

Manajemen Keuangan Kesehatan

Dr. Ratno Adrianto, S.K.M., M.Kes.

Buku ajar *Manajemen Keuangan Kesehatan* ini merupakan salah satu acuan bagi mahasiswa memprogramkan Peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan. Agar buku ini sungguh-sungguh berguna sebagai buku pelajaran pada tingkat pendidikan, maka pada kesempatan edisi ini dilakukan pendalaman uraian dan perluasan bacaan sejauh yang dapat kami lakukan. Buku ini hanyalah merupakan suatu pedoman dasar bagi pemerhati bidang ekonomi di bidang kesehatan.

Manajemen Keuangan Kesehatan

Penerbit Deepublish (CV BUDI UTAMA)
Jl. Kalurang Km 9/3 Yogyakarta 55581
Telp/Fax : (0274) 453342/
Anggota KAFI (078/DIY/2012)
● cs@deepublish.co.id
● Penerbit Deepublish
● [@penerbitbuku_deepublish](https://www.instagram.com/penerbitbuku_deepublish)
● www.penerbitdeepublish.com



Kategori :



Manajemen Keuangan Kesehatan

Dr. Ratno Adrianto, S.K.M., M.Kes.

Manajemen Keuangan Kesehatan | Dr. Ratno Adrianto, S.K.M., M.Kes.

**MANAJEMEN KEUANGAN
KESEHATAN**

deepublish / publisher

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i. Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv. Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

MANAJEMEN KEUANGAN KESEHATAN

RATNO ADRIANTO



Cerdas, Bahagia, Mulia, Lintas Generasi.

MANAJEMEN KEUANGAN KESEHATAN

Ratno Adrianto

Desain Cover :
Rulie Gunadi

Sumber :
shutterstock

Tata Letak :
Ajuk

Proofreader :
A. Timor Eldian

Ukuran :
viii, 90 hlm, Uk: 15.5x23 cm

ISBN :
No ISBN

Cetakan Pertama :
Bulan 2022

Hak Cipta 2022, Pada Penulis

Isi diluar tanggung jawab percetakan

Copyright © 2022 by Deepublish Publisher
All Right Reserved

Hak cipta dilindungi undang-undang.
Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau
memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini
tanpa izin tertulis dari Penerbit.

PENERBIT DEEPUBLISH
(Grup Penerbitan CV BUDI UTAMA)

Anggota IKAPI (076/DIY/2012)

Jl.Rajawali, G. Elang 6, No 3, Drono, Sardonoarjo, Ngaglik, Sleman
Jl.Kaliurang Km.9,3 – Yogyakarta 55581

Telp/Faks: (0274) 4533427

Website: www.deepublish.co.id

www.penerbitdeepublish.com

E-mail: cs@deepublish.co.id

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala Rahmat dan Karunia-Nya, sehingga kami dapat menyelesaikan sebuah buku ajar ***Manajemen Keuangan Kesehatan*** yang merupakan salah satu acuan bagi mahasiswa yang memprogramkan Peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan.

Agar buku ini sungguh-sungguh berguna sebagai buku pelajaran pada tingkat pendidikan, maka pada kesempatan edisi ini dilakukan pendalaman uraian dan perluasan bacaan sejauh yang dapat kami lakukan.

Buku ini hanya merupakan suatu pedoman dasar bagi pemerhati bidang Ekonomi di bidang kesehatan. Hal ini disebabkan karena keterbatasan-keterbatasan yang dimiliki oleh penulis, olehnya itu saran dan kritik terhadap perbaikan dan penyempurnaan buku ini sangat kami harapkan.

Semoga apa yang telah kita perbuat demi meningkatkan derajat kesehatan masyarakat khususnya dalam bidang perencanaan mendapat balasan dari Tuhan Yang Maha Esa.

Oktober, 2022

Dr. Ratno Adrianto, S.K.M., M.Kes

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vi
BAB 1 SISTEM PEMBIAYAAN KESEHATAN	1
A. BATASAN.....	2
B. SUMBER BIAYA KESEHATAN	4
C. MACAM BIAYA KESEHATAN	5
D. SYARAT POKOK PEMBIAYAAN KESEHATAN	5
E. MASALAH POKOK PEMBIAYAAN KESEHATAN	7
F. UPAYA PENYELESAIAN.....	13
G. UPAYA PENYELESAIAN.....	16
BAB II PRINSIP UMUM NALISIS BIAYA.....	21
A. KEGUNAAN ANALISIS BIAYA	21
B. PENGERTIAN BIAYA.....	22
C. PUSAT BIAYA.....	23
D. JENIS BIAYA	23
E. BIAYA SATUAN (<i>UNIT COST</i>)	31
BAB III LANGKAH-LANGKAH MENGHITUNG BIAYA SATUAN..	33
A. LANGKAH-LANGKAH MENGHITUNG BIAYA SATUAN..	33
B. Data biaya Investasi, Biaya operasional dan biaya pemeliharaan.....	38
C. METODE DISTRIBUSI BIAYA	42
D. BIAYA SATUAN DI UNIT HOMOGEN DAN HETEROGEN	43
E. BIAYA SATUAN AKTUAL DAN NORMAL	47
BAB IV ANALISIS BIAYA DAN APLIKASI ANALISIS BIAYA SATUAN DI RUMAH SAKIT	49
A. PRINSIP DASAR ANALISIS BIAYA RUMAH SAKIT	49
B. APLIKASI ANALISIS BIAYA SATUAN RUMAH SAKIT	51
C. IDENTIFIKASI PUSAT BIAYA (" <i>COST CENTER</i> ")	51
D. DISKRIPSI HUBUNGAN FUNGSIONAL ANTAR PUSAT BIAYA	53
E. PENGUMPULAN DATA DASAR UNTUK ALOKASI BIAYA	54
F. PENGUMPULAN DATA BIAYA RUMAH SAKIT	56

G. PERHITUNGAN BIAYA ASLI	58
H. PENDISTRIBUSIAN BIAYA DENGAN METODE DISTRI- BUSI GANDA.....	60
I. PERHITUNGAN BIAYA SATUAN	62
BAB V TARIF PENLAYANAN KESEHATAN DAN PENYESUAIAN TARIF	65
A. PENETAPAN TARIF RUMAH SAKIT	65
B. TARIF PELAYANAN	66
C. TARIF PELAYANAN DI INDONESIA.....	71
BAB VI PEMBIAYAAN SEKTOR KESEHATAN DI PROPINSI	73
A. GAMBARAN PEMBIAYAAN SEKTOR KESEHATAN	73
B. MASALAH ALOKASI ANGGARAN KESEHATAN	74
C. PENUTUP.....	87
KEPUSTAKAAN	88

deepublish / publisher



BAB 1 **SISTEM PEMBIAYAAN** **KESEHATAN**

Telah disebutkan bahwa salah satu subsistem yang terdapat dalam Sistem Kesehatan ialah Subsistem Pembiayaan Kesehatan. Sama halnya dengan Subsistem Pelayanan Kesehatan, maka untuk memahami lengkap sistem kesehatan, maka perlulah dipahami pula tentang subsistem pembiayaan kesehatan tersebut.

Seperti Subsistem Pelayanan Kesehatan, maka pembicaraan tentang Subsistem Pembiayaan Kesehatan, ini juga tidak mudah. Sebagai akibat dari luasnya pengertian sehat, maka yang termasuk dalam subsistem pembiayaan kesehatan, mencakup bidang yang amat luas pula. Jika ditinjau dari definisi sehat bagaimana yang dirumuskan oleh WHO, maka pembiayaan pembangunan dan atau pembiayaan pengadaan pangan, yang karena juga memiliki dampak terhadap kesehatan, seharusnya turut pula diperhitungkan.

Hanya saja, seperti juga pada subsistem Pelayanan Kesehatan, peninjauan yang luas seperti ini tidaklah mungkin dilakukan. Sesuai dengan disiplin ilmu yang dimiliki, maka dalam membicarakan subsistem Pembiayaan Kesehatan, pembahasan dibatasi hanya pada pembiayaan untuk program kesehatan saja, yakni program-program yang berhubungan erat dengan penerapan langsung ilmu dan teknologi kedokteran.

Pada akhir-akhir ini, dengan makin kompleksnya pelayanan kesehatan serta makin lengkapnya sumber dana yang tersedia, maka perhatian terhadap Subsistem Pembiayaan Kesehatan makin meningkat saja. Pembahasan tentang subsistem Pembiayaan Kesehatan ini tercakup dalam suatu cabang ilmu khusus yang dikenal dengan nama ekonomi kesehatan (*health economic*).

A. BATASAN

Yang dimaksud dengan biaya kesehatan ialah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat. Dari batasan ini, segera terlihat bahwa biaya kesehatan dapat ditinjau dari dua sudut yakni:

1. Penyedia pelayanan kesehatan

Yang dimaksud dengan biaya kesehatan dari sudut penyedia pelayanan (*health provider*) adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan upaya kesehatan. Dengan pengertian yang seperti ini tampak bahwa biaya kesehatan dari sudut penyedia pelayanan, adalah persoalan utama pemerintah dan ataupun pihak swasta, yakni pihak-pihak yang akan menyelenggarakan upaya kesehatan.

2. Pemakai Jasa Pelayanan

Yang dimaksudkan dengan biaya kesehatan dari sudut pemakai jasa pelayanan (*health consumer*) adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat memanfaatkan jasa pelayanan. Berbeda dengan pengertian pertama, maka biaya kesehatan di sini menjadi persoalan utama para pemakai jasa pelayanan. Dalam batas-batas tertentu, pemerintah juga turut mempersoalkannya, yakni dalam rangka terjaminnya pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang membutuhkannya.

Dari batasan biaya kesehatan yang seperti ini segera dipahami bahwa pengertian biaya kesehatan tidaklah sama antara penyedia pelayanan kesehatan (*health provider*) dengan pemakai jasa pelayanan kesehatan (*health consumer*). Bagi penyedia pelayanan kesehatan, pengertian biaya kesehatan lebih menunjuk pada dana yang harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan upaya kesehatan. Sedangkan bagi pemakai jasa pelayanan kesehatan, pengertian biaya kesehatan lebih menunjuk pada dana yang harus disediakan untuk dapat memanfaatkan upaya kesehatan. Sesuai dengan terdapatnya perbedaan yang seperti ini, tentu mudah diperkirakan bahwa besarnya dana yang dihitung sebagai biaya kesehatan tidaklah sama antara pemakai jasa pelayanan dengan

penyedia pelayanan kesehatan. Besarnya dana bagi penyedia pelayanan lebih menunjuk pada seluruh biaya investasi (*Investment cost*) serta seluruh biaya operasional (*operasional cost*) yang harus disediakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan. Sedangkan besarnya dana bagi pemakai jasa pelayanan lebih menunjuk pada jumlah uang yang harus dikeluarkan (*out of pocket*) untuk dapat memanfaatkan suatu dana kesehatan.

Secara umum disebutkan apabila total dana yang dikeluarkan oleh seluruh pemakai jasa pelayanan, dan karena itu merupakan pemasukan bagi penyedia pelayanan kesehatan (*income*), adalah lebih besar daripada yang dikeluarkan oleh penyedia pelayanan kesehatan (*expenses*) maka berarti penyelenggaraan upaya kesehatan tersebut mengalami keuntungan (*profit*). Tetapi apabila sebaliknya, maka berarti penyelenggaraan upaya kesehatan tersebut mengalami kerugian (*loss*).

Perhitungan total biaya kesehatan satu negara sangat tergantung dari besarnya dana yang dikeluarkan oleh kedua pihak tersebut. Hanya saja, karena pada umumnya pihak penyedia pelayanan kesehatan terutama yang diselenggarakan oleh pihak swasta, tidak ingin rugi, dan oleh karena itu semua pengeluaran telah diperhitungkan terhadap jasa pelayanan yang akan diselenggarakan, maka perhitungan total biaya kesehatan akhirnya lebih banyak didasarkan pada jumlah dana yang dikeluarkan oleh para pemakai jasa pelayanan kesehatan saja.

Di samping itu, karena di setiap negara selalu ditemukan peranan pemerintah, maka dalam menghitung total biaya kesehatan harus pula memperhitungkan jumlah dana yang beredar di sektor pemerintah. Tetapi karena pada upaya kesehatan pemerintah selalu ditemukan adanya subsidi, maka cara perhitungan yang digunakan tidaklah sama. Total biaya kesehatan dari sektor pemerintah tidak dihitung dari besarnya dana yang dikeluarkan oleh pemakai jasa, dan karena itu merupakan pendapatan (*income*) pemerintah, melainkan dari besarnya dana yang dikeluarkan oleh pemerintah (*expenses*) untuk menyelenggarakan upaya kesehatan.

Dari uraian ini menjadi jelaslah untuk dapat menghitung besarnya total biaya kesehatan yang berlaku di suatu negara ada dua pedoman

yang dipakai. Pertama, besarnya dana yang dikeluarkan oleh para pemakai jasa pelayanan untuk sektor swasta. Kedua, besarnya dana yang dikeluarkan oleh pemerintah untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan untuk sektor pemerintah. Total biaya kesehatan adalah hasil penjumlahan dari kedua pengeluaran tersebut.

B. SUMBER BIAYA KESEHATAN

Sumber biaya kesehatan tidaklah sama antara satu negara dengan negara lainnya. Secara umum sumber biaya kesehatan ini dapat dibedakan atas dua macam yakni:

1. Seluruhnya bersumber dari anggaran pemerintah

Tergantung dari bentuk pemerintahan yang dianut, ditemukan negara yang sumber daya kesehatannya sepenuhnya ditanggung oleh pemerintah. Pada negara yang seperti ini, tidak ditemukan pelayanan kesehatan swasta. Seluruh pelayanan kesehatan diselenggarakan oleh pemerintah dan pelayanan kesehatan tersebut dilaksanakan secara cuma-cuma.

2. Sebagian ditanggung oleh masyarakat

Pada beberapa negara lain, sumber biaya kesehatannya juga berasal dari masyarakat. Pada negara yang seperti ini, masyarakat diajak berperan serta, baik dalam menyelenggarakan upaya kesehatan ataupun waktu memanfaatkan jasa pelayanan kesehatan.

Dengan ikut sertanya masyarakat menyelenggarakan pelayanan kesehatan, maka ditemukan pelayanan kesehatan swasta. Selanjutnya dengan diikutsertakannya masyarakat membiayai pemanfaatan pelayanan kesehatan, maka pelayanan kesehatan tidaklah cuma-cuma. Masyarakat diharuskan membayar pelayanan kesehatan yang dimanfaatkannya.

Sekalipun pada saat ini makin banyak saja negara yang mengikutsertakan masyarakat dalam pembiayaan kesehatan, namun tidak ditemukan satu negara pun yang pemerintah sepenuhnya tidak ikut serta. Pada negara yang peranan swastanya sangat dominan pun, peranan pemerintah tetap ditemukan. Paling tidak ikut membiayai upaya kesehatan yang menyangkut kepentingan masyarakat banyak

seperti pelayanan kesehatan masyarakat, dan ataupun membiayai pelayanan kedokteran yang menyangkut kepentingan masyarakat yang kurang mampu.

C. MACAM BIAYA KESEHATAN

Biaya kesehatan banyak macamnya, karena kesemuanya tergantung dari jenis dan kompleksitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dan atau yang dimanfaatkan. Hanya saja disesuaikan dengan pembagian pelayanan kesehatan, maka biaya pelayanan kesehatan tersebut secara umum dapat dibedakan atas dua macam yakni:

1. Biaya Pelayanan Kesehatan Kedokteran
Biaya yang dimaksudkan di sini adalah yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan pelayanan kedokteran, yakni yang tujuan utamanya untuk mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan penderita.
2. Biaya pelayanan Kesehatan masyarakat
Biaya yang dimaksudkan di sini adalah yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan pelayanan kesehatan masyarakat, yakni yang tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta untuk mencegah penyakit.

Sama halnya dengan biaya kesehatan secara keseluruhan, maka masing-masing biaya kesehatan ini dapat pula ditinjau dari dua sudut yakni sudut penyelenggara kesehatan (*health provider*) dan dari sudut pemakai jasa pelayanan (*health consumer*).

D. SYARAT POKOK PEMBIAYAAN KESEHATAN

Sesuai dengan ciri-ciri yang dimiliki oleh setiap macam pelayanan, maka biaya kedua macam pelayanan ini, juga mempunyai ciri-cirinya yang tersendiri. Hanya saja betapapun berbedanya ciri tersebut, suatu biaya kesehatan yang baik haruslah memenuhi syarat pokok yakni:

1. Jumlah
Syarat utama dari biaya kesehatan haruslah tersedia dalam jumlah yang cukup dalam arti dapat membiayai penyelenggaraan

semua upaya kesehatan yang dibutuhkan serta tidak menyulitkan masyarakat yang ingin memanfaatkannya.

2. Penyebaran

Syarat lain yang harus dipenuhi ialah penyebaran dana yang harus sesuai dengan kebutuhan. Jika dana yang tersedia tidak dapat dialokasikan dengan baik, niscaya akan menyulitkan penyelenggaraan setiap upaya kesehatan.

3. Pemanfaatan

Sekalipun jumlah dan penyebaran dana baik, tetapi jika pemanfaatannya tidak mendapatkan pengaturan yang saksama, niscaya akan menimbulkan masalah, yang jika berkelanjutan akan menyulitkan masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan.

Dari tiga syarat di atas, agaknya yang terpenting adalah syarat kedua dan ketiga. Mudah dipahami karena betapapun diusahakan, jumlah dana yang tersedia selalu bersifat terbatas. Bertitik tolak dari keadaan seperti ini, maka dalam membicarakan biaya kesehatan, perhatian lebih dicurahkan tidak pada upaya penambahan dana, melainkan pada pengaturan penyebaran dan pemanfaatan dana yang tersedia.

Pengaturan yang seperti ini makin bertambah penting karena sebagai akibat dari kemajuan ilmu dan teknologi, pelayanan kesehatan pada saat ini telah pula mempergunakan berbagai peralatan canggih, yang pada gilirannya akan mendorong naiknya biaya kesehatan. Upaya yang dilakukan untuk mengatur perubahan dan pemanfaatan dana banyak macamnya, yang umumnya berkisar pada:

1. Peningkatan efektivitas

Peningkatan efektivitas dilakukan dengan mengubah penyebaran atau alokasi penggunaan sumber dana. Berdasarkan pengalaman yang dimiliki, maka alokasi tersebut lebih diutamakan pada upaya kesehatan yang menghasilkan dampak yang lebih besar, misalnya mengutamakan upaya pencegahan, bukan pengobatan penyakit.

2. peningkatan Efisiensi

Peningkatan efisiensi dilakukan dengan memperkenalkan berbagai mekanisme pengawasan dan pengendalian. Mekanisme yang dimaksud antara lain:

a. Standar minimal pelayanan

a.1. Standar minimal sarana

Contoh standar minimal sarana ialah standar minimal rumah sakit dan standar minimal laboratorium

a.2. Standar minimal tindakan

Contoh standar minimal tindakan ialah tatacara pengobatan dan perawatan penderita, dan daftar obat-obat esensial.

Dengan adanya standar minimal pelayanan ini, bukan saja pemborosan dapat dihindari dan dengan demikian akan dapat ditingkatkan efisiensinya, tetapi juga sekaligus dapat pula dipakai sebagai pedoman dalam menilai mutu pelayanan.

b. Kerja sama

Bentuk lain yang diperkenalkan untuk meningkatkan efisiensi ialah memperkenalkan konsep kerja sama antar berbagai sarana pelayanan kesehatan. Sebagaimana telah disebutkan, ada dua bentuk kerja sama yang dapat dilakukan yakni:

b.1. Kerja sama institusi

Misalnya sepakat secara bersama-sama membeli peralatan kedokteran yang mahal (*cost sharing*) dan jarang dipergunakan. Dengan pembelian dan pemakaian bersama ini dapat dihematkan dana yang tersedia serta dapat pula dihindari penggunaan peralatan yang rendah (*under utilization*). Dengan demikian efisiensi juga akan meningkat.

b.2. Kerja sama sistem

Bentuk kerja sama sistem yang paling populer ialah sistem rujukan, yakni adanya hubungan kerja sama timbal balik antara satu sarana kesehatan dengan sarana kesehatan lainnya.

E. MASALAH POKOK PEMBIAYAAN KESEHATAN

Jika diperhatikan syarat pokok pembiayaan kesehatan sebagaimana dikemukakan di atas, segera terlihat bahwa untuk memenuhinya tidaklah semudah yang diperkirakan. Sebagai akibat makin meningkatnya

kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan juga karena telah dipergunakannya berbagai peralatan canggih, menyebabkan pelayanan kesehatan makin bertambah kompleks.

Kesemuanya ini di satu pihak memang mendatangkan banyak keuntungan yakni makin meningkatnya derajat kesehatan masyarakat, namun di pihak lain ternyata juga mendatangkan banyak masalah. Adapun berbagai masalah tersebut jika ditinjau dari sudut pembiayaan kesehatan secara sederhana dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Kurangnya dana yang tersedia

Di banyak negara, terutama di negara yang sedang berkembang, dana yang disediakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan tidaklah memadai. Rendahnya alokasi anggaran ini kait berkaitan dengan masih kurangnya kesadaran pengambil keputusan akan pentingnya arti kesehatan. Kebanyakan dari pengambilan keputusan menganggap pelayanan kesehatan tidak bersifat produktif melainkan bersifat konsumtif dan karena itu kurang diprioritaskan. Ambil contoh untuk Indonesia misalnya, Jumlah dana yang disediakan hanya berkisar antara 2-3% dari total anggaran belanja negara dalam setahun.

2. Penyebaran dana yang tidak sesuai

Masalah lain yang dihadapi ialah penyebaran dana yang tidak sesuai, karena kebanyakan justru beredar di daerah perkotaan. Padahal jika ditinjau dari penyebaran penduduk, terutama di negara yang sedang berkembang, terutama bertempat tinggal di daerah pedesaan.

3. Pemanfaatan dana yang tidak tepat

Pemanfaatan dana yang tidak tepat juga merupakan salah satu masalah yang dihadapi dalam pembiayaan kesehatan ini. Adalah mengejutkan bahwa di banyak negara ternyata biaya pelayanan kedokterannya jauh lebih tinggi daripada biaya pelayanan kesehatan masyarakat. Padahal semua pihak telah mengetahui bahwa pelayanan kedokteran dipandang kurang efektif dari pada pelayanan kesehatan masyarakat.

4. Pengelolaan dana yang belum sempurna

Seandainya dana yang tersedia amat terbatas, penyebaran dan pemanfaatannya belum begitu sempurna, namun jika apa yang dimiliki tersebut dapat dikelola dengan baik, dalam batas-batas tertentu tujuan dari pelayanan kesehatan masih dapat dicapai. Sayangnya kehendak yang seperti ini sulit diwujudkan. Penyebab utamanya ialah karena pengelolaannya memang belum sempurna, yang kait berkaitan tidak hanya dengan pengetahuan dan keterampilan yang masih terbatas, tetapi juga ada kaitannya dengan sikap mental para pengelola.

5. Biaya kesehatan yang makin meningkat

Masalah lain yang dihadapi oleh pembiayaan kesehatan ialah makin meningkatnya biaya pelayanan kesehatan itu sendiri. Banyak penyebab yang berperan di sini, beberapa yang terpenting adalah: (Cambridge Research Institute, 1976; Sorkin 1975 dan Feldstein, 1988):

a. Tingkat inflasi

Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh tingkat inflasi yang terjadi di masyarakat. Demikianlah jika terjadi kenaikan harga di masyarakat, maka secara otomatis biaya investasi dan juga biaya operasional pelayanan kesehatan akan meningkat pula.

Ambil contoh di Amerika Serikat misalnya, sebagai akibat inflasi yang terjadi sepanjang periode Januari 1973-Juli 1974, maka setiap rumah sakit di negara tersebut harus mengeluarkan biaya tambahan sebesar 15% lebih tinggi untuk pembelian bahan bakar. Bertambahnya pengeluaran yang seperti ini, tentu akan besar pengaruhnya terhadap peningkatan biaya kesehatan secara keseluruhan.

b. Tingkat permintaan

Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh tingkat permintaan yang ditemukan di masyarakat. Untuk bidang kesehatan peningkatan permintaan tersebut dipengaruhi setidaknya tidaknya oleh dua faktor. Pertama, karena meningkatnya

kuantitas penduduk yang memerlukan pelayanan kesehatan, yang karena jumlah orangnya lebih banyak menyebabkan biaya yang harus disediakan untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan akan lebih banyak pula. Kedua, karena meningkatnya kualitas penduduk, yang karena pendidikan dan penghasilannya lebih baik, membutuhkan pelayanan kesehatan yang lebih baik pula. Kedua keadaan yang seperti ini, tentu akan besar pengaruhnya pada peningkatan biaya kesehatan.

c. Kemajuan ilmu dan teknologi

Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh pemanfaatan berbagai kemajuan ilmu dan teknologi, yang untuk pelayanan kesehatan ditandai dengan makin banyak dipergunakan berbagai macam peralatan modern dan canggih. Ke semua kemajuan ini tentu akan berpengaruh terhadap pengeluaran yang dilakukan, baik terhadap biaya investasi dan ataupun biaya operasional. Tidak mengherankan jika kemudian biaya kesehatan meningkat dengan tajam. Oleh Waldman (1972) diperkirakan bahwa kontribusi pemakaian berbagai peralatan canggih terhadap kenaikan biaya kesehatan tidak kurang dari 30 % dari total kenaikan harga. Suatu jumlah yang memang tidak kecil.

Lebih dari pada itu, dengan kemajuan ilmu dan teknologi ini juga dapat berpengaruh terhadap penyembuhan penyakit. Jika dahulu banyak dari penderita yang meninggal dunia, tetapi dengan dipergunakannya berbagai peralatan canggih, penderita dapat diselamatkan. Sayangnya penyelamatan nyawa manusia tersebut sering diikuti dengan keadaan cacat, yang untuk pemulihannya (*rehabilitation*) sering dibutuhkan biaya yang tidak sedikit, yang kesemuanya juga mendorong makin meningkatnya biaya kesehatan.

d. Perubahan pola penyakit

Meningkatnya biaya pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh terjadinya perubahan pola penyakit di masyarakat. Jika dahulu banyak ditemukan berbagai penyakit yang bersifat akut,

maka pada saat ini telah banyak ditemukan berbagai penyakit yang bersifat kronis.

e. Perubahan pola pelayanan kesehatan

Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh perubahan pola pelayanan kesehatan. Pada saat ini sebagai akibat dari perkembangan spesialisasi dan subspecialisasi menyebabkan pelayanan kesehatan menjadi terkotak-kotak (*fragmented health services*) dan satu sama lain tidak berhubungan.

Akibatnya tidak mengherankan jika kemudian sering dilakukan pemeriksaan yang sama secara berulang-ulang yang pada akhirnya akan membebani pasien.

Lebih daripada itu sebagai akibat makin banyak dipergunakannya para spesialis dan subspecialis menyebabkan hari perawatan juga akan meningkat. Penelitian yang dilakukan oleh Reldstllllern (1971) menyebutkan jika rumah sakit lebih banyak mempergunakan dokter umum, maka rumah sakit tersebut akan berhasil menghemat tidak kurang dari US\$30.000 per tahun per dokter umum, dibandingkan jika rumah sakit tersebut mempergunakan dokter spesialis dan atau subspecialis.

f. Perubahan pola hubungan dokter pasien

Meningkatnya biaya pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh perubahan pola hubungan dokter-pasien (*doctor-patient relationship*). Pada saat ini sebagai akibat perkembangan spesialisasi dan subspecialisasi serta penggunaan berbagai kemajuan ilmu dan teknologi, menyebabkan hubungan dokter pasien tidak begitu erat lagi. Tidak mengherankan jika kebetulan sampai terjadi perselisihan paham, dapat mendorong munculnya sengketa dan bahkan tuntutan hukum ke pengadilan. Untuk menghindari hal yang seperti ini, para dokter melakukan dua hal.

Pertama, mengasuransikan praktik kedokterannya, yang ternyata sebagai akibat makin seringnya tuntutan hukum atas

dokter menyebabkan premi yang harus dibayar oleh dokter dari tahun ke tahun tampak terus meningkat. Menurut penelitian AMA Law Departement (1958) jumlah uang yang beredar untuk asuransi profesi pada tahun 1958 tidak kurang dari US\$ 50 juta setahun.

Pada tahap-tahap selanjutnya, sejalan dengan makin sering diajukannya tuntutan hukum atas dokter, maka jumlah premi yang harus dibayar tampak makin meningkat. Altman (1975) memperkirakan setiap rumah sakit di Amerika Serikat pada tahun 1975 harus mengeluarkan biaya asuransi tidak kurang dari US\$ 850 per tahun per tempat tidur yang dimilikinya.

Kedua, melakukan pemeriksaan yang berlebihan. Oleh Rubin (1973) dilaporkan pemeriksaan yang berlebihan ini telah ditemukan di hampir semua aspek pelayanan kedokteran. Penelitian yang dilakukannya menyimpulkan bahwa 95 % dari rekam medik yang diperiksa dari klinik-klinik yang tergabung dalam Kaiser Permanente plan di Northern California mencatat berbagai pemeriksaan kedokteran yang berlebihan tersebut.

Adanya kedua keadaan yang seperti ini yakni asuransi profesi di satu pihak serta pemeriksaan yang berlebihan di pihak lain, jelas akan berperan besar pada peningkatan biaya kesehatan, yang akhirnya akan membebani masyarakat.

g. Lemahnya mekanisme pengendalian biaya

Untuk mencegah peningkatan biaya kesehatan, sebenarnya telah tersedia berbagai mekanisme pengendalian biaya (*cost containment*). Mekanisme pengendalian biaya yang dimaksud banyak macamnya. Mulai dari *certificate of need, feasibility study, development plan, professional standard, medical audit* sampai dengan *rate regulation* yang semuanya harus dituangkan dalam peraturan perundang-undangan yang jelas. Sayangnya dalam banyak hal, mekanisme pengendalian harga ini sering terlambat dikembangkan. Akibatnya, tidaklah mengherankan jika kemudian biaya kesehatan menjadi tidak terkendali, yang akhirnya akan membebani masyarakat secara keseluruhan.

h. Penyalahgunaan Asuransi Kesehatan

Asuransi Kesehatan (*Health Insurance*) sebenarnya adalah salah satu mekanisme pengendalian biaya kesehatan. Tetapi jika diterapkan secara tidak tepat sebagaimana yang lazim ditemukan pada bentuk yang konvensional (*third party system*) dengan sistem mengganti biaya (*reimbursement*) justru akan mendorong naiknya biaya kesehatan.

F. UPAYA PENYELESAIAN

Untuk mengatasi berbagai masalah sebagaimana dikemukakan, telah dilakukan berbagai upaya penyelesaian yang memungkinkan. Berbagai upaya yang dimaksud secara sederhana dapat dibedakan atas beberapa macam yakni:

1. Upaya meningkatkan jumlah dana

Upaya untuk meningkatkan jumlah dana yang dibutuhkan pada pelayanan kesehatan dilakukan dengan dua cara yakni:

a. Terhadap pemerintah

Upaya yang dilakukan di sini ialah meningkatkan alokasi biaya kesehatan dalam anggaran dan pendapatan belanja negara. Harusnya diakui bahwa upaya ini tidak mudah, apalagi jika keadaan perekonomian negara tidak memungkinkan.

b. Terhadap badan-badan lain di luar pemerintah

Termasuk dalam kegiatan ini ialah menghimpun dana dari sumber masyarakat serta dari sumber bantuan luar negeri.

2. Upaya memperbaiki penyebaran, pemanfaatan dan pengelolaan dana

Upaya yang dilakukan di sini pada dasarnya berkisar pada dua hal yakni:

a. Penyempurnaan sistem pelayanan

Apabila sistem pelayanan dapat disempurnakan, misalnya lebih mengutamakan pelayanan kesehatan masyarakat dan atau melaksanakan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan pemanfaatan dana yang tersedia.

- b. Peningkatan pengetahuan dan keterampilan tenaga pengelola
Tujuan utamanya ialah memberikan bekal kepada pengelola, sehingga dengan bekal yang dimaksud dapat dilakukan pengelolaan dana yang sebaik-baiknya.
2. Upaya mengendalikan biaya kesehatan
Pada akhir-akhir ini banyak diperkenalkan berbagai upaya untuk mengendalikan biaya kesehatan (*cost containment*). Upaya yang dimaksud banyak macamnya, yang secara sederhana dapat diuraikan sebagai berikut:
 - a. Memperlakukan peraturan sertifikat kebutuhan
Upaya pertama yang dapat dilakukan untuk mengendalikan biaya kesehatan ialah memperlakukan peraturan sertifikat kebutuhan (*certificate of need laws*). Artinya penambahan sarana dan atau fasilitas kesehatan yang baru hanya dibenarkan apabila dapat dibuktikan adanya kebutuhan masyarakat terhadap sarana dan atau fasilitas kesehatan tersebut.
Dengan diperlakukannya peraturan ini, maka dapat dihindari berdiri dan atau dibelinya berbagai sarana serta fasilitas pelayanan kesehatan yang berlebihan dan atau yang tidak dibutuhkan. Dampak positif yang dihasilkannya ialah akan dapat menekan biaya kesehatan.
 - b. Memperlakukan peraturan studi kelayakan
Upaya kedua yang dapat dilakukan untuk mengendalikan biaya kesehatan ialah memperlakukan peraturan studi kelayakan (*feasibility study*) yang bersifat sosial. Artinya penambahan sarana atau fasilitas kesehatan yang baru hanya dibenarkan apabila dapat dibuktikan bahwa sarana dan fasilitas kesehatan tersebut tetap dapat menyelenggarakan kegiatannya dengan tarif pelayanan yang bersifat sosial.
Dengan diperlakukannya peraturan ini, maka upaya untuk menaikkan tarif dengan alasan untuk menutupi kerugian akan dapat dicegah. Dampak positifnya ialah dapat dikendalikannya biaya kesehatan.

- c. Memperlakukan peraturan pengembangan yang terencana
Upaya ketiga yang dapat dilakukan untuk pengendalian biaya kesehatan ialah memperlakukan peraturan pengembangan yang terencana (*development plan laws*). Artinya pengembangan sarana, fasilitas dan pelayanan kesehatan hanya dibenarkan apabila sesuai dengan rencana pengembangan yang sebelumnya telah disetujui oleh pemerintah.

Pada dasarnya tujuan peraturan ini sama dengan peraturan sertifikat kebutuhan. Bedanya, peraturan ini ditujukan pada sarana pelayanan kesehatan yang telah ada. Dengan diperlakukannya peraturan ini, maka dapat dihindari pengembangan sarana, fasilitas dan pelayanan kesehatan yang berlebihan dan tidak sesuai dengan kebutuhan. Akibatnya, seperti juga peraturan sertifikat kebutuhan, maka biaya investasi dan operasional dapat ditekan. Yang juga akan berdampak positif terhadap pengendalian biaya kesehatan.

- d. Menetapkan standar baku pelayanan kesehatan
Upaya keempat yang dapat dilakukan untuk mengendalikan biaya kesehatan ialah menetapkan standar baku pelayanan kesehatan (*profesional medical standard*). Artinya pelayanan kesehatan hanya dibenarkan untuk diselenggarakan jika tidak menyimpang dari standar baku yang telah ditetapkan.

Dengan ditetapkannya standar baku pelayanan kesehatan ini, dapatlah dihindari pelayanan kesehatan yang di bawah standar dan atau yang berlebihan. Dampak positifnya, kecuali meningkatkan mutu pelayanan, juga dapat mengendalikan biaya kesehatan. Karena masyarakat tidak perlu mengeluarkan uang untuk pelayanan kesehatan yang sebenarnya oleh masyarakat tidak dibutuhkan.

- e. Menyelenggarakan program menjaga mutu
Upaya kelima yang dapat dilakukan untuk mengendalikan biaya kesehatan ialah menyelenggarakan program menjaga mutu (*quality asurance program*). Program menjaga mutu ini dipandang penting, karena sesungguhnya standar baku

pelayanan kesehatan yang telah ditetapkan tidak akan ada gunanya, tanpa ada mekanisme pengawasannya. Kegiatan program menjaga mutu banyak macamnya. Misalnya audit kedokteran (*medical audit*).

Dengan diselenggarakannya audit kedokteran ini, maka dapatlah dihindari pelayanan kesehatan yang berlebihan. Dampak positifnya juga akan terlihat pada makin terkendalinya biaya kesehatan.

- f. Menyelenggarakan pengaturan tarif pelayanan
Upaya keenam yang dapat dilakukan untuk mengendalikan biaya kesehatan ialah menyelenggarakan pengaturan tarif pelayanan (*rate regulation*). Dengan diselenggarakannya pengaturan tarif pelayanan ini, maka penyelenggara pelayanan kesehatan tidak dapat menaikkan tarif semaunya. Dampak positifnya jelas akan membantu pengendalian biaya kesehatan.
- g. Asuransi Kesehatan
Upaya ketujuh yang dapat dilakukan untuk mengendalikan biaya kesehatan ialah menyelenggarakan program asuransi kesehatan (*health insurance*) yang telah dimodifikasi yakni yang melibatkan peran serta tanggung jawab penyedia pelayanan kesehatan serta pemakai jasa pelayanan kesehatan.
- h. Penyalahgunaan Asuransi Kesehatan
Asuransi Kesehatan (*Health Insurance*) sebenarnya adalah salah satu mekanisme pengendalian biaya kesehatan. Tetapi jika diterapkan secara tidak tepat sebagaimana yang lazim ditemukan pada bentuk yang konvensional (*third party system*) dengan sistem mengganti biaya (*reimbursement*) justru akan mendorong naiknya biaya kesehatan.

G. UPAYA PENYELESAIAN

Untuk mengatasi berbagai masalah sebagaimana dikemukakan, telah dilakukan berbagai upaya penyelesaian yang memungkinkan. Berbagai upaya yang dimaksud secara sederhana dapat dibedakan atas beberapa macam yakni:

1. Upaya meningkatkan jumlah dana
Upaya untuk meningkatkan jumlah dana yang dibutuhkan pada pelayanan kesehatan dilakukan dengan dua cara yakni:
 - a. Terhadap pemerintah
Upaya yang dilakukan di sini ialah meningkatkan alokasi biaya kesehatan dalam anggaran dan pendapatan belanja negara. Harusnya diakui bahwa upaya ini tidak mudah, apalagi jika keadaan perekonomian negara tidak memungkinkan.
 - b. Terhadap badan-badan lain di luar pemerintah
Termasuk dalam kegiatan ini ialah menghimpun dana dari sumber masyarakat serta dari sumber bantuan luar negeri.
2. Upaya memperbaiki penyebaran, pemanfaatan dan pengelolaan dana
Upaya yang dilakukan di sini pada dasarnya berkisar pada dua hal yakni:
 - a. Penyempurnaan sistem pelayanan
Apabila sistem pelayanan dapat disempurnakan, misalnya lebih mengutamakan pelayanan kesehatan masyarakat dan atau melaksanakan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan pemanfaatan dana yang tersedia.
 - b. Peningkatan pengetahuan dan keterampilan tenaga pengelola
Tujuan utamanya ialah memberikan bekal kepada pengelola, sehingga dengan bekal yang dimaksud dapat dilakukan pengelolaan dana yang sebaik-baiknya.
2. Upaya mengendalikan biaya kesehatan
Pada akhir-akhir ini banyak diperkenalkan berbagai upaya untuk mengendalikan biaya kesehatan (*cost containment*). Upaya yang dimaksud banyak macamnya, yang secara sederhana dapat diuraikan sebagai berikut:
 - a. Memperlakukan peraturan sertifikat kebutuhan
Upaya pertama yang dapat dilakukan untuk mengendalikan biaya kesehatan ialah memperlakukan peraturan sertifikat kebutuhan (*certificate of need laws*). Artinya penambahan sarana dan atau fasilitas kesehatan yang baru hanya dibenarkan

apabila dapat dibuktikan adanya kebutuhan masyarakat terhadap sarana dan atau fasilitas kesehatan tersebut.

Dengan diperlakukannya peraturan ini, maka dapat dihindari berdiri dan atau dibelinya berbagai sarana serta fasilitas pelayanan kesehatan yang berlebihan dan atau yang tidak dibutuhkan. Dampak positif yang dihasilkannya ialah akan dapat menekan biaya kesehatan.

b. Memperlakukan peraturan studi kelayakan

Upaya kedua yang dapat dilakukan untuk mengendalikan biaya kesehatan ialah memperlakukan peraturan studi kelayakan (*feasibility study*) yang bersifat sosial. Artinya penambahan sarana atau fasilitas kesehatan yang baru hanya dibenarkan apabila dapat dibuktikan bahwa sarana dan fasilitas kesehatan tersebut tetap dapat menyelenggarakan kegiatannya dengan tarif pelayanan yang bersifat sosial.

Dengan diperlakukannya peraturan ini, maka upaya untuk menaikkan tarif dengan alasan untuk menutupi kerugian akan dapat dicegah. Dampak positifnya ialah dapat dikendalikannya biaya kesehatan.

c. Memperlakukan peraturan pengembangan yang terencana

Upaya ketiga yang dapat dilakukan untuk pengendalian biaya kesehatan ialah memperlakukan peraturan pengembangan yang terencana (*development plan laws*). Artinya pengembangan sarana, fasilitas dan pelayanan kesehatan hanya dibenarkan apabila sesuai dengan rencana pengembangan yang sebelumnya telah disetujui oleh pemerintah.

Pada dasarnya tujuan peraturan ini sama dengan peraturan sertifikat kebutuhan. Bedanya, peraturan ini ditujukan pada sarana pelayanan kesehatan yang telah ada. Dengan diperlakukannya peraturan ini, maka dapat dihindari pengembangan sarana, fasilitas dan pelayanan kesehatan yang berlebihan dan tidak sesuai dengan kebutuhan. Akibatnya, seperti juga peraturan sertifikat kebutuhan, maka biaya investasi

dan operasional dapat ditekan. Yang juga akan berdampak positif terhadap pengendalian biaya kesehatan.

d. Menetapkan standar baku pelayanan kesehatan

Upaya keempat yang dapat dilakukan untuk mengendalikan biaya kesehatan ialah menetapkan standar baku pelayanan kesehatan (*profesional medical standard*). Artinya pelayanan kesehatan hanya dibenarkan untuk diselenggarakan jika tidak menyimpang dari standar baku yang telah ditetapkan.

Dengan ditetapkannya standar baku pelayanan kesehatan ini, dapatlah dihindari pelayanan kesehatan yang di bawah standar dan atau yang berlebihan. Dampak positifnya, kecuali meningkatkan mutu pelayanan, juga dapat mengendalikan biaya kesehatan. Karena masyarakat tidak perlu mengeluarkan uang untuk pelayanan kesehatan yang sebenarnya oleh masyarakat tidak dibutuhkan.

e. Menyelenggarakan program menjaga mutu

Upaya kelima yang dapat dilakukan untuk mengendalikan biaya kesehatan ialah menyelenggarakan program menjaga mutu (*quality assurance program*). Program menjaga mutu ini dipandang penting, karena sesungguhnya standar baku pelayanan kesehatan yang telah ditetapkan tidak akan ada gunanya, tanpa ada mekanisme pengawasannya. Kegiatan program menjaga mutu banyak macamnya. Misalnya audit kedokteran (*medical audit*).

Dengan diselenggarakannya audit kedokteran ini, maka dapatlah dihindari pelayanan kesehatan yang berlebihan. Dampak positifnya juga akan terlihat pada makin terkendalinya biaya kesehatan.

f. Menyelenggarakan pengaturan tarif pelayanan

Upaya keenam yang dapat dilakukan untuk mengendalikan biaya kesehatan ialah menyelenggarakan pengaturan tarif pelayanan (*rate regulation*). Dengan diselenggarakannya pengaturan tarif pelayanan ini, maka penyelenggara pelayanan kesehatan tidak

dapat menaikkan tarif semaunya. Dampak positifnya jelas akan membantu pengendalian biaya kesehatan.

g. Asuransi Kesehatan

Upaya ketujuh yang dapat dilakukan untuk mengendalikan biaya kesehatan ialah menyelenggarakan program asuransi kesehatan (*health insurance*) yang telah dimodifikasi yakni yang melibatkan peran serta tanggung jawab penyedia pelayanan kesehatan serta pemakai jasa pelayanan kesehatan.

BAB II PRINSIP UMUM ANALISIS BIAYA

Bab ini membahas tentang konsep dasar biaya yang meliputi penggunaan analisis biaya, pengertian biaya, pusat biaya, jenis biaya, biaya satuan, dan biaya penyusutan.

A. KEGUNAAN ANALISIS BIAYA

Analisis biaya antara lain berguna untuk:

- a. Menghitung struktur biaya menurut jenis dan lokasi biaya itu ditempatkan. Informasi tentang struktur biaya tersebut dapat dijadikan bahan pertimbangan dalam mengendalikan biaya yang dikeluarkan. Dari struktur biaya dapat diketahui unit yang banyak mengeluarkan biaya dan unit yang sedikit mengeluarkan biaya. Selanjutnya dapat dianalisis apakah besarnya biaya yang dikeluarkan di suatu unit tertentu cukup efisien bila dibanding dengan output yang dikeluarkan.
- b. Mengetahui biaya satuan.
Informasi tentang biaya satuan ini sangat berguna dalam memutuskan besarnya tarif pelayanan yang diberikan. Dengan informasi besarnya biaya satuan dapat dianalisis apakah tarif pelayanan yang diberlakukan rasional atau tidak. Seberapa besar tarif yang ditetapkan tersebut mampu menutupi biaya yang dikeluarkan. Dapat pula diperkirakan pada tarif berapa suatu pelayanan memperoleh keuntungan, merugi, atau impas (*brek event point*)
- c. Sebagai bahan pertimbangan dalam menyusun anggaran
Anggaran belanja suatu unit usaha (termasuk usaha pelayanan kesehatan) biasanya selalu disusun untuk kurun waktu tertentu. Untuk menyusun anggaran tersebut diperlukan informasi mengenai besarnya kebutuhan biaya. Informasi tersebut dapat diperoleh melalui proses analisis biaya.

B. PENGERTIAN BIAYA

Sebelum melakukan analisis biaya satuan, terlebih dahulu harus dipahami pengertian, dan beberapa konsep tentang biaya. Tulisan ini terbatas pada pengertian, jenis serta contoh biaya di bidang biaya pelayanan kesehatan.

Untuk menghasilkan suatu produk (*output*) diperlukan sejumlah input. Biaya adalah nilai sejumlah input (faktor produksi) yang dipakai untuk menghasilkan suatu produk (*output*).

Output atau produk dapat berupa (a) jasa pelayanan, atau (b) barang. Di sektor kesehatan (misalnya rumah sakit dan puskesmas) produk yang dihasilkan terutama berupa jasa pelayanan kesehatan. Untuk menghasilkan pelayanan di rumah sakit, diperlukan sejumlah input (faktor produksi) antara lain berupa obat, alat kedokteran, tenaga, air, listrik, dan gedung.

Biaya juga sering diartikan sebagai nilai suatu pengorbanan untuk memperoleh suatu output tertentu. Pengorbanan itu dapat berupa uang, barang, tenaga, waktu maupun kesempatan. Dalam analisis ekonomi nilai kesempatan (untuk memperoleh sesuatu) yang hilang karena melakukan suatu kegiatan juga dihitung sebagai biaya; yang disebut sebagai biaya kesempatan (*opportunity cost*).

Biaya kesempatan (*opportunity cost*), adalah biaya yang terjadi dari suatu kesempatan yang hilang akibat melakukan suatu pilihan kegiatan. Setiap pilihan yang diambil oleh manajer akan membawa risiko (biaya) untuk tidak menikmati pilihan lain yang tidak diambil. Dengan kata lain, *opportunity cost* adalah biaya yang timbul akibat pengabaian terhadap pilihan yang tidak diambil.

Konsep *opportunity cost* biasanya dipakai dalam kaitan menghitung nilai investasi suatu usaha. Misalnya di rumah sakit ada sejumlah dana yang akan digunakan untuk membeli stetoskop, maka ada kesempatan yang hilang yaitu tidak bisa menggunakan tensimeter. Sebaliknya jika dana tersebut digunakan untuk membeli tensimeter maka ada kesempatan yang hilang yaitu tidak bisa menggunakan stetoskop. Artinya, sebetulnya biaya investasi tersebut bisa dipergunakan untuk kegiatan yang lain yang dapat menghasilkan pendapatan. Kegiatan

lain yang senantiasa terbuka misalnya adalah mendepositokan uang tersebut di sebuah bank. Oleh karena itu, besarnya *opportunity cost* dari biaya investasi biasanya dihitung dari nilai bunga deposito sebesar biaya investasi tersebut.

C. PUSAT BIAYA

Sebelumnya perlu diketahui bahwa pada dasarnya semua unit rumah sakit adalah *cost centre* (pusat biaya), namun ada yang menghasilkan pendapatan dan ada yang tidak menghasilkan pendapatan.

a. Pusat pendapatan (***cost consuming center = revenue centre = pusat biaya produksi***)

Adalah unit yang menghasilkan pendapatan. Pusat pendapatan bertanggung jawab pada pendapatan dari satu jenis pendapatan tertentu. Contoh pusat pendapatan di rumah sakit antara lain: (1) Rawat inap, (2) Rawat jalan, (3) Laboratorium, (4) Apotek, (5) Tindakan medik dan radioterapi, (6) Pelayanan rehabilitasi.

b. Pusat pengeluaran (***cost consuming center = cost center = pusat biaya penunjang***)

Adalah unit yang tidak menghasilkan pendapatan. Pusat pengeluaran bertanggung jawab pada pengeluaran yang terkait dengan satu kegiatan tertentu (*a partikular type of activity*) seperti: (1) administrasi umum (jabatan struktural), (2) Dapur, (3) Rumah tangga, (4) Instalasi Pemeliharaan Sarana (IPS). Pada pembahasan selanjutnya, pusat pengeluaran disebut sebagai pusat biaya penunjang.

c. ***Profit or surplus center***: adalah pusat biaya produksi yang menghasilkan keuntungan (profit). Tidak seluruh pusat biaya menguntungkan, meskipun selalu merupakan pusat pendapatan.

D. JENIS BIAYA

Untuk keperluan analisis, biaya dapat dikelompokkan menurut beberapa kriteria yaitu:

1. Berdasarkan pengaruh pada perubahan skala produksi (biaya tetap dan biaya variabel)

2. Berdasarkan lama penggunaan (biaya investasi dan biaya operasional)
3. Berdasarkan fungsi dan aktivitas sumber biaya (biaya langsung dan biaya tidak langsung)

a. Pengelompokan biaya berdasarkan pengaruhnya pada skala produksi

Dalam kaitannya dengan perubahan skala produksi, biaya dapat dibedakan menjadi: (a) biaya tetap (*fixed cost*) dan (b) biaya variabel (*variabel cost*).

a.1 Biaya Tetap (*Fixed cost* = FC)

Biaya tetap adalah biaya yang nilainya secara relatif tidak dipengaruhi oleh besarnya jumlah produksi (*output*). Biaya ini harus tetap dikeluarkan, walaupun tidak ada pelayanan.

Contoh biaya tetap adalah nilai gedung yang digunakan, nilai peralatan (besar) kedokteran, ataupun nilai tanah. Nilai gedung dimasukkan dalam biaya tetap sebab biaya gedung yang digunakan tidak berubah baik ketika pelayanannya meningkat maupun menurun. Demikian pula dengan alat kedokteran. Biaya stetoskop relatif tetap, baik untuk memeriksa dua pasien maupun sepuluh pasien. Artinya biaya untuk memeriksa dengan suatu alat pada dua pasien sama dengan biaya untuk memeriksa sepuluh pasien. Dengan demikian biaya alat adalah tetap dan tidak berubah meskipun jumlah pasien yang dilayani berubah.

a.2 Biaya variabel (*variabel cost* = VC)

Biaya variabel adalah biaya yang nilainya dipengaruhi oleh banyaknya output (produksi).

Contoh yang termasuk dalam biaya variabel adalah biaya obat, biaya makanan, biaya alat tulis kantor, dan biaya pemeliharaan. Biaya obat dan makanan dimasukkan dalam biaya variabel karena jumlah biaya tersebut secara langsung dipengaruhi oleh banyaknya pelayanan yang diberikan. Biaya obat dan makanan untuk melayani dua unit pasien akan berbeda

dengan biaya obat dan makanan untuk melayani sepuluh unit pasien. Dengan demikian besarnya biaya obat atau makanan akan selalu terpengaruh secara langsung oleh banyaknya pasien yang dilayani.

Pada umumnya besar volume produksi sudah direncanakan secara rutin, oleh karena itu biaya variabel juga direncanakan secara rutin. Oleh sebab itu biaya variabel sering juga disebut sebagai biaya rutin.

Dalam praktik sering kali kesulitan untuk membedakan secara tegas apakah suatu biaya termasuk biaya tetap atau biaya variabel. Tentang gaji pegawai misalnya, apakah biaya pegawai dimasukkan dalam biaya tetap atau biaya variabel. Gaji pegawai kadang-kadang tidak dipengaruhi oleh besarnya jumlah output, terutama pada fasilitas pemerintah. Dalam praktik penambahan dan pengurangan biaya gaji pegawai, terutama pada fasilitas pemerintah, tidak seperti penurunan dan penambahan output pelayanan. Berdasarkan teori biaya pegawai sebenarnya dipengaruhi oleh besarnya output. Di sebuah poliklinik misalnya jika pasien rawat jalan meningkat, pada jumlah tertentu perlu ditambah tenaga sehingga besar biaya akan berubah. Oleh sebab itu ada yang mengelompokkan biaya pegawai sebagai *semi-variabel cost*.

a.3 Biaya total (*Total cost*)

Biaya total adalah jumlah dari biaya tetap dan variabel, atau:

$$\text{Total Cost} = \text{Fixed} + \text{Variabel Cost}$$

b. Berdasarkan lama penggunaannya

Di samping dikelompokkan menurut pengaruhnya terhadap perubahan skala produksi, biaya juga dikelompokkan berdasarkan lama penggunaannya. Dalam kaitan ini biaya dibedakan dalam: (1) biaya investasi (*investasi cost*), dan (2) biaya operasional (*operasional cost*). Dalam praktik terutama di unit usaha yang besar, penggolongan biaya investasi ini tidak hanya didasarkan atas lama

penggunaannya saja tetapi juga atas dasar besarnya nilai biaya tersebut.

b.1 Biaya investasi (*Investasi Cost*)

Biaya investasi ialah biaya yang kegunaannya dapat langsung dalam waktu yang relatif lama. Biasanya batasan waktu untuk biaya investasi ditetapkan lebih dari satu tahun. Batas satu tahun ditetapkan atas dasar kebiasaan bahwa anggaran biasanya direncanakan dan direalisasikan untuk satu tahun. Biaya investasi ini biasanya berhubungan dengan pembangunan atau pengembangan infrastruktur fisik dan kapasitas produksi (alat produksi).

Contoh yang termasuk biaya investasi antara lain biaya pembangunan gedung, biaya pembelian mobil dan biaya peralatan besar.

1. Nilai tanah dan bangunan

Pusat biaya produksi : Tanah dan bangunan rawat jalan, rawat inap, apotek, poliklinik

Pusat biaya penunjang : Tanah dan bangunan bagian administrasi, keuangan, dapur, binatu

2. Nilai kendaraan

Ambulans dan kendaraan dinas

3. Nilai perawatan medis

Seluruh perawatan medis yang dipergunakan di masing-masing unit pelayanan seperti rawat inap, rawat jalan, kamar operasi, Laboratorium dan Rontgen

4. Peralatan rumah tangga (non medis)

Semua peralatan rumah tangga yang digunakan untuk menunjang pelayanan kesehatan seperti: meja, kursi, AC, mesin tik, mesin cuci, almari, pengangkut pasien dan *sound system*.

Di beberapa instansi, penetapan apakah suatu biaya termasuk biaya investasi atau tidak dilakukan dengan melihat harga (nilai) suatu barang. Pada umumnya besar biaya investasi

sudah ditetapkan sebelumnya. Misalnya jika batas yang ditentukan adalah Rp.100.000,-maka barang yang nilainya kurang dari Rp.100.000,-tidak termasuk dalam biaya investasi, meskipun penggunaannya dapat lebih dari satu tahun (biaya tersebut dimasukkan dalam biaya operasional).

Biaya investasi dihitung dari nilai biaya investasi yang disetahunkan (AIC atau biaya depresi atau biaya penyusutan).

Nilai barang investasi dalam analisis biaya harus memperhitungkan (1) harga satuan (nilai awal barang) masing-masing jenis barang masing-masing jenis barang investasi, (2) lama pakai barang tersebut. (3) laju inflasi (tingkat bunga bank) dan (4) umur ekonomi barang tersebut.

b.1.1 Biaya penyusutan (*depreciation cost*)

Biaya penyusutan adalah biaya yang timbul akibat terjadinya pengurangan nilai barang investasi (aset) sebagai akibat penggunaannya dalam proses produksi. Setiap barang investasi yang dipakai dalam proses produksi akan mengalami penyusutan nilai, baik karena makin usang atau karena mengalami kerusakan fisik. Nilai penyusutan barang investasi seperti gedung, kendaraan, dan peralatan, disebut sebagai biaya penyusutan.

Ada beberapa metode yang dapat digunakan untuk menghitung penyusutan yaitu metode **garis lurus** (*Straight line*), metode saldo menurun (*Declining balance*), jumlah angka-angka tahun (*Sum of years digit*) dan metode unit produksi (*unit of production*). Salah satu metode yang paling umum digunakan adalah metode garis lurus (*straight line method*), yaitu pengurangan jumlah historis yang sama untuk setiap tahun.

Dalam analisis biaya, konsep biaya penyusutan penting diketahui terutama dalam upaya menyebar biaya investasi pada beberapa satuan waktu. Sebagaimana diketahui bahwa biaya yang timbul dari barang investasi berlangsung

untuk suatu kurun waktu yang lama (lebih dari satu tahun). Padahal lazimnya analisis biaya dilakukan untuk suatu kurun waktu tertentu, misalnya satu tahun anggaran. Apabila analisis biaya dilakukan dalam satuan waktu satu tahun anggaran, maka perlu dicari nilai biaya investasi satu tahunan. Nilai biaya investasi satu tahun ini disebut “nilai biaya investasi” per tahun (*Annualized Investment Cost = AIC*).

Besarnya nilai tahunan biaya investasi dipengaruhi oleh: (a) nilai uang (inflasi), waktu pakai dan (c) masa hidup suatu barang investasi. Dengan menggunakan informasi laju inflasi, masa pakai dan masa hidup dapat dihitung “nilai sekarang” (*present value*) dari biaya investasi tersebut. Yang dimaksud dengan nilai sekarang adalah nilai setahun biaya investasi untuk “tahun sekarang” yaitu tahun dilakukannya analisis biaya.

Untuk menghitung nilai tahunan biaya investasi tersebut dapat dipergunakan formula sebagai berikut:

$$AIC = \frac{IIC(1+i)^t}{L}$$

Keterangan:

AIC = Annualized Investment Cost (biaya investasi tahunan)

IIC = Initial Investment cost (nilai awal barang)

i = Laju Inflasi

t = Lama pakai

L = Perkiraan masa hidup (umur ekonomis) barang investasi yang bersangkutan

Dalam praktik seringkali ditemui kesulitan dalam menghitung nilai biaya investasi tahunan karena kurangnya informasi tentang nilai awal barang, masa pakai dan umur pakai. Apabila barang investasi tersebut sudah berumur puluhan tahun dan informasi ini tidak ditemukan secara tetap maka terpaksa harus dilakukan perkiraan.

b.2 Biaya Operasional (*Operasional Cost*)

Biaya operasional adalah biaya yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan dalam suatu proses produksi dan memiliki sifat “habis pakai” dalam kurun waktu yang relatif singkat (kurang dari satu tahun). Contoh yang termasuk dalam biaya operasional antara lain biaya obat, biaya makanan, gaji pegawai, air, dan listrik.

Konsep yang sering dipakai secara bersamaan dengan biaya operasional yaitu biaya pemeliharaan (*maintenance cost*). Biaya pemeliharaan adalah biaya yang dikeluarkan untuk mempertahankan nilai suatu barang investasi agar tetap berfungsi misalnya biaya pemeliharaan gedung dan pemeliharaan kendaraan. Antara biaya operasional dan biaya pemeliharaan dalam praktek sering di satukan menjadi biaya operasional dan pemeliharaan (*Operasional and Maintenance cost*).

Biaya operasional dan pemeliharaan, dengan sifatnya yang habis pakai, pada umumnya dikeluarkan secara berulang. Karena itu biaya pemeliharaan sering disebut sebagai biaya berulang (*recurrent cost*).

Contoh: Biaya operasional

- a. Biaya pegawai (gaji)
- b. Biaya obat dan bahan medis
- c. Biaya listrik dan air
- d. Biaya bahan kantor (ATK)
- e. Biaya telepon
- f. Biaya pemeliharaan barang investasi

Biaya item (c) sampai item (f) dikenal dengan sebutan biaya *overhead* atau biaya umum.

Contoh biaya pemeliharaan

Biaya yang dikeluarkan untuk mempertahankan nilai suatu barang agar terus berfungsi. Misalnya biaya pemeliharaan

gedung, biaya pemeliharaan alat medis dan pemeliharaan kendaraan.

b.3 Biaya Total (*Total Cost*)

Biaya total adalah jumlah dari biaya investasi dan operasional, atau:

$$\text{Total Cost} = \text{Investment Cost} + \text{Operasional Cost}$$

c. Berdasarkan fungsi atau aktivitas sumber biaya

Berdasarkan fungsi atau aktivitas sumber biaya, biaya dapat dibedakan menjadi biaya langsung (*direct cost*) dan biaya tidak langsung (*indirect cost*).

c.1 Biaya langsung (*direct cost*)

Biaya langsung adalah biaya yang dibedakan pada sumber biaya yang mempunyai fungsi (aktivitas) langsung terhadap output.

Contoh:

- gaji pegawai
- biaya obat-obatan
- biaya peralatan medis

c.2 Biaya tak langsung (*indirect cost*)

Biaya tak langsung adalah biaya yang dibebankan pada sumber biaya yang mempunyai fungsi penunjang (aktivitas tak langsung) terhadap output.

Contoh:

- gaji bagian administrasi
- gaji direktur
- biaya ATK
- biaya peralatan non medis

c.3 Biaya total (*total cost*)

Biaya total merupakan penjumlahan dari *direct cost* dan *indirect cost*, dirumuskan sebagai berikut:

$$\text{Total Cost} = \text{Direct Cost} + \text{Indirect Cost}$$

E. BIAYA SATUAN (*UNIT COST*)

Biaya satuan adalah biaya yang dihitung untuk menghasilkan satu satuan produk (misalnya satu jenis pelayanan). Biaya satuan diperoleh dari biaya total (*total cost* = TC) dibagi jumlah produk (*Quantity* = Q) atau TC/Q . Dengan demikian dalam menghitung biaya satuan harus ditetapkan terlebih dahulu besaran produk (cakupan pelayanan). Per definisi biaya satuan seringkali disamakan dengan biaya rata-rata (*Average Cost*).

Di rumah sakit seringkali satuan produk dihitung dan diperinci lagi menjadi satuan produk yang spesifik, misalnya satuan rawat inap kelas I, satuan rawat inap kelas II. Penetapan besaran satuan produk itu dilakukan sesuai dengan kebutuhan. Makin kecil satuan produk atau jenis pelayanan maka perhitungan biaya satuan akan makin rumit.

Dengan melihat rumus biaya satuan (TC/Q) tersebut, maka jelas tinggi rendahnya biaya satuan suatu produk tidak saja dipengaruhi oleh besarnya biaya total tetapi juga dipengaruhi oleh besarnya produk atau pelayanan. Pada rumah sakit, perhitungan biaya satuan dengan rumus di atas banyak dipengaruhi oleh tingkat utilitas. Makin tinggi tingkat utilisasi (dengan demikian makin besar jumlah Q) akan makin kecil biaya satuan pelayanan. Sebaliknya, makin rendah tingkat utilisasi (dengan demikian makin kecil jumlah Q) akan makin besar biaya satuan suatu pelayanan. Perhitungan biaya satuan yang didasarkan atas pengeluaran nyata terhadap produk atau pelayanan (dengan rumus TC/Q) disebut sebagai biaya satuan aktual (*Actual unit cost*).

Di samping biaya satuan aktual juga ada biaya satuan normatif (*normatif unit cost*) yaitu besarnya biaya yang diperlukan untuk menghasilkan suatu jenis pelayanan kesehatan menurut standar baku atau menurut kapasitas yang tersedia. Besarnya biaya satuan normatif ini tidak memperhitungkan apakah pelayanan kesehatan tersebut dipergunakan oleh pasien atau tidak.

Pada unit usaha yang produknya berupa barang yang dijual penghitungan biaya normatif relatif lebih mudah dilakukan dibanding pada unit usaha yang produknya berupa jasa pelayanan. Pada perusahaan mobil misalnya, penghitungan biaya satuan normatif bisa

di hitung dari semua biaya yang dikeluarkan untuk mewujudkan satu unit mobil, terlepas apakah mobil tersebut laku dijual atau tidak.

d.1 Konsep biaya satuan

Biaya satuan adalah biaya yang dihitung untuk setiap satu satuan produk. Biaya satuan diperoleh dari biaya total dibagi dengan jumlah produk. Tinggi rendahnya biaya satuan suatu tidak hanya dipengaruhi oleh besarnya biaya total, tetapi juga dipengaruhi oleh besarnya biaya produk.

Rumus umum biaya satuan untuk setiap pusat biaya produk ialah:

$$U_{ci} = \frac{T_{ci}}{T_{qi}}$$

Keterangan:

U_{ci} = Biaya satuan pada pusat biaya produksi tertentu (i)

T_{ci} = Biaya total pada pusat biaya produksi tertentu (i)

T_{qi} = output total pada pusat biaya produksi tertentu (i)

d.2. Biaya satuan pada pelayanan rumah sakit

Pada pelayanan rumah sakit perhitungan biaya satuan memiliki 3 (tiga) ciri khusus. *Pertama*, biaya yang akan dihitung tersebar baik di pusat biaya produksi maupun di pusat biaya penunjang. Oleh karena itu perlu ada metode distribusi biaya untuk mengalokasikan biaya yang ada di pusat biaya penunjang ke pusat biaya produksi. *Kedua*, output pelayanan rumah sakit sangat beragam baik karena banyaknya unit pelayanan maupun karena banyaknya tindakan. Oleh karena itu dalam pelayanan rumah sakit, ada perhitungan biaya satuan homogen dan biaya satuan heterogen. *Ketiga*, dalam pelayanan rumah sakit output pelayanan ada yang sifatnya ideal (kapasitas) dan ada yang sifatnya aktual (positif). Oleh karena itu ada perbedaan antara biaya satuan normatif dan biaya satuan aktual.

Keterangan lebih lanjut tentang metode penghitungan biaya satuan akan dibahas pada bab selanjutnya.

BAB III

LANGKAH-LANGKAH MENGHITUNG BIAYA SATUAN

Dalam bab ini dijelaskan tentang langkah penghitungan biaya satuan, mulai dari identifikasi pusat biaya, pengumpulan data dan melakukan distribusi biaya.

A. LANGKAH-LANGKAH MENGHITUNG BIAYA SATUAN

Sebagaimana telah disebutkan diatas bahwa biaya adalah sejumlah input (faktor produksi) yang digunakan untuk menghasilkan suatu output. Oleh karena itu dalam menghitung biaya kita perlu mengenali jenis input yang digunakan untuk menghasilkan output. Pengenalan terhadap jenis input tersebut sangat membantu dalam merinci komponen biaya.

Dalam menghitung biaya pelayanan kesehatan di rumah sakit, perlu terlebih dahulu dilakukan identifikasi seluruh sumber yang digunakan dalam proses pelayanan beserta jumlah dan harga perolehannya. Perhitungan biaya dalam tulisan ini akan dikelompokkan dalam dua kategori; yaitu (a) biaya investasi, dan (b) biaya operasional (biaya pemeliharaan dimasukkan dalam biaya operasional).

Dalam penghitungan biaya satuan pelayanan kesehatan ada beberapa langkah yang perlu dilakukan:

- a. Mengidentifikasi pusat biaya (*cost center*)
- b. Melakukan pengumpulan data, baik data biaya, data output maupun data pembobot (dasar alokasi) untuk masing-masing pusat biaya.
- c. Melakukan distribusi masing-masing jenis biaya dari pusat biaya penunjang ke pusat biaya produksi.
- d. Melakukan penghitungan biaya satuan

1. Mengidentifikasi Pusat Biaya (*Cost Center*)

Langkah pertama yang perlu dilakukan dalam menghitung biaya satuan adalah mengidentifikasi pusat biaya yang ada di institusi tersebut. Pusat biaya adalah unit di mana sejumlah biaya dikeluarkan untuk membiayai unit tersebut dalam menjalankan

misi yang diembannya. Pusat biaya pelayanan kesehatan dapat dibagi menjadi dua yaitu: (1) pusat biaya produksi dan (2) pusat biaya penunjang.

a. Pusat Biaya Produksi

Pusat biaya produksi ialah unit yang langsung memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Di rumah sakit unit produksi antara lain dapat dibedakan atas tiga bagian (a) rawat jalan seperti poli umum, poli bedah, poli kandungan, poli mata, poli paru; (b) rawat inap seperti rawat anak, rawat bersalin, ruang bedah, radiologi, ambulans, dan instalasi kamar jenazah.

b. Pusat biaya penunjang

Pusat biaya penunjang adalah unit yang keberadaannya menunjang pusat biaya produksi. Contoh yang termasuk pusat biaya penunjang adalah ruang direksi, bagian keuangan, bagian rumah tangga, bagian gizi, bagian karcis.

Proses penentuan pusat biaya (*cost center*) ini dapat dilakukan antara lain dengan melihat struktur organisasi rumah sakit yang ingin dianalisis.

2. Proses Pengumpulan Data

Setelah dilakukan identifikasi pusat biaya, selanjutnya adalah mengumpulkan data yang diperlukan dalam menghitung biaya satuan. Data yang diperlukan dalam menghitung biaya satuan secara umum dapat digolongkan dalam tiga bagian yaitu:

1. Data dasar alokasi (pembobot)
2. Data output
3. Data biaya, baik biaya investasi, biaya operasional, dan biaya pemeliharaan.

2.1 Data dasar alokasi

Data dasar alokasi ini diperlukan untuk (a) mendistribusikan biaya total kedalam masing-masing pusat biaya (*cost center*) dan (b) untuk mendistribusikan biaya asli yang ada di pusat biaya penunjang ke pusat biaya produksi.

Sebagaimana kita ketahui bahwa data biaya yang ada di pelayanan kesehatan tidak semuanya tersedia di masing-masing pusat biaya. Ada biaya yang datanya hanya dalam jumlah total, tidak didistribusikan ke masing-masing pusat biaya. Sebagai contoh biaya listrik, telepon dan air. Data mengenai biaya tersebut tersedia dalam jumlah total dan tidak tersedia secara Khusus biaya listrik, telepon dan air untuk poli umum, laboratorium dan sebagainya. Untuk mendistribusikan biaya total ke masing-masing pusat biaya diperlukan “data” yang dapat dijadikan sebagai dasar alokasi. Data dasar alokasi dalam penghitungan biaya asli di masing-masing pusat biaya terdiri dari:

KOMPONEN BIAYA	DASAR ALOKASI
Biaya pemeliharaan investasi kantor	Biaya asli unit
Biaya pemeliharaan kendaraan bermotor	Biaya asli unit
Biaya listrik	
Biaya telepon	KV adalah
Biaya air	Titik telepon
Biaya alat dan bahan farmasi	M3/tahun
Biaya pakaian dinas karyawan	Biaya asli unit
Biaya diklat	Jumlah pegawai
	Jumlah pegawai

Di samping untuk mendistribusikan biaya total ke masing-masing pusat biaya, data dasar alokasi juga diperlukan untuk mendistribusikan biaya yang ada di pusat biaya penunjang ke pusat biaya produksi. Sebagaimana dijelaskan diatas bahwa dalam pelayanan kesehatan terdapat pusat biaya penunjang dan pusat biaya produksi. Agar perhitungannya tetap (tidak *under estimate*) maka seluruh biaya yang ada di pusat biaya penunjang harus didistribusikan ke pusat biaya produksi. Untuk mendistribusikan biaya dari pusat biaya penunjang ke pusat biaya produksi diperlukan data dasar alokasi (pembobot).

Untuk dapat menghitung dasar biaya satuan rumah sakit yang mempunyai output heterogen, semua output produksi rumah sakit harus disertakan. Ini memerlukan pembobotan. Pembobotan dapat dilakukan dengan menggunakan “*daily log*”. Dari data *daily log* pembobotan dilakukan dengan menghitung kebutuhan obat-obatan, jenis tenaga yang melaksanakan produksi dan waktu yang diperlukan untuk melaksanakan produksi itu. Tabel A menggambarkan pembobotan biaya rumah sakit menurut jenis produksinya.

Tabel A: Bobot untuk beberapa pelayanan dasar rumah sakit

Jenis pelayanan (produksi)	Bobot
◆ Pengobatan rawat jalan	5
◆ Pemeriksaan antenatal (kehamilan)	5
◆ Persalinan	10
◆ Imunisasi TT	4
◆ Distribusi tablet besi	1
◆ Imunisasi BCG	4
◆ Imunisasi DPT	4
◆ Imunisasi polio	2
◆ Imunisasi measles (campak)	4
◆ Pemberian Vitamin A	2
◆ Distribusi oralit	1
◆ Distribusi pil	2
◆ Pemasangan IUD	6
◆ Distribusi kondom	1
◆ Penyuntikan KB	4
◆ Pemasangan implant	6

Pemanfaatan *daily log* sebetulnya sangat ideal menggambarkan proporsi kegiatan maupun output, namun karena cukup rumit dan membutuhkan waktu/tenaga untuk pengisiannya, dapat diselenggarakan cara pembobotan sebagai berikut:

- a. Administrasi dibobot dengan dasar alokasi jumlah pegawai
- b. Dapur dibobot dengan dasar alokasi jumlah porsi makan
- c. Ruang obat dibobot berdasarkan pemakaian obat (rupiah nilainya)
- d. Biaya umum atau yang sulit dibobot dihitung dulu subtotal penggunaan dananya pada masing-masing unit pusat biaya produksi, kemudian dana itu digunakan untuk membobot biaya umum.

Untuk selanjutnya dalam buku ini, dasar alokasi yang digunakan adalah sesuai dengan output yang dalam buku ini dihasilkan oleh pusat biaya penunjang yang bersangkutan.

Contoh: TU dasar alokasi: jumlah pegawai

2.2 Data output

Data output dalam perhitungan *unit cost* dibedakan menjadi dua yaitu (a) Output yang homogen; dan (b) output yang heterogen. Contoh output homogen adalah output yang berada di unit sebagai berikut:

Contoh Unit produksi yang sifatnya homogen

Pusat biaya	Output Homogen
☞ Rawat Inap (dengan berbagai jenisnya)	Jumlah hari rawat
☞ Poli Umum	Jumlah kunjungan
☞ Poli Penyakit dalam	Jumlah kunjungan
☞ Poli anak	Jumlah kunjungan
☞ Unit ECG	Jumlah tindakan atau pemeriksaan
☞ Unit USG	Jumlah tindakan atau pemeriksaan

Contoh unit produksi yang sifatnya heterogen

Pusat biaya	Output Heterogen
☞ Rawat inap perlu dibedakan atas kelas perawatan (VIP, Klas I, Klas II dan Klas III)	Jumlah hari rawat masing-masing kelas
☞ Instalasi bedah perlu dibedakan biaya satuan untuk jenis operasi (besar, sedang, kecil)	Jumlah masing-masing jenis tindakan bedah
☞ Poli gigi	Jumlah masing-masing tindakan
☞ Poli Keluarga Bencana	Jumlah masing-masing jenis atau alat kontrasepsi
☞ Laboratorium	Jumlah masing-masing jenis pemeriksaan
☞ Fisioterapi	Jumlah masing-masing jenis terapi fisik
☞ Radiologi	Jumlah masing-masing jenis foto atau penyinaran

Output di unit heterogen tersebut pada dasarnya sama dengan output pada unit homogen berupa jumlah kunjungan dan tindakan, hanya dirinci menurut jenis tindakan yang ada. Misalnya di Poli KB *output*-nya dirinci menurut Kondom, pil, IUD, dan implan.

Untuk data output yang heterogen dicari pula data pembobotnya dengan menggunakan pendekatan *relative value unit* (RVU).

B. Data biaya Investasi, Biaya operasional dan biaya pemeliharaan

1. Biaya Investasi

Biaya investasi dihitung dari nilai barang investasi. Barang investasi biasanya dihitung dari barang yang dapat digunakan lebih dari satu tahun. Pada beberapa badan usaha, penetapan barang investasi juga berdasarkan dari besarnya nilai barang. Alat tulis

kantor, penggaris misalnya, meskipun dapat dipergunakan lebih dari satu tahun tetapi karena nilai harganya Rp. 1.500,-, maka nilai penggaris tidak dimasukkan dalam biaya investasi.

Berikut ini beberapa nilai barang yang dapat dimasukkan ke dalam barang investasi:

a. Nilai bangunan

Nilai bangunan di sini mencakup seluruh tanah dan bangunan yang digunakan untuk menunjang pelayanan kesehatan. Tidak saja bangunan yang terdapat di unit produksi, seperti rawat jalan, rawat inap, dan poliklinik, tetapi juga nilai bangunan yang ada di unit penunjang seperti administrasi, keuangan, dapur, binatu dan apotek

Selain nilai gedung dan tanah, maka nilai bangunan juga mencakup biaya pembangunannya.

b. Nilai kendaraan

Seluruh kendaraan yang dipakai untuk menunjang pelayanan kesehatan juga dihitung, baik yang secara langsung berhubungan dengan pelayanan maupun tidak. Seperti ambulans, mobil investasi untuk direktur, motor investasi untuk karyawan dan mobil angkutan barang.

c. Nilai Perawatan medis

Yaitu seluruh biaya untuk mengadakan peralatan medis dengan berbagai jenisnya yang menunjang pelayanan kesehatan (biaya untuk pembelian alat medis). Jenis peralatan medis ini perlu ditelusuri secara rinci di setiap unit pelayanan seperti rawat jalan, kamar operasi, laboratorium dan bagian rontgen.

d. Peralatan Rumah Tangga (biaya untuk pembelian alat non medis)

Yaitu seluruh peralatan rumah tangga yang digunakan untuk menunjang pelayanan kesehatan seperti meja, kursi, AC, komputer, mesin tik, mesin cuci, mesin pengangkut pasien, almari, peralatan untuk mandi jenazah, peralatan dapur, *sound system*, mesin pemotong rumput dan barang investasi

lain yang berumur lebih dari satu tahun dan digunakan untuk menunjang pelayanan kesehatan.

Data mengenai biaya investasi ini dapat ditelusuri dari daftar investasi dari bagian keuangan atau bagian umum atau bagian rumah tangga ataupun melalui kontrak dengan pihak *supplier*. Untuk memperoleh biaya investasi di samping diperlukan data mengenai (a) jumlah dan harga satuan masing-masing jenis barang investasi, juga diperlukan data tentang (b) umur ekonomis setiap barang (c) lama pemakaian barang dan (d) laju inflasi.

Data mengenai hal tersebut diatas bisa diuraikan dalam tabel sebagai berikut:

No	Jenis Barang	Jumlah	Harga Satuan	Nilai	Umur Ekonomis
a	b	c	d(Rp)	e(3 X 4)	f (thn)
1	Gedung	3000m ²	-	50 juta	25
2	Ambulance	8	40 juta	320 juta	10
3	AC	10	3 juta	30 juta	5

Biaya investasi yang sudah diperoleh sebagaimana tertera pada tabel di atas kemudian dihitung dalam nilai tahunan (*Annualized Investment Cost*).

Untuk menghitung nilai tahunan biaya investasi dapat dipergunakan formula sebagai berikut:

$$AIC = \frac{IIC(1+i)^t}{L}$$

Keterangan

AIC = *Annualized Investment Cost* (Biaya investasi tahunan)

IIC = *Initial Investment Cost* (Nilai awal barang)

i = Laju inflasi

t = Masa Pakai

L = Perkiraan masa hidup (umur ekonomis) barang investasi yang Bersangkutan.

Dalam praktik sering kali ditemui kesulitan dalam menghitung nilai biaya investasi tahunan karena kurangnya informasi tentang nilai awal barang, masa pakai dan umur pakai. Apabila barang investasi tersebut sudah berumur puluhan tahun dan informasi ini tidak ditemukan secara tepat maka terpaksa dilakukan perkiraan.

2. Biaya Operasional

Sebagaimana telah dijelaskan bahwa biaya operasional adalah biaya yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan dalam suatu proses produksi dan memiliki sifat "habis pakai" dalam kurun waktu yang relatif singkat (kurang dari satu tahun). Secara singkat dapat dikatakan bahwa biaya operasional adalah biaya yang digunakan untuk melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan. Biaya operasional dihitung dari nilai seluruh barang-bahan-tenaga yang digunakan untuk melakukan proses produksi.

a. Biaya obat dan bahan medis

Biaya obat dan bahan medis ini dihitung dari seluruh nilai obat dan bahan medis yang digunakan dalam pelayanan kesehatan.

b. Biaya pegawai

Biaya pegawai dihitung dari gaji, uang lembur, *transport* dan bonus yang diberikan kepada semua pegawai, baik yang termasuk pegawai tetap, pegawai borongan maupun pegawai harian. Termasuk dalam biaya pegawai di sini adalah *on the job training*.

c. Biaya bahan kantor

Biaya bahan kantor yang dimaksud di sini adalah nilai dari seluruh bahan untuk keperluan administrasi dan keperluan rumah tangga lainnya. Termasuk di dalamnya kertas, disket, tinta, freon AC, dan minyak tanah, karena pada umumnya mempunyai nilai satuan yang kecil, maka alat tulis kantor

seperti pensil, *ballpoint*, map, pita mesin, piring dan sejenisnya bisa dimasukkan kedalam biaya operasional.

- d. Biaya listrik dan air
Biaya untuk penggunaan listrik dan air. Biaya ini dapat diperoleh dari kuitansi pembayaran bulanan.
- e. Biaya telepon, fax, dan telex
Biaya penggunaan telepon, fax dan telex. Biaya ini dapat diperoleh dari kuitansi pembayaran.
- f. Biaya perjalanan dinas: seragam dinas dan biaya umum lainnya.

3. Biaya pemeliharaan, meliputi:

Biaya pemeliharaan gedung, pemeliharaan kendaraan, pemeliharaan peralatan medis dan pemeliharaan peralatan rumah tangga.

Biaya operasional dan pemeliharaan tersebut dihitung dalam kurun waktu satu tahunan sehingga bisa dijumlahkan dengan nilai tahunan biaya investasi untuk memperoleh biaya total (*total cost*).

C. METODE DISTRIBUSI BIAYA

Sebagaimana telah disebut di atas bahwa biaya dalam pelayanan kesehatan ada yang berada di pusat biaya penunjang dan ada yang berada di pusat biaya produksi. Dalam menghitung biaya satuan, biaya yang ada di pusat biaya penunjang harus didistribusikan ke pusat biaya produksi karena output pelayanan yang dihitung hanya ada di pusat biaya produksi. Kalau biaya yang ada di pusat biaya penunjang tidak didistribusikan ke pusat biaya produksi maka hasil perhitungan biaya satuan akan *underestimate*, sebab ada biaya yang tidak dihitung.

Ada empat metode yang dapat digunakan (Berman & Weeks, 1982; Gani, 1991) dalam mengalokasikan biaya yaitu:

1. Metode *Simple Distribution* atau *Direct Apportionment*
2. Metode *Double Distribution* atau *Double Apportionment*
3. Metode *Multiple Distribution* atau *Algebraic Apportionment*
4. Metode *Step Down*

Dalam rangka kegiatan, metode yang akan digunakan adalah metode *double distribution*. Keterangan lebih lanjut tentang metode tersebut akan diuraikan pada simulasi penghitungan biaya satuan.

D. BIAYA SATUAN DI UNIT HOMOGEN DAN HETEROGEN

1. Biaya Satuan di Unit Homogen

Biaya satuan di unit homogen seperti: rawat inap, dapat dihitung langsung dengan membagi total biaya dan total output di masing-masing unit yang sifatnya homogen.

$$UC = \frac{TC}{O}$$

Keterangan:

UC = *Unit Cost* (biaya satuan)

TC = *Total Cost* (Total biaya)

O = *Output* (Jumlah produksi)

2. Biaya Satuan di Unit Heterogen

Untuk dapat menghitung dasar biaya satuan rumah sakit yang mempunyai *output* yang heterogen seperti *output* pelayanan pada bagian bedah, poli gigi, laboratorium dan lain sebagainya, maka semua *output* produksi rumah sakit harus disetarakan. Untuk itu memerlukan suatu pembobotan. Pembobotan ini dapat dilakukan dengan menggunakan "*Daily Log*". Dari *daily log* pembobotan dilakukan dengan menghitung kebutuhan obat-obatan, jenis tenaga yang melaksanakan produksi dan waktu yang diperlukan untuk melaksanakan produksi itu. Selain itu, untuk data *output* yang heterogen dicari pula data pembobotnya dengan menggunakan data RVU.

2.1. Pengertian RVU

RVU merupakan nilai biaya relatif yang membedakan antar masing-masing tindakan pelayanan. RVU diperoleh melalui survei dengan membandingkan biaya masing-masing jenis

tindakan. Pada prinsipnya RVU dihitung dari semua biaya yang digunakan dengan dibandingkan antar masing-masing jenis pelayanan. Dengan kata lain RVU merupakan biaya langsung persatuan standar pelayanan.

2.2. Cara Menghitung RVU

Secara garis besar, perhitungan RVU diperoleh dari data yang akan digambarkan seperti pada tabel dibawah ini:

Tabel 4

Cara Perhitungan Bobot untuk mencari *Relative Value Unit (RVU)*

NO	Jenis Tindakan	Biaya bahan	Biaya pegawai	Biaya alat	Total	Bobot
1	A	A1	A2	A3	TA	BA
2	B	B1	B2	B3	TB	BB
3	C	C1	C2	C3	TC	BC
4	D	D1	D2	D3	TD	BD
dst	E	E1	E2	E3	TE	BE

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa “TA” yang merupakan penjumlahan dari A1, A2 dan A3 itu dijadikan sebagai mencari nilai total biaya untuk jenis pemeriksaan A. Demikian pula dengan “TB”, “TC” dan seterusnya sampai dengan “TE”.

Sedangkan “BA” merupakan bobot dari jenis tindakan A, demikian halnya dengan “BB” sampai “BE”. Nilai “BA” sampai “BE” digunakan untuk menghitung RVU di unit heterogen, yaitu dengan membagi total biaya dengan suatu bilangan konstanta yang sama. Sedangkan RVU diperoleh dengan cara mengalikan bobot dengan *output* dari masing-masing jenis tindakan atau secara singkatnya dapat dirumuskan sebagai berikut:

$$\text{RVU} = \text{Bobot} \times \text{Output}$$

Hasil dari perhitungan RVU tersebut, dapat digunakan dalam mencari biaya satuan (*Unit Cost*) pada masing-masing unit heterogen.

3. Pengertian dan Cara Perhitungan Biaya Satuan (*Unit Cost*)

Biaya satuan adalah biaya yang dihitung untuk setiap satu satuan produksi pelayanan. Biaya satuan diperoleh dari biaya total.

Sebagaimana telah disinggung di atas bahwa *output* pelayanan di unit produksi rumah sakit ada yang sifatnya homogen dan ada yang sifatnya heterogen. Perbedaan *output* pelayanan (homogen dan heterogen) menyebabkan adanya perbedaan dalam perhitungan biaya satuan.

Biaya satuan di unit homogen dapat dihitung langsung dengan membagi total biaya dan total *output* di masing-masing unit produksi yang sifatnya homogen. Sedangkan untuk perhitungan biaya satuan di unit yang sifatnya heterogen perlu dibobot terlebih dahulu dengan RVU (*Relative Value Unit*) untuk masing-masing tindakan pelayanan.

Tabel perhitungan biaya satuan (*unit cost*) di unit heterogen dengan menggunakan nilai pembobotan yang telah diperoleh adalah sebagai berikut:

Tabel 5

Contoh Cara perhitungan Biaya satuan (*unit cost*) dengan RVU

JENIS TINDAKAN	OUTPUT	BOBOT	Output X Bobot (RVU)	UNIT COST (UC)
A	O1	BA	O1BA	UC1
B	O2	BB	O2BB	UC2
C	O3	BC	O3BC	UC3
D	O4	BD	O4BD	UC4
E	O5	BE	O5BE	UC5
			OTT	

UC 1 sampai dengan UC 4 merupakan biaya satuan untuk masing-masing jenis tindakan, yang diperoleh dari:

$$Uci = \frac{Tci}{Tqi}$$

Keterangan:

UC1 : Biaya satuan (*unit cost*) untuk tindakan A

O1 : *Output* (jumlah pemeriksaan) untuk jenis tindakan A

BA : Nilai pembobotan untuk jenis tindakan A

O1BA : O1 X BA

X : Total biaya di bagian/unit tersebut

OTT : Jumlah O1BA s.d. O5BE

Dengan melihat rumus biaya satuan di atas, maka jelaslah bahwa tinggi rendahnya biaya satuan suatu produk tidak saja dipengaruhi oleh besarnya total biaya tetapi juga dipengaruhi oleh besarnya produk pelayanan pada rumah sakit. Perhitungan biaya satuan dengan rumus di atas banyak dipengaruhi oleh tingkat utilisasi. Makin tinggi tingkat utilisasi (dengan demikian makin besar jumlah O) akan makin kecil biaya satuan pelayanan. Sebaliknya, makin rendah tingkat utilisasi (dengan demikian makin kecil jumlah O) akan semakin besar biaya satuan suatu pelayanan.

Di mana total biaya (*Total Cost = X*) dapat diperoleh dari hasil perhitungan analisis biaya, khususnya hasil perhitungan dengan metode *double distribution*. Dan total biaya aslinya dapat diperoleh melalui 3 (tiga) rumus, yaitu:

a. Rumus pertama : $TC = FC + SmVC + VC$

b. Rumus kedua : $TC = SmVC + VC$

c. Rumus ketiga : $TC = VC$

Keterangan:

TC = *Total cost* (total biaya)

FC = *Fixed cost* (biaya investasi)

VC = *Variabel cost* (biaya operasional tidak tetap)

SmVC = *Semi Variabel Cost* (biaya operasional tetap)

E. BIAYA SATUAN AKTUAL DAN NORMAL

Output pelayanan kesehatan dapat didekati melalui dua cara yaitu dengan melihat kapasitas (normatif) dan pada output yang aktual (positif). Kapasitas merupakan output optimal yang idealnya dapat dicapai oleh suatu unit pelayanan. Di rawat inap rumah sakit misalnya, kapasitas dapat dihitung dari jumlah tempat tidur yang tersedia. Sedang output aktual adalah output yang benar-benar dihasilkan oleh unit pelayanan tertentu. Di rawat inap rumah sakit misalnya, output aktual itu berupa jumlah hari perawatan (*patient days*).

Misalnya, unit rawat inap di suatu rumah sakit memiliki 100 tempat tidur maka kapasitas rawat inap rumah sakit tersebut dalam satu tahun sebanyak 36.500 (100 X 365 hari).

Pendekatan dalam perhitungan output pelayanan ini penting untuk membedakan antara (a) biaya satuan normatif dan (b) biaya satuan aktual.

Biaya satuan normatif dihitung dengan membedakan antara biaya tetap yang dibagi dengan kapasitas ditambah biaya variabel yang dibagi dengan output. Sedang biaya satuan aktual seluruh biaya (baik biaya tetap maupun biaya variabel) dibagi dengan output.

Rumus perhitungan biaya satuan aktual adalah sebagai berikut:

$$U_{ci} = \frac{T_{ci}}{T_{qi}} \quad (1)$$

Sedang rumus perhitungan biaya satuan normatif adalah sebagai berikut:

$$U_{ci} = \frac{TVC}{TQA} + \frac{YVC}{TQP} \quad (2)$$

Keterangan

Uci = biaya satuan pada pusat biaya produksi tertentu (i)

Tci = biaya total pada pusat biaya produksi tertentu (i)

Tqi = Output total pada pusat biaya produksi tertentu (i)

UC = biaya satuan total

TVC = total biaya variabel

TFC = total biaya tetap

TQA = total output

TQP = total kapasitas

Hasil perhitungan biaya satuan dengan rumus (2) akan lebih rasional dibanding dengan rumus umum (1), sebab ketidak efisienan pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai akibat rendahnya BOR tidak dibebankan ke pasien melainkan ditanggung oleh provider.

BAB IV

ANALISIS BIAYA DAN APLIKASI ANALISIS BIAYA SATUAN DI RUMAH SAKIT

Dalam bab ini dijelaskan tentang analisis biaya dan cara menghitung biaya satuan di rumah sakit.

A. PRINSIP DASAR ANALISIS BIAYA RUMAH SAKIT

1. Analisis biaya dilakukan untuk biaya yang dikeluarkan dalam kurun waktu 1 tahun anggaran. Misal dari 1 April sampai dengan 31 Maret atau 1 tahun kalender (1 Januari sampai 31 Desember).
2. Yang dilakukan adalah membuat peta biaya, yaitu menurut klasifikasi biaya dan menurut lokasi biaya tersebut terpakai (yaitu unit-unit rumah sakit, yang juga disebut pusat biaya).
3. Untuk kepentingan analisis biaya, semua biaya dari berbagai sumber perlu disederhanakan klasifikasinya menjadi:

- a. Biaya investasi
- b. Biaya operasional
- c. Biaya pemeliharaan

Seperti diketahui, sumber biaya rumah sakit Pemerintah bermacam-macam (pusat, Propinsi, Kabupaten, dan lain-lain, yaitu APBN, SBBO, BLN, OPRS, APBD-1, APBD-2 dan penerimaan yang dipergunakan langsung).

Dalam melakukan klasifikasi biaya, tidak perlu memperhatikan sumber pembiayaan rumah sakit.

4. Biaya operasional dan pemeliharaan biasanya dianggarkan dan dilaksanakan dalam periode waktu 1 tahun, maka biaya investasi perlu dihitung "nilai setahunnya". Hal ini dilakukan karena barang investasi mempunyai fungsi selama lebih dari satu tahun.
5. Untuk menghitung biaya asli pada masing-masing pusat biaya, harus diperhatikan unsur biaya yang dibutuhkan oleh pusat biaya tersebut.

Contoh: menghitung biaya asli

Pusat biaya dapur

a. unsur biaya

1. Biaya investasi: biaya penyusutan peralatan dapur, investasi dapur dan aktiva tetap lainnya.
2. Biaya Operasional:
 - a) Biaya gaji: Gaji pengelola dapur sampai tenaga pelaksana kegiatan dapur.
 - b) Biaya bahan: Makan kering antara lain beras, gula, teh, dan makanan basah seperti (daging, ikan, sayur-sayuran, buah dan lain-lain).
 - c) Biaya Umum: Biaya listrik, air, telepon.
 - d) Biaya pemeliharaan: Biaya pemeliharaan gedung, biaya pemeliharaan alat-alat dapur, biaya pemeliharaan furnitur dapur.

b. Arus biaya asli di pusat biaya dapur.

Biaya investasi (1)

Biaya operasional (2)

- gaji
- bahan
- umum

Biaya pemeliharaan (3)

Biaya Asli Pusat Biaya Dapur

```
graph LR; A[Biaya investasi (1)] --- B[Biaya Asli Pusat Biaya Dapur]; C[Biaya operasional (2)] --- B; D[Biaya pemeliharaan (3)] --- B; C --- C1[- gaji]; C --- C2[- bahan]; C --- C3[- umum];
```

6. Untuk menghitung biaya satuan (biaya per satu satuan produk pelayanan tertentu) yang dihasilkan di pusat biaya produksi, semua biaya yang terpakai di pusat biaya penunjang perlu didistribusikan ke pusat biaya produksi. Ini dilakukan dengan metode "Double Distribution". *Double Distribution Method* (Distribusi ganda) adalah metode pengalokasian biaya pada pusat biaya Penunjang ke Pusat biaya Produksi melalui dua kali pentahapan.

☞ Tahap I. Distribusi biaya asli dari PB penunjang ke PB penunjang yang lain dan seluruh PB produksi.

- Tahap II. Mendistribusikan hasil distribusi biaya I pada masing-masing PB penunjang ke seluruh PB produksi.

B. APLIKASI ANALISIS BIAYA SATUAN RUMAH SAKIT

Secara keseluruhan, langkah-langkah analisis biaya rumah sakit adalah sebagai berikut:

1. Identifikasi pusat biaya atau "*cost centre*"
2. Deskripsi hubungan fungsional antara pusat biaya
3. Pengumpulan data dasar untuk alokasi biaya
4. Pengumpulan data biaya Rumah Sakit
 - a. Pengumpulan data barang investasi atau barang investasi
 - b. Perhitungan biaya investasi yang disetahunkan
 - c. Pengumpulan data biaya operasional dan pemeliharaan
5. Perhitungan biaya asli
6. Pembuatan Spreadsheed
7. Pendistribusian biaya dengan metode "*double distribution*"
8. Perhitungan biaya satuan
9. Perhitungan biaya satuan untuk masing-masing pusat biaya produksi

C. IDENTIFIKASI PUSAT BIAYA ("*COST CENTER*")

1. Langkah pertama adalah membagi sistem Rumah sakit menjadi pusat biaya "*cost center*".
2. "**Pusat biaya**" adalah semua unit yang ada di rumah sakit yang menggunakan biaya. Menurut fungsinya, **pusat biaya** dibagi dua, yaitu (a) pusat biaya produksi dan (b) pusat biaya penunjang.
3. Pusat biaya produksi adalah unit rumah sakit tempat pelayanan diproduksi, misalnya unit rawat inap, rawat jalan, OK, Laboratorium, Radiologi, Rehabilitasi Medis, Kamar mayat.
4. Pusat biaya penunjang adalah pusat biaya yang fungsinya menunjang pusat biaya produksi, misalnya Direksi, IPSRS, dapur, *Laundry*, Bagian Umum, tata Usaha.
5. Pedoman untuk melakukan identifikasi Pusat Biaya ini adalah:
 - a. Melihat organogram rumah sakit (SK tentang organisasi RSU)

- b. Melihat uraian tugas unit-unit rumah sakit
 - c. Observasi langsung denah fisik rumah sakit
6. Untuk mengidentifikasi pusat biaya ini, penggunaan tabel - 03 dan tabel - 04.

Tabel-03
DAFTAR NAMA PUSAT BIAYA PENUNJANG

No	Nama Pusat Biaya
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
dst	

Tabel-04
DAFTAR NAMA PUSAT BIAYA PRODUKS I

No	Nama Pusat Biaya
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
dst	

D. DISKRIPSI HUBUNGAN FUNGSIONAL ANTAR PUSAT BIAYA

1. Setelah semua pusat biaya diketahui, maka ditelaah bagaimana hubungan kerja antar sesama pusat biaya.
2. Misalnya adalah bagaimana hubungan antar dapur dengan pusat biaya yang lain. Dalam arti, ke mana saja unit dapur mengirim makanan yang diproduksinya. Demikian pula, ke mana saja unit *laundry* memberi jasa pelayanannya.
3. Hubungan kerja tersebut sebetulnya menyeluruh, artinya antar pusat biaya produksinya pun bisa terjadi transfer jasa pelayanan; misalnya antara bagian anestesi dengan bagian bedah dan bagian

kebidanan. Akan tetapi, dalam metode “*Double Distribution*” (yang akan dijelaskan kemudian) transfer jasa pelayanan antara sesama pusat biaya produksi diabaikan.

Tabel 05
Tabel hubungan Fungsional Antar Pusat Biaya

No	Pusat Biaya Penunjang	Pusat Biaya Penunjang dan Produksi)					
		PB...	PB...	PB...	PB...	PB...	PB...
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
dst							

E. PENGUMPULAN DATA DASAR UNTUK ALOKASI BIAYA

1. Setelah semua pusat biaya diketahui, selanjutnya adalah mengumpulkan “data dasar” dan data output pada masing-masing pusat biaya.
2. Data dasar dan data output adalah data umum tentang suatu pusat biaya yang meliputi:
 - a. Luas lantai
 - b. Jumlah personil
 - c. Jumlah makanan yang diterima
 - d. Biaya obat yang terpakai
 - e. Biaya pemakaian
 - f. Jumlah TT (untuk unit rawat jalan)
 - g. Jumlah hari rawat untuk rawat inap
 - h. Jumlah pelayanan (untuk unit rawat jalan)

3. Cara penetapan data dasar untuk alokasi biaya adalah sebagai berikut:
- a. Lihat output dari masing-masing pusat biaya penunjang
 Catatan: *Laundry* → *output*-nya: cucian laundry
 Gizi → *output*-nya: porsi makan
 Direktur → *output*-nya: tindakan manajemen
 - b. Perhatikan hubungan fungsionalnya.
 Catatan:
 - yang menggunakan jasa *laundry* → Pusat biaya mana saja (direktur, TU, gizi, rawat inap dan seterusnya)
 - yang menggunakan jasa direktur → semua pusat biaya
 - c. Data dasar alokasi yang seharusnya dipergunakan oleh pusat biaya *laundry* adalah: kg *laundry*
 Gizi adalah: porsi makan
 Direktur adalah: jumlah personel

Tabel-06
Dasar alokasi biaya dari pusat biaya penunjang

No	Nama Pusat Biaya	Dasar Alokasi (Luas Lantai; porsi makan dll)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
dst		

F. PENGUMPULAN DATA BIAYA RUMAH SAKIT

1. Rumah sakit, terutama milik pemerintah, mendapat biaya dari berbagai sumber. Seperti diketahui, sumber biaya rumah sakit bisa dari pusat, Propinsi, Kabupaten, dan penerimaan dari pasien atau perusahaan asuransi yang langsung dipergunakan oleh rumah sakit bersangkutan.
2. Semua sumber dana tersebut perlu dikumpulkan datanya. Data yang dikumpulkan adalah data realisasi anggaran dari berbagai sumber tersebut selama satu tahun anggaran.
3. Untuk setiap sumber anggaran, perlu dipilih-pilih menurut jenis mata anggaran (tolak ukur anggaran). Menjadi kelompok:
 - a. Anggaran atau biaya investasi
 - b. Anggaran atau biaya operasional
 - c. Anggaran atau biaya pemeliharaan
4. Secara rinci, pengelompokan biaya tersebut dilakukan dengan menggunakan Tabel-08.

Tabel-08
BAGIAN MATA ANGGARAN
SUMBER ANGGARAN:.....
TAHUN ANGGARAN:.....

KELOMPOK MATA ANGGARAN	JENIS MATA ANGGARAN	BESAR REALISASI ANGGARAN (Rp)
INVESTASI	<ol style="list-style-type: none">1. Gedung2. alat non medis3. Alat medis4. Lain-lain	
OPERASIONAL	<ol style="list-style-type: none">1. Gaji atau upah2. Obat atau Bahan3. ATK atau alat non medis4. Perjalanan5. Umum<ol style="list-style-type: none">a. Listrikb. Telepon atau komunikasic. Air6. Lain-lain	

KELOMPOK MATA ANGGARAN	JENIS MATA ANGGARAN	BESAR REALISASI ANGGARAN (Rp)
PEMELIHARAAN	1. Gedung 2. Alat non medis 3. Alat medis 4. Lain-lain	

☞ Pengumpulan data inventaris atau data barang investasi

Untuk menghitung biaya investasi di pusat biaya, perlu dikumpulkan data tentang semua barang investasi atau barang inventaris secara rinci.

Untuk setiap barang, perlu diketahui bilamana barang tersebut diadakan (dibeli), berapa harga belinya, berapa lama sudah terpakai, dan berapa masa hidup barang tersebut.

“Masa Hidup” suatu barang investasi adalah per waktu dalam tahun pada masa mana alat atau barang tersebut bisa berfungsi. Informasi tentang ini bisa di peroleh dari:

- ahli bangunan (untuk gedung)
- Keterangan dari pabrik alat yang bersangkutan (untuk alat medis dan non medis)
- Pedoman akuntansi yang berlaku (misalnya untuk alat elektronik adalah 5 tahun), atau
- Menurut kelaziman

☞ Perhitungan biaya investasi yang disetahunkan

- Dari data investasi tersebut, diketahui nilai harga belinya. Karena biaya operasional dihitung dalam waktu satu tahun anggaran, maka biaya investasi perlu disetahunkan. Biaya investasi yang disetahunkan ini disebut juga “*Annualized Investment Cost*” atau AIC.
- Rumus yang dipergunakan adalah sebagai berikut:

$$AIC = \frac{IIC(1+i)^t}{L}$$

Keterangan:

AIC = annualized investment cost (biaya investasi yang disetahunkan)

IIC = initial investment cost (nilai awal barang atau harga beli)

i = laju inflasi rata-rata

t = masa pakai

L = masa hidup barang investasi yang disetahunkan tersebut dimasukkan sekaligus dalam tabel-09.

Tabel-09

**PERHITUNGAN BIAYA INVESTASI YANG DISETAHUNKAN
(ANNUALIZED INVESTMENT COST ATAU AIC)**

Nama Pusat Biaya:.....

No	Nama Barang Investasi	Tahun beli	Masa pakai	Harga beli (Rp)	Masa Hidup (L)	AIC (Rp)

∞ Perhitungan biaya operasional pemeliharaan

1. Hitung biaya gaji masing-masing pusat biaya
2. Hitung biaya alat tulis kantor (ATK) masing-masing pusat biaya
3. Hitung biaya habis pakai masing-masing pusat biaya
4. Hitung biaya habis pakai non medis masing-masing pusat biaya
5. Hitung biaya umum (listrik, air, telepon, perjalanan dinas) untuk masing-masing pusat biaya
6. Hitung biaya pemeliharaan masing-masing pusat biaya

G. PERHITUNGAN BIAYA ASLI

Dari hasil perhitungan langkah ke-3 & 4, hitungan biaya asli masing-masing biaya. Lihat tabel biaya asli (Tabel-10).

Tabel-10
TABEL BIAYA ASLI

Pusat Biaya:.....(dibuat untuk seluruh pusat biaya)

No.	Komponen biaya	Rp
A	Biaya Investasi 1. AIC tanah 2. AIC gedung 3. AIC kendaraan 4. AIC alat medis 5. AIC alat non medis 6. AIC lain-lain	
	Jumlah A	
B	Biaya operasional 1. Biaya pegawai 2. Biaya obat dan bahan habis pakai (medis) 3. Biaya bahan habis pakai 4. Biaya pemeliharaan kendaraan 5. Biaya perjalanan dinas 6. Biaya lain-lain	
	Jumlah B	
C	Biaya pemeliharaan 1. Biaya pemeliharaan gedung 2. Biaya pemeliharaan alat medis 3. Biaya pemeliharaan alat non medis 4. Biaya pemeliharaan kendaraan 5. Biaya pemeliharaan lain-lain	
	Jumlah C	
	JUMLAH TOTAL BIAYA ASLI (Adalah A+B+C)	

H. PENDISTRIBUSIAN BIAYA DENGAN METODE DISTRIBUSI GANDA

Metode distribusi ganda (*Double Distribution*)

Dasar Alokasi	PUSAT BIAYA(PB)							Denominator	
	Pusat Biaya Penunjang			Pusat Biaya Produksi					
	A	B	C	P	Q	R	S	D1	D2
	Data Non Biaya			Data Non Biaya					
	Total biaya asli masing-masing pusat biaya							Jm BA	
PB Penunjang									
A	Hasil distribusi I			Hasil distribusi I PB					
B	Biaya antara PB			Penunjang kepada PB					
C	Penunjang tian PB			Produksi tiap PB					
	Total biaya distribusi pada tiap pusat biaya							TB-D-I	
		Penunjang							
	A			Hasil Distribusi II PB					
	B			Penunjang kepada PB					
	C			Produksi tiap PB					
				Total biaya distribusi II pada tiap pusat biaya (PB)				TB-D-II	

Keterangan:

Jm BA = jumlah biaya asli

TB-D-II = Total (jumlah) biaya distribusi pertama

D1 = denominator 1

D2 = denominator 2

P.B = pusat biaya

Catatan untuk contoh di atas:

A contohnya: direksi rumah sakit

B contohnya: instalasi gizi

C contohnya: *laundry*

P contohnya: rawat jalan umum

Q contohnya: rawat inap kelas I

R contohnya: laboratorium

S contohnya: Kamar mayat

Setelah anda membuat Spreadsheet, seperti contoh di atas secara spesifik untuk instalasi rumah sakit saudara, langkah selanjutnya adalah sebagai berikut:

1. Sebagai langkah awal pengisian Spreadsheet mulailah dengan misalnya; pengalokasian biaya asli untuk pusat biaya yang pertama.
2. Isilah Spreadsheet pada kolom item alokasi (dasar alokasi biaya) dengan; luas lantai, jumlah personil, jumlah porsi makan, jumlah potong *laundry*, biaya obat dan bahan, biaya pemeliharaan (sesuai dengan data dasar alokasi yang dibutuhkan).
3. Isilah kolom A, B, C pada contoh tabel di atas dengan nama pusat biaya penunjang sesuai dengan yang ada pada rumah sakit.
4. Isilah kolom P, Q, R, S pada tabel di atas dengan nama pusat biaya produksi sesuai dengan yang ada pada rumah sakit.
5. Selanjutnya isilah data non biaya pada masing-masing sel di pusat biaya penunjang dan pusat biaya produksi, sesuai dasar alokasi. Contoh dasar alokasi luas lantai pada pusat biaya penunjang direksi (A pada contoh di atas) = 15 meter persegi (satuan tidak perlu ditulis).
6. Pada sel denominator I dari dasar alokasi luas lantai diisi suatu nilai yang merupakan jumlah seluruh luas lantai pusat biaya penunjang dan pusat biaya produksi.

Contoh:

- D1 untuk luas lantai: $15+10+12+40+50+25+30=182$
- D1 untuk jumlah personil: $2+4+3+6+8+9=39$, dan seterusnya.

Catatan: semua dasar alokasi diperlakukan sama seperti luas lantai untuk denominator-1

7. Sedangkan pada sel denominator II dari dasar alokasi luas lantai diisi suatu nilai yang merupakan jumlah seluruh luas lantai pusat biaya produksi saja.

Contoh:

- D2 untuk luas lantai: $40+50+25+30=145$
- D2 untuk jumlah personil: $6+8+7+9=30$, dan seterusnya.

Catatan: semua dasar alokasi diperlakukan sama seperti luas lantai untuk denominator II.

8. Isilah data biaya asli pada setiap pusat biaya penunjang dan pusat biaya produksi pada masing-masing sel biaya asli.
9. Pada sel JmBA diisi dengan jumlah keseluruhan biaya asli pada semua pusat biaya penunjang dan pusat biaya produksi.

Catatan: Biaya asli merupakan biaya yang dihitung dari total untuk masing-masing unit (biaya sebelum didistribusikan). Sebagai contoh untuk pusat biaya penunjang direktur rumah sakit. Biaya inventaris Rp.7.000.000. Dan biaya operasionalnya Rp.10.000.000 per tahun, maka biaya asli pusat biaya direksi rumah sakit Rp.17.000.000 = nilai inilah kelak yang akan didistribusikan. Ingat satuan tidak perlu ditulis.

I. PERHITUNGAN BIAYA SATUAN

1. Hasil akhir distribusi ganda (*double distribution*) adalah jumlah biaya total di masing-masing pusat biaya produksi. Biaya total tersebut termasuk biaya yang terpakai di pusat biaya itu sendiri dan biaya yang dialokasikan dari pusat biaya penunjang ke pusat biaya produksi tersebut.
2. Untuk menghitung biaya satuan jasa pelayanan yang dihasilkan di pusat biaya produksi tersebut, maka biaya total tersebut perlu dibagikan kepada masing-masing jenis produk yang dihasilkan.

3. Biaya satuan adalah biaya yang diperlukan untuk menghasilkan satu unit output (pelayanan). Ada dua istilah yang perlu dipahami yaitu:
 - a. **“biaya satuan aktual”** yang disebut juga “biaya rata-rata” (disebut juga *Average Cost*)
 - b. **“Biaya satuan normatif”**
4. Biaya rata-rata atau “biaya satuan aktual” berguna untuk menilai efisiensi produksi, yaitu dengan melihat trennya selama berapa tahun atau membandingkannya dengan biaya rata-rata di rumah sakit lain.
5. “Biaya satuan normatif” berguna untuk menentukan tarif (*pricing*)
6. Biaya satuan aktual atau biaya rata-rata adalah biaya total dibagi dengan jumlah produksi (output):

$$\text{Average Cost} = \frac{TC}{Q}$$

Dalam hal ini: TC = *total cost* (total biaya)

Q = jumlah *output* di pusat biaya tersebut

7. Biaya satuan atau *unit cost* di sebut juga *biaya satuan normatif*, adalah biaya riil (sesungguhnya) yang diperlukan untuk memproduksi satu satuan output (pelayanan).

$$UC = \frac{FC}{Cap} + \frac{VC}{Q}$$

Keterangan:

UC=*unit cost* (normatif)

FC=*fixed cost* (biaya tetap) termasuk:

- total biaya investasi
- total biaya gaji
- total biaya umum (listrik, telepon, air, perjalanan dinas dan lain-lain)

Cap= Kapasitas *output* pusat biaya tersebut dalam satu tahun

VC=*variabel cost* atau biaya tidak tetap, termasuk:

- biaya obat atau bahan
- biaya makanan

Q= jumlah output pusat biaya tersebut dalam satu tahun

8. Untuk menghitung kapasitas, pedomannya adalah sebagai berikut:
- a. Rawat jalan:

$$\text{Kapasitas rawat jalan} = \frac{\text{Jumlah jam kerja selama satu tahun}}{\text{Waktu yang diperlukan untuk pemeriksaan 1 pasien}}$$

- b. Rawat Inap:

Kapasitas rawat inap = jumlah tempat tidur X 365

9. Untuk menghitung biaya satuan ini, perlu dilihat:
- a. Apakah pusat biaya produksi tersebut menghasilkan output yang homogen (satu jenis produk).
 - b. Apakah pusat biaya produksi tersebut menghasilkan output yang heterogen (lebih dari satu jenis produksi).
10. Untuk menghitung biaya satuan pusat biaya produksi yang produknya homogen (satu jenis), dapat langsung dipergunakan rumus di atas.
11. Untuk menghitung biaya satuan pusat biaya produksi yang produknya heterogen (berbagai jenis), hanya dipergunakan Relative Value Unit (RVU).

BAB V

TARIF PENLAYANAN KESEHATAN DAN PENYESUAIAN TARIF

Dalam bab ini akan dijelaskan bagaimana cara menentukan tarif suatu pelayanan di rumah sakit. Faktor-faktor apa saja yang perlu diperhatikan dalam menentukan tarif.

A. PENETAPAN TARIF RUMAH SAKIT

Tarif rumah sakit merupakan harga pelayanan kesehatan yang diberikan di suatu rumah sakit yang ditetapkan oleh pemerintah daerah setempat untuk suatu periode waktu tertentu. Dalam perdagangan umum, tarif atau harga berlaku menurut hukum pasar yang berfluktuasi dari suatu waktu ke waktu yang lainnya. Dalam pelayanan kesehatan swasta, tarif pelayanan juga dapat berfluktuasi tetapi tidak secepat perubahan pada harga komoditas tertentu. Fluktuasi harga jasa umumnya tidak berlangsung secepat fluktuasi harga barang konsumtif seperti pakaian atau mobil. Tarif rumah sakit yang ditetapkan pemerintah umumnya tidak berfluktuasi dan cenderung untuk masa 3-6 tahun. Akibatnya tarif tersebut tidak selalu dapat menutupi biaya-biaya untuk memproduksi jasa pelayanan di rumah sakit. Pada saat pemerintah mempunyai kemampuan keuangan yang cukup, hal tersebut dapat diatasi dengan subsidi. Namun, dalam kondisi keterbatasan dana pemerintah dan banyaknya prioritas yang harus dibiayai, maka subsidi yang terus menerus tidak dapat diandalkan. Lagi pula untuk sebagian masyarakat yang mampu, subsidi tidaklah tepat. Menetapkan tarif sesuai biaya produksi (*at cost*) juga tidak baik untuk masyarakat yang kurang mampu. Di sini timbul dilema yang unik dalam pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan di rumah sakit. Sejalan dengan penyelenggaraan otonomi daerah, maka kemampuan penetapan tarif yang tepat dikalangan aparat Dinas Kesehatan Tingkat II harus diperkuat. Buku ini diharapkan dapat memenuhi kebutuhan tersebut.

Perhitungan tarif dapat dirumuskan sebagai berikut:

$$\text{Tarif} = \text{Unit Cost} + \text{Konstanta}$$

Di mana konstanta itu ditetapkan berdasarkan kebijakan keuangan dari rumah sakit yang bersangkutan. Kebijakan keuangan tersebut, seharusnya mempertimbangkan faktor-faktor:

1. Tujuan rumah sakit
2. ATP/WTP masyarakat
3. Jumlah keuntungan yang diharapkan
4. Tarif pesaing

Dari pertimbangan faktor-faktor di atas, besarnya konstanta itu akhirnya dapat ditetapkan. Konstanta yang ditetapkan dapat berupa angka nominal (rupiah) ataupun persentase terhadap besaran *unit cost*.
Contoh:

- a. UC : Rp.2000
"k" : Rp.200
Tarif : $\text{Rp.2000} + 200 = \text{Rp.2200}$
- b. UC : Rp.2000
"k" : Rp.15%
Tarif : $\text{Rp.2000} \times 15\% = \text{Rp.2000} + 300 = \text{Rp.2300}$

Pada akhirnya penetapan suatu tarif akan sangat tergantung kepada kejelian seorang manajer dalam memahami sifat pembiayaan atau sifat pangsa pasar yang dihadapi.

B. TARIF PELAYANAN

1. Batasan

Pengertian tarif tidaklah sama dengan harga. Sekalipun keduanya menunjuk pada besarnya biaya yang harus dikeluarkan oleh konsumen, tetapi pengertian tarif ternyata lebih terkait pada besarnya biaya yang harus dikeluarkan untuk memperoleh jasa pelayanan, sedangkan pengertian harga lebih terkait pada besarnya biaya yang harus dikeluarkan untuk memperoleh barang.

Sekalipun perbedaan antara tarif dengan harga cukup jelas, namun bagi kebanyakan anggota masyarakat, perbedaan yang

seperti ini sulit dimengerti. Oleh masyarakat pemakai jasa pelayanan kesehatan, tarif diartikan sama dengan seluruh biaya yang harus dikeluarkan untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Adanya pengertian yang seperti ini jelas tidak sesuai. Karena dalam pengertian seluruh biaya tersebut, telah termasuk harga barang, yang untuk Indonesia misalnya obat-obatan, yang memang pengolahannya sering dilakukan terpisah dengan pengelolaan sarana pelayanan kesehatan.

Namun, terlepas dari adanya perbedaan pengertian tersebut, peranan tarif dalam pelayanan kesehatan memang amat penting. Untuk dapat menjamin kesinambungan pelayanan, setiap sarana kesehatan harus dapat menetapkan besarnya tarif yang dapat menjamin total pendapatan yang lebih besar dari total pengeluaran.

Sesungguhnya pada saat ini sebagai akibat dari mulai berkurangnya pihak-pihak yang mau menyumbang dana pada pelayanan kesehatan (misal rumah sakit), maka sumber keuangan utama kebanyakan sarana kesehatan hanyalah dari pendapatan saja. Untuk ini jelaslah bahwa kecermatan menetapkan besarnya tarif memegang peranan yang amat penting. Apabila tarif tersebut terlalu rendah, dapat menyebabkan total pendapatan (*income*) yang rendah pula, yang apabila ternyata juga lebih rendah dari total pengeluaran (*expenses*), pasti akan menimbulkan kesulitan keuangan.

2. Faktor yang Mempengaruhi

Untuk dapat menetapkan tarif pelayanan yang dapat menjamin total pendapatan yang tidak lebih rendah dari total pengeluaran, banyak faktor yang perlu diperhitungkan. Faktor-faktor yang dimaksud untuk suatu sarana pelayanan, secara umum dapat dibedakan atas empat macam:

1) Biaya Investasi

Untuk suatu rumah sakit, biaya investasi (*investment cost*) yang terpenting adalah biaya pembangunan gedung, pembelian berbagai peralatan medis, pembelian berbagai peralatan non

medis serta biaya pendidikan dan pelatihan tenaga pelaksana. Tergantung dari besarnya biaya investasi, rencana titik impas (*break event point*), jangka waktu kedaluarsa (*depreciation period*) maka tarif pelayanan suatu sarana kesehatan dapat berbeda dengan sarana kesehatan lainnya. Secara impas, jangka waktu pengembalian biaya investasi serta perhitungan masa kedaluarsa terlalu singkat, maka tarif pelayanan yang diterapkan akan cenderung mahal.

2) Biaya kegiatan rutin

Untuk suatu sarana kesehatan, biaya kegiatan rutin (*operasional cost*) yang dimaksudkan di sini mencakup semua biaya yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan berbagai kegiatan. Jika ditinjau dari kepentingan pemakai jasa pelayanan, maka biaya kegiatan rutin ini dapat dibedakan atas dua macam:

a. Biaya untuk kegiatan yang berhubungan langsung dengan kebutuhan pelayanan kesehatan (*direct cost*).

Pelayanan kesehatan yang dapat dimanfaatkan sangat bervariasi sekali. Tidak hanya pada tindakan yang dilakukan, tetapi juga pada peralatan yang dipergunakan. Demikianlah jika pelayanan kesehatan tersebut memerlukan tindakan yang lebih sulit serta peralatan yang lebih canggih, maka tarif yang ditetapkan untuk jenis pelayanan kesehatan tersebut umumnya lebih tinggi.

Dalam membicarakan biaya pelayanan kesehatan ini, perlulah diperhatikan adanya peranan pengetahuan, sikap dan perilaku penyelenggara dan pemakai jasa pelayanan kesehatan. Jika pengetahuan, sikap dan perilaku tersebut tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan dan atau 'berlebihan' pasti akan mendorong pemakaian pelayanan yang berlebihan pula, yang dampak akhirnya akan meningkatkan total tarif yang dibayarkan ke rumah sakit.

b. Biaya untuk kegiatan yang tidak berhubungan langsung dengan kebutuhan pelayanan kesehatan (*indirect cost*).

Ke dalam biaya ini termasuk gaji karyawan, pemeliharaan bangunan dan peralatan, pemasangan rekening listrik dan

air dan lain-lain sebagaimana yang seperti ini. Secara umum disebutkan jika biaya kegiatan tidak langsung ini tinggi, misalnya karena pengelolaan yang tidak efisien, pasti akan berpengaruh terhadap tingginya tarif pelayanan.

3) Biaya Rencana pengembangan

Untuk suatu sarana kesehatan, Biaya rencana pembangunan yang dimaksudkan di sini mencakup hal yang amat luas sekali. Mulai dari rencana perluasan bangunan, penambahan peralatan, penambahan jumlah dan peningkatan pengetahuan serta keterampilan karyawan dan ataupun upaya penambahan jenis pelayanan. Untuk sarana kesehatan yang tidak mencari keuntungan, besarnya biaya pengembangan ini lazimnya sama dengan semua kelebihan hasil usaha.

4) Besarnya target keuntungan

Tergantung dari filosofi yang dianut oleh pemilik sarana kesehatan, besarnya target keuntungan yang diharapkan tersebut amat bervariasi sekali. Tetapi betapapun bervariasi persentase keuntungan tersebut, seyogianya keuntungan suatu sarana kesehatan tidak boleh sama dengan keuntungan berbagai kegiatan lainnya.

3. Upaya Pengendalian

Dari uraian tentang keempat faktor yang harus dipertimbangkan dalam menerapkan tarif pelayanan yang seperti ini, segeralah mudah dipahami bahwa besarnya tarif pelayanan tersebut sangat dipengaruhi serta bersifat sensitif terhadap besarnya biaya investasi, biaya rutin, biaya rencana pengembangan serta target perolehan keuntungan. Jika biaya untuk keempat faktor ini tinggi, maka tarif pelayanan pasti akan tinggi pula.

Untuk mencegah tingginya tarif pelayanan tersebut, maka biaya untuk keempat faktor ini berusaha dapat dikendalikan. Bertitik tolak dari berbagai kegiatan yang dapat dilakukan pada program pengendalian biaya kesehatan, maka hal yang dapat dilakukan untuk mengendalikan tarif pelayanan, secara sederhana dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Biaya Investasi

Untuk mencegah biaya investasi yang terlalu besar dan jangka waktu pengendalian yang terlalu singkat, mekanisme pengendalian yang lazim diperlakukan ialah menerapkan ketentuan yang dikenal sebagai *certificate of need*, serta kewajiban melakukan *feasibility study* yang bersifat sosial.

2. Biaya kegiatan rutin

Untuk mencegah biaya kegiatan rutin yang terlalu tinggi, terutama yang berhubungan langsung dengan kebutuhan pemakai jasa pelayanan kesehatan, mekanisme pengendalian yang lazim diperlakukan adalah menerapkan ketentuan pelayanan kesehatan yang etis dan sesuai dengan standar, yang imbal jasa doktor (*doctor fee*) sering termasuk di dalamnya. Untuk menjamin efektivitas pelaksanaannya, penetapan etis dan standar ini harus diikuti oleh medical audit secara berkala oleh suatu badan yang bersifat netral yang di Amerika Serikat disebut sebagai profesional standard *review organization*.

3. Biaya rencana pengembangan

Untuk mencegah biaya rencana pengembangan yang berlebihan, mekanisme pengendalian yang lazim diperlakukan ialah menerapkan ketentuan *development plan* yang pada dasarnya hanya membenarkan program pengembangan apabila telah direncanakan dan disetujui sebelumnya.

4. Keuntungan

Untuk mencegah tingginya perhitungan target keuntungan, yang terutama ditemukan pada sarana kesehatan swasta, tidak ditemukan mekanisme pengendalian khusus, kecuali menerapkan berbagai ketentuan sebagaimana dikemukakan di atas. Dengan perkataan lain apabila semua ketentuan pengendalian biaya (*cost containment*) yang telah disebutkan dapat terlaksana, maka secara otomatis perhitungan target keuntungan yang terlalu tinggi akan dapat dicegah.

C. TARIF PELAYANAN DI INDONESIA

Sayangnya, berbagai mekanisme pengendalian biaya yang seperti ini belumlah secara tuntas ditetapkan di Indonesia. Yang baru ditetapkan hanyalah ketentuan tentang tarif tertinggi saja. Akibatnya, tentu mudah dipahami, karena yang diatur hanyalah resultan akhir dari interaksi berbagai faktor (tarif), bukan masing-masing faktor yang mempengaruhi tarif, menyebabkan apabila suatu sarana kesehatan kebetulan telah telanjur menanamkan investasi yang besar, maka untuk mengejar target pemasukan, sering dilakukan berbagai penyimpangan. Tentu tidak sulit dipahami bahwa penyimpangan yang dimaksudkan di sini tidak terhadap pagu tarif tertinggi yang telah ditetapkan, melainkan terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi tarif yang tujuannya adalah untuk memperbesar pemasukan.

Demikianlah karena tarif tertinggi telah ditetapkan, maka untuk rumah sakit swasta, apalagi yang baru berdiri, untuk mengejar target pemasukan, dilakukanlah berbagai pelayanan kesehatan yang sebenarnya tidak diperlukan. Satuan tarif yang dipergunakan memang tidak berubah, tetapi pemakaiannya yang ditingkatkan (*over utilization*). Dampak akhirnya tidak sulit dipahami akan menyebabkan total tarif yang dibayarkan akan menjadi tinggi.

Masalah tarif pelayanan makin berdampak kompleks jika diketahui besarnya imbal jasa dokter belumlah diatur secara tuntas. Kelaziman yang berlaku di Indonesia yang menyerahkan sepenuhnya kepada kebijakan dokter ternyata sering disalahartikan. Ada anggapan bahwa orang yang membutuhkan pelayanan rawat inap memiliki kemampuan keuangan yang lebih tinggi, dan karena itu secara otomatis imbal jasa dokter yang ditarik lebih tinggi dari pada pelayanan rawat jalan.

Sesungguhnya pelayanan kesehatan tersebut memang spesifik. Sekalipun telah diperlakukan sebagai suatu kegiatan usaha, namun hukum dunia usaha tidak sepenuhnya dapat berlaku. Benar bahwa hukum permintaan (*demand*) berpengaruh terhadap kenaikan tarif, karena apabila permintaan terhadap pelayanan kesehatan meningkat, akan meningkatkan tarif pelayanan pula.

Tetapi untuk penawaran (*supply*) tidaklah demikian. Sekalipun penawaran berlebihan, tarif pelayanan tidak otomatis akan turun. Penyebabnya adalah karena pada pelayanan kesehatan, apalagi yang agak mengabaikan standar dan etika profesi, berlaku hukum *supply induces demand*. Akibatnya, sekalipun berbagai pelayanan tersedia secara berlebihan serta sebenarnya kurang dibutuhkan oleh pasien, pemanfaatan pelayanan kesehatan tersebut tetap saja dapat tinggi dan bahkan karena ada unsur ketidaktahuan pasien (*consumer ignorance*), sering secara berlebihan (Sorkin, 1975). Akibatnya tentu mudah dipahami, akan berdampak negatif terhadap tingginya tarif pelayanan.

BAB VI

PEMBIAYAAN SEKTOR KESEHATAN DI PROPINSI

A. GAMBARAN PEMBIAYAAN SEKTOR KESEHATAN

Pembiayaan Sektor Kesehatan di Indonesia sekarang ini sedang mengalami ujian yang berat (kalau kita tidak ingin mengatakan terancam) khususnya dalam era Otonomi Daerah (OTODA). Betapa tidak, selama 32 tahun masa orde baru 75% pembiayaan kesehatan ditanggung oleh pemerintah Pusat dengan sistem “*Budget Targetting*” yaitu jumlah *budget* yang tersedia menentukan besarnya sasaran yang diintervensi (*population target*). Dan kini pemerintah Daerah harus merencanakannya sendiri dengan sistem “*Target Budgetting*” yaitu besarnya target sasaran menentukan besarnya *budget* anggaran, pemerintah daerah dalam hal ini Bupati dan anggota DPR (Dewan Perwakilan Rakyat) setempatlah yang harus mengalokasikan berbagai anggaran yang di berikan oleh pemerintah pusat dalam bentuk Blok Grant. Dan di sinilah dasar berpikirnya mengapa acara advokasi ini kita selenggarakan. Apabila para anggota DPR yang terhormat ini memahami pentingnya Pembiayaan Sektor Kesehatan terutama konsep “Sehat sebagai Investasi” bukan konsumsi dan “Sehat sebagai Hak Asasi manusia” (Health as Investment and Health as a Human Right) maka kita bisa bernafas lega tetapi apabila yang terjadi adalah sebaliknya dalam artian DPR dan Bupati melihat Rumah Sakit sebagai sumber PAD (Pendapatan Asli Daerah) yang potensial harus di gali maka kejadiannya akan lain. Rumah Sakit dan Puskesmas akan dengan mudah menjadi sapi perahan demi pembangunan fisik dan pendapatan yang mestinya dipergunakan untuk peningkatan kualitas pelayanan di RS dan Puskesmas malahan dijadikan anggaran pembangunan jalan atau pembangunan fisik lainnya yang tidak berdampak pada peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan itu sendiri (*Quality of Customer Services*).

Era globalisasi telah diujung mata, sebentar lagi kita sudah memasuki AFTA (ASEAN Free Trade Area) tahun 2003, akan terjadi

“pasar bebas” diantara negara-negara yang tergabung dalam ASEAN dan selanjutnya 2010 akan mencakup seluruh ASIA untuk kemudian tahun 2020 memasuki World Free Trade (pasar bebas untuk seluruh dunia). Memasuki Era perdagangan bebas memerlukan persiapan yang matang kalau kita ingin tetap menjadi tuan di negeri sendiri.

Sebenarnya sistem pasar bebas merupakan sebuah peluang besar untuk industri RS di Indonesia. Peluang tersebut dapat berupa masuknya MODAL ASING, SDM (spesialis asing, dll), Teknologi Kesehatan yang lebih efektif dan lebih CANGGIH sesuai dengan tuntutan Masyarakat. Namun globalisasi sekaligus juga merupakan tantangan besar bagi pengelola RS. Persaingan antara RS akan semakin keras, yaitu memperebutkan potensi pasar pelayanan RS, dan sekaligus juga memperebutkan input RS. Dalam hal memperebutkan potensi pasar, pulihnya situasi dalam negeri berangsur-angsur akan meningkatkan jumlah penduduk yang lebih mampu membayar jasa pelayanan RS, termasuk pelayanan mewah dan canggih. Sekarang pun misalnya seperti yang sering disinyalir oleh bapak Ascobat Gani (Ahli ekonomi Kesehatan UI), “tidak sedikit penduduk mampu yang mencari pengobatan di RS luar negeri yang dianggapnya lebih bermutu, seperti misalnya di Kuching, Malaka, Singapura, dll. Mutu dan tarif akan menjadi isu penting dalam persaingan tersebut”.

B. MASALAH ALOKASI ANGGARAN KESEHATAN

Alokasi anggaran kesehatan antara wilayah selalu menjadi masalah pada hampir di semua jenjang administrasi. Pada tingkat global misalnya, akhir-akhir ini dipertanyakan apa dasar yang paling dapat diterima untuk alokasi anggaran WHO kepada berbagai wilayah kerjanya (*regional allocation*) maupun kepada negara-negara anggotanya (*country allocation*). Lembaga-lembaga keuangan internasional seperti Bank Dunia, Unicef, dan lain-lain juga dihadapkan pada masalah ini dalam mengalokasikan anggarannya ke berbagai negara.

Pada tingkat nasional, hal yang sama juga dihadapi, misalnya bagaimana melakukan alokasi anggaran kesehatan nasional ke berbagai daerah, antara lain ke kabupaten. Di Indonesia, pembiayaan kesehatan

selama PJP-I menunjukkan bahwa sekitar 75% anggaran kesehatan pemerintah di tingkat Kabupaten berasal dari anggaran pusat (APBN), sisanya sebesar 25% berasal dari anggaran propinsi (APBD-I) dan kabupaten (APBD-II). Jadi Kabupaten sangat tergantung pada anggaran dari pusat. Dalam praktik, aparat kesehatan daerah sering mengeluh tentang alokasi anggaran pusat tersebut, yang terlalu bersifat “*top down*”, sehingga tidak relevan dengan kebutuhan daerah, baik dari segi jumlahnya maupun dari segi peruntukannya.

Selama ini, alokasi anggaran pusat ke Kabupaten dilakukan atas dasar beberapa pertimbangan, yaitu (1) pengalaman alokasi tahun-tahun sebelumnya (*hystorical budget*), (2) usulan yang disampaikan daerah dan (3) perhitungan kebutuhan daerah menurut jumlah penduduk, khususnya untuk alokasi anggaran obat-obatan. Dasar pertimbangan seperti diatas mengandung banyak kelemahan.

Pertama, “*hystorical budget*” yang bersifat “*top down*” belum tentu mencerminkan kebutuhan kesehatan sesungguhnya (*health need*). Seringkali pihak pusat menentukan kebutuhan daerah atas dasar proyeksi yang tidak tepat. Misalnya perkiraan jumlah balita di Dati-II tertentu didasarkan pada proyeksi dengan menggunakan angka-angka nasional.

Kedua, usulan yang disampaikan daerah, walaupun sudah mempertimbangkan masalah kesehatan setempat, dasarnya adalah angka-angka yang dilaporkan fasilitas pelayanan dan pengelola program (*facility based data*), dan bukan berdasarkan data yang diperoleh dari survei penduduk (*population based data*). Di samping itu, daerah cenderung menaikkan anggaran yang diusulkannya dalam bilangan persentase tertentu, misalnya 20% lebih besar dari anggaran tahun yang lalu, dengan asumsi penyesuaian dengan inflasi dan dugaan bahwa pihak pusat akhirnya akan melakukan berbagai reduksi.

Ketiga, perhitungan kebutuhan atas jumlah penduduk, yang di Indonesia dipakai untuk alokasi anggaran obat, juga tidak mempertimbangkan “*health need*” sesungguhnya, karena jumlah penduduk yang sama belum tentu mempunyai masalah kesehatan yang sama.

Bank Dunia melaporkan masalah distribusi anggaran kesehatan dari pusat kepada propinsi di Indonesia. Pada tahun 1985 misalnya, ditemukan bahwa propinsi yang relatif “kaya” (dalam arti pendapatan daerah per kapita) memperoleh alokasi kesehatan per kapita yang lebih besar dari pada propinsi yang lebih miskin. Misalnya, Jakarta yang mempunyai pendapatan daerah per kapita 5 kali lebih besar dari pada NTB, menerima subsidi anggaran pusat 2 kali lebih besar. Laporan Bank Dunia tersebut menyebutkan bahwa elastisitas subsidi pemerintah pusat terhadap pendapatan rumah tangga per kapita adalah +0,72. Sedangkan elastisitasnya terhadap perubahan pendapatan daerah per kapita adalah +0,49. Artinya, peningkatan pendapatan keluarga sebesar 1 unit, cenderung mendapat peningkatan alokasi subsidi pusat sebesar 0,72 unit; dan setiap 1 unit peningkatan pendapatan daerah per kapita cenderung diikuti dengan peningkatan alokasi subsidi pusat sebesar 0,49 unit. Seperti diketahui, anggaran (subsidi) pusat ini terdiri dari beberapa sumber, yaitu APBN-DIK untuk anggaran rutin, APBN-DIP untuk anggaran pembangunan, INPRES untuk pembangunan sarana dan obat serta Subsidi Daerah Otonom (SDO) untuk menambah biaya operasional.

Sehat Sebagai Investasi Bukan Konsumsi (Health As An Investment)

Apabila seseorang jatuh sakit karena hipertensi dan mengalami stroke perdarahan otak (CVD) maka ada dua kemungkinan yang akan terjadi, *pertama* yang bersangkutan akan mengalami kematian atau *kedua* selamat dengan cacat berupa kelumpuhan sebelah badan atau keduanya. Untuk menghitung kerugian akibat “sakit” tersebut oleh Bank Dunia dan WHO pada tahun 1993 mengajukan konsep khusus untuk mengkuantifisir nilai kerugian karena jatuh sakit atau mati pada usia sebelum mencapai usia harapan hidup. Ada tiga istilah yang dikemukakan, yaitu YLL, YLD dan DALY.

YLL atau “Years of Life Lost due to Premature Mortality” adalah jumlah tahun yang hilang karena penduduk mati sebelum mencapai

usia harapan hidup rata-rata (L_e). Jadi kalau L_e adalah 65 tahun dan seseorang mati pada usia 15 tahun, maka YLL untuk orang tersebut adalah 50 tahun. Untuk sejumlah penduduk, dapat dihitung jumlah YLL tersebut dalam satu tahun, yaitu antara lain dengan menggunakan teknik "*life table*". Dalam hal ini:

$$YLL = \sum d (L-t)$$

Di mana " d " adalah jumlah kematian karena stroke di populasi, " L " adalah usia harapan hidup dan " t " adalah usia pada saat meninggal.

YLD atau "Years of Life Lost due to Disability" adalah jumlah tahun yang tidak produktif karena seseorang jatuh sakit sehingga tidak bisa melakukan kegiatan sehari-harinya (*disabled*). Jadi kalau seseorang dalam satu tahun tidak bisa produktif selama 40 hari karena jatuh sakit, maka YLD untuk orang tersebut adalah 40 hari. Jumlah YLD juga bisa dihitung untuk suatu kelompok penduduk tertentu selama satu tahun, yaitu kalau diketahui prevalensi suatu penyakit dan lama hari tidak produktif (*disability*) rata-rata untuk penyakit tersebut.

DALY atau "Disability Adjusted Life Year" pada dasarnya adalah jumlah YLL dengan YLD, atau: $DALY = YLL + YLD$

Table 1.
Estimated Years of Lived with Disability (YLD) and
Economic Loss caused by Sickness
Susenas, 1998

District	Health exp. All HH/year (Rp)	Economic DD (Rp)	Total HH economic burden (Rp)	PAD (Rp)	PDRB (Rp)	% economic burden to PADS (d/e*100%)	% economic burden to PDRB (d/f*100%)
(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)		
Buton	4,771,882,105	7,222,194,514	11,994,076,620	2,055,259,442	801,341,600,000	584	1.50
Muna	5,868,480,549	9,038,609,654	14,907,090,202	1,131,154,563	536,454,180,000	1,318	2.78
Kendari	7,938,897,896	8,545,082,729	16,483,980,625	2,302,280,015	817,981,540,000	716	2.02
Kolaka	3,252,964,884	4,780,302,795	8,033,267,678	1,410,161,854	1,634,466,000,000	570	0.49
Kodya Kendari	3,313,492,795	4,044,537,535	7,358,030,330	3,749,175,629	586,443,630,000	196	1.25
Total	25,145,718,229	33,630,727,227	58,776,445,456	10,648,031,503	4,376,686,950,000	552	1.34
			PAD Dati I	11,575,162,822			
			PAD Propinsi	22,223,194,325		264	

Sumber: Mardiaty dkk, 2001

Untuk tahun 1998 beban ekonomi yang harus ditanggung akibat sakit dibandingkan dengan Pendapatan Asli Daerah or PAD dan Product Domestic Regional Bruto or PDRB, tampak bahwa beban ekonomi yang diakibatkan oleh jumlah penduduk yang sakit tampak sangat besar (552% dari PAD).

Table 2.
Estimated Years of Lived with Disability (YLD) and
Economic Loss caused by Sickness
Susenas, 1999

	Total DLD/year In population	Total YLD/year In population	Total YLD/year Age 20-50yrs	Total economic Loss for productive age UMR=Rp6,000/ HH/day
Kendari	310,074	10,194.2	4,177.8	Rp 9,149 billion
Buton	323,604	10,639.0	4,133.9	Rp 9,010 billion
Sultra	1,184,625	38,946.6	14,931.1	Rp 32,270 billion

Sumber: Mardiaty dkk, 2001

Table 3. Summary of Total Economic Burden,1999

District	Total of HH health expenditure/year (Direct economic burden)	Total of Economic Value/Economic Loss (Non direct economic burden)/year	Total of Economic Burden/year
Kendari	14.321.961.756	9.149.400.000	23.471.361.756
Buton	6.114.694.500	9.009.504.000	15.124.198.500
Southeast Sulawesi	35.577.289.584	32.699.016.000	68.276.305.584

Sumber: Mardiaty dkk, 2001

Untuk tahun 1999, Kendari kehilangan 4,177.8 tahun hari produktif *productive* atau ekuivalen dengan minimum Rp 9,149 miliar

akibat penduduk yang sakit, apabila kerugian ekonomi akibat mati di masukkan maka akan lebih banyak lagi.

Demikian juga akan halnya dengan Buton yang juga kehilangan 4,133.9 tahun hari produktif dengan nilai Rp 9,010 miliar. Sekiranya dapat dialokasikan dana yang memadai maka angka kejadian sakit dapat ditekan seminimal mungkin yang pada akhirnya akan meningkatkan produktivitas dan kualitas SDM sebagai kunci utama pertumbuhan ekonomi.

Sebagai contoh, misalkan prevalensi malaria di Sultra adalah 14.89/1000 dengan jumlah penduduk 1.710.000 Maka jumlah kasus malaria adalah

$$(1.710.000/1000 \times 14.89) = 25.462 \text{ orang}$$

Kalau Case Fatality Rate (CFR) malaria adalah 6%, maka dari 24.462 kasus tersebut yang mati adalah 1528 orang. Misalkan dengan teknik "life table", yaitu dengan mempertimbangkan "age spesific death rate" malaria, total tahun yang hilang pada 1528 kasus tersebut adalah 19.864 tahun. Angka ini adalah angka untuk YLL. Kemudian diantara yang tidak mati (23.934 kasus) rata-rata "dissability days" adalah 7 hari/tahun. Maka total YLD adalah $23.934 \times 7 \text{ hari} = 167.538 \text{ hari}$ atau 459 tahun.

Kalau jumlah kerugian tersebut dihitung dengan memakai Upah Minimum Rata-rata (UMR) Rp.6000/hari maka (tanpa *discounting*) dengan menghitung usia produktif 15-50 tahun (50.3%) maka = $((19.864 \times 50.3\%) + 459)$ tahun $\times 365 \times \text{Rp.6000} = \text{Rp.22.886.796.000,-}$ atau 22,8 miliar rupiah. Jadi kerugian akibat Malaria saja di Sultra mengakibatkan *economic loss* Rp.22,8 miliar.

Model lain yang dilakukan oleh Wahyu dan Al. Maidin (2000) menunjukkan bahwa dari 10 penyakit terbanyak yang di rawat jalan pada RS. Wahidin di Kota Makassar mengakibatkan masyarakat harus menanggung 24,46 miliar untuk tahun 1999.

Kerugian ini sebenarnya dapat ditekan seminimal mungkin apabila di alokasikan dana yang memadai untuk melakukan tindakan preventif yang efektif.

Tabel. 4 Perkiraan Total Biaya Pasien (Economic Loss) Rawat Jalan RSUP DR. Wahidin Sudirohusodo

Terhadap Sepuluh Penyakit Utama di Kota Makassar Tahun 2000

No	Jenis Penyakit	Jumlah Kasus	Jumlah Kasus Usia Produktif	Jumlah Sampel		Ringan		Sedang		Lama Pengobatan		Biaya (Rp)	Beban biaya 383 kasus (Rp.)	Total Cost	
				%	Jml	%	Jml	%	Jml	R	S			biaya/kasus (Rp)	Semua kasus Usia Produktif
1	ISPA	217,229	145,065	171	75	128	43	3	5	7,053,250	7,806,559	45,652	6,622,507,380		
2	Otot-otot Jaringan Ikat	60,180	40,188	48	55	26	22	1	2	505,000	1,258,309	48,393	1,944,817,884		
3	Penyakit Kulit infeksi	38,546	25,741	31	80	25	6	1	3	728,500	1,481,809	47,797	1,230,342,577		
4	Penyakit Diare	44,774	29,900	36	75	27	9	1	3	348,450	1,101,759	30,602	914,999,800		
5	Ganggigitivitis dan Periodental	27,683	18,486	22	85	19	3	1	2	98,750	852,059	38,725	715,870,350		
6	Tekanan Darah Tinggi	22,153	14,794	17	80	14	3	1	2	158,000	911,309	53,600	792,958,400		
7	Kecelakaan Ruda Paksa	20,707	13,823	16	70	11	5	12	42	10,111,500	10,864,809	679,044	9,386,425,212		
8	Penyakit Kulit Alergi	18,799	12,554	15	75	11	4	2	3	265,500	1,018,809	67,913	852,579,802		

9	Pulpa dan Jaringan Periapical	18,275	12,204	14	80	11	20	3	1	2	155,250	908,559	64,897	792,002,988
10	Penyakit Paru	16,524	11,034	13	70	9	30	4	3	7	672,250	1,425,559	109,650	1,209,878,100
		484,870	323,794	383							20,096,450	27,629,540		24,462,382,493

Sumber: Wahyu, 2000

Rata2/case =72.139

Masih banyak hitungan-hitungan ekonomi yang dapat membuktikan bahwa Kesehatan adalah Investasi dan bukan konsumsi, seperti halnya dengan semaraknya kasus NARKOBA yang menimpa para generasi muda kita, apabila kita tidak secepatnya melakukan investasi dengan mencegah sebelum mereka telanjur kecanduan, kita akan kehilangan Modal yang sangat besar baik berupa harta benda secara pribadi maupun aset bangsa secara Nasional dengan hilangnya generasi penerus (*generation loss*).

Berbagai isu menyangkut dampak ekonomi akibat sakit dapat ditimbulkan, khususnya penyakit infeksi dapat disimak pada tabel 5 berikut ini.

Table 5. *Summary* Dampak ekonomi penyakit infeksi

No	Jenis-Jenis Dampak
1	efek terhadap konsumsi kesehatan: menurunnya <i>intake</i> makanan sehat (<i>healthy food</i>) akibat penyakit yang diderita atau lahirnya anak-anak prematur
2	Efek terhadap Interaksi social dan waktu senggang: * Interaksi sosial menjadi terbatas * Menurunnya/hilangnya waktu untuk rekreasi dan santai
3	Efek terhadap Produksi dalam waktu pendek: 1) Non market production effect 2) <i>Market production effect</i> : a. Pengeluaran terhadap pengobatan meningkat b. Penurunan waktu kerja akibat: * hilangnya secara temporer hari kerja * hilangnya hari kerja yang permanen * Menurunnya nilai produksi
4	Efek terhadap konsumsi jangka panjang: * Efeknya demografis terhadap konsumsi * Menurunnya kemampuan intelektual dan perilaku yang inovatif

***Sehat Sebagai Hak Itu Adalah Hak Azasi Manusia
(Health As A Human Right)***

Setiap manusia yang lahir ke dunia ini berhak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai sesuai dengan bunyi “Universal Declaration of Human Right” yang Indonesia telah turut serta menandatangani sejak tahun 1985. Pada pasal 25 dinyatakan: *ayat (1) “Setiap orang berhak atas tingkat hidup yang menjamin kesehatan dan keadaan baik untuk dirinya dan keluarganya, termasuk makanan, pakaian, perumahan dan perawatan kesehatannya serta usaha-usaha sosial yang diperlukan, dan berhak atas jaminan pada waktu mengalami pengangguran, menderita sakit, menjadi orang cacat, janda, mencapai usia lanjut atau mengalami kekurangan nafkah lain-lain karena keadaan yang diluar kekuasaannya. Ayat(2). Para ibu dan anak-anak berhak mendapat perawatan dan bantuan istimewa. Semua anak-anak baik yang dilahirkan di dalam maupun diluar perkawinan, harus mendapat perlindungan sosial yang sama”.*

Sehat menurut definisi WHO adalah keadaan seseorang yang bukan hanya terbebas dari penyakit, kecacatan fisik dan mental tetapi juga harus hidup produktif. Lebih lanjut WHO menyatakan “*health is a fundamental human right*” ini mengandung kewajiban:

- Menyehatkan yang sakit,
- Mempertahankan yang sehat agar tetap sehat dan produktif,
- Semua kegiatan yang merugikan kesehatan, melanggar hak asasi manusia (implisit di sini paradigma pembangunan berwawasan kesehatan).

Dengan demikian maka setiap manusia Indonesia berhak mendapatkan pelayanan kesehatan sebagai hak asasi untuk dapat hidup sehat dan layak, termasuk penduduk (orang) miskin yang tidak mampu. Di sinilah titik kritisnya, karena dalam keadaan yang bagaimanapun pemerintah harus tetap bertanggung jawab penuh terhadap orang miskin sesuai dengan bunyi UD’45: “fakir miskin dan anak-anak telantar ditanggung oleh negara”.

Krisis ekonomi telah meningkatkan jumlah penduduk miskin (menurut BPS kini mencapai 40% penduduk atau 60 juta orang). Secara prinsip, sesuai dengan amanat UUD 1945, pelayanan kesehatan bagi fakir miskin harus ditanggung oleh negara, namun dengan keterbatasan

anggaran pemerintah, perlu dirumuskan pelayanan kesehatan apa yang perlu dijamin. WHO dan Bank Dunia misalnya, menyarankan paket pelayanan bagi penduduk miskin yang disebut “*essential health services*” dan “*basic health services*”. Pertemuan regional di Tokyo dalam rangka merespons kebutuhan pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin akibat krisis ekonomi Asia menyarankan paket pelayanan sebagai berikut:

- a. KB dan pelayanan KB
- b. Immunisasi
- c. Pengobatan penyakit menular (terutama tbc, malaria, DHF)
- d. Gizi
- e. Promosi kesehatan
- f. Perawatan di RS (untuk kasus-kasus yang dirujuk yang menyangkut KIA dan penyakit infeksi)

Di Indonesia, RS memang diharuskan untuk berperan melayani penduduk miskin. Kebutuhan dan tuntutan untuk melakukan peran ini semakin besar dalam masa krisis ekonomi. Artinya, RS menghadapi beban finansial yang sangat substansial, kalau sistem pembiayaan bagi penduduk miskin tidak jelas. Pemerintah melalui program JPSBK menyediakan anggaran sebesar Rp 10.000 per KK per tahun, untuk membiayai kasus-kasus yang dirujuk dan statusnya miskin. Dalam praktik, kasus yang dirujuk tidak terbatas pada kasus KIA dan infeksi, tetapi mencakup semua kasus termasuk korban kecelakaan.

Apakah jumlah tersebut cukup? Kalau tidak cukup, siapa yang harus menutup kekurangannya? Apakah kekurangan tersebut dapat dibebankan menjadi tanggung jawab manajemen RS? Pertanyaan ini hanya bisa dijawab apabila RS melakukan analisis biaya pelayanan untuk penduduk miskin secara cermat.

Dalam sistem desentralisasi yang sedang diterapkan pada tahun 2001 ini, sebagaimana halnya dengan Dinas Kesehatan Daerah, RSUD juga perlu menghitung kebutuhan biaya tersebut. Sekali lagi, secara prinsip biaya tersebut adalah tanggung jawab pemerintah dan tidak logis dibebankan kepada manajemen RS. Dalam analisis untuk RSUD ada pertanyaan apakah komponen gaji perlu dimasukkan atau tidak. Pada

prinsipnya, RS telah memberikan sumber dayanya untuk memproduksi pelayanan bagi penduduk miskin dan kesinambungan RS akan terjamin kalau deplesi sumber dayanya paling tidak seimbang dengan pendapatannya. Oleh sebab itu, yang realistis adalah kalau pemerintah memberikan "*full cost subsidy*" bagi RS sesuai dengan jumlah penduduk miskin yang dilayaninya.

Untuk itu maka RS milik pemerintah perlu diberikan wewenang yang lebih besar. Sebenarnya pemberian wewenang tersebut sudah dilakukan sejak lama, yaitu sejak tahun 1992 dengan keluarnya kebijaksanaan RS Unit Swadana. Upaya tersebut mengalami kemunduran dengan keluarnya peraturan tentang PNBPN pada tahun 1997. Pada bulan Februari tahun 2000, pemerintah atas prakarsa Depkes RI mengeluarkan PP No. 6 tentang status Perjan bagi RS. Status Perjan tersebut hanya bisa diterapkan kepada RS vertikal karena sifatnya masih sentralistis, antara lain dalam hal pengangkatan Direksi yang diangkat oleh Menteri.

Dalam menghadapi tantangan pasar bebas, salah satu alternatif status RS adalah semacam unit usaha sosial yang tetap melaksanakan fungsi publik, yaitu melayani penduduk miskin, akan tetapi leluasa menangkap potensi pasar secara *accountable*. Dalam pengembangan sistem kesehatan di Sumatra Utara oleh Ascobat Gani dkk mengajukan konsep "*public enterprises*" untuk status RSUD. Ciri-ciri dari RS sebagai "*public enterprises*" tersebut adalah sebagai berikut:

- Milik pemerintah (dinas/pemda).
- Wajib melaksanakan program pemerintah "*public goods programs*" dan pelayanan penduduk miskin dengan "*full cost subsidy*" dari anggaran pemerintah.
- Leluasa melakukan diversifikasi produk dan "*product design*" diluar kepentingan pemerintah tersebut sesuai dengan potensi pasar.
- Leluasa menentukan cara produksi produk tersebut, misalnya bermitra dengan investor swasta.
- Leluasa merekrut tenaga dan menetapkan sistem insentif dalam penyelenggaraan produk tersebut.

- Tidak melakukan akumulasi keuntungan dan harus menyampaikan rencana anggaran tahunan kepada dinas/pemda.
- "SHU" diserahkan kepada pemda/dinas akan tetapi SHU ini harus di "earmarked" untuk dipergunakan oleh Pemda membiayai program "public goods" dan pelayanan bagi penduduk miskin dalam fase lanjut, perlu dilakukan integrasi RSUD dengan Puskesmas sehingga ada dalam satu administrasi dan manajemen (manajemen pelayanan kesehatan kabupaten).

Tentu sekarang ini belum ada payung peraturan dan perundangan untuk status seperti diatas. Oleh sebab itu, pada tingkat daerah kalau dianggap konsep tersebut layak, dapat dikeluarkan Perda dari daerah setempat. Konsep ini sebetulnya mirip dengan konsep Otonomi Perguruan Tinggi seperti diatur dalam PP No.60 dan No.61, 1999.

C. PENUTUP

Sebagai penutup mari kita renungkan pernyataan berikut: "**Health is not everything but without health everything is nothing**", kesehatan bukan segala-galanya tetapi tanpa kesehatan segala-galanya tidak punya arti. Karenanya marilah kita sama-sama menjaga kesehatan diri-sendiri, kesehatan keluarga, masyarakat sekitar dan seluruh penduduk, karena kesehatan adalah hak fundamental bagi setiap orang dan kesehatan adalah merupakan investasi masa depan anak-anak yang pada akhirnya akan mengangkat derajat bangsa dan negara ini. Tanpa kita sadari itu semuanya maka jangan kaget bila di tahun 2020 ketika pasar bebas seluruh dunia sudah dibuka kita tidak bisa menjadi tuan dinegeri sendiri dan kita kehilangan generasi pelanjut (*generation loss*).

KEPUSTAKAAN

- Acharya, Shambhu. *Impact of Economic Crisis on Health: Regional Perspective*. Intl. Symposium on Health Initiative in Asian Economic Crisis, Human Centered Approach. Tokyo, April 27 1998.
- Ascobat Gani. *Desentralisasi Kesehatan*. Disampaikan dalam Rakerkesda DKI Jakarta, Juli 2000.
- Ascobat G, Yaslis Ilyas dan Fikri M. *Penelitian Pelaksanaan Peraturan JPKM oleh Badan Penyelenggara JPKM. FKMUI dan Direktorat Bina Peran Serta Masyarakat Depkes RI.*, Jakarta 1998.
- Ascobat G. et al. *Studi Kelayakan Kemandirian 9 RS milik Pertamina. YPKMI/FKMUI*, Jakarta 1996.
- Ascobat G. *Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu untuk Dati-II*. Biro Perencanaan Depkes RI/PT. Indoconsult/FKMUI. Modul-02. Jakarta, 1998.
- Ascobat G. *Reformasi Pendanaan Kesehatan. Simposium Kepedulian Universitas Indonesia*. 30 Maret – 1 April 1998. Kampus UI – Depok.
- Ascobat, G. *Issue Pokok dan Strategi Pembangunan Kesehatan di NTT dalam Rangka Desentralisasi*. Semiloka Pembangunan Kesehatan Propinsi NTT, Pemda Propinsi NTT, Kupang, 1 Maret 2000.
- Ascobat G. *Analisis Pengembangan RSUD Cianjur menjadi RS Swadana*. Dirjen Yanmed, Depkes RI dan FKMUI, Jakarta, 1999.
- Ascobat G. *Aspek Sosial Ekonomi Penyakit Stroke*. Seminar “Penanggulangan Stroke Paripurna”. Yayasan Stroke Indonesia dan PT. Askes Cabang Jakarta. Jakarta, 6 Desember 1997.
- Chalker, Ascobat & Kraushaar: *Provincial Health Policy in North Sumatra:*

- Protecting the Poor under Decentralization*. Euro Health Group/Bureau of Planning, World Bank & Danish Embassy. December, 1999.
- Dasgupta, Ajit K and D.W. Pearce. *Cost Benefit Analysis*. Mc. Millan, London, 1978.
- Kutzin, Joseph. *Experience with Organizational and Financing Reform of the Health Sector*. WHO. SHS Paper No. 8. Geneva, 1994.
- Newmann Bruce R. *Financial Management. Concepts and Applications foe Health Care Providers*. 2nd Ed. Natnl. Hlth. Publ. Baltimore, 1988.
- Petitti, Diana B. *Meta-analysis Decision Analysis and Cost Effectiveness Analysis*. Oxford Univ. Press. New York, 1994.
- Thompson Mark S. *Benefit Cost Analysis for Program Evaluation*. Sage Publ. Beverly Hills, 1980 UU No. 22/1999 dan UU No. 25/1999.
- Wahyu; Maidin, Alimin: *Perkiraan Total Biaya Pasien (Economic Loss) Rawat Jalan RSUP DR. Wahidin Sudirohusodo Terhadap Sepuluh Penyakit Utama di Kota Makassar*, 2000
- World Bank: World Development Report 1993: *Investing in Health*. Washington DC, 1993.

deepublish / publisher