

ANALISIS PIUTANG PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT BETHESDA YOGYAKARTA

The Analisis Of Bad Debt At Bethesda Hospital Yogyakarta

Sugianto¹⁾, Johnny Setyawan²⁾

¹⁾Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta

²⁾Magister Manajemen Rumah Sakit Universitas Gadjah Mada Yogyakarta

ABSTRACT

A study on 369 patients classified as "bad debt" cases in 1994 and 1995 were carried out in Bethesda hospital in Yogyakarta. This study is a descriptive analysis research with qualitative and quantitative approaches in data analysis technique, using the univariate, bivariate, and multiple regression with then dummy variable. Eighty-one percent of the total bad debt amount of Rp 195.531.118 was from debts less than Rp 2.500.000. Another 13.6 percent resulted from patients with bad debt between Rp 2.500.000 and Rp 4.999.999. Patients with bad debts of Rp 5.000.000 or more were responsible for 5.4 percent of the total. Most of the hospitalized patients with bad debt that is 97.1 percent were the patients that not covered by the health insurance. It was only 2.9 percent of the hospitalized patients guaranteed partly from the hospitalized cost by the insurance. The highest averages of the bad debt come from the surgical department, in which according to the results of research there was significant relation between the surgical department with the bad debt. An average length of stay with account receivable as long as 18 days, there was a significant relation between the length of stay with the amount of account receivable. The multiple regression analysis between amount of account receivable with class of the inpatient's ward was obtained result of the first class patients with account receivable was bigger than the third class patients with account receivable, the second class account receivable was smaller than third class. There was a significant relation between the class of the inpatient care, especially the first class with the amount of account receivable.

Key words : bad debt, account receivable

PENDAHULUAN

Yayasan Kristen untuk Kesehatan Umum (YAKKUM) merupakan lembaga sosial-Gerejawi yang dibentuk oleh sinode gereja-gereja Kristen Jawa (GKJ) dan sinode gereja-gereja Kristen Indonesia Jawa Tengah (GKI Jateng). YAKKUM melaksanakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat umum tanpa membedakan suku, bangsa, agama dan kepercayaan.

Rumah Sakit Bethesda sebagai unit kerja YAKKUM merupakan yang terbesar dan tertua dalam melayani masyarakat dan bangsa Indonesia di bidang pelayanan kesehatan. Rumah Sakit Bethesda yang pada awal berdirinya pada tanggal 10 Mei 1899 bernama Rumah Sakit Petronella (*Petronella Ziekenhuis*) mempunyai citra sebagai rumah sakit Toeloeng atau rumah sakit Dokter Tulung, sampai saat ini citra tersebut tetap

dilestarikan, terutama ditampakkan dalam Motto rumah sakit Bethesda yaitu "**Tolong dulu urusan belakang**", artinya diutamakan pertolongan kepada penderita terlebih dahulu, baru dipikirkan urusan-urusan yang lain termasuk pembayarannya.

Rumah Sakit Bethesda sebagai rumah sakit swasta dengan klasifikasi utama (tipe B) dengan 564 tempat tidur, 1352 karyawan terdiri 69 tenaga medik (32 penuh waktu, 37 paruh waktu), 530 tenaga paramedik perawatan, 180 tenaga paramedik non perawatan dan 516 tenaga non medik melayani segala lapisan masyarakat, baik yang mampu maupun yang tidak mampu, tanpa membedakan ras, suku, golongan dan agama.

Pangsa pasar Rumah Sakit Bethesda berasal dari berbagai kategori sosioekonomi menengah kebawah dan menengah keatas yang berasal dari

Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dan luar DIY. Pengelola kegiatan perawatan berdasarkan kelas perawatan, terlihat ratio pemakaian tempat tidur (*Bed Occupation Rate = BOR*) dari tahun ke tahun cenderung meningkat, terutama BOR tertinggi terlihat pada kelas I, kemudian menyusul kelas III.

Piutang tak tertagih (*Bad Debt*) merupakan salah satu dalam masalah pengelolaan keuangan rumah sakit. Di pihak pasien, penyebabnya adalah ketidakmampuan pasien atau keluarga pasien untuk melunasi biaya perawatan atau untuk sebagian orang tertentu karena "keengganan" membayar pada waktu pasien diizinkan pulang dari rumah sakit yang menjadi kewajibannya, mengakibatkan bertambahnya piutang pasien terhadap rumah sakit. Mekanisme pembayaran oleh sebagian besar pasien masih berdasar pelayanan (*fee for service*) yang masih dominan dibandingkan dengan pembayaran melalui asuransi kesehatan. Piutang pasien rawat inap Rumah Sakit Bethesda yang banyak menimbulkan masalah adalah piutang tanggungan perorangan. Saldo piutang pasien rawat inap Rumah Sakit Bethesda, mulai dari tahun 1974 sampai dengan 1995 tampak meningkat pada setiap tahunnya, jumlah saldo piutang sampai dengan Mei 1995 sejumlah Rp 1.666.452.162.

Penentuan laba periodik dan posisi keuangan Rumah Sakit Bethesda dilakukan berdasarkan metode akrual. Dengan dasar ini, berarti pengaruh transaksi dan peristiwa diakui pada saat kejadian, bukan pada saat kas diterima atau dibayar, dan dicatat serta dilaporkan pada periode yang bersangkutan. Dengan digunakan metode akrual, piutang pasien yang belum tertagih berpengaruh terhadap laporan SHU dan bebanan pph 25 dalam laporan hasil usaha.

Masalah yang dihadapi sampai saat ini belum diketahui secara pasti faktor penyebab piutang pasien rawat inap di Rumah Sakit Bethesda. Apakah ada faktor-faktor yang dapat mempengaruhi besar piutang pasien rawat inap? Rumah sakit Bethesda berkepentingan untuk mengetahui hubungan antara jenis pelayanan, keikutsertaan Askes, kelas perawatan, dan *length of Stay* dengan piutang pasien rawat inap.

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan informasi tentang hubungan antara *Length of Stay*, kelas rawat inap, jenis pelayanan, dan keikutsertaan

Askes dengan piutang pasien rawat inap. Secara umum memberi masukan dalam kebijakan manajemen keuangan rumah sakit. Manfaat Penelitian ini adalah memberi masukan bagi pengelola keuangan rumah sakit yang dapat digunakan membuat strategi pengelolaan piutang tak tertagih pada masa yang akan datang. Sebagai bahan masukan dan evaluasi bagi para pengambil kebijakan, untuk penetapan kebijakan di masa datang yang berkaitan dengan piutang pasien rawat inap untuk meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Pada masa lampau rumah sakit dalam menangani masalah keuangan bagi orang tidak mampu diselenggarakan dengan mengalihkan biaya yang harus dibayar pasien kepada asuransi swasta atau *Medicare*. Tetapi dengan adanya perubahan kebijakan *reimbursement* oleh pihak ketiga dan meningkatnya persaingan pada industri kesehatan, strategi pengalihan biaya menjadi tidak berlaku untuk masalah *bad debt*.⁵ Pada tahun 1984 perhimpunan rumah sakit di Amerika memperkirakan kenaikan *bad debt* dan *charity expense* (dana dari donatur untuk pasien yang tidak dapat membayar piutang dari tagihan rekening rumah sakit) sebesar 5,7 milyar dolar US yaitu 4,6 % dari biaya rumah sakit, terjadi kenaikan 1 % dari tahun 1980.⁶ *Prospective payment system* (PPS) adalah konsep risiko ekonomi yang diperkenalkan pada *reimbursement* rumah sakit, sebagai hasilnya rumah sakit memulai dengan memeriksa tingkat dari risiko keuangan yang berhubungan dengan populasi pasien yang terpilih.⁷ Ada beberapa jalan dalam menangani tingkat dari *reimbursement* yaitu: 1) mengurangi tindakan yang berlebihan supaya menghasilkan pelayanan yang efisien, 2) menawarkan sedikit pelayanan dari rumah sakit, dan 3) memaksimalkan jumlah dari *reimbursement* dengan *diagnosis related group* (*DRG*) atau menolak pengobatan pada kasus-kasus yang tidak menguntungkan.⁸ Pada penelitian yang dilakukan oleh Vladeck seperti yang dikutip oleh Kahn *et al*⁹ didapatkan bahwa penerapan *DRG prospective payment system*, dapat mengurangi *length of Stay* dan mengurangi biaya perawatan. Penerapan sebelum dan sesudah sistem pembayaran dengan *DRG* dapat menurunkan LOS 24%, dan kematian di rumah sakit menurun dari 16,1% menjadi 12,6%.¹⁰

Ada petunjuk bahwa utilisasi sumberdaya rumah sakit adalah rendah bagi pasien-pasien yang

tidak ditanggung asuransi¹¹ *Underutilization* sangat jelas pada bentuk pelayanan yang mahal dengan menggunakan teknologi yang canggih dan pasien yang tidak ditanggung asuransi cenderung pergi ke rumah sakit pemerintah dengan dasar kekuatan ekonominya.⁸

Manajemen keuangan adalah manajemen terhadap aspek keuangan. Pengelolaan keuangan diselenggarakan melalui fungsi keuangan yang merupakan kegiatan utama yang harus dilakukan oleh mereka yang bertanggung jawab dalam bidang/aspek keuangan.¹² Mereka yang bertanggung jawab dalam bidang keuangan akan melakukan kegiatan-kegiatan utama menjalankan tugasnya yaitu: 1) bagaimana mendapatkan dana (kas) untuk investasi, 2) bagaimana menggunakan dan mengalokasikan dana modal kerja (*working capital*) dan aktiva tetap, dan 3) bagaimana mengelola keuntungan (Sisa Hasil Usaha).

Mengingat sumber dana yang sifatnya tidak mengikat (berasal dari pemerintah dan dermawan) semakin tidak pasti, sedangkan dana dari sumber-sumber lain semakin bersifat mengikat, maka rumah sakit dituntut untuk dapat menggunakan dana secara lebih efisien. Pada prinsipnya dana yang tersedia pada umumnya digunakan untuk memenuhi kebutuhan modal kerja dan untuk pemenuhan kebutuhan aktiva tetap.

Modal kerja merupakan sumber dana yang digunakan untuk membiayai kegiatan rumah sakit sehari-hari yang akan kembali dalam jangka waktu satu tahun atau kurang dari satu tahun melalui hasil pelayanan rumah sakit. Modal kerja terdiri dari unsur kas (uang tunai), piutang dan persediaan. Dalam mengelola modal kerja rumah sakit perlu memperhatikan masing-masing unsur tersebut.¹³

Unsur pertama adalah kas atau uang tunai. Kas merupakan alat pembayaran yang likuid. Tersedianya kas yang cukup dapat menjamin kelancaran kegiatan rumah sakit. Namun tidak berarti rumah sakit harus menyediakan kas dalam jumlah yang berlebihan. Dalam pengelolaan kas, rumah sakit harus mencari keseimbangan, artinya jumlahnya tidak terlalu besar dan juga tidak terlalu kecil. Jumlah kas yang terlalu besar menyebabkan sebagian dana menganggur, yang selanjutnya mengakibatkan rumah sakit menanggung biaya modal yang terlalu tinggi karena produktivitas kas yang berlebihan menjadi rendah.

Unsur kedua adalah piutang. Tiap tahun hampir setiap rumah sakit swasta berbentuk yayasan menanggung rugi, karena pasien tidak membayar atau lari meninggalkan tagihan. Rumah sakit dalam hal ini menghadapi dilema, yaitu pada satu sisi rumah sakit dapat saja memperketat pasien yang akan dilayani dengan adanya jaminan di muka, pada sisi lain rumah sakit dituntut untuk tetap menjunjung tinggi fungsi sosialnya. Kerugian yang berkelanjutan dapat mengurangi kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Untuk itu perlu dicari suatu sistem pengelolaan piutang (manajemen piutang) agar dapat mengurangi kerugian karena piutang tak tertagih (*bad debt*).

Unsur ketiga dalam modal kerja adalah persediaan. Dana yang tertanam dalam persediaan jumlahnya paling besar dibandingkan dengan yang tertanam dalam kas dan piutang. Dengan berkembangnya teknologi komputer, memungkinkan rumah sakit untuk menggunakan cara-cara yang lebih efisien dalam mengelola persediaan, sehingga dapat mengurangi biaya persediaan. Pada perusahaan manufaktur, penggunaan metode-metode yang *inovative* telah meningkatkan keunggulan bersaing (*competitive advantage*) perusahaan, seperti penggunaan metode *material requirement planning* maupun *zero inventory* yang dikembangkan oleh perusahaan-perusahaan di Jepang.

Informasi yang disajikan dalam laporan keuangan rumah sakit berasal dari data yang merupakan hasil dari suatu sistem akuntansi, yang terdiri atas seperangkat prosedur untuk melaksanakan suatu transaksi dan seperangkat prosedur pengolahan data akuntansi yang disebut dengan proses akuntansi atau siklus akuntansi. Walaupun *cash basis accounting* dipakai oleh beberapa organisasi dan relatif mudah, tetapi metode *accrual basis accounting* lebih banyak keuntungan dan banyak dipakai pada saat ini. Terdapat dua hal yang penting yaitu: 1) pengakuan pendapatan dan beban, dan 2) persamaan *fundamental accounting*. Dengan dasar ini, berarti pengaruh transaksi dan peristiwa diakui pada saat kejadian, bukan pada saat kas dibayar atau diterima, dan dicatat serta dilaporkan pada periode yang bersangkutan. Dengan kata lain, dalam metode akrual, penghasilan diakui pada saat penyerahan jasa, bukan pada saat kas diterima, dan biaya diakui pada saat

terjadinya, bukan pada saat kas dibayarkan. Dari sisi harta, dengan metode akrual, harta diakui pada saat diperoleh kepemilikannya, bukan pada saat kas dibayarkan.¹⁴

Pendekatan ini untuk mengetahui kesediaan membayar oleh pasien adalah dengan memper-timbangkan kemampuan membayar (*ability to pay = ATP*). Secara kasar dapat dilihat dari tingkat pendapatan individu atau rumah tangga. Dengan melakukan survei pendapatan pasien yang selama ini berobat ke rumah sakit, dan survei pengeluarannya untuk kebutuhan pokok (makan, sewa rumah, listrik, cicilan kredit, uang sekolah, pakaian, dan biaya perjalanan). Dengan asumsi bahwa jenis-jenis pengeluaran tersebut umumnya selalu mendapat prioritas dalam *budget* rumah tangga. Selisih pendapatan dengan pengeluaran kebutuhan pokok tersebut dapat dianggap sebagai *disposable income* yang tentu akan dipergunakan kalau ada seorang anggota keluarga ada yang sakit. Apabila tarif pelayanan rumah sakit yang ditetapkan lebih besar dari pada kemampuan membayar pasien, diperkirakan akan mendapat kesulitan membayar.¹⁵ Pasien dengan membayar sendiri tanpa ditanggung asuransi terdapat 2 tipe pasien yaitu: 1) pasien yang tidak mampu membayar rekeningnya, dan 2) pasien yang mampu membayar tetapi menghindari penagihan.¹⁶

Keberhasilan rumah sakit dalam menagih piutang, pasien setelah pasien pulang tergantung dari kemampuan membayar (*ability to pay = ATP*) dan kesediaan membayar (*willingness to pay = WTP*) pasien. Menurut Kanji kemauan membayar tidak selalu berarti mampu membayar.¹⁷ Baum & Senski cit Trisnantoro¹⁷ melaporkan bahwa 60% petani Thailand terpaksa menjual tanahnya untuk biaya pengobatan. Kesediaan pasien membayar tergantung 10 dari karakter pasien, perhatian dan perawatan selama di rumah sakit, dan program rumah sakit dalam menangani piutang pasien rawat inap.³ Pendapatan per kapita Indonesia pada tahun 1995 adalah US \$ 550. Dua puluh persen penduduk golongan menengah adalah 36 juta orang, yang mampu membayar.¹⁸

Pengertian piutang adalah tagihan kepada pihak lain untuk melakukan pembayaran dalam jangka pendek.¹⁹ Dalam rumah sakit, piutang usaha adalah piutang yang timbul karena penyerahan jasa serta penjualan produk (obat) yang

merupakan kegiatan usaha utama suatu rumah sakit. Piutang diakui saat jasa barang diterima oleh pelanggan.

Walaupun tidak ada data yang akurat tentang volume piutang tak tertagih, diperkirakan bahwa angkanya untuk rumah sakit Pemerintah cukup tinggi. Dapat diduga bahwa masalah piutang ini banyak dan oleh RSUD kelas C atau D yang terletak di tingkat kabupaten, khususnya di wilayah yang tingkat pendapatan penduduknya masih rendah. Keadaan ini sebetulnya tidak perlu terjadi kalau cakupan sistem asuransi kesehatan dan JPKM sudah luas.²⁰ Taksiran banyaknya *bad debt* pada dasarnya adalah kombinasi pengalaman masa lalu dan ramalan yang akan datang tentang ekonomi dan kondisi bisnis. Ada dua metode yang dipakai untuk taksiran *bad debt expense* : 1) *income statement method*, yaitu banyaknya persentase dari *net credit sales* dalam suatu periode, 2) *aging the account receivable* yaitu analisis umur piutang dan kemungkinan dapat disimpulkan dari rekening pasien.²¹ rumah sakit Pemerintah di Paris melaporkan tiga puluh satu ribu pelayanan perawatan akut, didapatkan sebanyak satu milyar Francs dari total *revenue* 27 milyar Francs (3,7%) selama satu tahun adalah *bad debt*. Pelayanan di bagian bedah yang sebagian besar pasien berasal dari Unit Gawat Darurat mempunyai piutang yang tinggi dibanding dengan bagian lainnya.²²

Rekening *Uncompensated care* terdiri dari dua komponen yaitu *charity Care* dan *bad debt*. Pada tahun 1987 dilaporkan 3,2% dari total *revenue* rumah sakit di Washington adalah *bad debt* dan 1,1% merupakan *charity care*, analisis regresi dari persentase *bad debt* menunjukkan ada hubungan antara kunjungan pasien rawat jalan dari Unit Gawat Darurat dan bagian transplantasi organ dengan kenaikan persentase *bad debt*.²³ Sloan menyebutkan beberapa faktor lain yang dapat mempengaruhi *uncompensated care* yaitu: utilisasi yang tinggi dari pasien kebidanan, pasien rawat jalan dari Unit Gawat Darurat, perawatan dengan teknologi tinggi misalnya pengobatan kanker, perawatan luka bakar.²³

Adanya peraturan baru oleh *American Institute of Certified Public Accountants (AICPA)*, rumah sakit merubah cara pelaporan *charity care* pada akhir tahun. Di dalam pelaporan keuangan dibedakan antara piutang tak tertagih dengan rekening dari *charity care*. Kedua hal tersebut tidak dilaporkan sebagai pendapatan dari pasien secara

keseluruhan. Dalam hal ini tidak berarti bahwa pelayanan *charity* menghasilkan pendapatan, karena *charity care* merupakan bentuk donasi dari donatur pihak ketiga dalam upaya meringankan beban biaya pengobatan. Pelaporan piutang tak tertagih sebagai beban (*expense*) lebih baik daripada pengurangan dari *revenue*.²⁰

Pada penelitian di 28 rumah sakit di Indiana terhadap 985 pasien dengan klasifikasi *charity dan bad debt* dikemukakan bahwa rekening yang tak terbayar 27,5% adalah pasien dengan usia muda, 60,1% adalah wanita, di antara kasus rawat inap yang banyak dijumpai adalah 27,5% kasus yang berhubungan dengan kehamilan. Pada studi ini, 40% *bad debt* berasal dari pasien yang tidak ditanggung asuransi, dan penagihan piutang yang dilakukan oleh rumah sakit dilaporkan 42,7% yang berhasil tertagih. Dilaporkan sebesar 4,2% dari 57 kasus mempunyai piutang lebih dari \$5.000.⁸

Pada penelitian 1989 pasien dengan klasifikasi *charity dan bad debt* dari 28 rumah sakit umum Indiana, dilaporkan 72,5% dari pasien dengan *uncompensated care* bertempat tinggal sekota dengan rumah sakit di mana pasien dirawat. Karakteristik pasien dengan *uncompensated care* adalah rata-rata berumur 27,2 tahun, dengan *length of stay* 5,8 hari, 39,1 % diantaranya memiliki status belum menikah, 60,7% adalah wanita dan 44,6% tidak ditanggung oleh asuransi. Setengah dari total *uncompensated care* memiliki tagihan kurang dari \$2.500, 21% dari piutang tak tertagih berada diantara \$2.500 dan \$4.999, dan 10,7% adalah pasien yang mempunyai piutang lebih dari \$10.000. Ditinjau dari sudut karakteristik pasien, didapatkan hubungan yang signifikan antara usia lanjut, laki-laki, status belum menikah dan janda dengan besarnya piutang. Jumlah pasien dengan *uncompensated care* tanpa santunan asuransi kesehatan adalah 44,6%, sedangkan 55,4% adalah pasien-pasien yang mendapatkan santunan asuransi dari beberapa tipe asuransi. Pasien dengan piutang yang besar kebanyakan mendapatkan perawatan yang cukup lama atau pasien yang meninggal dunia. Rata-rata jumlah hari perawatan akan lebih tinggi pada rumah sakit besar di perkotaan, kemungkinan karena kasus-kasus yang serius datang ke rumah-rumah sakit besar.⁶

Zollinger dkk melaporkan 235 kasus kehamilan dan kelahiran dengan kesulitan membayar pada

28 rumah sakit di Indiana, di mana 61,9% dari piutang adalah berasal dari rekening dengan tagihan sebesar \$1.000 atau lebih, 22,6% berasal dari rekening dengan saldo di bawah \$500. Total rekening pasien \$469.999, hanya 25,5% yang berhasil tertagih.²⁴ Kurang lebih dua per tiga (63,8%) pasien yang berobat pada rumah sakit di kota besar dengan 41,7% pada rumah sakit besar, 41,7% pada rumah sakit tipe sedang, dan 16,6% pada rumah sakit kecil. Pasien dengan asuransi mempunyai kecenderungan kecil terhadap rekening yang tak terbayar dibandingkan dengan yang tanpa asuransi. Pada penelitian ini sepertiga dari pasien dengan kehamilan yang ditanggung oleh asuransi sedangkan sisanya adalah pasien tanpa santunan asuransi, hal ini kemungkinan disebabkan oleh: 1) beberapa dari majikan tempat pasien bekerja tidak menawarkan manfaat asuransi kesehatan terhadap para karyawannya, 2) pasien tidak mampu atau dengan berbagai alasan tidak dapat membayar asuransi, dan 3) kebijakan dari perusahaan asuransi yang tidak mau melayani pasien-pasien dengan kehamilan.

Piutang merupakan segmen yang besar dari *current assets* di dalam rumah sakit, dan harus dikelola secara baik oleh staf rumah sakit. Ada beberapa hal yang berkaitan dengan manajemen piutang yaitu: siklus piutang, kebijakan penagihan, kebijakan kredit, *selling accounts receivable*, dan *performance measure*.¹⁴

Didalam menangani siklus piutang, indikator dari piutang adalah konsep pengulangan dari transaksi piutang. Siklus pertama adalah dimulai saat pasien datang di pendaftaran dan saat pasien opname, siklus kedua adalah setelah pasien pulang dari rawat inap atau setelah menerima pelayanan jasa oleh rumah sakit. Manajer di bagian piutang berusaha memperpendek waktu keterlambatan di antara pasien yang sudah menerima jasa pelayanan dari rawat inap dengan penerimaan rekening tagihan.

Siklus selanjutnya adalah keterlambatan proses antara pihak pasien dengan pihak ketiga yang menanggung pembiayaan pasien. Proses memasukkan data rekening pasien kedalam formulir yang disediakan oleh pihak ketiga, sedapat mungkin dipercepat. Proses pengolahan data piutang diharapkan tidak terlambat, dilakukan secara terus menerus dan teknik manajemen piutang diterapkan sebelum rekening tagihan diberikan kepada pasien.

Siklus piutang pasien yang dilakukan oleh *Medicare*, sejak pasien diizinkan pulang sampai saat pasien melakukan pembayaran adalah 42 hari.²⁵ Perbaikan dari pihak manajemen dalam mengelola ketepatan data pasien untuk mengklaim ke pihak asuransi dapat membantu mengurangi keterlambatan pembayaran dari rekening yang ditagihkan. Di dalam menangani proses piutang yaitu: meminimalkan rekening dari jasa yang tak terbayar, meminimalkan waktu dari siklus piutang untuk masing-masing pasien, dan meminimalkan biaya untuk penagihan dari piutang. Untuk memperkecil rekening tagihan dari pasien rawat inap memerlukan kerjasama dan pengetahuan dari seluruh staf administrasi, seluruh staf yang merawat pasien dan dokter yang merawat pasien.

Menurut Samson kerjasama dengan pihak ketiga (pembayar) akan mempercepat proses penagihan. Dengan mengumpulkan secara group rekening pasien setiap bulan dan mengirimkan sebelum pasien diizinkan pulang dari rawat inap akan lebih efektif pihak ketiga melunasi rekening paling sedikit dua kali setiap bulan, dengan prosedur ini pihak provider dapat mengurangi periode pengumpulan 30-35 hari.¹⁴ Kebijakan penagihan yang lain yaitu dengan melibatkan pihak pengacara untuk mengurus masalah piutang pasien, dengan melalui koresponden oleh staf yang sudah biasa menangani masalah piutang merupakan mekanisme yang *cost effective*. Menurut O'hara Cara ini akan lebih murah daripada lewat *collection agency* yaitu memerlukan biaya sekitar 12% setiap penagihan.¹⁴

Cara yang paling cepat untuk merubah piutang menjadi *cash* yaitu dengan memakai jaminan dari piutang untuk mendapatkan pinjaman kredit dari bank. Cara ini akan mempengaruhi hubungan yang kurang baik antara rumah sakit dengan pasien. Cara kedua untuk merubah rekening menjadi *cash* yaitu dengan menjual rekening tagihan dari pasien rawat inap dengan diskon kepada pihak ketiga. Kemudian pihak ketiga akan melaksanakan aktifitas penagihan dengan memikul beban risiko yang dihadapinya. Walaupun langkah ini cukup mahal untuk mengembalikan piutang menjadi *cash*, sering merupakan jalan terakhir dari institusi didalam menghadapi problem arus kasnya.

Di dalam organisasi kesehatan pencatatan statistik dari piutang kemungkinan terlalu berlebihan. Pada umumnya penilaian dari manajemen piutang adalah pendapatan yang belum dilunasi

sebagai piutang (dalam hari). Di dalam pengukuran *performance* piutang dilakukan pencatatan umur piutang setiap kwartal, dilakukan pencatatan setiap bulan pendapatan yang dihasilkan dari pasien, rekening yang belum dilunasi oleh pasien pada bulan yang sama. Dari hasil pencatatan tersebut dapat diketahui berapa persen yang belum dilunasi setiap bulan.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan studi kasus dengan pendekatan kualitatif dan kuantitatif Metode ini menelusuri seluruh piutang pasien rawat inap di Rumah Sakit Bethesda tahun 1994 dan 1995. Data yang dikumpulkan adalah data sekunder, yang diperoleh dari bagian keuangan dan bagian rekam medik di RS Bethesda. Data kualitatif diperoleh dari wawancara dengan wakil direktur keuangan. Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dibantu oleh staf bagian piutang dan bagian rekam medik. Data kualitatif hasil wawancara dengan wakil direktur keuangan bertujuan untuk mengetahui bagan proses yang dilakukan oleh pihak manajemen dalam pengelolaan piutang.

Analisis data kuantitatif menggunakan analisa univariat, bivariat dan berganda regresi. Variabel penelitian terdiri dari variabel bebas dan variabel tergantung. Variabel bebas (*independent*) yaitu: Jenis pelayanan yang dimanfaatkan pasien, kelas rawat inap, *Length of Stay*, dan keikutsertaan Askes dan non Askes.

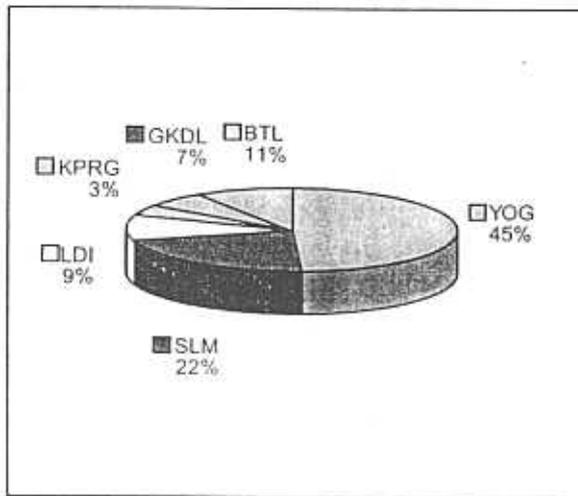
Variabel tergantung (*dependent*) yaitu: Besar piutang pasien rawat inap.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Demografi pasien rawat inap dengan piutang selama 2 tahun terakhir (th 1994 dan th 1995) bila dilihat dari daerah asal pasien, jumlah pasien dengan piutang yang berasal dari Kodya Yogya sebanyak 176 pasien (48%), Sleman 82 pasien (22%), Bantul 42 pasien (11.4%), Gunung Kidul 24 pasien (7%), Kulon Progo 12 pasien (3%), dan luar Daerah Istimewa Yogyakarta sebanyak 33 pasien (9%). Pada penelitian ini pasien rawat inap dengan piutang yang berasal dari kodya di mana Rumah Sakit Bethesda berada adalah 48%, lebih rendah bila dibandingkan dengan penelitian Saywell et-al

(1989) yaitu rata-rata 72,5% pasien dengan piutang berasal dari kota dimana rumah sakit tersebut berada dengan range antara 30,9% sampai dengan 100% (Gambar 1).

Berdasarkan domisili pasien rawat inap dengan piutang didapatkan daerah Kodya Yogya paling tinggi bila dibandingkan dengan kabupaten di sekitar kodya atau luar daerah Propinsi DIY.



Gambar 1. Persentase pasien dengan piutang tahun 1994

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa tahun 1994 persentase piutang pasien rawat inap per total *revenue* di RS Bethesda sebesar 7,6% dan pada tahun 1995 sebesar 10,5%. Selama dua tahun terakhir persentase piutang pasien rawat inap per total *revenue* terjadi kenaikan 2,9%. Rumah Sakit Pemerintah di Paris melaporkan dari tiga puluh satu ribu pelayanan perawatan akut, didapatkan sebanyak satu milyar Francs dari total *revenue* sejumlah 27 milyar Francs (3,7%) selama satu tahun adalah *bad debt*.²² Pada tahun 1987 dilaporkan 3,2 % dari total *revenue* rumah sakit di Washington adalah *bad debt*.²⁷ Persentase piutang di RS Bethesda lebih besar bila dibandingkan dengan persentase piutang per total *revenue* rumah sakit di Washington (3,2%). Hal ini oleh karena meningkatnya hari perawatan pasien, meningkatnya jumlah pasien rawat inap pada tahun 1995, dan kemungkinan kasus yang ditangani lebih berat sehingga memerlukan biaya yang tinggi. Sebagian besar pasien rawat inap di rumah sakit Bethesda

adalah pasien yang tidak ditanggung oleh asuransi dan pembayaran dilakukan berdasarkan *fee for service*.

Selama tahun 1994 dan 1995 terdapat 369 pasien rawat inap di RS Bethesda dengan saldo piutang tak tertagih sebesar Rp 241.604.238, piutang paling tinggi sebesar Rp 6.964.695 dan paling rendah Rp 20.000. Karakteristik piutang pasien rawat inap, terlihat pada (Tabel 1).

Karakteristik piutang pasien rawat inap yang paling besar adalah piutang diantara Rp 1.000.000 - Rp 2.499.999 sejumlah Rp 91.791.223 (38%), sedangkan piutang > Rp 5.000.000 sejumlah Rp 12.997.990 (5,4%). Lebih dari 50% total piutang pasien rawat inap sejumlah Rp 241.604.238 berasal dari piutang kurang dari Rp 2.500.000. Kenaikan besar piutang pasien rawat inap kemungkinan disebabkan oleh kecenderungan menurunnya sistem penagihan yang dilakukan oleh bagian piutang, bagian piutang belum mempunyai perencanaan mengenai rencana pembayaran pada saat pasien sebelum opname, dokter yang merawat pasien cenderung memberikan pelayanan berlebih dan merawat pasien dalam jangka waktu yang lama, atau menurunnya kemauan membayar dan ketidakmampuan pasien membayar rekening tagihan. Saywell *et al.*⁶ melaporkan piutang pasien yang terbanyak adalah piutang yang terdapat diantara \$1.000 - \$2.499 sebesar \$12.330.480 (33,3%), 21% dari piutang terdapat diantara \$2.500 - \$4.999, dan piutang tak tertagih lebih dari \$10.000 sebanyak 10,7%.

Sejumlah 369 pasien rawat inap dengan piutang yang menggunakan fasilitas Askes sebanyak 11 orang (2,9%) dengan besar piutang Rp 2.981.350 dan pasien non Askes sebanyak 358 orang (97,1%) dengan besar piutang sebesar Rp 239.524.883 (Gambar 2).

Besar piutang pasien rawat inap non Askes paling tinggi sebesar Rp 6.964.695 dan paling rendah sebesar Rp 20.000 dengan rata-rata Rp666.544, dan pasien peserta Askes piutang tertinggi sebesar Rp 717.735 dan terendah sebesar Rp 40.330 dengan rata-rata sebesar Rp 271.031. Mekanisme pembayaran yang dilakukan pada saat ini oleh pasien rawat inap adalah pembayaran berdasar pelayanan (*fee for service*) yang masih dominan bila dibandingkan dengan pembayaran melalui asuransi kesehatan. Pasien dengan santu-

Tabel 1.
Karakteristik besar piutang pasien rawat inap di RS Bethesda th 1994-1995

| Besar piutang (Rupiah) | Jumlah piutang (Rupiah) | Persentase |
|------------------------|-------------------------|------------|
| 0 - 499.999 | 50.758.415 | 21,1 |
| 500.000 - 999.999 | 52.981.480 | 21,9 |
| 1.000.000 - 2.499.999 | 91.791.223 | 38,0 |
| 2.500.000 - 4.999.999 | 32.876.540 | 13,6 |
| > 5.000.000 | 12.997.990 | 5,4 |
| Total Piutang | 241.604.238 | 100,0 |

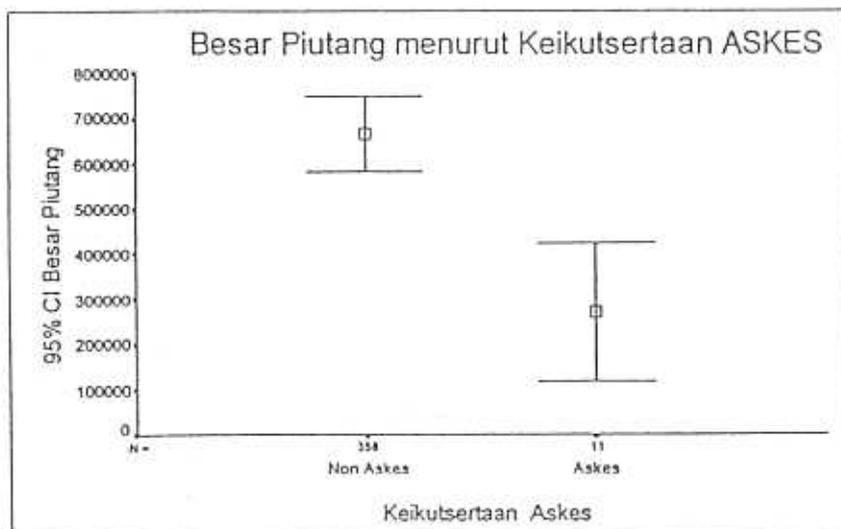
nan Askes yang mempunyai piutang dikarenakan pembiayaan rawat inap yang ditanggung oleh pihak ketiga sangat kecil dan kebanyakan pasien memilih kelas perawatan yang lebih tinggi dari yang telah ditetapkan oleh pihak ketiga (penanggung pasien).

Pada penelitian 28 rumah sakit di Indiana terhadap 985 pasien dengan klasifikasi *charity* dan *bad debt* dikemukakan bahwa rekening yang tak terbayar 27,5% adalah pasien dengan usia muda, 60,1% adalah wanita, di antara kasus rawat inap yang banyak dijumpai adalah 27,5% kasus yang berhubungan dengan kehamilan. Pada studi ini, 40% dari *bad debt* didapatkan pada pasien yang tidak menggunakan asuransi.⁸

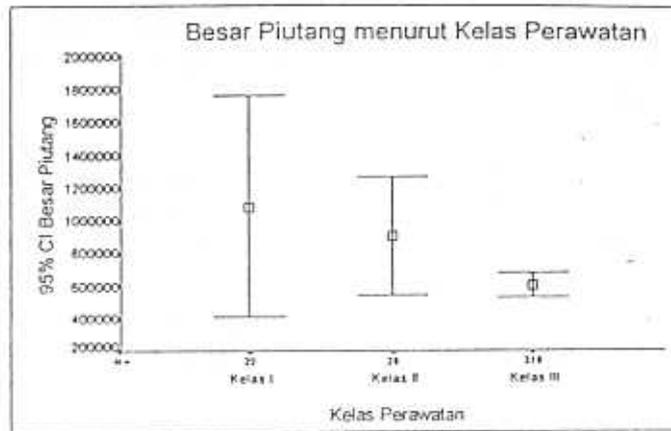
Pada penelitian 1689 pasien dengan klasifikasi *charity* dan *bad debt* dari 28 Rumah Sakit Umum Indiana, dilaporkan 72,5% dari pasien dengan *uncompensated care* berasal dari kota yang sama dengan rumah sakitnya berada. Jumlah pasien dengan *uncompensated care* tanpa santunan asuransi kesehatan adalah 44,6%, sedangkan 55,4% adalah pasien-pasien yang mendapatkan santunan

asuransi dari beberapa tipe asuransi⁶. Piutang pasien rawat inap di RS Bethesda tanpa menggunakan asuransi sebesar 358 pasien (97,1%) jauh lebih tinggi dari penelitian Saywell *et al*⁶ dan penelitian Zollinger *et al*⁸. Pada penelitian ini didapatkan hasil adanya hubungan yang signifikan ($P < 0,05$) antara besar piutang dengan keanggotaan Askes. Piutang pasien rawat inap tersebut kemungkinan disebabkan asuransi kesehatan di Indonesia belum membudaya, keadaan ini sebetulnya tidak perlu terjadi/paling tidak piutang akan berkurang kalau cakupan sistem asuransi kesehatan dan JPKM sudah luas.²⁶

Pada tahun 1995 fasilitas tempat tidur untuk pelayanan rawat inap sebanyak 565 tempat tidur, persentase total fasilitas untuk kelas III dibandingkan seluruh tempat tidur sebesar 62,6%, lebih besar dari ketentuan departemen kesehatan sebanyak 25% untuk kelas III. Piutang pasien rawat inap untuk kelas I paling tinggi sebesar Rp 6.964.695, paling rendah sebesar Rp 47.135 dengan rata-rata sebesar Rp 1.084.028. Besar piutang untuk kelas II



Gambar 2. Besar piutang pasien rawat inap dengan keikutsertaan Askes



Gambar 3. Besar piutang pasien rawat inap RS Bethesda tahun

paling tinggi sebesar Rp 3.254.960, paling rendah sebesar Rp 50.365 dengan rata-rata sebesar Rp 909.537. Sedangkan piutang untuk kelas III paling tinggi sebesar Rp 6.033.295, paling rendah sebesar Rp 20.000 dengan rata-rata sebesar Rp 602.785.

Analisis multipel regresi antara besar piutang pasien rawat inap dengan kelas perawatan didapatkan hasil bahwa piutang pasien kelas I lebih besar dari piutang pasien kelas II, piutang pasien kelas II lebih kecil dibandingkan dengan kelas III. Pada penelitian ini terdapat hubungan yang signifikan antara besar piutang dengan kelas perawatan terutama kelas I ($P < 0.005$). Piutang pasien kelas I lebih besar dari piutang kelas III oleh karena: 1) ada kecenderungan pasien rawat inap memilih kelas I oleh karena masalah harga diri, sehingga pada saat pasien diperbolehkan pulang terjadi kesukaran melunasi rekening tagihan dari rumah sakit, 2) kemauan pasien untuk membayar tidak ada atau sengaja menghindari penagihan, walaupun sebenarnya pasien tersebut mampu untuk membayar. Ada dua type pasien dengan membayar sendiri tanpa asuransi yaitu, 1) pasien yang tidak mampu membayar rekeningnya, dan 2) pasien yang mampu membayar tetapi menghindari penagihan.¹⁶

Salah satu tujuan dibangunnya bangsal kelas I adalah untuk memberikan peluang subsidi silang dari pasien mampu ke pasien tidak mampu. Kenyataan di RS Bethesda pasien kelas I mempunyai piutang lebih besar dari pasien dengan kelas III.

Pada penelitian ini jenis pelayanan dibagi menjadi dua yaitu: pelayanan bedah dan pelayanan

non bedah. Sejumlah 144 pasien dengan kasus bedah didapatkan saldo piutang tertinggi sebesar Rp 6.964.695, piutang terendah Rp 260.000 dengan rata-rata sebesar Rp 786.475. Sedangkan 225 pasien dengan kasus non bedah didapatkan saldo piutang tertinggi sebesar Rp 6.033.295, piutang terendah Rp 20.000 dengan rata-rata sebesar Rp 570.452 (Gambar 4).

Rumah sakit Pemerintah di Paris melaporkan tiga puluh satu ribu pelayanan perawatan akut, didapatkan sebanyak satu milyar Francs dari total *revenue* sejumlah 27 milyar Francs (3,7%) selama satu tahun adalah *bad debt*. Terutama pelayanan di bagian bedah mempunyai piutang yang lebih besar dibandingkan dengan bagian non bedah.²² Pelayanan di bagian bedah di RS Bethesda yang sebagian besar pasien berasal dari Unit Gawat Darurat, sesuai dengan motto RS Bethesda "Tolong dulu urusan belakang" dan meningkatnya kasus dari kecelakaan lalu lintas yang perlu mendapatkan pertolongan segera dengan berbagai fasilitas penunjangnya memerlukan biaya yang cukup besar.

Piutang pasien rawat inap di bagian bedah lebih besar dibandingkan dengan pelayanan di bagian non bedah. Terdapat hubungan yang signifikan antara besar piutang dengan jenis pelayanan ($P < 0.005$) terutama jenis pelayanan bedah. Hasil penelitian ini sesuai dengan yang pernah dilaporkan oleh Durand & Lemaire²³ yaitu ada hubungan antara besar piutang dengan jenis pelayanan terutama pelayanan bedah.

Sebanyak 369 pasien rawat inap dengan piutang dari bagian bedah dan non bedah, lama

perawatan paling tinggi 171 hari, paling rendah 1 hari dengan rata-rata 18 hari. Pada penelitian ini terdapat hubungan yang signifikan antara besar piutang dengan *length of stay* ($P < 0.005$). Pasien dengan piutang yang besar kebanyakan mendapatkan perawatan yang cukup lama atau pasien yang meninggal dunia. Rata-rata hari perawatan akan lebih tinggi pada rumah sakit besar di perkotaan, kemungkinan karena kasus-kasus yang serius datang ke rumah-rumah sakit besar.⁶ Rumah sakit Bethesda adalah rumah sakit swasta tipe utama merupakan tempat referral untuk kasus-kasus yang tidak bisa ditangani di rumah sakit kecil, meningkatnya kasus-kasus dari UGD dan penyakit degeneratif sehingga lama perawatan lebih tinggi dari pada rata-rata LOS di RS Bethesda pada tahun 1994 (7.5 hari).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

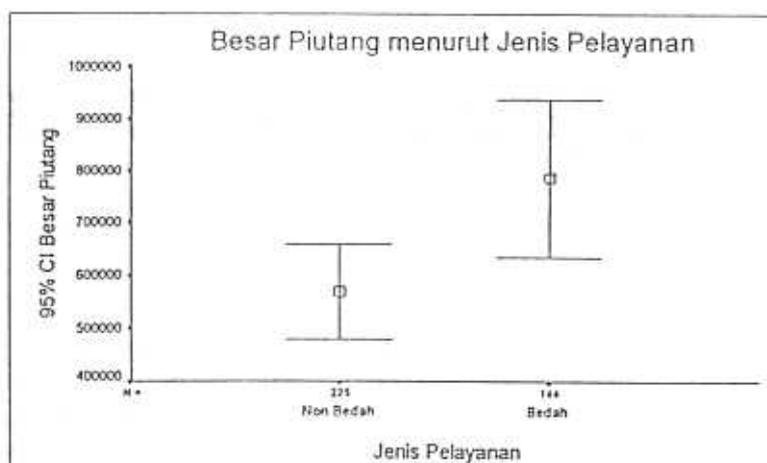
Sebagai kesimpulan hasil penelitian ini saldo piutang pasien rawat inap yang berasal dari Kabupaten Bantul lebih besar dibandingkan dengan piutang pasien rawat inap yang berasal dari Kodya Yogyakarta. Sejumlah 369 pasien rawat inap dengan piutang, sebagian besar pasien tidak ditanggung oleh asuransi. Bagian bedah mempunyai piutang yang lebih besar dibandingkan bagian non bedah. Pasien kelas I ternyata mempunyai piutang lebih besar bila dibandingkan dengan piutang pasien rawat inap di bangsal kelas III. Pada penelitian ini ternyata ada hubungan antara besar

piutang dengan pasien tanpa santunan asuransi, jenis pelayanan terutama pelayanan bedah, *length of stay*, dan kelas perawatan.

Saran

a) Bagi pengelola RS Bethesda

1. Pada waktu pasien akan dirawat di rumah sakit dilakukan wawancara yang berkaitan dengan siapakah yang menanggung pembiayaannya, bila tidak ditanggung oleh asuransi/instansi, segera diserahkan ke bagian piutang untuk merencanakan pembayaran biaya perawatan.
2. Menjelaskan kepada keluarga pasien yang akan mondok tentang biaya perawatan dan pengobatan rata-rata perhari untuk penyakitnya.
3. Pihak manajemen perlu membuat kebijakan untuk membuat sistem penagihan satu minggu sekali, dengan menyarankan pembayaran tunai setelah menerima pelayanan.
4. Memperpendek waktu keterlambatan di antara pasien yang sudah menerima jasa pelayanan dengan penerimaan rekening tagihan, dengan cara proses pengelolaan data piutang pasien rawat inap tidak terlambat dan dilakukan secara terus menerus.
5. Tidak memberi kesempatan untuk kredit bagi pasien yang mampu untuk membayar rekening tagihan biaya rawat inap, terutama pasien rawat inap kelas I.
6. Apabila selama dua minggu pasien belum mengangsur rekening yang ditagihkan, pihak



Gambar 4. Besar piutang pasien rawat inap RS Bethesda th 1994-1995 menurut jenis pelayanan

- rumah sakit dapat menurunkan kelas perawatan ke kelas yang lebih rendah.
7. Menginformasikan rekening tagihan pasien kepada dokter yang merawat agar tidak memperpanjang LOS bila pasien sudah waktunya diizinkan pulang.
 8. Mengaktifkan *one day care / one day surgery* untuk kasus-kasus yang masuk dalam kelompok *one day care*, diharapkan dapat menekan biaya perawatan dan lama perawatan.
 9. Bagi penderita yang sudah pulang, pihak rumah sakit bekerjasama dengan pihak ke tiga untuk melaksanakan penagihan.
- b) Bagi Dewan Pengurus YAKKUM**
1. Mengelompokkan piutang berdasarkan umur piutang, dilakukan penghapusan piutang pada laporan keuangan terhadap umur piutang lebih dari lima tahun.
 2. Di dalam menangani masalah piutang pasien pasien rawat inap, perlu dibuat *charity care* untuk pasien-pasien dengan piutang tak tertagih yang memang tidak mampu membayar dan tidak ditanggung oleh asuransi.
 3. Jaminan yang dititipkan oleh pasien dengan piutang yang sudah diizinkan pulang, dibuat perjanjian yang mempunyai kekuatan hukum sehingga dapat digunakan oleh rumah sakit apabila pasien tidak dapat melunasi piutangnya pada batas waktu yang telah ditentukan.
- KEPUSTAKAAN**
1. Roesma, S. PT. Askes rencana kegiatan ke tahun 2000. Kongres Nasional IAKMI VIII, Yogyakarta, 1995.
 2. Glaser, W.A. Paying the hospital. Jossey-BNass Inc. Publisher, San Fransisco, California, 1987.
 3. Levy, V.M. Financial management of hospital. 4 ed. The Law Book Company Limited, New South Wales, 1992.
 4. WHO. Financing of health services. report of WHO study group. World Health Organization, Geneva, 1991.
 5. Duncan, R.P. & McKinstry, A.K. Inpatient transfers and uncompensated care. Hospital & health service administration, 1988; 33: 237-248.
 6. Saywell, R.M., Zollinger, T.W., Chu, D.K.W., Macbeth, C.A., & Sechrist, M.E. Hospital and patient characteristics of uncompensated hospital care: Policy implications. Journal of Health Politics, Policy and Law, 1989; 14(2), 287-307.
 7. Perry, L. Hospital delicately explains policy to curb bad debt, Modern Healthcare, 1988: 18, 42.
 8. Zollinger, T.W., Saywell, R.M., Chu, D.K., Zigert, A., Wodds, J.R., & Labov, D. A determination of institutional and patient factors affecting uncompensated hospital care. Hospital-health-Service-Adm. 1991a; 36(2), 243-256.
 9. Kahn, K.L., Roger, W.H., Rubenstein, L.V., Sherwood, M.J., Reinsch, E.J., Keeler, E.B., Draper, D., Kosecoff, J., Brook, R.H. Measuring quality of care with explicit proses criteria before and after implementation of the DRG-based prospective payment system. JAMA, 1990b; 264: 1969-1973.
 11. Weissman, J., & Epstein, A.M. Case mix and resource utilization by uninsured hospital patients in the Boston Metropolitan area. Journal of The American Medical Association, 1989; 261: 3572-3576.
 12. Husnan, S. Manajemen keuangan, teori dan penerapan. BPFE, Yogyakarta, 1990.
 13. Tandelilin, E. Manajemen keuangan rumah sakit. Seminar Sehari Pengelolaan Keuangan Rumah Sakit, Program MMR, Yogyakarta, 1992.
 14. Neuman, B., Sauver, J.D., & Zelman, W.N. Financial management: Concept and application for health care provider. NHP, Maryland, 1988.
 15. Gani A. Pentarifan rumah sakit. Pelatihan Rumah Sakit Unit Swadana, Jakarta, 1992.
 16. Rosko, M.D. All payer rate setting and the provision of hospital care to the uninsured: The New Jersey experience. Journal Health Politics, Policy The Law. 1990; 15(4): 815-831.
 17. Trisnantoro, L. Modul asuransi kesehatan dan perubahan pembiayaan. Kumpulan kuliah MMR UGM, Yogyakarta, 1996.
 18. Riyadi S. Strategi pengembangan RS Indonesia menghadapi perubahan lingkungan pada era globalisasi. Rapat anggota PERSI cabang Jawa Barat, Bandung, 1996.
 19. Perdhaki. Lokakarya akuntansi untuk pimpinan rumah sakit. Pengembangan dan manajemen kesehatan Perdhaki, Jakarta, 1995.
 20. Garner, M., & grossman, W. Reporting charity care. Hospitals must prepare to comply with new AICPA accounting rules. Health-Progr, 1992; 83(1): 58-63.
 21. Imdieke, L.F., & Smith, R.E. Financial accounting. John Willy & Sons, Inc. Canada, 1987.
 22. Durand, Z.I. & lemaire, F. Hospital bad debt in france: Who does not pay? health-policy. 1993; 24(2): 187-194.
 23. Buczko, W. Factor affecting charity care and bad debt charges in Washington, Hospital. Annual

- meeting of the public health association, Washington, DC, 1992.
24. Zollinger, T.W., Saywell, R.M., & Chu, D.K.W. Uncompensated hospital care for pregnancy and childbirth cases. *American Journal of Public Health*. 1991b; 81(8): 1017-1022.
 25. Mowell, & Charles, A. Medicare claim submission: What is causing the delay? *Healthcare Financial Management*. 1987; 41(8): 86-87.
 26. Gani, A. Pembiayaan rumah sakit dan prospek perkembangan asuransi kesehatan selama PJPT II. *Journal Administrasi Rumah Sakit*. 1993; 1: 38-54.
 27. Trisnantoro, L. Modul ekonomi manajerial. Kumpulan kuliah MMR, UGM, Yogyakarta, 1995.