

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Peningkatan biaya kesehatan telah menjadi fenomena universal selama beberapa dekade terakhir, dan sementara jumlahnya telah signifikan di negara-negara maju, negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah juga mengalami hal yang hampir sama (Younis et al., 2010). Di Indonesia sendiri telah terjadi peningkatan biaya kesehatan tiga kali lipat pada periode 2005 hingga 2012 (“World Health Organization, Facts of Indonesia’s Health Care Financing,” 2014).

Menurut Fifer, salah satu faktor yang mempengaruhi biaya pelayanan kesehatan adalah industri asuransi. Secara teori, pertanggungansian asuransi harus mengurangi biaya pelayanan kesehatan karena setiap orang membayar premi dan berbagi biaya pelayanan di antara penerima manfaat, sehingga mengurangi risiko keuangan yang dihadapi keluarga. Namun, hal ini berakibat kurangnya transparansi biaya perawatan kesehatan yang sebenarnya. Memiliki pertanggungansian asuransi juga telah menciptakan konsekuensi yang tidak diinginkan yang disebut sensitivitas harga — di mana harga suatu produk memengaruhi perilaku pembelian konsumen. Hal ini menyebabkan kunjungan, tes, dan perawatan yang tidak beralasan. Tetapi sangat sedikit yang memahami bahwa ada jumlah terbatas dari layanan perawatan kesehatan, dan ketika layanan digunakan, prinsip ekonomi penawaran dan permintaan mulai berlaku. Artinya, ketika pasokan berkurang dan permintaan meningkat, harga naik. Terdapat kekurangan jumlah dokter umum dan dapat diprediksi jumlah dokter spesialis pun akan mengalami kekurangan. Jumlah pelayanan kesehatan sebenarnya sangat terbatas. Pasien merasakan hukum penawaran dan permintaan dalam waktu tunggu dan juga dalam biaya perawatan (Fifer, 2016).

Selain itu, banyak ditemui berbagai kasus terkait kerugian materi akibat asuransi kesehatan. Salah satunya adalah yang terjadi di Amerika. Rumah sakit di Amerika kehilangan sekitar \$ 262 miliar per tahun akibat ditolaknyanya klaim dari perusahaan asuransi. Menurut data terbaru, hal ini memicu masalah arus kas besar dan biaya pemulihan. Perusahaan asuransi pada awalnya menolak sekitar 9% dari klaim rumah sakit, membuat sekitar \$ 5 juta pembayaran per rumah sakit dalam risiko, kata Jason Williams, wakil presiden analitik untuk Change Healthcare yang

mengumpulkan data. Meskipun pada akhirnya rumah sakit akan mendapatkan pembayaran untuk 63% dari klaim yang semula ditolak, dana yang dibutuhkan untuk menutup kerugian adalah \$ 118 per klaim. Belum lagi biaya yang harus ditanggung rumah sakit sembari menunggu cairnya dana dari klaim (Barkholz, 2017).

Hal ini sejalan dengan yang terjadi di Indonesia. Beberapa rumah sakit swasta menolak untuk bekerja sama dengan salah satu penyedia jaminan kesehatan, yaitu BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial), terutama karena masalah finansial. Problem finansial yang ada pada BPJS antara lain pembayaran klaim yang membutuhkan waktu berbulan-bulan dan tarif yang diberikan pemerintah (BPJS) seringkali dibawah tarif operasional rumah sakit (The Jakarta Post, 2018). Kendala tersebut juga dialami oleh Puskesmas Martapura, yaitu klaim BPJS belum cair selama 4 bulan (Rahman et al., 2015).

“Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah 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. JKN diselenggarakan di Indonesia berlandaskan Undang Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang Undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib. Tujuannya adalah untuk menyediakan cakupan asuransi kesehatan bagi semua warga negara di Indonesia. Implementasinya adalah berdirinya BPJS di tahun 2014, dan di tahun 2019 akan dilaksanakan Universal Health Coverage (UHC). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan. Warga negara Indonesia diharuskan membayar premi setiap bulan untuk mendukung warga yang membutuhkan layanan kesehatan seperti klinik, rumah sakit, kemoterapi, operasi, dan lain-lain (Perpres No.19 tahun 2016).”

Namun program BPJS tidak berjalan mulus secara keseluruhan. Salah satu masalah besar yang muncul dari program BPJS adalah ketidaksetaraan antara total pendapatan yang diterima melalui iuran peserta dengan total pengeluaran baik untuk pembayaran yang diklaim (rumah sakit) dan kapitasi (fasilitas kesehatan primer). Harus diakui bahwa ketidakcocokan (mismatch)

sulit untuk dihindari disebabkan oleh tarif iuran yang ditetapkan oleh pemerintah dibawah dari perhitungan tarif yang sebenarnya. Bahkan, aktuaria akuntansi telah menghitung dan menetapkan titik *cut-off* tariff iuran yang ideal untuk BPJS-Kesehatan. Namun dengan pertimbangan kebijakan politik dan ekonomi, pemerintah mengubah jumlah iuran di bawah perhitungan aktuaria yang ideal. Dan secara otomatis, konsekuensi dari kebijakan ini terasa seperti situasi saat ini, salah satunya adalah terjadi keterlambatan pembayaran klaim ke fasilitas-fasilitas kesehatan (Lestari and Djamiludin, 2017).

Untuk Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang bekerjasama dengan BPJS, pembayaran dilakukan dengan sistem kapitasi. Kapitasi adalah unit pembayaran prospektif per pasien, per bulan atau tahun, di mana pembayar memberikan pembayaran tetap untuk serangkaian layanan yang ditentukan, terlepas dari jumlah layanan yang disediakan (Telyukov, 2001). Dengan sistem pembayaran ini, penyedia layanan akan menyadari risiko dan konsekuensi yang ditimbulkannya jika melakukan layanan di luar apa yang telah disepakati. Kapitasi memiliki tiga elemen penting: dana mengikuti jumlah pasien yang terdaftar, dan penerima pembayaran harus mengelola pelayanan secara efektif sehingga pengeluarannya tidak lebih besar dari pembayaran yang diterima. “Menurut PMK No. 52 tahun 2016 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan Program Jaminan Kesehatan, tarif kapitasi adalah besaran pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Sistem ini berlaku untuk FKTP seperti Puskesmas, RS. Pratama, Klinik Pratama, Praktek Dokter, atau Fasilitas Kesehatan yang setara (PMK No. 52 Tahun 2016).” Tarif kapitasi di Indonesia belum ditetapkan berdasarkan resiko. Diferensiasi tarif kapitasi hanya dibedakan berdasarkan jenis fasilitas kesehatan dan sumber daya manusia. Tanpa penyesuaian risiko (risk adjustment) dalam menentukan biaya pelayanan kesehatan, penyedia layanan kesehatan bisa saja dibayar kurang atau lebih dari pelayanan yang dilakukan (Zahroh et al., 2019).

Di dunia, permasalahan pada FKTP yang bekerjasama dengan asuransi kesehatan pemerintah pun juga muncul. Masalah-masalah yang dialami antara lain pasien kesulitan mendapatkan pelayanan primer, kurangnya tenaga pelayanan primer untuk memenuhi kebutuhan peserta asuransi, tarif penggantian yang buruk dan meningkatnya biaya operasional mengakibatkan semakin banyak dokter yang membatasi jumlah pasien dengan asuransi

pemerintah, meningkatnya jumlah kunjungan ke IGD akibat sulit mendapatkan akses ke layanan primer (Bodenheimer and Pham, 2010). Thomas Cox (2011) menyatakan bahwa sistem kapitasi menyebabkan inefisiensi dan meningkatkan biaya perawatan kesehatan. Penyedia layanan kesehatan memiliki risiko menghadapi profitabilitas yang lebih rendah dan peningkatan kerugian operasional, dan harus mengurangi manfaat pelayanan pasien. Kapitasi global menyebabkan inefisiensi, meningkatkan biaya perawatan kesehatan, dan mengancam hubungan penyedia-pasien (Cox, 2011).

Untuk evaluasi sistem pembayaran kapitasi di Indonesia, terdapat beberapa penelitian. Menurut Hidayat et. al (2018), pemanfaatan layanan kesehatan di Puskesmas lebih rendah dibandingkan FKTP lainnya (klinik, DPP & dokter gigi). Maka tarif kapitasi yang berlaku saat ini masih melebihi dari nilai kapitasi yang layak untuk Puskesmas. Sedangkan pada DPP (Dokter Praktek Perorangan) dan klinik, pemanfaatan layanannya lebih tinggi dibandingkan Puskesmas. Oleh karena itu nilai kapitasi yang berlaku sekarang masih di bawah nilai kapitasi yang layak untuk DPP dan klinik (Hidayat et al., 2018). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Kurniawan et. al, (2016) pemanfaatan pelayanan oleh pasien yang tinggi cenderung menurunkan kapitasi aktual di FKTP. Hal tersebut terutama dialami dokter praktek perorangan (DPP) dan klinik pratama. Hasil dari analisis kuantitatif juga menunjukkan sebagian besar FKTP swasta mengalami defisit. Belum tepatnya jumlah kapitasi yang dibayarkan ke FKTP dapat disebabkan karena perhitungan kapitasi di Indonesia belum disesuaikan berdasarkan risiko individu dan agregat. Oleh karena itu sangat penting untuk menghitung biaya pada FKTP di era BPJS agar FKTP tidak rugi dalam melakukan pelayanan dengan sistem kapitasi (Kurniawan et al., 2016).

Dalam penelitian ini, FKTP yang dijadikan tempat penelitian adalah FKTP di daerah Magelang. Jika angka kunjungan tinggi, hal ini merupakan masalah pada FKTP karena dapat menyebabkan pemanfaatan dana kapitasi yang tinggi sehingga laba FKTP bisa berkurang atau rugi. Hal ini penting untuk diteliti dan dianalisa agar FKTP tidak rugi dan dapat merencanakan laba.

Di antara teknik-teknik yang digunakan untuk menganalisis tujuan produksi yang memungkinkan pemulihan biaya dan timbulnya profitabilitas, metode Cost-Volume-Profit (CVP) adalah metode yang menonjol. Menurut Horngren et al., (2017), analisis CVP memberikan gambaran keuangan yang komprehensif dari skenario yang diberikan dan membantu untuk

memperkirakan bagaimana pendapatan, biaya, dan laba berperilaku sebagai kegiatan bisnis, harga produk atau biaya tetap komersialisasi berubah (Horngren et al., 2017). Di antara manfaat yang terkait dengan CPV, Moraes & Wernke (2006) mengutip dukungan untuk pengambilan keputusan tentang item spesifik mana yang harus ditawarkan untuk dijual dan jika ada segmen produktif yang harus ditinggalkan selama evaluasi tentang alternatif skenario promosi dan pengurangan harga (Moraes & Wernke, 2006). Analisis CVP juga memungkinkan pemahaman yang lebih baik tentang margin keselamatan, yang terdiri dari kelebihan penjualan di atas titik keseimbangan (Bornia, 2010). Hasilnya adalah dapat diperkirakan berapa banyak penjualan dapat berkurang tanpa benar-benar membahayakan kelangsungan keuangan jangka panjang perusahaan. Oleh karena itu dalam penelitian ini analisis yang digunakan adalah analisis CVP.

Penulis merasa penelitian ini menarik dan perlu dilakukan karena biaya kesehatan yang terus meningkat di dunia disertai dengan banyaknya kerugian material yang dialami oleh penyedia layanan kesehatan akibat bekerjasama dengan asuransi. Selain itu penyedia layanan primer baik di dunia maupun di Indonesia yang bekerjasama dengan asuransi pemerintah mengalami peningkatan biaya operasional dan menghadapi resiko kerugian. Penelitian tentang analisis CVP pada bidang pelayanan kesehatan di ranah internasional belumlah banyak. Sedangkan di Indonesia belum ada yang melakukan penelitian tentang analisis CVP di bidang pelayanan kesehatan. Oleh karena itu penulis akan melakukan penelitian dengan judul “Analisis Cost Volume Profit (CVP) Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Di Era JKN”.

## **B. Rumusan Masalah dan Tujuan Penelitian**

### **Masalah Penelitian:**

Apakah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) di daerah Magelang mengalami keuntungan di era BPJS dengan menggunakan sistem kapitasi berdasarkan model analisis CVP?

### **Tujuan Penelitian:**

#### **Tujuan umum**

Melakukan analisis Cost – Volume - Profit pada FKTP di Magelang di era JKN dan memberikan rekomendasi kepada FKTP dari hasil analisis.

### **Tujuan khusus**

1. Mengetahui biaya variabel dan biaya tetap pada FKTP di Magelang.
2. Menghitung *unit cost* pelayanan pasien BPJS pada FKTP di Magelang.
3. Menghitung *cost of capital* pada FKTP di Magelang.
4. Menghitung *break even point*, margin kontribusi, dan laporan laba rugi pada FKTP di Magelang.
5. Melakukan FGD dengan FKTP untuk merumuskan langkah-langkah yang akan dilakukan berdasarkan hasil dari analisis CVP

## **C. Manfaat Penelitian**

### **Manfaat praktis**

- Mengetahui biaya variabel & biaya tetap di FKTP.
- Menghitung *unit cost*, *cost of capital*, *break even point*, dan margin kontribusi.
- Memahami proses pengendalian biaya untuk mendapatkan keuntungan di era BPJS. Hal ini dapat bermanfaat bagi FKTP yang bekerjasama dengan BPJS.
- Memberi rekomendasi bagi FKTP terkait langkah-langkah yang harus dilakukan berdasarkan hasil analisis CVP

### **Manfaat kebijakan**

- Dapat menjadi bahan pertimbangan bagi manajer fasilitas kesehatan dalam mengambil keputusan terkait investasi, pengelolaan peserta, peningkatan pendapatan dan kendali biaya untuk mencapai laba.
- Dapat menjadi bahan pertimbangan bagi pemerintah dan BPJS dalam mengambil keputusan terkait tarif kapitasi, premi asuransi, dan kebijakan lainnya.

### **Manfaat teoritis**

1. Dapat menjadi landasan ilmiah untuk memahami analisis CVP pada era JKN
2. Menambah literatur terkait biaya variabel, biaya tetap, *unit cost*, *cost of capital* dan analisis CVP pada pelayanan kesehatan primer.