

Penetapan dan Simulasi Tarif Rumah Sakit

Hasbullah Thabrany²⁾

Pendahuluan

Tarif rumah sakit merupakan suatu elemen yang amat esensial bagi rumah sakit yang tidak dibiayai penuh oleh pemerintah atau pihak ketiga. Rumah sakit swasta, baik yang bersifat mencari laba maupun yang nirlaba harus mampu mendapatkan biaya untuk membiayai segala aktifitasnya dan untuk dapat terus memberikan pelayanan kepada masyarakat sekitarnya. Rumah sakit pemerintah yang tidak mendapatkan dana yang memadai untuk memberikan pelayanan secara cuma-cuma kepada masyarakat, juga harus menentukan tarif pelayanan. Di Indonesia, praktis seluruh rumah sakit, apakah itu RS umum ataupun RS perusahaan atau RS swasta, harus mencari dana yang memadai untuk membiayai pelayanannya. Jadi semua rumah sakit di Indonesia harus mampu menetapkan suatu tarif pelayanan.

Yang menjadi pertanyaan adalah apakah ada suatu cara yang dapat digunakan untuk semua rumah sakit? Apakah rumah sakit yang mempunyai fungsi dan misi yang

berbeda harus menetapkan tarif yang sama? Tentu saja tidak. Tiap rumah sakit akan menetapkan tarif pelayanan sesuai dengan misinya masing-masing. Akan tetapi, ada pertimbangan yang relatif sama di dalam penetapan tarif rumah sakit, yaitu mendapatkan *revenue* yang mencukupi untuk menjalankan rumah sakit, baik dari sumber pengguna jasa maupun dari sumber lain. Ada rumah sakit yang membutuhkan *revenue* untuk menutupi biaya operasional saja, ada rumah sakit yang membutuhkan dana bahan habis pakai saja, dan ada rumah sakit yang membutuhkan dana untuk segala macam pengeluaran, termasuk penghasilan pemegang saham. Ada rumah sakit yang memerlukan *revenue* hanya dari sumbangan atau anggaran pemerintah, akan tetapi memberikan pelayanan cuma-cuma kurang dapat diterima. Jadi rumah sakit ini juga perlu menetapkan tarif pelayanan.

Dengan demikian kita katakan bahwa penetapan tarif pelayanan rumah sakit akan sangat bervariasi tergantung dari sifat rumah sakit itu

1) Pernah disampaikan pada pelatihan Manajemen RS di RSPAD Jakarta, 2 - 6 Nopember 1998.

2) Staf Pengajar Universitas Indonesia, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Kampus UI-Depok.

sendiri. Lebih-lebih lagi jika kita kaji bahwa rumah sakit juga memiliki misi sosial, khususnya RSU dan rumah sakit pemerintah lain, yang di dalam penetapan tarif tidak hanya bergantung pada *revenue requirement*. Pertimbangan kondisi komunitas di sekitarnya atau komunitas yang menjadi target pelayanan seringkali sangat dominan di dalam penetapan tarif rumah sakit. Hal ini terkait dengan fungsi sosial dan aspek komoditas umum (publik) pada berbagai pelayanan kesehatan. Oleh karena itu sering kita saksikan bahwa tarif rumah sakit umum ditetapkan oleh Peraturan Daerah, yang disetujui oleh Dewan Perwakilan Rakyat Daerah. Akan tetapi untuk rumah sakit tertentu seperti RS ABRI dan RS swasta nirlaba, apakah perlu ditetapkan dengan Perda? Tentu saja tidak, akan tetapi tarif untuk beberapa pelayanan masih harus terikat oleh peraturan pemerintah.

Dengan maraknya arus swastanisasi, kini banyak rumah sakit pemerintah diswadanakan. Salah satu komponen penting dari swadana adalah penetapan tarif, dengan tujuan mencapai *cost recovery* yang memadai. Rumah sakit swadana juga perlu bersaing dengan RS swasta yang lebih leluasa menetapkan tarif dan mempunyai keharusan penyediaan tempat tidur bersubsidi (kelas III) yang lebih besar. Jika RS swasta nirlaba diharuskan menyediakan 25% tempat tidurnya untuk masyarakat yang kurang mampu, maka di RS swadana diharuskan tersedia 50% TT untuk golongan ekonomi lemah. Sementara RS swadana juga diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan dan memberikan subsidi silang

kepada masyarakat yang tidak mampu. Faktanya, kebanyakan RS swadana menerima subsidi dari pemerintah lebih besar dari pada ketika mereka belum swadana. Mengapa demikian? Kesalahan menetapkan tarif? Bisa jadi.

Yang jelas, kini penetapan tarif pelayanan rumah sakit dengan pendekatan ekonomis, dengan memperhitungkan kebutuhan biaya untuk menyediakan pelayanan dengan kualitas tertentu sudah menjadi keharusan, kalau bukan sekedar mode. Yang selalu menjadi pertanyaan terbesar adalah "Berapa seharusnya kita tetapkan tarif untuk pelayanan tertentu"? Haruskah kita menghitung secara ekonomis setiap kali kita akan menetapkan tarif? Tentu saja. Akan tetapi bagaimana caranya? Bukankah cukup mudah kita melihat tarif tetangga kemudian kita naikkan dan turunkan sedikit? Kalau mereka bisa untung dengan tarif tersebut, tentu kita juga bisa. Bukankah begitu? Sayangnya tiap rumah sakit mempunyai ciri tersendiri. Efisiensi rumah sakit juga berbeda satu dengan yang lainnya. Suatu rumah sakit bisa untung dengan tarif tertentu, akan tetapi rumah sakit yang lain belum tentu bisa bertahan dengan tarif yang sama.

Makalah ini tidak memberikan suatu resep yang bisa digunakan langsung sebagai obat mujarab bagi para manajer rumah sakit yang bergelut dengan pembiayaan yang semakin sulit. Akan tetapi makalah ini memberikan dasar-dasar pertimbangan untuk menetapkan tarif atau melakukan pendekatan pentarifan yang kompetitif di era persaingan bebas. Jadi, makalah ini

tidak akan memberikan obat siap pakai bagi peserta sehingga sepulangnya dari pelatihan ini sudah bisa membawa daftar tarif pelayanan untuk rumah sakitnya masing-masing. Banyak hal yang masih harus dilakukan untuk sampai pada tarif yang 'paling optimal'. Tarif yang terlalu tinggi tidak dapat diminati oleh masyarakat dan menyebabkan *revenue* rumah sakit tidak mencukupi untuk dapat mempertahankan pelayanan dengan standar mutu tertentu. Tarif yang terlalu murah tidak akan dapat memadai meskipun tingkat pemanfaatan rumah sakit tersebut tinggi karena pemulihan biaya rumah sakit tidak dapat dilakukan. Rumah sakit akan tetap sakit karena kurang "gizi seimbang". Contoh yang paling jelas adalah rumah sakit umum pemerintah yang memasang tarif yang jauh di bawah "ability to pay" mayoritas penduduk. Studi di tiga propinsi proyek kesehatan IV oleh FKMUI dan LDUI menunjukkan hal tersebut.

Tujuan Penetapan Tarif

Telah dikemukakan di atas bahwa penetapan tarif adalah *basic survival* bagi sebuah rumah sakit. Hidup matinya rumah sakit pada umumnya bergantung dari tarif pelayanan yang ditetapkan dan tingkat utilisasi pelayanan tersebut. Ada tiga hal penting di dalam mempertahankan kehidupan rumah sakit dengan penetapan tarif yaitu:

1. Memenuhi Total Kebutuhan Biaya, TKB, (*Total Financial Requirement*) sebuah rumah sakit. Yang dimaksud dengan

TKB adalah besarnya biaya yang dibutuhkan oleh sebuah rumah sakit untuk dapat bertahan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Dalam prakteknya, tiap rumah sakit dapat mempertahankan kehidupannya dari dua sumber utama yaitu dari penerimaan fungsional (jasa pelayanan) dan dari sumbangan atau penerimaan lain.

2. Tujuan yang kedua adalah mematuhi peraturan pemerintah. Di manapun di dunia, rumah sakit sarat dengan peraturan pemerintah yang bertujuan untuk memproteksi rakyat banyak dari kesulitan mendapatkan pelayanan rumah sakit yang dinilai esensial atau kebutuhan pokok. Sayangnya pelayanan kesehatan di Indonesia belum dimasukkan ke dalam salah satu bahan kebutuhan pokok.
3. Mampu bersaing dengan rumah sakit lain. Dalam beberapa hal kita dapat melihat bahwa ada rumah sakit umum dan ada rumah sakit swasta yang membagi pangsa pasar. Dalam prakteknya, RSU dan RS swasta bisa menjadi pesaing satu dengan yang lainnya.

Total Kebutuhan Biaya

Total kebutuhan biaya sebuah rumah sakit sangat bervariasi dari satu rumah sakit dengan rumah sakit lainnya. Bahkan dua rumah sakit dengan jumlah tempat tidur

yang sama, tidak selalu mempunyai kebutuhan biaya total yang sama besarnya.

Hal itu sangat bergantung pada:

1. Jenis pelayanan yang diberikan. Rumah sakit umum memberikan pelayanan yang berbeda dengan rumah sakit khusus dan karenanya kebutuhan tenaga dan kebutuhan alat dan bahan medis akan sangat berbeda.
2. Jenis rumah sakit (umum, swasta nirlaba, swasta berorientasi laba, eksklusif). Rumah sakit nirlaba tidak selalu dapat menetapkan tarif lebih murah dari pada rumah sakit berorientasi laba. Efisiensi internal rumah sakit seringkali jauh lebih tinggi pada rumah sakit berorientasi laba dari pada RSU.
3. Lingkungan sosial ekonomi. Rumah sakit di daerah mempunyai kebutuhan biaya yang lebih kecil dibandingkan dengan rumah sakit di kota. Biaya karyawan dan biaya makanan seringkali lebih murah di daerah akan tetapi biaya bahan atau alat medis bisa jadi lebih tinggi di daerah, karena masalah transportasi dan kelangkaan pembeli.
4. Ciri khusus rumah sakit atau bagian tertentu. Ada rumah sakit yang hanya memberikan pelayanan kepada golongan tertentu seperti RS Glenn Eagles dan RS Kusta. Keduanya mempunyai ciri khusus yang sangat bertolak belakang dari segi filosofi pelayanan dan masyarakat yang dilayani.

Bagaimana Menghitung TKB

Sebelum kita menghitung tarif pelayanan di suatu rumah sakit, terlebih dahulu kita harus menghitung kebutuhan biaya suatu rumah sakit untuk dapat beroperasi. Bagi rumah sakit yang baru, tentu saja kebutuhan ini harus dilakukan dengan beberapa skenario, karena belum tersedianya data biaya dan tingkat utilisasi. Bagi rumah sakit yang sudah beroperasi, kebutuhan biaya ini tak cukup diperoleh dari laporan akuntansi rutin sebuah rumah sakit. Suatu analisis biaya perlu dilakukan untuk mendapatkan kebutuhan biaya total maupun satuan biaya untuk berbagai pelayanan.

Laporan akuntansi rutin tidak mencakup biaya aset, hutang rumah sakit, dan biaya-biaya yang diperlukan untuk penggantian alat medis maupun biaya pengadaan teknologi terbaru. Tentu saja tidak semua rumah sakit memerlukan perhitungan biaya aset atau biaya modal, dimana "return on investment" harus dihitung sesuai dengan standar komersial. Akan tetapi, biaya penggantian alat apakah dengan cara pembelian langsung atau melalui kredit dari pihak ketiga harus diperhitungkan pada rumah sakit swasta. Rumah sakit pemerintah dengan filosofi nirlaba, sehingga tujuan pelayanan adalah "maximize service" tidak juga perlu menghitung biaya ini. Demikian juga halnya dengan biaya teknologi terbaru. Teknologi baru yang memang efektif dan efisien perlu dibeli, akan tetapi tidak semua teknologi perlu dibeli. Harus diingat bahwa setiap pengadaan akan membawa konsekuensi pada pembiayaan yang pada akhirnya akan

mempunyai konsekuensi pentarifan.

Di lain pihak, rumah sakit swasta atau rumah sakit pemerintah swadana juga harus juga memperhatikan biaya-biaya pelayanan yang tidak dapat ditagih "bad debts" atau pelayanan yang memang diberikan secara cuma-cuma. Rumah sakit daerah sering harus memberikan pelayanan cuma-cuma kepada pemegang Kartu Sehat, sementara Pemda tidak memberikan dana khusus untuk itu. Di lain pihak, rumah sakit juga harus fair di dalam menghitung tarif pelayanan yang akan dibebankan kepada masyarakat sekitarnya. Seringkali rumah sakit mendapatkan donasi dari pengusaha, pihak swasta, wakaf, atau bantuan luar negeri. Donasi ini harus diperhitungkan sebagai pengurangan biaya sehingga donasi tersebut tidak dinikmati oleh rumah sakit atau oleh orang tertentu saja. Donasi harus dinikmati oleh masyarakat banyak, khususnya masyarakat berpenghasilan rendah.

Komponen TKB

Komponen biaya yang dibutuhkan untuk melakukan kegiatan rumah sakit sudah barang tentu dapat diidentifikasi dengan melakukan analisis biaya. Makalah ini tidak akan membahas analisis biaya dan perhitungan biaya satuan dengan berbagai metodenya. Akan tetapi untuk sampai pada pemahaman yang utuh tentang penetapan tarif yang fair, maka perlu dipahami komponen-komponen yang harus diperhitungkan dalam penghitungan kebutuhan biaya. Untuk usaha rumah sakit, komponen utama yang diperhitungkan

adalah biaya usaha/operasional. Baik rumah sakit umum, rumah sakit nirlaba, dan rumah sakit berorientasi laba harus memperhitungkan kebutuhan dasar ini, kecuali biaya operasional ini sepenuhnya ditanggung oleh pemerintah atau pihak ketiga.

Komponen kedua yang penting adalah pelayanan kepada pasien, misalnya pemberian makanan, pelayanan khusus tertentu, persiapan untuk pelayanan kepada pasien, dan sebagainya. Biaya pendidikan staf administrasi maupun staf medis juga harus diperhitungkan karena hal ini sangat menentukan kelangsungan hidup dan ketersaingan rumah sakit. Selanjutnya biaya penelitian, baik berupa penelitian operasional maupun penelitian efektifitas suatu program atau pengobatan perlu diperhitungkan. Lebih lanjut perkiraan pelayanan gratis dan hutang macet juga harus diperhitungkan agar rumah sakit mampu menjalankan fungsinya dengan baik. Setelah itu, rumah sakit biasanya juga masih mempunyai kewajiban sosial lain seperti pembuatan bahan-bahan pendidikan kesehatan kepada konsumen dan kepada lingkungannya.

Selanjutnya ada komponen yang disebut Biaya Untuk Tetap Unggul. Biaya ini umumnya harus disediakan oleh rumah sakit yang mempunyai misi memberikan pelayanan unggulan kepada masyarakat atau yang mempunyai visi menjadi rumah sakit terbaik di suatu wilayah atau negara. Untuk bisa unggul, rumah sakit harus memiliki modal usaha yang memadai. Rumah sakit juga harus mampu mengganti

alat yang habis masa pakainya dan pengadaan teknologi baru.

Komponen berikutnya adalah komponen modal yang terdiri dari biaya bunga, cicilan pokok terhadap barang atau bangunan modal, dividen kepada pemegang saham (RS orientasi laba) dan biaya komunitas. Selain itu masih ada komponen biaya ketidakpastian (*uncertainty, contingency*) yang harus disediakan dalam bentuk biaya cadangan seperti biaya hukum jika terjadi tuntutan malpraktek atau kecelakaan terhadap pasien. Ketidakpastian juga dapat terjadi karena kesalahan dalam pengambilan keputusan, misalnya asumsi bahwa nilai dolar akan tetap pada level Rp 7.500, tetapi kenyataannya nilai dolar meningkat sampai Rp 15.000. Hal ini membawa konsekuensi kesalahan perhitungan penerimaan atau tarif pelayanan. Akibatnya rumah sakit dapat mengalami defisit yang parah. Selanjutnya biaya politis dan biaya-biaya tak terduga lainnya harus diperhitungkan dengan cermat.

STRATEGI PENETAPAN TARIF

Basis Biaya

Perhitungan biaya satuan merupakan strategi awal dari setiap perhitungan tarif pelayanan, baik bagi RS umum pemerintah, RS Umum non pemerintah, maupun rumah sakit swasta komersial. Perhitungan biaya satuan pada hakikatnya adalah perhitungan biaya rata-rata (baik tertimbang maupun tidak tertimbang) untuk suatu satuan tertentu. Satuan yang digunakan dapat

bervariasi tergantung dari filosofi dan kebijakan direksi. Misalnya, biaya satuan dapat berupa biaya per kunjungan, biaya per hari rawat, biaya per operasi, ataupun biaya per diagnosis. Pendekatan yang sudah umum kita kenal adalah biaya satuan per pelayanan (*fee for service*). Di negara-negara maju, variasi tarif sudah semakin banyak sehingga satuannya tidak hanya pelayanan (*service*) akan tetapi telah berkembang menjadi paket, harian, prosedur, diagnosis, dan bahkan episode penyakit. Hal ini didorong oleh peraturan pemerintah dan tingkat kompetisi yang tinggi. Pada tingkat persaingan yang tinggi, seperti halnya jasa pelayanan hotel atau penerbangan, rumah sakit mulai meningkatkan kreatifitasnya di dalam mengemas tarif yang atraktif dengan menawarkan satuan atau paket khusus.

Penentuan biaya satuan ini umumnya berdasarkan perhitungan biaya retrospektif, atau biaya yang telah dikeluarkan pada periode sebelumnya. Hal ini masih memerlukan asumsi tertentu karena biaya yang telah dikeluarkan pada periode sebelumnya mungkin sudah tidak memadai lagi pada masa kini. Demikian juga tarif tersebut kemudian diberlakukan secara retrospektif. Artinya, biaya ditagih setelah pelayanan dilaksanakan. Sudah barang tentu, metode ini tidak mendorong staf melakukan efisiensi dan direksi juga tidak peduli dengan efisiensi, sejauh pasien mampu membayar. Akan tetapi kebiasaan ini menjadi kurang baik pada waktu terjadi persaingan ekonomi yang ketat.

Untuk mendapatkan biaya yang akurat, rumah sakit perlu melakukan audit

eksternal. Meskipun audit internal memadai, akan tetapi sering terjadi bahwa tenaga internal kurang mempertimbangkan faktor-faktor non rutin dan kurang memperhitungkan faktor persaingan. Sementara audit eksternal yang mencoba melihat persaingan dari sisi lebih objektif, dapat melihat celah-celah yang dapat digunakan untuk persaingan. Auditor eksternal juga lebih dapat melihat apakah pengadaan barang atau pembayaran honor staf terlalu mahal atau terlalu rendah. Audit internal pada umumnya tidak mempertimbangkan alternatif biaya pengadaan selain dari yang telah tercantum dalam kwitansi pembelian. Metode perhitungan jada dapat bervariasi seperti *step-down*, *double distribution*, atau *reciprocal*.

Yang perlu diingat adalah bahwa setiap usaha penghitungan biaya rata-rata satuan tertentu, harga satuan input sangat berpengaruh besar. Sebagai contoh, rumah sakit pemerintah mungkin menetapkan satuan honor dokter yang jauh lebih rendah dari rumah sakit swasta komersial. Sebaliknya bahan yang dibeli oleh rumah sakit pemerintah seringkali lebih mahal dari barang yang dibeli oleh RS swasta. Rumah sakit Pertamina misalnya, mempunyai komponen biaya investasi dan pegawai yang jauh lebih besar dari RSU atau bahkan rumah sakit swasta. Hal ini tentu saja terkait dengan peraturan, insentif, maupun perilaku petugas.

Oleh karena itu di dalam menggunakan dasar hasil perhitungan biaya satuan untuk penetapan tarif, tidak harus selalu otomatis

kita mendasari penetapan tarif atas dasar biaya satuan tersebut. Bahkan kadangkala, dasar perhitungan ini bisa saja tidak dapat digunakan karena efisiensi rumah sakit itu masih sangat rendah. Sebagai contoh, sebuah rumah sakit dengan BOR 30% menyebabkan biaya satuan aktual menjadi sangat tinggi. Alternatif penggunaan biaya satuan normatif tidak didukung oleh kemampuan pasar, oleh karena itu alternatif lain harus diambil.

Negosiasi

Tidak jarang, tarif akhir yang digunakan adalah tarif negosiasi dengan pihak ketiga, misalnya perusahaan asuransi atau perusahaan besar yang melakukan kontrak langsung dengan rumah sakit. Dalam hal ini, perhitungan rata-rata biaya satuan hanya merupakan patokan untuk mengetahui sejauh mana RS untung atau rugi.

Pertimbangan yang biasanya mendasari tarif negosiasi adalah:

1. Volume penjualan. Seperti halnya perdagangan grosir dan perdagangan eceran, rumah sakit bersedia memberikan tarif lebih murah atau tarif diskon kepada pihak ketiga jika volume penjualan cukup besar. Akan tetapi volume saja tidak merupakan satu-satunya pertimbangan. Rumah sakit harus secara cermat menganalisis apakah tarif negosiasi memadai dan berharga untuk disetujui atau terpaksa harus ditolak.
2. Faktor kedua adalah ketepatan atau frekuensi pembayaran. Pembayaran yang

tepat waktu akan sangat membantu rumah sakit mengatur alur kas yang baik. Alur kas yang baik merupakan faktor esensial di dalam manajemen rumah sakit. Pembayaran di muka "prepaid" juga merupakan faktor penting yang dipertimbangkan rumah sakit. Baik pembayaran di muka berdasarkan resiko tertentu atau tanpa resiko tertentu, keduanya mempunyai keunggulan tersendiri.

3. Dalam menentukan tarif negosiasi, sebuah rumah sakit harus memperhitungkan berapa besar tingkat hutang bermasalah atau hutang tak lancar. Demikian juga dengan pelayanan cuma-cuma yang diberikan selama ini. Hal ini perlu dipertimbangkan apakah rumah sakit dapat melakukan "cost shifting", bila dimungkinkan oleh peraturan pemerintah.
4. Yang terakhir adalah tingkat okupansi rumah sakit itu sendiri. Rumah sakit dengan tingkat okupansi rendah, dengan penerimaan di bawah titik impas akan cenderung lebih berani menerima tarif negosiasi pada tingkat di sekitar biaya marginal. Sebaliknya rumah sakit yang mempunyai tingkat okupansi yang tinggi tidak mudah menerima negosiasi.

Harga Pasar

Pendekatan pasar dalam menetapkan tarif pelayanan kini semakin berkembang dan semakin menarik perhatian pimpinan rumah sakit, bahkan rumah sakit umum pemerintah sekalipun. Hal ini memang

dimungkinkan oleh peraturan yang berlaku di Indonesia. Namun di negara-negara maju sekalipun, khususnya di negara Eropa, penetapan tarif berdasarkan pada kondisi pasar lebih terbatas penerapannya. Pada hakikatnya penetapan tarif berdasarkan mekanisme pasar ini didorong oleh adanya persaingan antar rumah sakit dan pertumbuhan selera konsumen.

Asumsi utama penetapan tarif berdasarkan harga pasar ini adalah bahwa pengguna jasa, konsumen bersikap sensitif terhadap perubahan tarif atau harga. Konsumen akan melakukan survei pasar untuk mengetahui tarif yang lebih murah. Akan tetapi di dalam pelayanan kesehatan, sensitifitas pasar terbatas pada sifat pelayanan kesehatan sendiri yang asimetris. Oleh karena itu pengaruh sensitifitas konsumen terhadap tarif di negara yang penduduknya kurang terdidik tidak begitu besar. Konsumen umumnya tidak memiliki kemampuan yang memadai untuk melihat perbedaan tarif tersebut. Tumbuhnya pihak asuransi atau pihak ketiga yang lebih terdidik dan mampu menganalisis tarif merupakan tantangan terbesar bagi rumah sakit di dalam menetapkan tarifnya berdasarkan mekanisme pasar.

Penetapan tarif metode pasar ini juga dipengaruhi oleh tingkat persaingan di suatu wilayah. Rumah sakit di wilayah dengan hanya sedikit rumah sakit lebih bisa melakukan kolusi dan karenanya bisa berbuat sebagai pelaku pasar monopolistik dan menjadi *price leader*. Rumah sakit yang mempunyai pangsa pasar besar (monopolistik) dengan mudah dapat menjadi

price leader. Sementara rumah sakit di tingkat persaingan ketat atau dengan dominasi pihak ketiga yang kuat terpaksa harus menjadi *price taker*. Namun demikian, dalam prakteknya sangat jarang terjadi kondisi persaingan sempurna atau penuh pada bidang pelayanan kesehatan. Hal ini terjadi karena adanya *barrier entry* dan karena perilaku *provider* itu sendiri.

Ketentuan Pemerintah

Di negara-negara yang berorientasi "*socialized medicines*", seperti di Eropa dan Jepang, tarif rumah sakit seringkali sangat dipengaruhi oleh peraturan pemerintah, baik langsung maupun tidak langsung. Bahkan di negara Amerika juga ada ketentuan pemerintah yang mengekang rumah sakit untuk meningkatkan tarifnya pada batas tertentu yang ditetapkan tiap tahun. Di Indonesia misalnya, tarif perawatan di kelas III ditentukan oleh Kanwil Kesehatan setempat. Tujuannya adalah terjadinya subsidi silang di rumah sakit swasta atau rumah sakit swadana. Di rumah sakit pemerintah, tarif tersebut tentu saja disubsidi oleh anggaran pemerintah, baik pusat maupun daerah. Hal ini dimaksudkan untuk menjamin bahwa masyarakat kelas bawah dapat terlayani dengan biaya yang terjangkau. Namun dalam peraktiknya, seringkali justru yang lebih mampu yang menikmati tarif subsidi ini. Sebagai contoh misalnya, banyak perusahaan yang mengganti biaya perawatan karyawannya hanya pada perawatan kelas III. Perusahaan tentu saja tidak boleh dianggap sebagai masyarakat tidak mampu, oleh karenanya mereka seharusnya memberikan

penggantian pada kelas di atasnya yang tidak mendapat subsidi dari pasien yang mampu maupun dari pemerintah.

CARA MENGHITUNG TARIF

Pendekatan Biaya

Untuk menghitung tarif dengan perhitungan atau pendekatan biaya sebenarnya sederhana saja. Rumus untuk mendapatkan tarif adalah sebagai berikut:

$$P \times Q = TFC + (UVC \times Q) + DI$$

P = tarif /harga

Q = volume pelayanan terjual

TFC = *total fixed cost*

UVC = *variable cost per unit*

DI = *desired income*

Contoh perhitungan

Unit Swasta Kelas I

TFC = Rp 20.000.000 per kamar (harga investasi yang disetahunkan)

UVC = Rp 100.000 per hari per kamar

Q = 300 (kira-kira 80% BOR)

DI = Rp 5.000.000

$$P \times 300 = 20.000.000 + (300 \times 100) + 5.000.000$$

$$P = \text{Rp } 183.333$$

Dibulatkan = Rp 180.000 - Rp 200.000

Unit Swasta Kelas III

TFC = Tidak dihitung

UVC = Rp 100.000 per hari per kamar (4

TT) = Rp 25.000 per TT

Q = 1200 (kira-kira 80% BOR, 4 TT)

DI = Rp 2.000.000 (Biaya modal)

$$P \times 1200 = 0 + (1200 \times 25) + 2.000.000$$

$$P = \text{Rp}26.666$$

Dibulatkan = Rp 30.000 per TT per hari

Tarif perawatan sebesar Rp 180.000 untuk kelas I atau Rp 30.000 untuk kelas tiga, meskipun telah memenuhi faktor utama yaitu kebutuhan biaya, akan tetapi harus diperiksa apakah tarif tersebut berada dalam lingkup peraturan yang berlaku. Jika lebih tinggi dari pada tarif yang dibolehkan, maka tentu saja tarif tersebut harus diturunkan lagi. Demikian juga pada pasar dengan tingkat persaingan yang cukup tinggi, harus diperhitungkan dengan tarif dari pesaing-pesaing lain.

Simulasi

TABEL 1. SIMULASI TARIF KELAS I

TFC *	Q	BOR	UVC *	DI *	Tarif *
20.000	300	80%	100	5.000	189
20.000	256	70%	115	5.000	213
20.000	219	60%	135	5.000	249
20.000	201	55%	150	5.000	275
20.000	183	50%	175	5.000	312

* dalam ribuan rupiah

Tarif akhir atau tarif definitif harus ditetapkan berdasarkan simulasi beberapa keadaan. Pertimbangan peraturan, tingkat okupansi, filosofi rumah sakit, dan tingkat kompetisi merupakan faktor yang perlu dimasukkan dalam simulasi. Simulasi dapat dilakukan dengan metode sederhana dengan *spread sheet* atau dengan program khusus komputer yang dirancang untuk memenuhi perhitungan tarif dalam pasar yang berubah cepat.

Simulasi dilakukan dengan mengubah-ubah besaran jumlah pelayanan yang

terjual, ubah biaya satuan untuk kegiatan operasional, besarnya sisa hasil usaha atau keuntungan yang diinginkan, dan memasukkan atau tidak memasukkan biaya investasi dan biaya-biaya tetap lainnya.

Contoh pada tabel 1 di atas adalah variasi tarif untuk kelas I dengan perhitungan di atas, akan tetapi dengan beberapa target BOR yang bervariasi dari 50% sampai 80%. Perlu diperhatikan bahwa biaya satuan variabel (UVC) berbeda pada BOR yang berbeda, hal itu sesuai dengan prinsip skala ekonomi. Tergantung dari pengalaman kita selama ini, jika rata-rata BOR mencapai 70% kita dapat memasang tarif sesuai dengan perkiraan BOR tersebut. Selanjutnya kita juga dapat menetapkan tarif dengan perubahan biaya upah, misalnya akan kita naikkan tahun depan sebesar 20%. Asumsi lain adalah biaya bahan medis dan alat habis pakai tidak ada kenaikan. Berdasarkan pengalaman tahun-tahun sebelumnya, komponen upah untuk biaya satuan variabel adalah 60%. Dengan asumsi dan pengalaman tersebut, keinginan menaikkan upah kerja sebesar 20% dapat

TABEL 2. Simulasi tarif kelas I dengan kenaikan upah rata-rata sebesar 20% dan komponen upah adalah 60% dari biaya satuan variabel (UVC)

TFC *	Q	BOR	UVC *	DI *	Tarif *
20.000	300	80%	112	5.000	195
20.000	256	70%	128	5.000	227
20.000	219	60%	151	5.000	265
20.000	201	55%	168	5.000	293
20.000	183	50%	196	5.000	333

* dalam ribuan rupiah

kita capai dengan menetapkan tarif baru berdasarkan simulasi yang tercantum dalam Tabel 2.

Pilihan Satuan Tarif

1. Per Unit Pelayanan (*Fee for Service*)

Penetapan satuan unit pelayanan merupakan metode yang sangat umum dan sesuai dengan peraturan menteri kesehatan untuk rumah sakit swasta atau pelayanan atas dasar swasta. Cara ini di dalam penghitungan tagihan kepada pasien amat mudah dilakukan, akan tetapi daftar item yang harus dimuat dalam daftar harga menjadi sangat banyak. Dengan demikian, tingkat kesalahan akan lebih tinggi. Mungkin kesalahan ini akan lebih besar berdampak pada pasien, akan tetapi jika hal itu sering terjadi akan menimbulkan citra buruk bagi rumah sakit. Petugas juga harus dengan teliti dan tertib mencatat setiap pemakaian, sehingga rumah sakit tidak dirugikan. Pada umumnya perawat kita sudah terbiasa dengan pencatatan ini. Akan tetapi cara ini dinilai tidak sadar biaya dan pada jangka panjang dapat meningkatkan inflasi biaya yang sangat tinggi. Oleh karenanya negara-negara maju yang sudah merasakan beratnya pembiayaan kesehatan, cenderung mencari alternatif satuan lain.

2. Berdasar Kegiatan/Satuan Lain

Tarif menurut pelayanan pada umumnya merupakan tarif retrospektif dimana besarnya biaya kepada pasien baru diketahui setelah pelayanan diberikan. Karena tingkat kompetisi yang semakin

tinggi, kini semakin banyak digunakan tarif prospektif, dimana besarnya tarif sudah ditetapkan di muka. Dalam prakteknya, banyak jenis tarif prospektif yang digunakan di dunia maupun di Indonesia. Salah satu caranya adalah tarif per diem atau tarif paket harian. Cara ini dilakukan dengan menghimpun rata-rata biaya satuan per hari rawat yang mencakup biaya ruangan, makan, alat dan bahan medis, dan berbagai tindakan pada tingkat tertentu. Biasanya obat suntik dan pemeriksaan laboratorium rutin sudah termasuk.

Tarif per tindakan atau per prosedur juga sudah banyak dikenal di Indonesia. Tarif ini sering digunakan untuk tindakan kebidanan dan bedah dengan membagi tindakan tersebut pada beberapa kelompok. Di rumah sakit pemerintah dibagi paling tidak menjadi tindakan kecil, sedang, dan besar. Sering juga diberikan tindakan khusus. Akan tetapi masih banyak rumah sakit yang menetapkan tarif per tindakan hanya untuk jasa mediknya saja, sedangkan pemakaian bahan dan alat masih dihitung per pelayanan atau per unit yang digunakan.

Tarif yang sekarang sedang populer dibicarakan di dunia adalah tarif berdasarkan kapitasi. Sistem pembayaran kapitasi ini bisa dilaksanakan dengan pihak ketiga, baik perusahaan asuransi maupun perusahaan besar. Sistem ini akan memberikan insentif kepada rumah sakit memberikan pelayanan yang efisien, akan tetapi mempunyai potensi ketidakpuasan peserta yang cukup besar. Pada hakikatnya rumah sakit menanggung resiko tertentu, jika tidak mampu memberikan pelayanan yang efisien.

Kini juga berkembang penetapan tarif per perawatan. Tarif ini adalah tarif borongan dengan melakukan analisis rata-rata biaya setiap perawatan. Keuntungannya adalah pasien maupun direksi dengan mudah menghitung jumlah pemasukan atau jumlah yang harus dibayar, karena tarif sudah ditentukan berdasarkan jumlah pasien dirawat. Disini terjadi subsidi silang di antara pasien yang menggunakan sedikit pelayanan, atau sakit ringan, dengan pasien yang mempunyai penyakit yang berat.

Alternatif lain yang dikembangkan Amerika di awal tahun 1980-an adalah tarif berdasarkan diagnosis tertentu (DRG). Hampir sama dengan tarif per perawatan, di sini tarif per perawatan dirinci lagi menurut jenis penyakit pasiennya. Indonesia tampaknya melirik sistem ini, akan tetapi sistem informasi yang ada ekarang belum memungkinkan rumah sakit atau pihak ketiga melakukan sistem pembayaran cara ini.

Alternatif yang mulai banyak ditawarkan pada kasus-kasus tertentu adalah tarif berdasarkan episode penyakit atau kondisi medis tertentu. Banyak dokter kebidanan yang sudah menerapkan tarif ini untuk setiap kehamilan sampai partus dan perawatan *post partum* dengan jumlah tarif tertentu yang dibayar di muka. Tarif ini menarik untuk dikembangkan pada tingkat persaingan yang semakin ketat.

Semua alternatif tersebut sebetulnya tidak *mutually exclusive*. Kombinasi dari berbagai tarif tersebut dapat dilakukan untuk meningkatkan kinerja rumah sakit dan sesuai dengan kondisi lingkungan atau pembayar pihak ketiga.

DAFTAR PUSTAKA

- Austin, CJ. *Information Systems for Health Services Administration*. 4th ed. Health Administration Press. Ann Arbor. MI. 1992
- Beck, DF. *Principles of Reimbursement in Health Care*. Aspen Publication. Rockville. MD. 1984
- Feldstein, PJ. *Health Care Economics*. 4th ed. Delmar Publisher. Albany. NY. 1993
- Finkler, SA. *Cost Accounting for Health Care Organizations: Concepts and Applications*. Aspen Publication. Gaithersburg. MD. 1994
- Gani, A. et al. *Laporan Penetapan Tarif Rumah Sakit di Tiga Propinsi*. FKMUI dan LDUI. Jakarta. 1997.
- Gani, A. et al. *Laporan Studi Kelayakan Rumah Sakit Pertamina*. FKMUI. Jakarta. 1997
- Hirshleifer, J. *Price Theory and Applications*. 3rd ed. Prentice Haal. Englewood Cliffs. NJ. 1984
- Neuman, BR., Suver, JD., Zelman, WN. *Financial Management: Concepts and Applications for Health Care Providers*. National Health Publishing. Denver. 1984
- Poerwanti, SK. "Pengalaman Dalam Pengembangan Prospective Payment System di Rumah Sakit". *Jurnal Administrasi Rumah Sakit* 2 (3): 1995
- Vogel, RJ. *Cost Recovery in the Health Care Sector: Selected Country Study in West Africa*. The World Bank. Washington. D.C. 1988
- Watson, DS. *Price Theory and Its Uses*. 5th ed. Houghton Mifflin Company. Boston. MA. 1981