang lebih akurat
- 5) Dapat untuk mengevaluasi kualitas pelayanan yang diberikan oleh masing-masing klinisi.
- 6) Keadilan yang lebih baik dalam alokasi budget anggaran
- 7) Mendukung sistem perawatan pasien dengan menerapkan *Clinical Pathway*.

Pembayaran asuransi BPJS di rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping menggunakan metode retrospektif dan juga prospektif. Seperti yang disampaikan oleh manajer keuangan rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping sebagai berikut:

“jadi sebenarnya tarif itu sudah ditentukan BPJS. Tapi kita juga memberi pelayanan dulu baru diklaimkan, jadi dua-duanya itu, tidak salah satu. Misalnya untuk semua pemeriksaan rawat jalan pagu dari sana untuk tipe C hanya 160 ribu mau pemeriksaan apapun dikasih hanya segitu dan kita ngasih pelayanan dulu. Pelayanan Juni itu kita klaimkan bulan Juli disana diverifikasi kemudian baru dibayar bulan Agustus”

Pengaruh Pembayaran Asuransi Kesehatan BPJS terhadap Pendapatan Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping

Rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping menerapkan 2 metode pembayaran asuransi BPJS yaitu metode retrospektif dan metode prospektif. Kedua metode ini digunakan untuk klaim yang akan dibayarkan oleh BPJS. Rumah sakit telah menetapkan tariff yang disesuaikan dengan tarif yang telah ditentukan oleh BPJS. Namun demikian terkadang terdapat perbedaan tariff rumah sakit dengan tariff yang diakui oleh BPJS.

Adanya sistem pembayaran BPJS yang tidak langsung dibayarkan ini menyebabkan arus kas masuk dari pos pendapatan menjadi tertunda. Rumah sakit baru mendapat arus kas masuk setelah mendapat klaim BPJS dalam rentang waktunya 2 bulan, sedangkan rumah sakit harus mengeluarkan dana untuk biaya yang ditanggung setiap bulan seperti biaya gaji, biaya operasional dan lain sebagainya.

Kendala yang dihadapi rumah sakit saat akan klaim adalah proses verifikasi dimana proses ini harus dilaksanakan di kantor BPJS sedangkan peraturan yang sebelumnya bisa dilakukan di rumah sakit. Dampaknya adalah ketika diverifikasi di kantor BPJS jika terjadi kekurangan maka tidak bisa langsung segera dipenuhi harus menunggu waktu kemudian yang akibatnya semakin lama proses pencairan klaimnya. Di satu sisi rumah sakit harus segera mendapatkan pembayaran klaim asuransi BPJS untuk memberikan pelayanan kepada pasien juga membayar biaya – biaya yang rutin dikeluarkan oleh rumah sakit. Pembayaran BPJS dapat dimisalkan seperti ilustrasi yang disampaikan manajer keuangan rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping berikut:

“misalkan klaim pengajuan bulan Mei itu 7 Milyar kemudian dikembalikan, yang disetujui hanya 5,5 Milyar sisanya depending, itu bisa berupa persyaratannya kurang atau kesalahan lainnya nanti sisanya kita betulkan kembali, persyaratannya kita lengkapi nanti kita tagihkan bulan depannya lagi jadi mundur. Jadi disistem kita, pasien BPJS itu otomatis jaminannya jaminan BPJS. didepannya sudah choice jaminan BPJS jadi nanti akan terus begitu dan itu antara system kita sama system BPJS harus dikomper harus dibridging karna memasukkannya itu sesuai tarif rumah sakit, padahal tarif kita 200 tapi digantinya hanya 160 maka kita kan harus merubah angka 200. Akhirnya kita bridging bagaiman system sana bisa masuk kesini, jadi nanti dilaporan keuangan akan muncul selisih, selisih kurangnya akan menjadi beban dan selisih sebaliknya akan menjadi pendapatan. Dikoding atau diakunnya akuntansi seperti itu dan itu harus real time karna jika tidak real time akan menumpuk”

Bila mencermati ilustrasi yang diberikan oleh manajer keuangan rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping tersebut, menunjukkan bahwa rumah sakit harus mengajukan klaim asuransi BPJS kemudian diverifikasi oleh kantor BPJS jika sudah lengkap dan betul maka akan dibayarkan pada bulan berikutnya. Namun jika ada kekurangan dokumen maupun kesalahan maka akan dikembalikan oleh kantor BPJS dan harus dibetulkan oleh rumah sakit kemudian diajukan kembali untuk direvisi kembali. Bila revisi masih belum lengkap maka akan dikembalikan lagi untuk dibetulkan seperti itu seterusnya sampai dianggap betul oleh kantor BPJS. Setelah persyaratan lengkap dan sudah dianggap betul maka akan dibayarkan pada bulan berikutnya. Hal ini akan memakan waktu yang sangat panjang bagi rumah sakit untuk mencairkan klaim asuransi BPJS tersebut.

Apabila rumah sakit langsung lolos verifikasi maka pembayaran akan segera diterima pada bulan berikutnya, namun ini ada catatan juga bahwa belum tentu sebesar yang diklaimkan. Hal tersebut bisa terjadi karena adanya perbedaan tariff yang ditetapkan oleh rumah sakit dengan tariff yang diakui oleh kantor BPJS. Apabila pengajuan klaim asuransi BPJS rumah sakit ditolak dan harus memperbaikinya, maka hal ini membuat rumah sakit membutuhkan waktu yang lebih lama untuk mendapatkan arus kas masuk.

Dampak dari sistem pembayaran asuransi BPJS dapat diidentifikasi menjadi beberapa point:

- 1) Rumah sakit membutuhkan waktu yang lebih lama untuk memperoleh arus kas masuk.
- 2) Rumah sakit harus memiliki dana lebih atau cadangan untuk menutup biaya yang dikeluarkan.
- 3) Rumah sakit berpotensi mengalami kerugian bilamana klaim asuransi sering tidak dapat dibayarkan penuh.

5. Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis yang telah dijabarkan pada bab sebelumnya, menunjukkan hasil bahwa rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping menerapkan sistem pembayaran asuransi kesehatan BPJS berupa kombinasi prospektif dan retrospektif. Adanya metode sistem pembayaran BPJS ini berdampak pada akuntansi pendapatan rumah sakit dimana arus kas masuk tertunda, namun demikian rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping dapat mengatasinya dengan menyisihkan dana cadangan yang telah dianggarkan tiap awal tahun. Oleh karena itu rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping tidak mengalami kerugian secara terus menerus yang diakibatkan oleh perbedaan tariff asuransi kesehatan BPJS. Bagi rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping sebaiknya meningkatkan pengelolaan keuangan dalam halantisipasi pembayaran asuransi BPJS. Bagi peneliti selanjutnya, sebaiknya menganalisis dari sisi kantor asuransi kesehatan BPJS.

Ucapan Terimakasih

Artikel ini dapat terselesaikan atas bantuan dan dukungan berbagai pihak, oleh karena itu penulis ucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

- a. Kemenristekdikti yang telah memberikan dana hibah penelitian dosen pemula (PDP)
- b. Rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping atas kesediaan menjadi objek penelitian.
- c. Seluruh pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

DAFTAR PUSTAKA

- Bastian, Indra. 2008. Akuntansi Kesehatan. Edisi 1. Cetakan Pertama. Penerbit Erlangga: Jakarta
- Harahap, Sofyan Syafri. 1999. Analisa Kritis Atas Laporan Keuangan. Edisi 1. Cetakan Kedua. PT Raja Grafindo Persada: Jakarta
- Ikatan Akuntan Indonesia, 2002, Standar Akuntansi Keuangan Per 1 April 2002, edisi 3 cetakan kedua Penerbit Salemba Empat.

- Moleong, L. J. 2010. Metodologi Penelitian Kualitatif, Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Moleong, Lexy J. 2012. Metodologi Penelitian Kualitatif, Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Sugiyono. 2009. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D. Bandung: Alfabeta

