

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Pembayaran jaminan kesehatan belakangan ini mengalami masalah yang serius di Indonesia. Pada tahun 2019 BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara jaminan kesehatan nasional Indonesia telah merugi hampir 11.6 triliun (BPJS Kesehatan, 2020). Rumah sakit sebagai pelaksana program kesehatan mengaku kesulitan dalam operasional rumah sakit karena tunggakan piutang BPJS yang mencapai 6.5 trilyun sampai akhir tahun 2019 (Media, 2020). Hal ini mencerminkan kesenjangan antara harapan dan realita sistem pembayaran BPJS Kesehatan. Rumah sakit tidak bisa menghentikan pelayanan yang diberikan, BPJS Kesehatan pun tidak bisa melakukan pembatasan terhadap jumlah klaim yang diajukan. Masalah pembayaran klaim yang tidak pasti tersebut perlu diatasi dengan dengan sistem pembayaran yang sudah bisa diprediksi dan disepakati dalam satu periode pelayanan. BPJS Kesehatan sebagai penjamin dana kesehatan,

pemerintah sebagai regulator dan rumah sakit sebagai pelaksanaan program kesehatan perlu menemukan titik temu di antara tujuan yang saling bertentangan untuk mendapatkan sebuah sistem pembayaran yang sesuai.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) menyelenggarakan program jaminan kesehatan dengan mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu pelayanan, dan sistem pembayaran pelayanan kesehatan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas jaminan kesehatan (Pemerintah Pusat, 2020)(Pemerintah Pusat, 2004). Untuk melaksanakan sistem pembayaran ini BPJS Kesehatan dapat mengembangkan sistem pembayaran di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut yang lebih berhasil guna dengan tetap mengacu pada *Indonesian Case Based Groups* (Kementrian Kesehatan, 2016).

Sistem pembayaran rumah sakit berbasis *diagnosis-related group* (DRG) bertujuan memberi insentif kepada rumah sakit untuk meningkatkan kinerja. Sebelum diperkenalkannya sistem pembayaran rumah sakit berbasis DRG, negara-negara

menggunakan dua mekanisme dasar untuk membayar perawatan rumah sakit yaitu pembayaran biaya untuk layanan (*fee for service*) dan anggaran global (*global budget*). Sistem ini memberikan seperangkat insentif tertentu, yang berbeda dari insentif sistem berbasis DRG. Sistem pembayaran rumah sakit harus memotivasi penyedia untuk merawat pasien yang membutuhkan perawatan dan memberikan jumlah layanan yang memadai (tingkat aktivitas), sambil mempertimbangkan kesesuaian layanan dan hasil pasien (yaitu kualitas). Sistem pembayaran rumah sakit harus menyeimbangkan insentif pengendalian aktivitas dan pengeluaran, sehingga berkontribusi meningkatkan efisiensi, sekaligus meminimalisir upaya administrasi dan memaksimalkan transparansi (Busse, 2011). Sistem pembayaran rumah sakit juga hendaknya mengakomodasi beragamnya karakteristik masyarakat termasuk kelompok masyarakat yang memiliki *willingness to pay* WTP lebih rendah serta mereka yang bekerja di sektor informal dan juga tinggal di daerah pedesaan (Dewi and Mukti, 2018).

BPJS Kesehatan sebagai badan penyelenggara Jaminan Nasional Nasional mulai tahun 2018 melakukan uji coba *global*

budget di Tanah Datar, Sumatra Barat (BPJS, 2020). Program ini kemudian diperluas dengan ditandatanganinya MOU (*memorandum of understanding*) antara BPJS Kesehatan di daerah lain, salah satunya dengan Pemerintah Kabupaten Kulon Progo. (www.posjateng.id, no date). Hasil evaluasi pilot project global budget di Tanah Datar pada tahun 2019 tidak berbeda signifikan antara perencanaan dan realisasi anggarannya. Hal ini berbeda dengan evaluasi di kota yang sama pada tahun 2020. Pada saat tersebut terdapat gap sebesar -39,2% berbeda antara perencanaan dengan realisasi global budget (Idris *et al.*, 2021).

Global budget diharapkan dapat dapat mengurangi pengeluaran dan pemanfaatan yang tidak perlu sehingga memperbaiki perspektif keuangan yang tidak baik setelah penerapan program BPJS di lingkungan Rumah Sakit. Negara yang sudah menerapkan *global budget* antara lain Thailand, Taiwan, China, Marryland, Jerman dll (Beil *et al.*, 2019) (Pradibta and Yaya, 2018).

Dalam konteks global budget, anggaran dinegosiasikan dan disepakati antara pembayar dan rumah sakit dalam episode waktu

tertentu. Jumlah yang dianggarkan dihitung berdasar jumlah kasus dan jumlah hari tidur. Secara administratif system global budget ini sederhana dan dapat secara efektif berkontribusi pada efisiensi biaya karena karakteristik batas pengeluaran. Namun, system ini mempunyai resiko bahwa rumah sakit tidak memberikan layanan yang tepat sesuai kebutuhan pasien atau populasi. Beberapa negara Eropa menggunakan anggaran target yang dicampur dengan pembayaran per diem sebagai unit penagihan (misalnya, Jerman). Sehingga rumah sakit diberikan insentif yang jelas untuk meningkatkan hunian tempat tidur dengan memperpanjang lama tinggal (Busse, 2011).

Dalam menyusun anggaran *global budget* terdapat 3 komponen utama yang berpengaruh signifikan terhadap alokasi dana. Komponen tersebut adalah sumber daya (*constraints of resources*), agen utama dalam alokasi sumber daya (*Agent-principal in resource allocation*) and faktor penyesuaian (*Price adjustment*), disingkat sebagai kerangka “CAP” (Chen and Fan, 2016). Pendekatan yang digunakan dalam menghitung anggaran rumah sakit dalam Global budget adalah pendekatan historical,

kapitasi dan patokan/normative. Pendekatan historikal menggunakan data sebelumnya yang secara riil memperlihatkan pengeluaran rumah sakit. Data kapitasi didasarkan pada jumlah peserta dan karakteristik daerah. Patokan/normatif merupakan patokan harga yang mempengaruhi pengeluaran (pelayanan) rumah sakit (Langenbrunner, O'Duagherty and Cashin, 2009).

Penerapan *global budget* menjanjikan pendapatan yang pasti dan dapat diprediksi. Hal ini memungkinkan rumah sakit untuk fokus pada peningkatan kualitas pelayanan daripada volume dan memberikan insentif kepada mereka karena berinvestasi dalam peningkatan kesehatan berbasis populasi (Patel *et al.*, 2015).

Dampak penerapan *global budget* antara lain adalah meningkatnya volume layanan rawat inap untuk rumah sakit dan pusat kesehatan daerah. Namun sebaliknya, di rumah sakit lokal, volume layanan menurun karena rumah sakit yang lebih besar memiliki posisi tawar yang lebih baik untuk mendorong permintaan dan menarik volume dari rekanan yang lebih kecil melalui layanan dan produk yang lebih menguntungkan seperti radiologi dan farmasi (Chen and Fan, 2015). Di rumah sakit yang

menerapkan *global budget*, terdapat penurunan kunjungan IGD, peningkatan lama rawat IGD dan intensitas perawatan pasien tanpa peningkatan kualitas Kesehatan (Galarraga *et al.*, 2020) (Ren *et al.*, 2019) (Kan, Li and Tsai, 2014). Tentunya hal tersebut bertendensi pemborosan sumberdaya medis dan kesalahan alokasi sumber daya.

RSU Rizki Amalia merupakan rumah sakit kelas D yang berada di Kabupaten Kulon Progo. Berdasar surat perjanjian Kerjasama antara BPJS Kesehatan Cabang Sleman dan RSU Rizki Amalia nomor: 453/KTR/VI-13/119 jo No 0155/RA/OP-BPJS.01/XI/2019; RSU Rizki Amalia mengikuti *pilot project global budget* mulai tahun 2020 yang diselenggarakan melalui 3 tahap. Tahap pertama, yaitu tahun 2020, dilakukan perhitungan dengan pelaksanaan tanpa resiko. Tahap ke dua, yaitu tahun 2021 dilaksanakan dengan sharing resiko. Tahap ketiga direncanakan pada tahun 2022 adalah dengan resiko penuh.

Pada tahun pertama uji coba *global budget*, RSU Rizki Amalia mendapatkan alokasi anggaran sejumlah 9.227.624.872 rupiah. Jumlah alokasi anggaran sampai dengan akhir Desember 2020

adalah 7.377.142.844 rupiah. Di sini tampak perbedaan signifikan antara alokasi dana di awal episode dengan penyerapan anggaran yaitu terjadi gap sebanyak 15 %. Hal tersebut dianggap signifikan dalam perencanaan anggaran sehingga dalam penelitian ini akan diteliti mengenai adanya gap ini, penyebab gap, serta hal-hal yang dapat dilakukan untuk mengatasi penyebab yang ada. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah digunakannya analisis kualitatif untuk menganalisa fenomena terjadi dalam evaluasi pilot project global budget.

B. Rumusan Masalah

1. Perhitungan apa saja yang berbeda antara perencanaan dan realisasi global budget tahun 2020 di RSUD Rizki Amalia?
2. Apa penyebab perbedaan perhitungan antara perencanaan dan realisasi global budget tahun 2020 di RSUD Rizki Amalia?
3. Apa yang dapat dilakukan untuk mengatasi penyebab perbedaan perhitungan yang ditemukan?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mendapatkan hasil evaluasi secara luas dan terperinci mengenai pelaksanaan global budget tahun 2020 di RSUD Rizki Amalia.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui perbedaan perhitungan antara perencanaan dan realisasi global budget tahun 2020 di RSUD Rizki Amalia.
- b. Mengetahui penyebab perbedaan perhitungan antara perencanaan dan realisasi global budget tahun 2020 di RSUD Rizki Amalia.
- c. Membuat rencana tindak lanjut berdasar hasil temuan penyebab.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

- a. Mendapatkan sudut pandang agensi dalam pelaksanaan *pilot project global budget*.

- b. Mengetahui factor pengaruh lain dalam penentuan *Hospital Based Rate (HBR)*.
- c. Mengetahui factor pengaruh dalam investasi masa depan (*future investment*) di era *global budget*.
- d. Menjadi landasan bagi penelitian selanjutnya.

2. Manfaat Praktis

- a. Bagi Rumah Sakit: memberikan gambaran riil tentang pelaksanaan *global budget* dan evaluasi terhadap perhitungannya.
- b. Bagi BPJS Kesehatan: memberikan evaluasi terhadap pilot project yang dilaksanakan.
- c. Bagi pemerintah daerah: memberikan pertimbangan kepada pemerintah daerah saat terjadi ketidaksepahaman perhitungan anggaran *global budget* antara BPJS Kesehatan dengan Rumah Sakit.