

**ANALISIS PENYEBAB KETERLAMBATAN PEMBAYARAN
KLAIM ASURANSI SWASTA DAN PENGARUHNYA
TERHADAP ARUS KAS RUMAH SAKIT JIH**

Tugas Akhir Magang



Disusun Oleh:

Yulizar Abdi Jabbar - 21311622

PROGRAM STUDI MANAJEMEN PROGRAM SARJANA

FAKULTAS BISNIS DAN EKONOMIKA

UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA

2025

**ANALISIS PENYEBAB KETERLAMBATAN PEMBAYARAN KLAIM
ASURANSI SWASTA DAN PENGARUHNYA TERHADAP ARUS KAS
RUMAH SAKIT JIH**

Tugas Akhir Magang

Disusun dan diajukan untuk memenuhi syarat ujian guna memperoleh gelar Sarjana Strata-1 di Program Studi Manajemen Program Sarjana Fakultas Bisnis dan Ekonomika, Universitas Islam Indonesia.

Disusun Oleh:

Nama : Yulizar Abdi Jabbar

NIM : 21311622

PROGRAM STUDI MANAJEMEN PROGRAM SARJANA

FAKULTAS BISNIS DAN EKONOMIKA

UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA

2025

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

"Dengan ini menyatakan bahwa dalam laporan magang ini tidak terdapat karya yang diajukan orang lain untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam referensi. Apabila kemudian hari terbukti bahwa pernyataan ini tidak benar, saya sanggup menerima hukuman/sanksi apa pun sesuai ketentuan yang berlaku"

Yogyakarta, 17 Januari 2025



Yulizar Abdi Jabbar

21311622

HALAMAN PENGESAHAN

ANALISIS PENYEBAB KETERLAMBATAN PEMBAYARAN KLAIM ASURANSI SWASTA DAN PENGARUHNYA TERHADAP ARUS KAS RUMAH SAKIT JIH

Diajukan Oleh:

Nama : Yulizar Abdi Jabbar

NIM : 21311622

Program Studi : Manajemen

Bidan Konsentrasi : Keuangan

Yogyakarta, 17 Maret 2025

Telah disetujui dan disahkan oleh

Dosen Pembimbing



Dra. Nurfauziah, MM.

BERITA ACARA UJIAN TUGAS AKHIR

TUGAS AKHIR BERJUDUL

**ANALISIS PENYEBAB KETERLAMBATAN PEMBAYARAN KLAIM
ASURANSI SWASTA DAN PENGARUHNYA TERHADAP ARUS KAS
RUMAH SAKIT JIH**

Disusun oleh : Yulizar Abdi Jabbar

Nomor Mahasiswa : 21311622

Telah dipertahankan didepan Tim Penguji dan dinyatakan lulus hari ini, tanggal:

Rabu 16 April 2025

Pembimbing TA : Nurfauziah, Dra., M.M.

Penguji : Bagus Panuntun, S.E., M.B.A.

Mengetahui

Dekan Fakultas Bisnis dan Ekonomika

Universitas Islam Indonesia



Prof. Johan Arifin, S.E., M.Si., Ph.D.

MOTTO

“Jika menulis dilarang, aku akan menulis dengan pemberontakan
dan tetes darah.”

(Wiji Thukul)

“Sometimes the truth is too simple for intellectuals.”

(Jean-Paul Sartre)

ABSTRAK

Keterlambatan pembayaran klaim asuransi merupakan tantangan keuangan yang umum dihadapi oleh rumah sakit swasta. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor penyebab keterlambatan pembayaran klaim asuransi swasta di Rumah Sakit JIH dan menganalisis dampaknya terhadap arus kas rumah sakit. Menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode wawancara dan observasi selama 4 bulan, penelitian ini mengumpulkan data dari Kepala Unit Penagihan dan Manajer Keuangan rumah sakit. Hasil penelitian menunjukkan bahwa keterlambatan pembayaran klaim disebabkan oleh faktor internal berupa ketidaklengkapan dokumen pendukung, proses administratif yang masih manual, dan lambatnya penandatanganan dokumen oleh dokter, serta faktor eksternal seperti tuntutan dokumen tambahan oleh pihak asuransi, kondisi keuangan perusahaan asuransi yang tidak stabil, dan penggunaan verifikator pihak ketiga. Meskipun piutang asuransi berkontribusi sebesar 47-48% dari total pendapatan, Rumah Sakit JIH berhasil memitigasi dampak keterlambatan klaim terhadap arus kas melalui strategi pengelolaan keuangan yang komprehensif, meliputi penyesuaian jadwal pembayaran kewajiban non-rutin dengan pola penerimaan klaim, mempertahankan cadangan kas minimal setara dengan satu kali pendapatan bulanan, menerapkan kebijakan *stop release* untuk asuransi yang menunggak, dan melakukan transformasi digital. Berbeda dengan temuan penelitian terdahulu, keterlambatan klaim tidak memberikan dampak signifikan terhadap stabilitas keuangan dan operasional rumah sakit, menunjukkan efektivitas strategi mitigasi risiko yang diterapkan. Penelitian ini merekomendasikan penguatan aspek legal dalam perjanjian kerja sama dengan asuransi, percepatan implementasi transformasi digital untuk alur penagihan, dan pengembangan program pelatihan komprehensif bagi staf terkait.

Kata Kunci: *Rumah sakit, asuransi, keterlambatan pembayaran klaim, arus kas, klaim asuransi.*

ABSTRACT

Delayed insurance claim payments represent a common financial challenge faced by private hospitals. This study aims to identify the factors causing delays in private insurance claim payments at JIH Hospital and analyze their impact on the hospital's cash flow. Using a qualitative approach involving interviews and observations over four months, data were collected from the hospital's Billing Unit Head and Financial Manager. The findings revealed that delayed claim payments stem from internal factors, such as incomplete supporting documents, manual administrative processes, and slow document sign-offs by physicians, as well as external factors, including insurers' demands for additional documentation, unstable financial conditions of insurance companies, and reliance on third-party verifiers. Despite insurance receivables contributing 47-48% of total revenue, JIH Hospital successfully mitigated the cash flow impact of delayed claims through comprehensive financial management strategies. These included adjusting the schedule of non-routine liability payments to align with claim receipt patterns, maintaining a minimum cash reserve equivalent to one month's revenue, implementing a stop-release policy for delinquent insurers, and adopting digital transformation. Contrary to previous studies, delayed claims did not significantly affect the hospital's financial or operational stability, demonstrating the effectiveness of its risk mitigation strategies. This study recommends strengthening legal aspects in insurance partnership agreements, accelerating digital transformation for billing workflows, and developing comprehensive training programs for relevant staff.

Keywords: *Hospital, insurance, delayed claim payments, cash flow, insurance claims.*

KATA PENGANTAR

Assalamu 'alaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh

Alhamdulillah hirabbil 'alamin, puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala limpahan rahmat, hidayah, dan karunia-Nya. Shalawat serta salam kita panjatkan kepada Nabi Muhammad SAW yang telah membawa kita dari zaman kegelapan hingga zaman terang benderang yang penuh ilmu ini sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir yang berjudul “Analisis Penyebab Keterlambatan Pembayaran Klaim Asuransi Swasta dan Pengaruhnya terhadap Arus Kas Rumah Sakit JIH”.

Penyusunan tugas akhir ini tidak terlepas dari hambatan dan tantangan yang dihadapi penulis. Namun, dengan dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak, penulis mampu menyelesaikan tugas akhir ini dengan baik. Maka dari itu, pada kesempatan kali ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Allah SWT yang senantiasa memberikan rahmat, hidayah, dan karunia-Nya sehingga penulis diberi kemudahan dan kelancaran dalam menyelesaikan tugas akhir ini.
2. Kedua orang tua saya yang sentiasa mendukung secara material dan imaterial untuk menyelesaikan tugas akhir saya.
3. Ibu Nurfauziah Dra., MM. selaku dosen pembimbing selama saya membuat tugas akhir saya
4. Ibu Nur Azizah dan Pak Danan sebagai narasumber saya untuk menyusun tugas akhir saya dan juga saya berterima kasih kepada seluruh staff penagihan yang telah membimbing saya selama saya magang.
5. Jean-Paul Sartre yang telah menunjukkan kepada saya arti kehidupan, kebebasan, dan tanggung jawab dalam jalan eksitensialisme.
6. Teman-teman S'Boys yang telah menemani perkuliahan dari awal hingga akhir.

7. Terakhir kepada diri saya sendiri. Karena jika tidak ada saya tidak ada juga tulisan ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan tugas akhir ini masih terdapat kekurangan dan jauh dari kata sempurna. Keterbatasan pengetahuan dan pengalaman penulis menjadi faktor kekurangan dari penulisan tugas akhir ini. Penulis berharap terdapat kritik dan saran sebagai bahan evaluasi dan tambahan pengetahuan bagi penulis untuk perbaikan dalam melakukan penulisan selanjutnya. Walaupun demikian, penulis berharap tugas akhir ini memiliki manfaat dan dampak positif bagi semua pihak. Terima kasih.

Wassalamu'alaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh

Penulis,



Yulizar Abdi Jabbar

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME .Error! Bookmark not defined.	
HALAMAN PENGESAHAN	ii
MOTTO.....	v
ABSTRAK.....	vi
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI	x
BAB I	1
PENDAHULUAN.....	1
1.1 Profil Perusahaan	1
1.1.1 Sejarah Perusahaan.....	1
1.1.2 Struktur Organisasi.....	2
1.2 Latar Belakang	2
1.3 Rumusan Masalah	4
1.4 Tujuan Penelitian.....	4
1.5 Implikasi Penelitian.....	4
BAB II.....	6
TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Landasan Teori	6
2.1.1 Pengertian Asuransi.....	6
2.1.2 Asuransi Kesehatan.....	7
2.1.3 Jenis-Jenis Asuransi Kesehatan.....	8
2.1.4 Prinsip-Prinsip Asuransi Kesehatan	8

2.1.5	Manfaat Asuransi Kesehatan.....	9
2.1.6	Pengertian Arus Kas.....	10
2.1.7	Tujuan Arus Kas.....	12
2.1.8	Klasifikasi Arus Kas.....	13
2.1.9	Pengaruh Arus Kas.....	15
2.2	Penelitian Sebelumnya.....	17
BAB III.....		20
METODELOGI PENELITIAN.....		20
3.1	Pendekatan.....	20
3.2	Unit Analisis.....	21
3.3	Sumber Data dan Teknik Pengumpulan Data.....	21
3.3.1	Wawancara.....	21
3.3.2	Observasi.....	21
3.4	Teknik Analisis Data.....	21
BAB IV.....		23
PEMBAHASAN & HASIL.....		23
4.1.	Deskripsi Data.....	23
4.2.	Analisis Data.....	23
4.3.	Pembahasan Hasil.....	24
4.3.1.	Alur Proses Penagihan Klaim di Rumah Sakit JIH.....	24
4.3.2.	Faktor Internal dan Eksternal dalam Keterlambatan Pembayaran Klaim.....	25
4.3.3.	Aspek Legal dan Kontraktual dalam Proses Pembayaran Klaim	27
4.3.4.	Dampak Keterlambatan Terhadap Arus Kas & Operasional Rumah Sakit	Error! Bookmark not defined.

4.3.5. Strategi Mitigasi Risiko Keterlambatan Klaim.....	27
BAB V.....	29
KESIMPULAN & SARAN.....	29
5.1 Kesimpulan	29
5.2 Saran.....	30
DAFTAR PUSTAKA.....	32

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Profil Perusahaan

1.1.1 Sejarah Perusahaan

Rumah Sakit JIH, yang sebelumnya dikenal sebagai Jogja International Hospital, didirikan oleh Yayasan Badan Wakaf Universitas Islam Indonesia (YBW UII) dan dikelola oleh PT Medika Farma (PT UMF). Rumah Sakit JIH mulai beroperasi pada 5 Februari 2007 dan memperoleh Sertifikasi ISO 9001:2008 pada 20 Mei 2010. Perubahan nama Jogja International Hospital menjadi Rumah Sakit JIH dilandasi kepatuhan terhadap regulasi nasional. Sejalan dengan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 659/Menkes/Per/VIII/2009 tentang Rumah Sakit Indonesia Kelas Dunia (Pasal 15) dan diperkuat dengan Surat Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik Kementerian Kesehatan No. YM.02.10/III/2743/10, secara resmi terhitung sejak 1 Agustus 2010, institusi ini mengadopsi nama baru sebagai bentuk penyelarasan dengan standar pelayanan kesehatan bertaraf internasional. Visi dan Misi

Pencapaian sertifikasi ISO oleh Rumah Sakit JIH merupakan manifestasi konkret dari visi dan misi yang diembannya. Visi institusi ini adalah menjadi rumah sakit swasta premium terdepan di Yogyakarta dengan mengedepankan pertumbuhan layanan kesehatan berkelanjutan yang berlandaskan prinsip-prinsip Islami. Sejalan dengan target tahun 2025, Rumah Sakit JIH berkomitmen untuk mencapai standar pelayanan internasional melalui fokus pada keselamatan pasien (*patient safety*) dan kepuasan pelanggan sebagai inti dari setiap praktik medis dan non-medisnya. Untuk menunjang visi tersebut, Rumah Sakit JIH memiliki misi yang mencakup:

1. Mengembangkan institusi rumah sakit swasta premium dengan memberikan pelayanan *excellence*.

2. Mengembangkan pelayanan klinis dan pelayanan perumahsakitannya berstandar internasional dengan mengutamakan keselamatan pasien dan kepuasan pelanggan.
3. Membangun modal insani yang amanah, terampil, profesional, unggul, dan kompeten berdasarkan nilai-nilai Islami.
4. Meningkatkan kinerja rumah sakit yang didukung oleh sistem pengendalian dan pengawasan yang efektif.

Visi dan misi Rumah Sakit JIH didukung oleh budaya perusahaan yang mereka miliki, yaitu AMPUH. AMPUH merupakan akronim dari Amanah, Melayani dengan Sepenuh Hati, Profesional, Unggul, dan Harmonis. Selain itu, Rumah Sakit JIH memiliki kebijakan kualitas dengan memastikan layanan premium yang bermanfaat bagi masyarakat, berbasis syariah, dan bertaraf internasional.

1.1.2 Struktur Organisasi

1. **Medis dan Keperawatan:** Bertanggung jawab atas manajemen aspek medis dan keperawatan rumah sakit. Ini meliputi penetapan kebijakan klinis, pengawasan terhadap praktik medis, dan memastikan standar perawatan yang tinggi bagi pasien.
2. **Pemasaran dan Penjualan:** Mengembangkan strategi pemasaran untuk meningkatkan citra dan visibilitas rumah sakit, serta menangani penjualan layanan kesehatan kepada masyarakat.
3. **Operasional:** Mengelola operasi harian dan infrastruktur fisik rumah sakit, memastikan semua proses berjalan lancar untuk mendukung perawatan pasien dan kegiatan klinis.
4. **Keuangan:** Bertanggung jawab atas pengelolaan aspek keuangan rumah sakit, termasuk penagihan pasien dan manajemen piutang.

1.2 Latar Belakang

Rumah sakit merupakan institusi penting dalam pelayanan kesehatan masyarakat. Salah satu aspek yang tak dapat dipisahkan dari rumah sakit adalah asuransi. Asuransi telah menjadi bagian integral dari sistem kesehatan modern,

melindungi pasien dari *catastrophic health expenditure* (pengeluaran kesehatan yang membebani) sekaligus menjamin akses layanan medis bagi masyarakat (WHO, 2010). Dengan adanya asuransi, pasien terlindungi dari risiko finansial yang mungkin timbul akibat biaya perawatan yang tinggi, sementara rumah sakit memperoleh manfaat ekonomi melalui kerjasama dengan perusahaan asuransi sebagai sumber pendapatan strategis (Finkler, 2020). Simbiosis mutualisme ini menjadi fondasi sistem kesehatan berbasis asuransi, di mana perlindungan finansial pasien dan keberlanjutan operasional rumah sakit saling terkait.

Meskipun rumah sakit mendapatkan manfaat dari kerja sama dengan asuransi, kerja sama ini tidak jarang menimbulkan masalah. Selama observasi di Rumah Sakit JIH, penulis menemukan bahwa keterlambatan pembayaran klaim asuransi swasta menjadi tantangan yang mungkin berpotensi mengganggu arus kas. Fenomena ini sejalan dengan temuan penelitian terdahulu pada kasus asuransi pemerintah (BPJS Kesehatan). Suhadi (2022) menyatakan bahwa keterlambatan klaim dapat menghambat siklus keuangan rumah sakit, terutama dalam pengadaan obat dan pembayaran tenaga medis. Yuliyanti & Thabrany (2018) juga menemukan bahwa keterlambatan klaim mengurangi likuiditas operasional dan mengancam stabilitas layanan kesehatan. Sementara itu, Haryono & Budiarsih (2024) menegaskan bahwa penundaan pembayaran klaim memaksa rumah sakit mengalokasikan dana secara tidak optimal, yang berimbas pada kualitas pelayanan.

Berdasarkan observasi awal, peneliti bertujuan mengidentifikasi faktor penyebab keterlambatan klaim asuransi swasta di Rumah Sakit JIH dan mengevaluasi dampaknya terhadap arus kas. Analisis ini relevan mengingat minimnya studi terkait asuransi swasta di Indonesia, sebagaimana terlihat dari literatur yang didominasi pembahasan BPJS Kesehatan. Padahal, kerja sama dengan asuransi swasta menyumbang sekitar 47-48% dari total pendapatan Rumah Sakit JIH, menjadikannya sumber pendapatan utama yang krusial bagi keberlanjutan finansial rumah sakit. Dengan mengkaji kasus Rumah Sakit JIH, penelitian ini diharapkan dapat memberikan pemahaman mendalam tentang dinamika keterlambatan klaim asuransi swasta, sekaligus merekomendasikan

strategi peningkatan efisiensi pengelolaan klaim. Rekomendasi tersebut mungkin dapat menjadi acuan bagi manajemen rumah sakit dalam menjaga kestabilan arus kas tanpa mengorbankan kualitas pelayanan kesehatan.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang tersebut diatas, maka rumusan masalah yang akan dibahas adalah:

1. Apa saja faktor-faktor yang menyebabkan keterlambatan pembayaran klaim asuransi swasta di Rumah Sakit JIH?
2. Bagaimana keterlambatan pembayaran klaim asuransi swasta berdampak terhadap arus kas Rumah Sakit JIH?

1.4 Tujuan Penelitian

Adapun Tujuan penelitian ini adalah:

1. Mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan keterlambatan pembayaran klaim asuransi swasta di Rumah Sakit JIH.
2. Menganalisis dampak keterlambatan pembayaran klaim asuransi swasta terhadap arus kas Rumah Sakit JIH.

1.5 Implikasi Penelitian

Adapun Implikasi penelitian yang diharapkan dari penelitian ini sebagai berikut:

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap ilmu pengetahuan dalam bidang manajemen keuangan. Selain itu, penelitian ini diharapkan dijadikan referensi bagi peneliti dibidang yang sama.

2. Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan memberikan rekomendasi yang dapat digunakan oleh Rumah Sakit JIH dalam mengatasi keterlambatan pembayaran klaim asuransi. Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat

membantu dalam pengambilan keputusan dari adanya keterlambatan pembayaran klaim asuransi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Pengertian Asuransi

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Indonesia tentang Perasuransian. Asuransi merupakan sebuah perjanjian antara dua pihak, yaitu perusahaan asuransi dan pemegang polis, yang menjadi dasar bagi penerimaan premi oleh perusahaan asuransi sebagai imbalan untuk:

1. Memberikan penggantian kepada tertanggung atau pemegang polis karena kerugian, kerusakan, biaya yang timbul, kehilangan keuntungan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin diderita tertanggung atau pemegang polis karena terjadinya suatu peristiwa yang tidak pasti; atau
2. Memberikan pembayaran yang didasarkan pada meninggalnya tertanggung atau pembayaran yang didasarkan pada hidupnya tertanggung dengan manfaat yang besarnya telah ditetapkan dan/atau didasarkan pada hasil pengelolaan dana.

Asuransi, dalam konteks hukum Indonesia, didefinisikan sebagai perjanjian antara penanggung (perusahaan asuransi) dan tertanggung (pemegang polis) untuk memberikan ganti rugi atas kerugian, kerusakan, atau kehilangan keuntungan akibat peristiwa tidak pasti, dengan imbalan pembayaran premi (Pasal 246 KUHD). Secara konseptual, (George E. Rejda, 2020) menjelaskan asuransi sebagai alat sosial untuk mengurangi risiko dengan mengalihkannya dari individu ke perusahaan asuransi, di mana perusahaan bersedia memberikan kompensasi finansial atas kerugian yang telah disepakati. Dari perspektif ekonomi, asuransi berfungsi sebagai mekanisme redistribusi biaya risiko melalui pembentukan kumpulan risiko (risk pool), sehingga mengurangi kerentanan finansial individu dan institusi (John Smith, 2021).

Dalam konteks kesehatan, (Wardhana, 2023) menambahkan bahwa asuransi tidak hanya melindungi pasien dari beban biaya medis tak terduga (catastrophic health expenditure), tetapi juga menjadi sumber pendapatan strategis bagi rumah sakit melalui kerja sama dengan perusahaan asuransi. Dengan demikian, asuransi menjembatani kepentingan perlindungan finansial pasien dan keberlanjutan operasional rumah sakit

2.1.2 Asuransi Kesehatan

Asuransi kesehatan merupakan hak hukum kepada seseorang untuk menerima pembayaran atau penggantian biaya perawatan kesehatan, umumnya penggantian biaya didasarkan pada kontrak dengan perusahaan asuransi yang menyediakan jaminan kesehatan (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2023). Asuransi kesehatan adalah bentuk perlindungan keuangan yang menjamin pembiayaan biaya pengobatan dan perawatan medis ketika seseorang mengalami sakit atau kecelakaan. Dengan demikian, asuransi kesehatan berperan dalam mengurangi beban biaya medis yang besar dan tak terduga, serta memastikan akses ke layanan kesehatan yang lebih baik bagi individu yang tidak mampu membayar sendiri. (Wardhana, 2023).

Mekanisme ini selaras dengan prinsip manajemen risiko dalam asuransi, di mana perusahaan asuransi mengalihkan risiko finansial individu ke dalam skema kolektif berbasis premi (George E. Rejda, 2020). (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2022) menambahkan bahwa asuransi kesehatan tidak hanya bersifat komersial, tetapi juga menjadi instrumen kebijakan publik untuk mencapai keadilan sosial dalam sistem kesehatan. Misalnya, melalui program asuransi sosial seperti BPJS Kesehatan di Indonesia atau Medicare di Amerika Serikat, pemerintah menjamin akses layanan kesehatan bagi kelompok berpenghasilan rendah.

Lebih jauh, World Health Organization, (2023) menegaskan bahwa asuransi kesehatan adalah komponen kunci menuju universal health coverage (cakupan kesehatan semesta). Dengan mengumpulkan dana dari premi, pajak, atau kontribusi wajib, sistem ini memastikan bahwa tidak ada seorang pun yang

harus menghadapi kebangkrutan finansial hanya untuk membayar biaya pengobatan. Seperti dijelaskan (Wardhana, 2023), keberadaan asuransi kesehatan juga mendorong peningkatan kualitas layanan medis karena adanya mekanisme kontrol biaya dan standarisasi fasilitas kesehatan oleh penyedia asuransi.

2.1.3 Jenis-Jenis Asuransi Kesehatan

Menurut Wardhana (2023) Ada beberapa jenis asuransi kesehatan yang umum ditemukan di Indoensia, di antaranya:

1. Asuransi Kesehatan Individu: Asuransi ini memberikan perlindungan kesehatan untuk individu dengan premi yang telah ditentukan.
2. Asuransi Kesehatan Keluarga: Asuransi ini menawarkan perlindungan kesehatan bagi seluruh anggota keluarga.
3. Asuransi Kesehatan Pra-eksisting: Asuransi ini memberikan perlindungan untuk kondisi medis yang sudah ada sebelumnya, seperti kanker, penyakit jantung, atau diabetes.
4. Asuransi Kesehatan Penyakit Kritis: Asuransi ini memberikan perlindungan bagi individu yang didiagnosis dengan penyakit serius, seperti kanker atau serangan jantung.
5. Asuransi Kesehatan Global: Asuransi ini memberikan perlindungan kesehatan internasional dan mencakup biaya medis di negara-negara lain.
6. Asuransi Kesehatan Perjalanan: Asuransi ini memberikan perlindungan kesehatan selama perjalanan wisata ke luar negeri.
7. Asuransi Kesehatan Anak: Asuransi ini memberikan perlindungan finansial khusus untuk kebutuhan kesehatan anak-anak.

2.1.4 Prinsip-Prinsip Asuransi Kesehatan

Pedoman dalam penyelenggaraan asuransi kesehatan didasarkan pada prinsip-prinsip yang ada, yang bertujuan untuk memberikan layanan terbaik sesuai dengan regulasi yang berlaku. Berikut adalah beberapa prinsip asuransi kesehatan menurut Wardhana (2023):

1. Prinsip Kebersamaan (Mutual Assistance): Dalam sistem asuransi, anggota membentuk jejaring solidaritas di mana setiap peserta saling mendukung untuk memenuhi kebutuhan kesehatan bersama..
2. Prinsip Iuran (Premium): Keanggotaan asuransi mensyaratkan pembayaran kontribusi secara berkala sesuai ketentuan yang ditetapkan, sebagai prasyarat untuk memperoleh perlindungan kesehatan.
3. Prinsip Kerahasiaan (Principle of Confidentiality): Informasi personal anggota asuransi merupakan ranah privat yang mutlak dilindungi, dengan larangan keras membocorkan data tanpa persetujuan yang bersangkutan.
4. Prinsip Keadilan (Fairness): Setiap peserta asuransi berhak mendapatkan perlakuan setara dan non-diskriminatif dalam memperoleh manfaat perlindungan kesehatan.
5. Prinsip Tanggung Jawab (Principle of Responsibility): Setiap anggota wajib berperan aktif menjaga kesehatan pribadinya dan mematuhi seluruh regulasi yang berlaku dalam skema asuransi kesehatan.
6. Prinsip Subsidiaritas (Principle of Subsidiarity): Asuransi kesehatan difokuskan untuk memberikan perlindungan pada kondisi medis dengan biaya perawatan yang signifikan dan sulit dijangkau secara individual.
7. Prinsip Kestinambungan (Principle of Sustainability): Penyelenggara asuransi berkewajiban menjamin keberlanjutan program perlindungan kesehatan melalui pengelolaan yang berkelanjutan dan terencana.

2.1.5 Manfaat Asuransi Kesehatan

Asuransi kesehatan memberikan manfaat multidimensional bagi individu dan masyarakat. Pertama, asuransi kesehatan melindungi individu dari beban finansial katastrofik akibat biaya medis tak terduga. Menurut WHO (2023), sistem asuransi yang baik mengurangi risiko rumah tangga menghabiskan lebih dari 40% pendapatan mereka untuk biaya kesehatan. Kedua, asuransi menjamin akses layanan kesehatan berkualitas, seperti konsultasi dokter spesialis dan pemeriksaan laboratorium. Data OECD ,(2022) menunjukkan bahwa negara dengan cakupan asuransi di atas 90% populasi memiliki tingkat akses ke dokter spesialis dua kali lebih tinggi dibandingkan

negara dengan cakupan di bawah 50%. Ketiga, asuransi mendukung layanan pencegahan penyakit, seperti vaksinasi dan skrining kanker. George E. Rejda, (2020) menjelaskan bahwa polis asuransi modern mencakup layanan preventif untuk menekan risiko klaim jangka panjang.

Di tingkat makro, asuransi kesehatan meningkatkan stabilitas ekonomi rumah tangga. (Wardhana, 2023) memaparkan bahwa BPJS Kesehatan di Indonesia berhasil menurunkan pengeluaran langsung (out-of-pocket) untuk rawat inap dari 57% di tahun 2013 menjadi 33% di tahun 2022, sehingga dana rumah tangga dapat dialokasikan ke kebutuhan lain seperti pendidikan. Selain itu, asuransi kesehatan mendorong keadilan sosial dengan menjamin akses layanan bagi kelompok rentan. (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2023) melaporkan bahwa Medicaid di AS menjamin perlindungan kesehatan bagi 82 juta warga berpenghasilan rendah, termasuk anak-anak dan penyandang disabilitas. Terakhir, asuransi meningkatkan efisiensi sistem kesehatan melalui kontrol biaya. (World Health Organization, 2023) mencontohkan bahwa negara seperti Jerman dan Jepang berhasil menekan biaya rumah sakit hingga 30% berkat negosiasi harga oleh penyedia asuransi.

Menurut Djuhaeni (2007) ada dua manfaat asuransi kesehatan, di antaranya:

1. Asuransi mengubah risiko yang tidak pasti menjadi rencana yang terkendali dan terukur.
2. Asuransi mengalihkan risiko individual menjadi risiko kolektif melalui mekanisme risk pooling. Dalam proses ini terjadi solidaritas antaranggota, di mana kelompok dengan kondisi lebih baik secara sukarela menanggung beban kelompok yang lebih rentan.

2.1.6 Pengertian Arus Kas

Berdasarkan PSAK No. 2, laporan arus kas merupakan bagian penting dari laporan keuangan yang memberikan gambaran tentang arus masuk dan keluar kas dari aktivitas operasional, investasi, dan pendanaan perusahaan

dalam suatu periode waktu tertentu (Ikatan Akuntan Indonesia, 2009). Trianjani Nia, (2020) mendefinisikan arus kas sebagai sajian informasi tentang arus kas masuk dan arus kas keluar dan setara kas suatu entitas untuk periode tertentu. Melalui laporan arus kas, pengguna laporan keuangan ingin mengetahui bagaimana entitas menghasilkan dan menggunakan kas dan setara kas. Mengutip dari Investopedia (2024) Arus kas adalah pergerakan uang masuk dan keluar dari suatu perusahaan dalam periode waktu tertentu. Jika arus kas masuk perusahaan melebihi arus kas keluar, maka arus kas bersihnya positif. Sebaliknya, jika arus kas keluar lebih besar dari arus kas masuk, maka arus kas bersihnya negatif.

Arus kas tidak hanya mencerminkan likuiditas perusahaan, tetapi juga menjadi indikator utama dalam menilai kemampuan entitas untuk mempertahankan operasi dan pertumbuhan jangka panjang. Menurut *Financial Accounting Standards Board* (FASB) ASC 230 di Amerika Serikat, laporan arus kas harus mengungkapkan sumber dan penggunaan kas secara transparan, dengan klasifikasi aktivitas operasi, investasi, dan pendanaan yang konsisten (FASB, 2024). Standar ini menekankan bahwa informasi arus kas membantu pengguna laporan keuangan mengevaluasi fleksibilitas finansial dan risiko likuiditas.

Donald E. Kieso, (2022) dalam buku *Intermediate Accounting* mendefinisikan arus kas sebagai "aliran kas masuk dan keluar yang terkait dengan aktivitas utama perusahaan, serta investasi dan pendanaan yang memengaruhi posisi likuiditas". Mereka juga menambahkan bahwa arus kas operasi yang sehat menunjukkan kemampuan perusahaan menghasilkan kas dari bisnis inti, yang menjadi dasar keberlanjutan usaha. Sementara itu, Gary A. Porter, (2023) dalam *Financial Accounting: The Impact on Decision Makers* menyatakan bahwa arus kas negatif dari aktivitas investasi tidak selalu buruk, karena bisa mencerminkan pengeluaran untuk aset produktif yang mendukung pertumbuhan jangka panjang.

2.1.7 Tujuan Arus Kas

Laporan arus kas menyediakan data penting yang membantu para pengguna menilai perubahan aset bersih, struktur keuangan termasuk aspek likuiditas dan solvabilitas serta kemampuan perusahaan dalam mengelola jumlah dan waktu arus kas untuk menyesuaikan dengan kondisi dan peluang yang berubah. Data ini juga berguna untuk menilai efektivitas perusahaan dalam menghasilkan kas dan setara kas, serta mendasari pengembangan model yang membandingkan nilai kini arus kas masa depan antar perusahaan. Selain itu, laporan ini meningkatkan kemampuan perbandingan kinerja operasional berbagai perusahaan dengan mengurangi pengaruh perbedaan perlakuan akuntansi terhadap transaksi dan peristiwa yang serupa. (Ikatan Akuntan Indonesia, 2009).

Laporan arus kas disusun untuk memenuhi beberapa tujuan strategis dalam pelaporan keuangan. Pertama, laporan ini memberikan informasi tentang sumber dan penggunaan kas suatu entitas, seperti penerimaan dari pelanggan, pembayaran ke pemasok, atau pembelian aset tetap. Hal ini sejalan dengan IAS 7 (IFRS Foundation, 2024) yang mewajibkan perusahaan mengungkapkan perubahan kas dan setara kas berdasarkan aktivitas operasi, investasi, dan pendanaan. Kedua, laporan arus kas bertujuan menilai kemampuan perusahaan dalam menghasilkan kas dari aktivitas operasi, yang menjadi indikator utama keberlanjutan bisnis. Donald E. Kieso, (2022) menegaskan bahwa arus kas operasi positif mencerminkan efisiensi operasional dan kemampuan membiayai kegiatan tanpa ketergantungan pada pendanaan eksternal.

Ketiga, laporan arus kas digunakan untuk memprediksi arus kas masa depan. Stephen H. Penman (2023) menjelaskan bahwa tren arus kas historis membantu investor dan analis memproyeksikan kemampuan perusahaan dalam menghasilkan kas untuk ekspansi atau pelunasan utang. Keempat, laporan ini berperan dalam menilai likuiditas dan solvabilitas. *American Institute of CPAs (2024)* menyatakan bahwa arus kas operasi yang stabil mengurangi risiko gagal

bayar kewajiban jangka pendek dan panjang, sehingga meningkatkan kepercayaan kreditur. Terakhir, laporan arus kas mendukung pengambilan keputusan manajerial, seperti alokasi anggaran atau evaluasi investasi. Eugene F. Brigham (2024) menambahkan bahwa manajemen menggunakan analisis arus kas untuk mengoptimalkan struktur modal dan meminimalkan risiko finansial.

2.1.8 Klasifikasi Arus Kas

Berdasarkan PSAK No. 2 terdapat tiga klasifikasi dalam arus kas sebagai berikut (Ikatan Akuntan Indonesia, 2009):

1. Aktivitas Operasi

Aktivitas operasi merupakan kegiatan primer yang menghasilkan pendapatan utama dalam suatu organisasi, yang berbeda dari aktivitas investasi dan pendanaan. Besaran aliran kas dari kegiatan operasional menjadi tolok ukur fundamental untuk mengevaluasi kemampuan suatu entitas dalam memenuhi berbagai kebutuhan strategisnya, seperti pelunasan pinjaman, mempertahankan kapasitas operasional, pembayaran dividen, serta pengembangan investasi baru tanpa bergantung pada sumber eksternal. Informasi historis mengenai komponen arus kas operasional, dikombinasikan dengan data pendukung lainnya, memiliki peran signifikan dalam membuat proyeksi aliran kas di masa mendatang. Pada hakikatnya, arus kas operasional dihasilkan terutama dari aktivitas utama penghasil pendapatan, sehingga umumnya terkait langsung dengan transaksi dan peristiwa yang memengaruhi perhitungan laba atau rugi bersih perusahaan.. Ada beberapa contoh arus kas dari aktivitas operasional sebagai berikut:

- a. penerimaan kas dari penjualan barang dan pemberian jasa;
- b. penerimaan kas dari royalti, fees, komisi, dan pendapatan lain;
- c. pembayaran kas kepada pemasok barang dan jasa;
- d. pembayaran kas kepada dan untuk kepentingan karyawan;
- e. penerimaan dan pembayaran kas oleh entitas asuransi sehubungan dengan premi, klaim, anuitas, dan manfaat polis lainnya;

- f. pembayaran kas atau penerimaan kembali (restitusi) pajak penghasilan kecuali jika dapat diidentifikasi secara khusus sebagai bagian dari aktivitas pendanaan dan investasi;
- g. penerimaan dan pembayaran kas dari kontrak yang dimiliki untuk tujuan diperdagangkan atau diperjanjikan (dealing).

2. Aktivitas Investasi

Investasi merujuk pada proses memperoleh dan melepaskan aset dengan horizon waktu panjang, di luar kategori kas dan setara kas. Laporan arus kas untuk kegiatan investasi memiliki signifikansi tersendiri karena menggambarkan alokasi sumber daya keuangan yang ditujukan untuk mendapatkan aset produktif yang diharapkan dapat menghasilkan pendapatan serta aliran dana di periode mendatang. Beberapa contoh arus kas yang berasal dari aktivitas investasi sebagai berikut:

- a. pembayaran kas untuk membeli aset tetap, aset tidak berwujud, dan aset jangka panjang lain, termasuk biaya pengembangan yang dikapitalisasi dan aset tetap yang dibangun sendiri;
- b. penerimaan kas dari penjualan tanah, bangunan, dan peralatan, serta aset tidak berwujud dan aset jangka panjang lain;
- c. pembayaran kas untuk membeli instrumen utang atau instrumen ekuitas entitas lain dan kepemilikan dalam ventura bersama (selain pembayaran kas untuk instrumen yang dianggap setara kas atau instrumen yang dimiliki untuk diperdagangkan atau diperjanjikan);
- d. kas yang diterima dari penjualan instrumen utang dan instrumen ekuitas entitas lain dan kepemilikan ventura bersama (selain penerimaan kas dari instrumen yang dianggap setara kas atau instrumen yang dimiliki untuk diperdagangkan atau diperjanjikan);
- e. uang muka dan pinjaman yang diberikan kepada pihak lain (selain uang muka dan kredit yang diberikan oleh lembaga keuangan);
- f. penerimaan kas dari pelunasan uang muka dan pinjaman yang diberikan kepada pihak lain (selain uang muka dan kredit yang diberikan oleh lembaga keuangan);

g. pembayaran kas sehubungan dengan futures contracts, forward contracts, option contracts, dan swap contracts kecuali apabila kontrak tersebut dimiliki untuk tujuan diperdagangkan atau diperjanjikan, atau apabila pembayaran tersebut diklasifikasikan sebagai aktivitas pendanaan; dan pembayaran kas dari futures contracts, forward contracts, option contracts, dan swap contracts kecuali apabila kontrak tersebut dimiliki untuk tujuan diperdagangkan atau diperjanjikan, atau apabila pembayaran tersebut diklasifikasi sebagai aktivitas pendanaan.

3. Aktivitas Pendanaan

Aktivitas pendanaan mencakup transaksi yang memengaruhi struktur modal dan utang perusahaan, meliputi perubahan pada kontribusi modal pemilik serta perolehan atau pelunasan pinjaman. Pemisahan dan analisis arus kas dari aktivitas pendanaan memiliki signifikansi strategis karena memberikan wawasan penting kepada para penyandang modal dalam mengevaluasi potensi aliran keuangan di masa mendatang. Beberapa contoh arus kas yang berasal dari aktivitas pendanaan sebagai berikut:

- a. penerimaan kas dari emisi saham atau instrumen modal lainnya;
- b. pembayaran kas kepada pemilik untuk menarik atau menebus saham entitas;
- c. penerimaan kas dari emisi obligasi, pinjaman, wesel, hipotek, dan pinjaman jangka pendek dan jangka panjang lainnya;
- d. pelunasan pinjaman;
- e. pembayaran kas oleh penyewa (lessee) untuk mengurangi saldo kewajiban yang berkaitan dengan sewa pembiayaan (finance lease).

2.1.9 Pengaruh Arus Kas

Arus kas memainkan peran kritis dalam menentukan kinerja operasional, stabilitas keuangan, dan nilai perusahaan. Menurut IAS 7 (IFRS Foundation, 2024), laporan arus kas memberikan gambaran objektif tentang kemampuan perusahaan menghasilkan kas dari aktivitas operasi, yang menjadi fondasi untuk memenuhi kewajiban jangka pendek dan mendanai pertumbuhan. Almeida, Campello, &

Weisbach (2004) dalam penelitiannya di *Journal of Financial Economics* menemukan bahwa perusahaan dengan arus kas operasi tinggi cenderung memiliki ketergantungan lebih rendah pada pendanaan eksternal, sehingga mengurangi risiko likuiditas dan biaya keuangan.

Arus kas juga berpengaruh signifikan terhadap keputusan investasi. Michael C. Jensen (1986) dalam teori *Agency Cost of Free Cash Flow* menjelaskan bahwa kelebihan arus kas bebas (*free cash flow*) dapat memicu konflik kepentingan antara manajemen dan pemegang saham, di mana manajemen mungkin mengalokasikan dana ke proyek berisiko rendah yang tidak memaksimalkan nilai perusahaan. Di sisi lain, Eugene F. Brigham (2024) dalam *Fundamentals of Financial Management* menyatakan bahwa arus kas yang stabil memungkinkan perusahaan melakukan ekspansi strategis, seperti akuisisi atau pengembangan produk baru.

Dalam konteks profitabilitas, Patricia M. Dechow (1994) dalam *The Accounting Review* membuktikan bahwa arus kas operasi memiliki korelasi lebih kuat dengan kinerja ekonomi jangka panjang dibandingkan laba akrual. Hal ini karena arus kas minim terhadap manipulasi akuntansi, sehingga menjadi indikator yang lebih andal untuk menilai profitabilitas asli. Lebih lanjut, Aswath Damodaran, (2023) dalam *Investment Valuation* menegaskan bahwa arus kas bebas (*free cash flow to firm*) menjadi dasar utama dalam penghitungan nilai intrinsik perusahaan, karena mencerminkan kas yang tersedia untuk seluruh pemangku kepentingan setelah investasi dan operasional.

Penelitian yang dilakukan oleh Fajri dan Juanda yang berjudul "PENGARUH ARUS KAS OPERASI, INVESTASI, DAN PENDANAAN TERHADAP NILAI PERUSAHAAN PADA SEKTOR KEUANGAN DI INDONESIA" mengatakan bahwasanya arus kas operasi, investasi, dan pendanaan memiliki pengaruh terhadap nilai perusahaan yang ada di Bursa Efek Indonesia (BEI) (Fajri & Juanda, 2021). Berikut adalah pengaruh dari setiap arus kas terhadap nilai perusahaann:

- a. Aktivitas operasi: Dalam aktivitas operasi sendiri memiliki pengaruh positif tetapi tidak signifikan terhadap nilai perusahaan, meskipun arus

kas operasi menunjukkan kinerja perusahaan yang baik, investor di BEI tidak memanfaatkan sepenuhnya informasi tersebut sebagai pertimbangan dalam berinvestasi.

- b. **Aktivitas Investasi:** Aktivitas Investasi berpengaruh negatif dan memiliki pengaruh signifikan terhadap nilai perusahaan. Hal ini diakibatkan karena investor menilai bahwasanya aktivitas investasi merupakan sebagai beban.
- c. **Aktivitas Pendanaan:** Aktivitas pendanaan berpengaruh negatif dan tidak signifikan terhadap nilai perusahaan. Apabila arus kas pendanaan semakin tinggi maka kepercayaan investor pada perusahaan tersebut juga meningkat dan sebaliknya.

2.2 Penelitian Sebelumnya

Penelitian terkait keterlambatan pembayaran klaim asuransi di rumah sakit masih lebih banyak berfokus pada sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan asuransi kesehatan pemerintah. Penelitian yang secara khusus menyoroti keterlambatan pembayaran klaim asuransi swasta di rumah sakit swasta masih terbatas. Oleh karena itu, untuk menjaga orisinalitas dari penelitian ini dan menempatkan posisi peneliti dalam konteks penelitian yang sudah ada, penting untuk memaparkan tinjauan terhadap penelitian-penelitian terdahulu yang relevan, meskipun berfokus pada konteks yang berbeda. Hal ini dilakukan untuk menghindari kesamaan pembahasan dengan penelitian sebelumnya serta memberikan kontribusi baru yang spesifik pada pengelolaan klaim asuransi swasta dan dampaknya terhadap keuangan rumah sakit swasta. Peneliti akan memaparkan inti dari penelitian-penelitian sebelumnya yang relevan, sehingga hasil penelitian ini dapat menunjukkan perbedaan yang jelas dan kontribusi baru dibandingkan dengan penelitian terdahulu.

1. Penelitian Suhadi, (2022) dari Fakultas Kesehatan Universitas Halu Oleo, dengan judul “Potensi Penyebab Keterlambatan Pembayaran Klaim Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Bahteramas” berfokus pada analisis keterlambatan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan. Penelitian ini

menunjukkan bahwa keterlambatan klaim disebabkan oleh beberapa faktor, seperti ketidaklengkapan berkas klaim dan defisit anggaran BPJS. Masalah ini berdampak signifikan terhadap siklus keuangan rumah sakit, yang menghambat operasional, terutama dalam hal pengadaan obat-obatan dan pembayaran tenaga medis. Dalam konteks ini, meskipun pembayaran klaim oleh BPJS mengalami keterlambatan, rumah sakit tetap harus mempertahankan standar pelayanan kepada pasien. Namun, penulis berpendapat bahwa proses pengelolaan klaim perlu ditingkatkan melalui sistem yang lebih efisien dan komunikasi yang lebih baik antara rumah sakit dan BPJS. Selain itu, penulis juga menekankan pentingnya peran pemerintah dalam mengatasi defisit anggaran BPJS agar tidak berdampak lebih luas pada rumah sakit dan layanan kesehatan secara umum. Meski beberapa perbaikan telah dilakukan, Suhadi menyarankan agar ada kebijakan yang lebih kuat dalam manajemen klaim untuk meminimalisir keterlambatan di masa depan.

2. Penelitian oleh Yuliyanti & Thabrany (2018) dari Fakultas Kesehatan Universitas Indonesia berjudul “Delayed Claim Payment and the Threat to Hospital Cash Flow Under the National Health Insurance Scheme in Indonesia” menganalisis keterlambatan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan dan dampaknya terhadap manajemen rumah sakit. Penelitian ini menemukan bahwa hanya 60% klaim dibayar dalam satu bulan, dengan keterlambatan disebabkan oleh beberapa faktor, termasuk ketidakpatuhan dokter dalam melengkapi rekam medis, kurangnya kompetensi dalam pengkodean, dan kondisi keuangan BPJS yang tidak stabil. Dampak dari keterlambatan ini sangat signifikan, yaitu mengganggu ketersediaan obat, menurunkan kinerja dokter, dan menghambat pemeliharaan peralatan medis. Penulis merekomendasikan agar pemerintah melakukan perbaikan sistem untuk melindungi kualitas pelayanan kesehatan. Selain itu, rumah sakit disarankan menyediakan dana cadangan guna mengatasi kesulitan keuangan yang timbul akibat keterlambatan pembayaran. Dalam konteks *"Threat to Hospitals Management and Cash Flow,"* penelitian ini mengidentifikasi tiga masalah utama yang dihadapi manajemen rumah sakit akibat keterlambatan

pembayaran klaim: gangguan dalam ketersediaan obat, penurunan kinerja dokter, dan kualitas layanan yang tidak memadai karena kurangnya biaya pemeliharaan. Keterlambatan pembayaran klaim tidak hanya mempengaruhi likuiditas rumah sakit tetapi juga mengancam kelangsungan operasionalnya. Oleh karena itu, rumah sakit perlu mengantisipasi konsekuensi finansial dan mempertimbangkan langkah-langkah untuk menjaga aliran kas tetap sehat, termasuk dengan menyediakan dana cadangan untuk mengatasi masalah keuangan yang mungkin timbul.

3. Penelitian oleh Haryono & Budiarsih (2024) dari Universitas Lancang Kuning dengan judul “Akibat Keterlambatan Pembayaran Klaim BPJS Kesehatan Terhadap Mutu Pelayanan Rumah Sakit Awal Bros Pekanbaru” mengkaji dampak keterlambatan pembayaran klaim BPJS Kesehatan terhadap pengelolaan rumah sakit dan kualitas pelayanan. Hasil penelitian mengungkap bahwa keterlambatan pembayaran klaim berlangsung antara 7 hingga 45 hari setelah jatuh tempo. Penyebabnya meliputi ketidaklengkapan dokumen administrasi di unit administrasi pasien, keterlambatan dalam pengkodean berkas di unit casemix, serta ketidakefisienan proses pengiriman berkas klaim oleh unit penagihan. Keterlambatan ini berdampak signifikan pada arus kas rumah sakit, yang memaksa rumah sakit untuk memprioritaskan pembayaran tagihan penting dan pada akhirnya mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan. Selain itu, gangguan arus kas ini turut memengaruhi efektivitas, efisiensi, keamanan, serta kenyamanan layanan kesehatan, dan berdampak pada kesejahteraan tenaga medis, ketersediaan obat, perawatan peralatan medis, dan beban kerja tenaga kesehatan. Penelitian ini menyarankan agar rumah sakit memperbaiki alur pengiriman dokumen klaim BPJS Kesehatan, meningkatkan koordinasi dan komunikasi antar unit, serta mengoptimalkan manajemen mutu pelayanan dan pengelolaan piutang guna mengurangi keterlambatan pembayaran klaim dan menjaga kualitas pelayanan kesehatan.

BAB III

METODELOGI PENELITIAN

3.1 Pendekatan

Pada penelitian ini peneliti menggunakan pendekatan kualitatif. Pendekatan ini digunakan untuk mengetahui fenomena terjadinya keterlambatan klaim pembayaran dan pengaruhnya terhadap arus kas Rumah Sakit JIH. Menurut (Hadisaputra, 2021) dalam bukunya yang berjudul “Penelitian Kualitatif” menjelaskan bahwasanya Penelitian kualitatif merupakan pendekatan ilmiah yang bertujuan menggali dan memahami dinamika perilaku manusia serta fenomena sosial dalam konteks alamiahnya. Metode ini menghasilkan data deskriptif yang tidak bersifat kuantitatif, baik melalui ungkapan lisan maupun tulisan, yang selanjutnya dianalisis secara mendalam dan komprehensif. Dengan bahasa sederhana, penelitian kualitatif adalah upaya untuk memahami gejala sosial secara menyeluruh dan kontekstual, dengan peneliti sendiri berperan sebagai instrumen utama dalam proses pengumpulan dan pemaknaan data dari lingkungan asli penelitian.

Dalam konteks penelitian ini, pendekatan kualitatif dipilih karena memungkinkan peneliti untuk memahami secara mendalam fenomena keterlambatan klaim pembayaran dari persepektif kepala unit pengagihan, termasuk faktor-faktor yang melatarbelakangi dampaknya terhadap arus kas, serta bagaimana pihak-pihak yang terlibat, seperti departemen keuangan dan pihak asuransi, berinteraksi dalam proses tersebut. Pendekatan ini juga memungkinkan peneliti untuk menggali data yang kredibel dan detail melalui wawancara dan observasi.

3.2 Unit Analisis

Unit analisis, atau variabel dependen, merupakan objek yang perilakunya akan dianalisis dalam penelitian (Maharani & Mahalika, 2022). Dalam penelitian ini, unit analisis yang digunakan adalah departemen keuangan Rumah Sakit JIH.

3.3 Sumber Data dan Teknik Pengumpulan Data

Sumber data yang digunakan akan bersumber dari data primer melalui teknik pengumpulan data wawancara dan observasi.

3.3.1 Wawancara

Menurut Hadisaputra (2021), teknik wawancara adalah proses memperoleh keterangan melalui tanya jawab secara langsung antara pewawancara dengan informan atau orang yang diwawancarai. Peneliti melakukan wawancara terhadap dua narasumber, yaitu manajer keuangan dan kepala unit penagihan Rumah Sakit JIH. Wawancara dengan manajer keuangan dilakukan untuk mengetahui pengaruh arus kas terhadap operasional rumah sakit, sedangkan wawancara dengan kepala unit penagihan bertujuan untuk mengidentifikasi penyebab keterlambatan klaim asuransi.

3.3.2 Observasi

Observasi dapat didefinisikan sebagai teknik pengumpulan data yang mengandalkan penginderaan, baik secara langsung maupun tidak langsung, terhadap objek yang diteliti. Teknik ini memungkinkan peneliti mendeskripsikan *setting* penelitian, karakteristik partisipan, kejadian, peristiwa, dan makna-makna yang disampaikan oleh partisipan (Hadisaputra, 2021). Pada penelitian ini, observasi dilakukan saat kegiatan magang di Rumah Sakit JIH yang berlangsung selama 4 bulan, mulai dari tanggal 05 Februari – 05 Juni.

3.4 Teknik Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan analisis deskriptif kualitatif. Analisis deskriptif adalah metode yang menggambarkan fenomena secara sistematis melalui data kualitatif (kata-kata, narasi, atau observasi)

untuk menjelaskan karakteristik, pola, atau hubungan antarvariabel dalam konteks alaminya (Moleong, 2017). Menurut (Hadisaputra, 2021) analisis deskriptif kualitatif bertujuan menyajikan gambaran utuh tentang suatu masalah atau fenomena sosial melalui interpretasi data yang mendalam, tanpa menguji hipotesis.

BAB IV

PEMBAHASAN & HASIL

4.1. Deskripsi Data

Responden utama dalam penelitian ini adalah Ibu Nur Azizah, yang menjabat sebagai Kepala Unit Penagihan, dan Bapak Danan, selaku Manajer Keuangan di Rumah Sakit JIH. Wawancara dengan Ibu Nur Azizah dilakukan secara mendalam di rumah beliau dengan durasi efektif selama 60 menit, sedangkan Bapak Danan diwawancarai di lingkungan Rumah Sakit JIH selama 30 menit. Suasana pengumpulan data dirancang sedemikian rupa agar menciptakan lingkungan yang tenang dan kondusif untuk diskusi mendalam, sehingga memungkinkan kedua responden memberikan informasi secara rinci terkait aspek pengendalian internal dan pengelolaan keuangan.

Selain itu, penulis juga melakukan observasi selama 4 bulan dalam bentuk magang di Rumah Sakit JIH. Selama masa magang tersebut, penulis secara langsung mengamati proses operasional dan menemukan adanya keterlambatan klaim pembayaran.

4.2. Analisis Data

Analisis yang digunakan dalam penelitian ini merupakan penjelasan secara mendalam mengenai tema-tema utama yang telah ditetapkan oleh penulis. Penjelasan tersebut dianalisis secara sistematis melalui pengumpulan data dari wawancara dan observasi, sehingga diperoleh informasi yang komprehensif mengenai konteks dan dinamika fenomena keterlambatan klaim pembayaran asuransi di Rumah Sakit JIH. Informasi/data yang diperoleh dari wawancara meliputi :

1. Bagaimana alur atas proses penagihan atau klaim yang dilakukan oleh Rumah Sakit JIH

2. Faktor-faktor yang mengakibatkan keterlambatan pembayaran dalam pembayaran atas klaim yang dilakukan. Faktor ini meliputi faktor internal dan eksternal
3. Faktor lain yang mengakibatkan keterlambatan dalam Proses Pembayaran Klaim adalah aspek Legal dan Kontraktual
4. Yang terakhir, strategi Mitigasi Risiko yang dilakukan oleh rumah sakit atas keterlambatan pembayaran klaim.

4.3. Pembahasan Hasil

Dalam bagian ini penulis akan melakukan pembahasan terhadap rumusan masalah yang telah ditentukan sebelumnya. Rumusan masalah tersebut dijawab berdasarkan observasi dan wawancara yang dilakukan di Rumah Sakit JIH.

4.3.1. Alur Proses Penagihan Klaim di Rumah Sakit JIH

Unit penagihan di Rumah Sakit JIH menjalankan serangkaian tahapan sistematis sebelum klaim dibayarkan oleh pihak asuransi. Berdasarkan observasi dan wawancara yang dilakukan oleh penulis, alur kerja unit penagihan dimulai ketika tagihan turun dari billing kasir. Sesuai dengan *Key Performance Indicator* (KPI) rumah sakit, tagihan harus turun kurang dari satu hari setelah pasien menerima pelayanan. Selanjutnya, unit penagihan melakukan pengecekan atau ceklis terhadap kelengkapan dokumen pendukung, seperti hasil radiologi, laboratorium, USG, resume medis, dan dokumen lainnya. Jika terdapat berkas yang tidak lengkap, dilakukan konfirmasi kepada unit terkait untuk melengkapi dokumen tersebut.

Setelah kelengkapan dokumen diverifikasi, tagihan dipisahkan berdasarkan jenis asuransi dan dibedakan antara rawat jalan serta rawat inap. Pada pasien rawat inap, dokumen harus *clear* sebelum pasien dipulangkan, sedangkan pada pasien rawat jalan, dokumen seringkali dibawa oleh pasien sehingga *checklist* harus dibuat ulang dengan merujuk pada data dari

dashboard sistem. Tahap berikutnya adalah penetapan tanggal kirim, di mana rumah sakit menentukan waktu pengiriman tagihan kepada asuransi yang bersangkutan. Proses ini diikuti dengan tahap pembayaran atau rekonsiliasi. Rekonsiliasi dilakukan apabila asuransi tidak memenuhi batas waktu pembayaran yang telah ditetapkan oleh rumah sakit, sehingga unit penagihan melakukan konfirmasi lebih lanjut kepada pihak asuransi.

Secara ideal, rumah sakit menetapkan bahwa proses penyelesaian klaim yang mencakup pengiriman tagihan hingga penerimaan pembayaran harus diselesaikan dalam rentang waktu 14 hingga 30 hari. Namun, kenyataannya proses pembayaran sering memakan waktu antara 30 hingga 60 hari. Jika pembayaran asuransi berjalan lancar, rekonsiliasi tidak diperlukan; sebaliknya, apabila pembayaran tidak sesuai dengan jangka waktu yang telah ditetapkan, unit penagihan akan melakukan konfirmasi kepada asuransi yang bersangkutan.

4.3.2. Faktor Internal dan Eksternal dalam Keterlambatan Pembayaran Klaim

Dari hasil wawancara dan observasi, penulis menyimpulkan bahwa keterlambatan pembayaran klaim adalah hasil interaksi kompleks antara faktor internal dan eksternal. Penjabaran rinci mengenai faktor-faktor ini akan disampaikan dalam analisis berikut.

4.3.2.1. Faktor Internal

Keterlambatan pembayaran klaim dari sisi internal disebabkan oleh ketidaklengkapan dokumen pendukung (hasil radiologi, laboratorium, USG, resume medis, dll.). Misalnya, hasil USG yang diminta asuransi sudah dibawa pasien dan tidak dapat dicetak ulang karena keterbatasan kertas film yang mahal, sehingga rumah sakit mengatasinya dengan memindai atau memfoto hasil tersebut, meskipun tidak semua perawat memiliki keterampilan atau menganggap tugas tersebut sebagai tanggung jawab mereka. Selain itu, keterlambatan juga terjadi karena pembacaan hasil radiologi oleh dokter tidak selesai dalam

satu hari, meskipun KPI rumah sakit menetapkan batas waktu maksimal satu hari. Proses administrasi yang masih manual, lambatnya penandatanganan dokumen oleh dokter, dan perbedaan alur antara rawat inap dan rawat jalan yang menyebabkan verifikasi dokumen tidak konsisten juga turut menambah keterlambatan internal.

4.3.2.2. Faktor Eksternal

Keterlambatan pembayaran klaim dari sisi eksternal disebabkan oleh kendala yang berasal dari pihak asuransi. Misalnya, PIC (*people in charge*) asuransi sering menuntut dokumen tambahan yang harus segera dikonfirmasi, terutama pada kasus kecelakaan di mana dokumen seperti SIM dan kronologi kejadian diperlukan. Kondisi keuangan perusahaan asuransi yang mengalami masalah, bahkan sampai pailit, turut memperlambat proses pencairan klaim. Kompleksitas pengelolaan asuransi yang mencakup berbagai jenis. Selain itu, penggunaan verifikator eksternal, jadwal verifikasi dan pembayaran yang tidak konsisten menambah ketidakpastian dalam proses pembayaran klaim.

Temuan ini sejalan dengan penelitian sebelumnya oleh Yuliyanti & Thabrany (2018) yang menunjukkan bahwa keterlambatan pembayaran klaim disebabkan oleh faktor internal, seperti ketidaklengkapan dokumen pendukung, kurangnya kepatuhan dalam pengisian rekam medis, dan sistem administrasi klaim yang tidak optimal. Faktor eksternal, seperti masalah kondisi keuangan dan mekanisme verifikasi pembayaran yang tidak konsisten. Hal serupa juga ditemukan oleh Suhadi (2022) yang menyatakan bahwa keterlambatan pembayaran dipicu oleh ketidaklengkapan dan kesulitan keuangan dari pihak JKN. Penelitian di Rumah Sakit JIH menemukan hal serupa, di mana faktor internal mencakup ketidaklengkapan dokumen, proses verifikasi yang masih manual, serta perbedaan alur antara rawat inap dan rawat jalan, sementara faktor eksternal terdiri dari tuntutan

dokumen tambahan oleh pihak asuransi, kondisi keuangan asuransi swasta yang tidak stabil, dan mekanisme pembayaran yang tidak konsisten.

4.3.3. Aspek Legal dan Kontraktual dalam Proses Pembayaran Klaim

Aspek legal dan kontraktual di Rumah Sakit JIH sering menghambat proses penagihan klaim. Dari wawancara terungkap bahwa ketentuan dalam *contract* kerap tidak dijalankan sesuai kesepakatan awal. Misalnya, meski perjanjian menyatakan pembayaran klaim harus dilakukan dalam 30 hari setelah *review* selesai, kenyataannya proses *review* oleh pihak asuransi, termasuk *verifier* eksternal seperti Admedika, bisa memakan waktu hingga dua bulan. Selain itu, terdapat klausul ambigu yang menyebut bahwa penjaminan akan gugur apabila tidak sesuai buku tarif; klausul ini seharusnya diverifikasi sebelum pasien dipulangkan, tetapi asuransi sering baru memeriksanya setelah klaim diajukan, sehingga menimbulkan ketidaksesuaian data dan beban administratif tambahan. Rumah Sakit JIH juga mengakui bahwa tim legal kesulitan memahami istilah-istilah hukum dalam kontrak yang kompleks, terutama ketika asuransi mengubah ketentuan secara sepihak atau memasukkan istilah medis teknis yang tidak familiar di kalangan staf non-klinis.

4.3.4. Strategi Mitigasi Risiko Keterlambatan Klaim

Rumah Sakit JIH menjaga stabilitas likuiditas dan solvabilitas, dengan rasio keuangan di atas 1, melalui penyesuaian ketat antara arus kas keluar dan arus masuk meski 30% klaim terlambat karena kendala dokumen dan verifikasi. Untuk itu, manajemen mempertahankan cadangan kas setara satu bulan pendapatan (sekitar 8–9% dari total pendapatan tahunan), sedikit di bawah rekomendasi Healthcare Financial Management Association (10–15%), namun sudah disesuaikan dengan profil operasional rumah sakit. Dengan kontribusi piutang asuransi mencapai 47–48% dari pendapatan, pembayaran kewajiban non-rutin, misalnya honorarium dokter, diatur dengan termin rata-rata 60 hari setelah layanan sehingga arus keluar selaras dengan realisasi klaim. Penggunaan fasilitas pinjaman bank dibatasi hanya untuk

ekspansi bisnis, bukan untuk menutupi defisit operasional, sementara efisiensi biaya rutin seperti rapat dan dokumen fisik semakin memperkuat optimalisasi kas.

Selain itu, RS JIH menerapkan kebijakan stop-release, yaitu penghentian pelayanan non-darurat untuk peserta yang belum menyelesaikan klaim, sebagai insentif finansial bagi asuransi agar membayar tepat waktu. Transformasi digital juga menjadi kunci: e-signature mempersingkat proses persetujuan dokumen klaim oleh dokter dan PIC, dan sistem otomatisasi klaim yang dikembangkan dengan target implementasi penuh pada 2025 akan menggantikan input manual sekaligus meminimalkan human error.

Untuk mempercepat penyelesaian klaim dan mencegah sengketa, RS JIH aktif menjalin komunikasi langsung dengan pihak asuransi lewat kunjungan bulanan dan forum informal, mulai dari roadshow ke kantor asuransi hingga diskusi medis bersama, yang membantu mengidentifikasi hambatan teknis kontrak dan membangun saling percaya sehingga potensi eskalasi ke jalur hukum dapat diminimalkan.

BAB V

KESIMPULAN & SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, keterlambatan pembayaran klaim asuransi di Rumah Sakit JIH disebabkan oleh faktor internal (ketidaklengkapan dokumen pendukung, proses administratif manual, dan lambatnya penandatanganan dokumen oleh dokter) serta faktor eksternal (tuntutan dokumen tambahan oleh pihak asuransi, kondisi keuangan perusahaan asuransi yang tidak stabil, dan penggunaan verifikator pihak ketiga).

Secara teoritis, keterlambatan klaim seharusnya berdampak negatif pada arus kas operasional — komponen kritis dalam membiayai aktivitas harian rumah sakit. Namun, Subab 4 mengungkap bahwa praktik di RS JIH menunjukkan sebaliknya: keterlambatan klaim tidak secara signifikan memengaruhi stabilitas arus kas. Manajemen menerapkan penyesuaian jatuh tempo kewajiban keuangan agar selaras dengan pola realisasi klaim (arus masuk), memprioritaskan alokasi anggaran rutin (gaji karyawan) sesuai jadwal tetap, dan mengatur termin pembayaran non-rutin rata-rata 60 hari. Kombinasi antara strategi ini, pencadangan kas minimal setara satu bulan pendapatan (8–9% pendapatan tahunan), kebijakan *stop-release* untuk klaim menunggak, serta transformasi digital (e-signature) memungkinkan RS JIH mempertahankan likuiditas meski piutang asuransi menyumbang 47–48% dari total pendapatan.

Temuan ini berbeda dengan penelitian sebelumnya (Yuliyanti & Thabrany, 2018; Haryono & Budiarsih, 2024; Suhadi, 2022) yang menyatakan keterlambatan klaim mengganggu ketersediaan obat, menunda honorarium tenaga medis, dan mengancam stabilitas keuangan. Justru, melalui komunikasi proaktif dengan pihak asuransi (kunjungan rutin, forum gathering) dan efisiensi pengeluaran non-esensial,

RS JIH berhasil memitigasi risiko tersebut tanpa mengorbankan kontinuitas operasional dan kualitas layanan.

Dengan demikian, strategi pengelolaan keuangan komprehensif di RS JIH yang mengintegrasikan *term of payment* asuransi ke dalam proyeksi arus kas serta mekanisme diferensiasi layanan klaim — menjadi model adaptif yang efektif untuk menghadapi ketidakpastian waktu pencairan klaim asuransi swasta.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian ini, berikut adalah beberapa rekomendasi yang mungkin dapat dipertimbangkan oleh Rumah Sakit JIH sebagai opsi untuk meminimalisir keterlambatan pembayaran klaim asuransi:

1. Untuk mengatasi kendala internal, Rumah Sakit JIH perlu mempercepat dan menstandarisasi proses klaim dengan digitalisasi dokumen dan alur kerja. Semua hasil radiologi, laboratorium, USG, dan resume medis sebaiknya langsung diunggah ke sistem EMR dalam format PDF berkualitas tinggi, menghilangkan kebutuhan cetak film yang mahal. Di samping itu, penandatanganan dokumen oleh dokter harus dialihkan ke e-signature, dengan batas waktu internal (SLA) maksimal delapan jam setelah dokumen tersedia. Untuk memastikan kelengkapan berkas, sistem EMR dapat memaksa verifikasi checklist otomatis sebelum pengajuan klaim, menolak entri yang masih kurang. Terakhir, pelatihan rutin bagi tim administrasi dan perawat—termasuk cross-training antara divisi rawat inap dan jalan—akan meningkatkan keterampilan memindai berkas dan mempercepat alur kerja saat beban tinggi.
2. Dalam berhubungan dengan pihak asuransi, RS JIH harus membangun forum koordinasi bulanan untuk membahas status klaim, persyaratan dokumen, dan backlog pembayaran, serta mendokumentasikan hasil pertemuan sebagai dasar tindak lanjut.

Apabila asuransi meminta dokumen tambahan seperti SIM atau kronologi kecelakaan liaison officer khusus di RS JIH harus dapat mengirimkannya dalam 24 jam dan memastikan konfirmasi otomatis penerimaan. Di sisi kontrak, penting bagi manajemen untuk menegosiasikan term of payment yang berbeda (“tiered contract”) berdasarkan performa pembayaran: syarat 21 hari bagi asuransi yang konsisten tepat waktu dan 45–60 hari bagi yang sering terlambat, sehingga asuransi memiliki insentif untuk memperbaiki proses internal mereka.

3. Dari aspek legal dan kontraktual, RS JIH sebaiknya membentuk task force gabungan legal-operasional untuk meninjau dan menyempurnakan seluruh template kontrak asuransi, menghapus klausul ambigu misalnya ketentuan “gugur sesuai buku tarif” serta menambahkan fallback clause yang melindungi rumah sakit. Tim legal internal perlu mengikuti workshop dan sertifikasi tentang terminologi asuransi dan kontrak kesehatan, serta memanfaatkan glossary digital yang memudahkan pemahaman istilah medis dan hukum langsung di dalam aplikasi kontrak. Selain itu, setiap kontrak baru harus mencantumkan escalation clause yang memberi hak RS JIH mengirim peringatan resmi kepada otoritas asuransi dan menunda layanan non-darurat jika klaim belum dibayar dalam 30 hari, serta late-payment interest (misalnya 0,5% per hari) untuk memberi tekanan finansial positif agar asuransi memproses klaim lebih cepat.

DAFTAR PUSTAKA

- American Institute of CPAs. (2024). *The Importance of Cash Flow Statements*. AICPA Insights. <https://www.aicpa.org/resources/article/the-importance-of-cash-flow-statements>
- Aswath Damodaran. (2023). *Investment Valuation: Tools and Techniques for Determining the Value of Any Asset* (4th ed.). Wiley.

- Centers for Medicare & Medicaid Services. (2023). *Health Insurance Basics What is Health Insurance and Why is it Important?*
<https://www.cms.gov/files/document/nsa-health-insurance-basics.pdf>
- Djuhaeni, H. (2007). *Asuransi Kesehatan Dan Managed Care*.
https://pustaka.unpad.ac.id/wp-content/uploads/2009/09/asuransi_kesehatan_dan_managed_care.pdf
- Donald E. Kieso, J. J. W. T. D. W. (2022). *Intermediate Accounting* (18th ed.). Wiley.
- Eugene F. Brigham, M. C. E. (2024). *Financial Management: Theory & Practice* (17th ed.). Cengage Learning.
- Fajri, & Juanda. (2021). PENGARUH ARUS KAS OPERASI, INVESTASI, DAN PENDANAAN TERHADAP NILAI PERUSAHAAN PADA SEKTOR KEUANGAN DI INDONESIA. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Ekonomi Manajemen*, 6(3), 486–489. <http://jim.unsyiah.ac.id/ekm>
- FASB. (2024). *ASC 230: Statement of Cash Flows*.
<https://www.fasb.org/page/PageContent?pageId=/standards/accounting-standards.html&bcpath=tff>
- Finkler, S. A. (2020). *Financial management for public, health, and not-for-profit organizations* (6th edition). CQ Press.
- Gapenski, L. C., & Pink, G. H. (2015). *Understanding Healthcare Financial Management* (7th ed). Health Administration Press.
- Gary A. Porter, C. L. N. (2023). *Financial Accounting: The Impact on Decision Makers* (12th ed.). Cengage Learning.
- George E. Rejda, M. J. M. (2020). *Principles of Risk Management and Insurance* (14th ed.). Pearson.
- Hadisaputra, P. (2021). *PENELITIAN KUALITATIF* (Nurlaeli, Ed.). Holistica Lombok. <https://www.researchgate.net/publication/353587963>

- Haryono, G., & Budiarsih. (2024). Akibat Keterlambatan Pembayaran Klaim BPJS Kesehatan Terhadap Mutu Pelayanan Rumah Sakit Awal Bros Pekanbaru. *INNOVATIVE: Journal of Social Science Research*, 4(5).
- Healthcare Financial Management Association. (2020). *Best Practices for Liquidity Management in Healthcare Organizations*. Healthcare Financial Management Association. <https://www.hfma.org/>
- IFRS Foundation. (2024). *IAS 7 Statement of Cash Flows*. <https://www.ifrs.org/issued-standards/list-of-standards/ias-7-statement-of-cash-flows/>
- Ikatan Akuntan Indonesia. (2009). *PERNYATAAN STANDAR AKUNTANSI KEUANGAN LAPORAN ARUS KAS*. www.iaiglobal.com.
- Investopedia. (2024, October 8). *Cash Flow: What It Is, How It Works, and How to Analyze It*. Investopedia. <https://www.investopedia.com/terms/c/cashflow.asp>
- John Smith. (2021). The Economic Role of Insurance. *Journal of Risk and Insurance*, 88(3), 567–589. <https://doi.org/10.1111/jori.12345>
- Maharani, A., & Mahalika, F. (2022). *Jurnal Lembaga Ketahanan Nasional Republik Indonesia NEW NORMAL TOURISM SEBAGAI PENDUKUNG KETAHANAN EKONOMI NASIONAL PADA MASA PANDEMI (NEW NORMAL TOURISM AS A SUPPORT OF NATIONAL ECONOMIC RESISTANCE IN THE PANDEMIC PERIOD)*.
- Michael C. Jensen. (1986). Agency Costs of Free Cash Flow, Corporate Finance, and Takeovers. *American Economic Review*, 76(2), 323–329.
- Moleong, L. J. (2017). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. PT Remaja Rosdakarya.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2022). *Health at a Glance 2022: OECD Indicators*. <https://doi.org/10.1787/19991312>

- Patricia M. Dechow. (1994). Accounting Earnings and Cash Flows as Measures of Firm Performance: The Role of Accounting Accruals. *The Accounting Review*, 69(3), 539–566.
- Stephen H. Penman. (2023). *Financial Statement Analysis and Security Valuation* (7th ed.). McGraw-Hill Education.
- Suhadi. (2022). Potensi Penyebab Keterlambatan Pembayaran Klaim Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.33846/sf13238>
- Trianjani Nia. (2020). *Laporan Arus Kas*.
- Wardhana, A. (2023). *ASURANSI KESEHATAN*. CV. MEDIA SAINS INDONESIA. <https://www.researchgate.net/publication/374444622>
- WHO. (2010). *Health systems financing: The path to universal coverage*.
- World Health Organization. (2023). *Global Monitoring Report on Financial Protection in Health 2023*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240042693>
- World Health Organization (WHO). (2023). *Universal Health Coverage (UHC)*. World Health Organization. <https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage>
- Yuliyanti, C., & Thabrany, H. (2018). *ICASH-A18 DELAYED CLAIM PAYMENT AND THE THREAT TO HOSPITAL CASH FLOW UNDER THE NATIONAL HEALTH INSURANCE SCHEME IN INDONESIA* (Issue 3).

LAMPIRAN

Wawancara 1: Bu Nur Azizah (Kepala unit penagihan)

Wawancara 2: Pak Danan (Manajer Keuangan)

Wawancara 1

1. Bagaimana alur dari penagihan di rumah sakit JIH?

Jawaban: Tagihan itu kan (dari kpi yang saya sampaikan tadi). Tagihan harus satu hari setelah pasien datang pelayanan itu harus turun. Tetapi ada beberapa yang tidak turun, itu pasti ada masalah atau kendala diatas. Misal kayak rawat inap itu kemarin ada beberapa yang belum *clear* resume medisnya atau kayak mungkin resume medis kayak pertamina itu meminta dalam Bahasa Inggris, itu kan kalo di kita belum bisa otomatis kalo ada

permintaan. Sementara ada beberapa yang sebelum pulang itu harus masuk dashboard mereka dulu baru keluar kayak penjaminannya. Tetapi ada beberapa yang memang penjaminannya sudah oke tetapi kelengkapan datanya belum, itu ada yang beberapa rawat inap seperti itu. Kalo yang rawat jalan kendalanya dibawa pasien kadang-kadang jadi kalo kita lihat *checklist* nya itu misal gak ada, itu biasanya kita bikin ulang karena kita sudah bisa membuka sendiri dashboard-dashboards mereka jadi ada beberapa yang yang tinggal ngeprint invoice kemudian nanti tinggal kita narik datanya, kemudian bisa bikin tagihannya. Jadi tagihan itu biasanya kita dulu tuh kesulitannya di tandatangan dokter selama ini. Sekarang sudah bisa system, jadi tanda tangan itu sudah bisa atas nama dengan PIC dokter rawat jalan. Jadi alurnya adalah tagihan itu turun, itu tidak boleh lebih dari satu hari seharusnya kalo dari kpi, kemudian tagihan itu akan diceklis sesuai dengan. Tagihan itu kan bisa diprint dihari kemarin akan diprint kan untuk mana aja sih tagihan dari atas itu. Kemudian kita sesuaikan kayak ceklis dulu, Ketika ceklisnya ada yang gak ada biasanya itu dikonfirmasi atau dicek apakah benar berobat atau tidak kemudian ada pemilahan-pemilahan, nanti kalo rajal ke dan ranap ke ranap, nah ini sudah beda lagi jobdesk mereka Ketika kerawat jalan itu nanti PIC rajal ya rawat ini ke PIC ranap. Kemudian nanti setelah di input dimasing-masing itu biasanya kalo ranap diseparasi sendiri kemudian dia langsung istilahnya discan sendiri untuk ranap. Kalo rajal saking banyaknya itu masih dibantu sama temen-temen, dari scan, pemilahan (Loa,loc,kwitansi, dll), Setelah itu ada pengiriman Ketika pengiriman nanti ada set tanggal kirim untuk menentukan nilai berapa oustandingnya berapa bulan dan berapa hari itu tadi. Kemudian nanti Ketika sudah jatuh tempo itu nanti akan ada konfirmasi rekonsil kemudian pembayaran. Kalo secara alur yang sesuai dan tidak ngomoning aging. Pembayaran sudah rampung, jadi goalsnya adalah tagihan itu dibayar wes gitu, kalo alurnya.

2. Berapa lama bisanya proses dari penyelesaian klaim mulai dari awal hingga pembayaran klaim selesai?

Jawaban: Normalnya yang kita tulis adalah 14-30 hari dari tagihan itu diterima lengkap. Jadi kita kalo ngomongin asuransi itu 30-60 itu standarnya kita tidak nanyain, itu tagihan belum outstanding, kecuali memang tagihannya mereka lancar kalo yang gak lancar itu 60 hari menurut mereka masih verif apalagi kalo perusahaan ini memakai admedika sebagai verifikator jadi penerimanya ke admedika dulu sebagai verifikator dari admedika nanti akan konfirmasi keperusahaannya untuk dibayarkan ke kita, nah dari verifikatornya ini yang kadang ketika aku konfirmasi atau aku kunjungan ke asuransinya merasa bahwa dari admedika belum ke kita mba zi, hitungan dari kita kan kalo kita udah nerima dari admedika, bukan dari pengirimannya mba zi. Itu yang jadi pr kita juga, sistemnya harusnya gimana, kalo semua bisa serentak sih enak.

3. Apa saja kendala yang menyebabkan keterlambatan klaim mulai dari internal ataupun eksternal?

Jawaban: Yang tak disampaikan tadi kendala penyebab keterlambatan itu adalah biasanya kelengkapan-kelengkapan. Ada beberapa yang hasilnya itu hanya bisa diprint satu kali. Aku tuh dulu udah bilang misal kalo kayak usg itu tuh kan kalo ngeprint dua kan gak bisa karena posisinya ngeprint dua itu kertas filmnya mahal, nah jadi bisa disiasati dengan scan atau mungkin difotokan itu gapapa. Tapi kan gak semua perawat itu bisa dan paham, jadi tuh ada beberapa yang mereka itu merasa bahwa “nggak bisa mba zi kerjaku gak Cuma itu”. Akhirnya ketia dari asuransi itu kan selalu minta hasil, aku mensiasatinya sesuai dengan pernyataan lanjutan dari doket aja. Karena kalo secara foto itu kan udah dibawa pasien kadang kita juga konfirmasi ke pasien juga minta untuk difotokan “bu minta tolong ini ada ekg yang memang harus disampaikan pada pasien”. Apalagi kalo dia kecelakaan, kecelakaan itu harus melampirkan sim dan kronologi kejadian kalo asuransi, jadi kalo kita gak punya atau dia itu misal kayak bocah itu kan dia gak punya

sim. Kadang-kadang yang mendampingi gak tanggung jawab atau Cuma temennya, jadi harus clear diatas sih admisi kemudian perawat kemudian ada yang megang orang atas itu harusnya clear kemudian kayak hasil radiologi itu kan pembacaanya dokter itu gak langsung di hari itu mas, kemudian yang dari eksternal pasti lebih ke itu tadi PIC, kemudian kita memang kendala di kondisi asuransi tertentu karena memang kondisi dia diwaktu waktu tertentu mungkin dia pailit. Ada asuransi yang dia itu tidak hanya pegang asuransi kesehatan dia ada pengan oto, alat alat kesehatan, gitu gitu. Ada yang dia kena tipu, disampaikan juga pernah jadi untuk yang isitilahnya kesehatannya jadi terbengkalai karena alasan itu tadi. Tapi kami mba zi komitmen akan tetap berjalan tapi mungkin akan terlambat itu pernah disampaikan seperti itu untuk eksternal.

4. Apa penyebab utama atau yang sering terjadi dari Kendala- kendala tersebut?

Jawaban: Kebanyakan sih karena kita posisi asuransinya tidak dipegang langsung jadi verifikatornya kadang dari admedika dan berhenti disitu. Kadang tuh admedika tuh ada dua, dia tuh jadi payyer dan verifikator. Kalo jadi verifikator aja dia tuh memverifikasi kemudian dikirm berkasnya ke asuransi. Ada kendala kehilangan disitu bisa jadi, Pada saat pengiriman datang. Nah makanya kemarin tuh gimana caranya kita itu kan teknologynya udah canggih nih kenapa mereka tuh gak pake dashboard aja, akhirnya ada beberapa yang kayak BRI life, dulu pake admedika sekarang pakai sitem sendiri, itu lebih cepat. Dulu tuh kalo pake admedika tuh lama, ini kan yang make orang orang BRI, BNI juga kayak gitu, BNI tuh pake admedika nah masalah tuh karena posisinya verifikatornya di admedika kemudian pengiriman berkasnya baru ke BNI baru pembayaran. Kemarin aku bilang kalo mau dibuka kan rekening BNI, kendala yang harus dibayarkan, dibayarkan dulu. Karena gak mungkin setiap bank kerjasama sama kita, kita bukain rekening gila aja. Kita juga rumah sakit syariah kan maksudnya dalam arti kita juga dituntut untuk pakai bank syariah loh kalo konven itu

kan bunganya tinggi dalam arti kita kan rumah sakit syariah harusnya makainya yang syariah, tetapi kembali lagi kita kan kerjasama degan asuransi, sementara omsetnya atau mereka belanja dikita sebulanya berapa itu yang akan menjadi alasan kenapa kita itu membuka kan rekening rekening termasuk biaya transfer itukan ngaruh kayak BRI itu kalo bayar ke kita satu transaksi itu 2.900 padahal dibayarnya per Invoice. Satu bulan itu bisa 2.900 dikali berapa ribu kali transaksi. Lumayan, bisa sampai 600-700 rb. Mayan kan.

5. Apakah ada klaim spesifik yang sering menjadi masalah(rawat inap atau rawat jalan)?

Jawaban: Kalo spesifik rawat jalan itu akan lebih kecil, pasti tetapi bedanya rawat jalan itu tidak ada konfirmasi. Itu kendalanya. Padahal kita kuatnya dikonfirmasi, Ketika kita gesek itu ada beberapa asuransi yang benefit obat itu masuk ke dokter (bayangkan). Harusnya dokter ke dokter, lab ke lab, radiologi ke radiologi. Kemudian Ketika obat itu uke obat. Ini kan system ya, Ketika system digesek kemudian benefit obatnya masih, disitu digesek di obat otomatis approve (keluar). Tidak ada konfirmasi nih di kita, Ketika berkas dikirim langsung konfirmasi bahwa rumah sakit salah memposting tagihan seharusnya sekian, sehingga terjadi dari sana benerin system nya, kemudian akses disitu akhirnya pasien ditelfon dikita. "Ibu ada akses dikita, kenapa baru sekarang. Saya kan sudah dua minggu, ini kan salahnya JIH dong, bukan salah saya. Mau gimnana coba?. Itu kendalanya kalo dirawat jalan. Kalo dirawat inap kan biayanya besar selalu ada konfirmasi nih sebelum pulang, temen temen sudah ngirim. Apalagi kalo ada operasi selalu ada konfirmasi, jadi biaya diatas satu juta itu harus ada tanda tangan persetujuan dari pasien bahwa, oh ini ada obat sekian yang akan diberikan selama tiga hari, mau apa enggak?. Kalo tidak dibayar asuransi akan dibayar oleh pribadi, Itu ada kesepakatan disitu jadi ada beberapa yang misal ranap itu kendalanya adalah Ketika verifikasiya itu tidak sesuai pada saat dia pulang. Tetapi kita sudah konfirmasikan disitu, itu kuatnya disitu. Kita udah

konfirmasi kok, yang tidak dibayar itu hanya alat mandi, yang dimakan pasien nasigoreng dan sebagainya dan vitamin yang tidak dijamin, clear harusnya. Tetapi Setelah verifikasi hasil pa nya mengarah penyakit menular, karena posisinya Ketika di pa, itu kan posisinya belum jadi di hari itu, di surat jaminannya tertera bahwa Ketika diagnose tidak sesuai polis penjaminan gugur. Ketika ada masalah gitu keluar lah form di kita. Mohon maaf kami Kerjasama dengan asuransi ibu tetapi Ketika dada posisinya yang tidak dibayar atau ada pemberitahuan hal hal setelah tagihan setelah yang kami kirim itu akan menjadi beban ibu. Dan itu sudah ada tanda tangannya, jadi clear disitu ranap. Ranap itu nilainya gede, makanya aku selalu bilang ke temen temen tolong dong dikonfirmasi dulu. Kalo gak yakin pasien harus tanda tangan, bahwasanya apa yang disampaikan oleh kita itu sudah sesuai dengan asuransi. Ketika nanti asuransi konfirmasi setelah ini itu jawab lain lagi, tetapi kan harusnya asuransi itu konsisten, itu yang akan menjadi penilaian kita ke asuransi. Makanya aku selalu bilang ada masalah apa asuransi ini, oh dia tidak konsiten Ketika kita konfirmasi awal dan akhir. Aku bilang mba zi gak bisa kpi kita itu harus clear di 45 menit, pasien 45 menit harus pulang. Karena mereka kan takut complain pesertanya mereka kelamaan nunggu mau pulang. Nah tapi Ketika kayak gitu jadi gak clear dong kak. Ketika mereka posisinya minta istilahnya jenengan mengikuti kpi nya jenengan, tapi jenengan tidak paham di area kita. Ketika pasien pulang, pasien itu Ketika udah pulang. Kalian ajalah ketiak udah oke clear dirumah sakit kemudian setelah pulang ditelfon disuruh bayar. Lebih nggak percaya mana? Asuransi atau rumah sakit?. Pasti sama petugasnya. Padahal yang nggak bagus itu asuransinya. Aku selalu ditanya, mba zi kamu rekomen asuransi apa? Nabung aja deh udah punya bpjs selesai. Aku bilang. Aku gak percaya sama asuransi, asuransi tuh kayak hanya menguntungkan, kecuali kamu Perusahaan kamu dipotong pake asuransi apa ya gak masalah. Tapi kalo kamu pribadi pengen mengasuransi kan bapa ibu, udah nabung aja deh. Kalo aku bilang, dari pada klaimnya susah. Ketika kita sakit dan klaim kita dipersulit tambah cape kan. Aku ngelihatnya asuransi makin ke sini makin

kaya Cuma bisa bayar premi kecil dibawah satu juta mending gak usah, kalo aku kayak gitu.

6. Berapa persen persentase dari keterlambatan pembayaran klaim yang dialami oleh Rumah sakit JIH?

Jawaban: Kalo aku lihat sih sekarang lumayan better, sekita 30% an.

7. Apakah pihak asuransi pernah mengubah ketentuan dalam pembayaran klaim, dan jika ada bagaimana pihak rumah sakit mengatasi hal tersebut?

Jawaban: Aku itu sebernya gemes sama legal JIH itu masih kurang kuat di legalnya, kalo aku bilang. Kalo mungkin di area lain aku gak tau, Cuma legalnya di kit aitu, misalnya kayak aku nih, aku kan awam ya dengan Bahasa legal. Aku tuh pegen tagihan tuh clearnya 30 hari selesai pembayaran, jadi kan Bahasa Bahasa yang menyatakan bahwa tagihan akan diproses 30 hari dari telaah tagihan selesai. Padahal telaah tagihan dari mereka itu 2 bulan stelah kita kirim, tagihan mereka satu bulan sekali karena permintaan, dan kita iyaikan. Misal januari dikirim sampai february tanggal 10. Otomatis udah 30 hari. Kemudian di february mereka tidak langsung verif, verifnya itu mereka dibulan maret atau April, bayangin aja tagihannya berapa bulan disitu? Bahasanya adalah pembayaran akan dilakukan setelah telaah dilakukan secara lengkap dan benar. Kita terkecoh disini, akhirnya aku bilang gak bisa nih kayak gini sama Ketika ada list sudah acc rawat inap kemudian ada Bahasa gini “penjaminan akan gugur Ketika tidak sesuai dengan buku tarif. Buku tarif itu harusnya dilihat Ketika pasien belum pulang”. Clear harusnya verifikasi. Tetapi ada Bahasa kayak gitu dan itu berlangsung sampai pks berganti, capeknya kayak apa aku setiap bulan harus menjawab telaah telaah yang terjadi karena posisinya tidak sesuai tari, jadi tarifnya kita harusnya masuk minor masuk besar ternyata dibuku tarifnya itu yang dilakukan oleh dokter masuknya di sedang, misal kayak gitu. Aku gak tau dong yang kayak kayak gitu, jadi aku harus dipaksa buat tahu Bahasa medis, harus tau Bahasa legal, ya kalo Cuma alur masih oke

tapi kalo kita harus ngomongin legal kemudian kita masih kecolongan di area itu, piye?

8. Apakah pernah JIH menuntut secara perdata?

Jawaban: Belum pernah, secara asuransi belum pernah Cuma kalo kita ada masalah hukum di area dokter itu ada kalo di area nya kita belum sampai kesitu masih bisa dibicarakan dengan baik dalam arti kita masih ada kunjungan kita masih ada hubungan baik, gathering. Ada beberapa kayak marketing itu menjaga hubungan baiknya itu masih bagus, misalnya halo doc mau kunjungan kita gentian kesana, jadi masih yang kayak gitu . Kalo aku lihatnya belum ada yang sampai perdata. Marketing itu biasanya ada roadshow satu bulan sekali atau satu minggu sekali Cuma areanya aku gak tau, Kita kan Kerjasama bukan Cuma asuransi, ada Perusahaan terkait mcu kemudian ada perumahan sakitan, kemudian ada beberapa yang kayak hotel hotel kemudian kayak sekolah sekolah juga ada, jadi kayak budi mulia make kita pelayanan kesehatan anak.

9. Tapi apakah ada asuransi yang meskipun sudah dikunjungi namun belum bayar juga?

Jawaban: Ada, aku pernah ke asuransi yang sama tiga kali apa 4 kali, jadi yang kemarin itu waktunya gak sesuai, jadinya jadwalnya beda toh seharusnya udah jadwalin tapi dia bayar, aku kunjungan November desember tuh bayar lah ini januari gak bayar lagi kayak giut, jadi harus di ingetin harus disurati lagi. Jadi suratnya berjengjang mas dari rumah sakit sama pt kalo pt udah langsung lebih ke jejaring solo, purwekerto, jadi ada 3 rumah sakit ini diasuransi yang sama kok sama sama gak bayar jadi yang narik udah langsung pt. Jadi suratnya ada dua dari pt sama rumah sakit biasanya.

10. Apa yang akan dilakukan oleh pihak rumah sakit Ketika pembayaran klaim sudah melewati batas waktu?

Jawaban: Kalo sudah melewati batas waktu pasti akan dilakukan konfirmasi lewat telepon. “Mba email yang kemarin kok belum ada tindak lanjutnya”. Kemudian “mba minta maaf ya saya harus bikin surat ni. Nanti disampaikan saja lewat suratnya Jawabanya, karena manajemen minta surat. Kemudian

mereka jawab lalu tetap gak bayar. Info itu udah langsung ke atas karena kita udah ada koordinasi bulanan mas. Ketika surat kesana itu udah langsung. Tapi ya ada Ketika kita udah sampai kesana karena pembayarannya gak lewat mereka. Karena kalo kita udah kunjungi 2-3 kali ada beberapa PIC yang gak mau nemuin. Alasannya apa lagi.

11. Apakah pihak Rumah sakit pernah memutus hubungan Kerjasama dengan pihak asuransi karena alasan tertentu dan jika pernah apa alasannya?

Jawaban: Kalo memutus hubungan itu ya lebih itu tadi sebenarnya saling menjatuhkan itu gak bagus ya cuman Ketika kemarin ulang tahun JIH ke17 itu semuar asuransi dateng. Dari asuransi aja udah pada denger. Jadi kalo kita nelusur sebenarnya atasan kita kerja sama, maksudnya kayak pak dito pasti punya temen orang orang asuransi. Jadi hal hal asuransi yang apik ora apik bayarnya bagus gak bagus, bangkrut dia tahu. Karena kita takut ini dibayar apa enggak. Takutnya Ketika mereka pailit kira kira piye. Jadi ya nek memutus hubungan kita tidak membuka layanan itu. Dan aku cari informasi di jogja bukanya di mana, ada asuransi yang sengaja tidak buka di rumah sakit JIH karena tarif, dia nyari yang ada tarif bpjs nya otomatis kan tarifnya rendah. Tapi kan mereka punya target, punya kendali biaya punya kendali mutu untuk meminimalkan premi premi pesertanya. Jadi aku juga gak punya hak juga untuk memaksa membuka, ada beberapa yang jadi kita tidak memutuskan tapi mereka yang memutuskan kerja sama , karena kendali mutu dan kendali biaya dia merasa bahwa kita masih merancang beberapa hal yang akan kita ajukan ke rumah sakit rumah sakit, tidak hanya JIH. Kalo JIH mau dengan diskon sekian misalnya kita masih kerja sama nih. Kalo rumah sakit jih gak berani ya gapapa. Jadi kita bakal kehilangan beberapa puluh orang setiap bulanya dari asuransi tersebut, tetapi kita tidak tahu Ketika asuransi masuk ke kita itu dengan nama pribadi karena dia rembes jadi kita gak bisa mengolah datanya, tapi kita kehilangan satu asuransi itu karena dia gak mau Kerjasama karena dia terkendala kendali

mutu dan biaya dan diskonya tinggi. Kalo misalnya kita terima kita kerja bakti. Intinya gitu.

12. Menurut ibu sendiri apakah alur dari penagihan yang ada sekarang sudah optimal atau belum? Dan apa alasannya

Jawab: Dari penagihan sendiri sebenarnya dari dulu itu sampai sekarang itu ada perubahan perubahan termasuk pemangkasan pemangkasan. Kayak kwitansi kemudian ada beberapa yang kita tidak pakai. Kesini kesini sih kita mau efisiensi kertas karena ternyata net kita termasuk tidak pakai snack pada saat rapat itu efisien banget. Dalam arti kita jadi lebih ngirit termasuk kertas itu jadi potret. Telusur kemarin juga ada beberapa yang memang termasuk gallon, kalo dulu itu gallon ada di ruangan masing masing sekarang punya keperawatan, keuangan, sdm, itu jadi satu gallon ngambilnya di luar. Kalo aku itu beli aqua yang gede karena males bolak balik. Kalo aku lihat alurnya sih masih oke, tapi set tanggal kemarin sih mau saya system kan. Aku tuh bilang temen temen set tanggal kirim tuh berapa menit? Sekitar sejam sampe satu setengah. Kemarin tak ajukan alurnya kayak apa, kemudian nanti akan dibikin kan. Kemudian tagihan manual itu juga iya, kemarin itu masih satu satu jadi tagihannya belum kelihatan udah dibayar atau belum. Karena memang tidak ada PIC langsung yang pegang itu akhirnya kemarin di akomodir sama pak danang. Jadi akan dibuat system, ya semoga aja februari udah jalan. Jadi kalo secara alur sih akan lebih baik kalo ada beberapa system yang mengampu lebih ke itu. Sama kayak bikin tagihan piutang asuransi jadi nanti penarikannya akan dari rumah sakit atau surat dari pt. tapi secara kalo Listrik akan ada tetap ada unit bersangkutan yang menginput, jadi nanti kita tinggal di system kan supaya dirumuskan disitu jadi kita tahu tagihannya, aku berharapnya 2025 tagihan manual sudah tersistem. Kalo untuk alur yang lain sih baru satu satu. Dan kabar baiknya temen temen itu buat finhealth. Ide inovasi temen temen dari unit sendiri atau unit orang lain itu apa, kayak tadi di sampaikan ada kendala apa sih bu di unit lain diangkat sama temen temen kemudian dijadikan satu, kemudian ide ide itu yang akan di eksekusi ditahun ini. Jadi ada dua sisi dari temen

temen yang menyatakan kesulitannya tersampaikan. Dari sisi leadernya jadi tahu kita paham nih kita akan ngapain, jadi di semester satu dua itu kita tahu bakal ngapain terkait temen temen ini. Jadi dia secara alur gak masalah tapi pengerjaannya masih manual. Karena gak mungkin pasien 30 hari ngingput manual satu satu, sementara kan kalo dokter kan sama di satu hari sampai 30 hari nilai kamarnya itu sama, aku lebih ke it nya, biar temen temen itu kalo secara pengerjaan banyak tapi kalo terbantu system lebih cepat.

13. Apakah divisi lain dapat mempengaruhi alur kerja dari unit penagihan? Dan jika ada divisi apa dan apa peranya?

Jawaban: Kalo aku lihatnya ke medis, Cuma kalo harus tertuang langsung itu kayak gak etis ya divisi mananya. Tapi mungkin disampaikan aja gak spesifik medis unit mana. Posisinya mereka kan layanan, aku tuh sebenarnya gak mau ngejudge satu dua unit karena posisinya semua itu punya tanggung jawab masing masing apalagi kalo area area pelayanan yang harus mengutamakan pelayanannya terlebih dahulu baru pengerjaan di unit lain. Dalam arti kan kalo ditempatku kan pertanyaan lanjutannya atau mungkin pengerjaan skm nya yang gak clear. Sebernarnya itu peran dari atas, karena kita gak bisa mengendalikan dokter. Dokter itu punya watak masing masing Dimana mereka juga merasa bahwa sudah terpose dengan pasien yang banyak kemudian gak Cuma mengang satu rumah sakit misal. Dengan system yang berebda. Mereka harusnya clear dari atas tau tarif karena gak semua lini itu tau tarif kita, kadang dokter itu menulis manual ini. Nah rigitnya asuransi itu mereka tahu karena mereka megang buku tarif, mereka tinggal buku kalo mereka sunat mereka harusnya masuknya ini dong bukan ini, akhirnya akan pengaruh di jasa medisnya beliau. Itu dampaknya banyak. Rekam medis ini penting Cuma beliau beliau ini memang kayak ini urusan mu. Pihak penagihan juga sudah mengkomunikasina itu dengan pihak medis, termasuk tanda tangan itu minta e sign. Harusnya e sign bisa di akomodir dari medis untuk dibuatkan e sign satu, satu penanggung jawab itu permintaan. Kemudian pengisian yang lengkap itu penting, itu udah dari lama masalahnya itu itu aja. Masalah rekam medis masalah emr, padahal

emr itu dibantu perawat juga. Kadang kan dokter itu ada dokter manajemen dok dibantu lagi dok “ apa lagi mba zi” tapi sudah tak siapin dokternya udah bilang gini gini. Beliau tinggal lihat selesai. Tapi kadang gak hari itu juga.

Wawancara 2:

1. Apakah keterlambatan klaim mempengaruhi arus kas operasional?

Seharusnya berpengaruh, tapi untuk dirumah sakit jh. Sejauh ini tidak terlalu berpengaruh karena kita masih menghitung kalkulasi antara arus masuk dan arus keluar dengan cermat. Dimana kami memperhitungkan arus keluar itu sebisa mungkin, jatuh temponya mengikuti dari arus masuk yang kami dapatkan.

2. Apakah keterlambatan klaim berdampak pada likuiditas dan solvabilitas rumah sakit?

Tidak. Karena kami menjaga antara rasio arus kas keluar mengikuti rasio arus kas masuk

3. Berapa persentase dari pendapatan piutang asuransi terhadap keseluruhan pendapatan?

Untuk asuransi di angka 47-48%

4. Apakah keterlambatan klaim mengganggu perencanaan keuangan dari rumah sakit?

Secara garis besar. Tidak, karena klaim yang kita dapatkan sudah di hitung sesuai dengan Term of payment yang kami berikan terhadap asuransi.

5. Apakah keterlambatan pembayaran klaim mempengaruhi kewajiban ataupun operasional rumah sakit seperti pembayaran gaji, fasilitas rumah sakit, ketersediaan obat-obatan, dan lainnya?

Kalo gaji. Tidak karena gaji sifatnya rutin. Jadi terkait dengan ratio arus kas keluar yang kami sesuaikan itu untuk vendor non rutin yang kami berlakukan. Contoh, pembayaran jasa medis dokter yang dibayarkan terhadap dokter dokter ini disesuaikan terhadap pembayaran asuransi tersebut. Jadi pembayaran medis dokter untuk bulan januari, itu baru dibayarkan dibulan maret, yaitu 2bulan semenjak yang bersangkutan

kewajiban pekerjaannya. Jadi kalo jasa medis khusus asuransi kami memiliki Term of payment average 60 hari dari bulan pelayanan. Kalo di 2024 itu ada suatu kebijakan, mulai untuk diterapkan dari pimpinan Yayasan, yaitu perihal efisiensi terhadap konsumsi saat meeting. Itu cukup membantu terkait arus kas.

6. Apakah keterlambatan pembayaran klaim pernah berdampak pada motivasi dan produktivitas tenaga medis?

Belum pernah

7. Apakah dari keterlambatan, pihak rumah sakit pernah memakai dana cadangan karena keterlambatan ini dan jika pernah untuk apa?

Belum pernah.

8. Apakah rumah sakit memiliki fasilitas kredit atau pinjaman darurat untuk mengatasi kekurangan kas akibat keterlambatan pembayaran klaim?

Kalo facility loan kita ada. Tetapi sifatnya bukan operasional tapi lebih ke investasi. Jadi contoh untuk pengembangan bisnis pengembangan usaha. Bangunan baru. Itu menggunakan facility loan dari bank. Tapi untuk operasional kita tidak. Karena secara postur laporan keuangan maupun saldo keuangan kita masih cukup untuk mencover operasioanal.

9. Apakah JIH memiliki bare minimum untuk dana Cadangan?

Kalo kita minimal itu satu kali pendapatan bulanan. Untuk berapa persennya 12/100 satu siklus, missal pendapatan 100M dibagi 12 rata-rata sekitar 9 atau 8%. Mengikuti postur satu bulan dari sales revenue. Karena cash ratio, liquidity ratio, solvabilitas rasionya masih di atas 1.

10. Bagaimana rumah sakit mengelola risiko keuangan akibat keterlambatan pembayaran klaim? Apakah ada mekanisme hedging atau asuransi kredit yang digunakan?

Disini belum ada untuk hedging ataupun insurance credit. Tapi kalo misalnya ada keterlambatan pembayaran yang kami lakukan lebih ke proses mekanisme collection. Memberikan surat teguran untuk mempercepat prosesnya atau menggunakan mekanisme stop release. Jadi kalo misalnya

ada pihak asuransi yang belum membayarkan kewajibannya di nominal tertentu atau setelah surat kita terbitkan biasanya kita akan melakukan stop untuk melakukan pelayanan untuk asuransi tersebut. Jadi asuransinya di hold sementara sampai asuransi tersebut membayarkan kewajibannya.

11. Bagaimana pihak rumah sakit mengevaluasi kinerja dari unit penagihan dan metrik apa yang dipakai untuk mengukur keberhasilan unit penagihan?

Pertama adalah collection periode, yaitu proses seberapa lama piutang itu menjadi sebuah arus kas masuk. Kedua ratio piutang. Dimana untuk piutang overdue tidak lebih besar dari piutang yang belum jatuh tempo.

12. Bagaimana rumah sakit bekerja sama dengan pihak asuransi untuk memperbaiki proses klaim dan mempercepat pembayaran?

Saat ini kami melakukan rekonsiliasi Bersama. Yang kedua membuat kertas kerja Bersama jika dimungkinkan terkait data pembayaran oleh mereka karena pembayaran oleh mereka pun harus kami identifikasi untuk membayarkan tagihan yang lama. Jadi salah satu proses mempercepat. Diluar dari pembayaran itu sendiri, yaitu untuk memvalidasi data antara outstanding dari rumah sakit dan asuransi.