

**RASIONALISASI TARIF BERDASARKAN ANALISIS BIAYA SATUAN,
ATP, WTP DAN FTP SEBAGAI DASAR PEMBERIAN SUBSIDI
SILANG DI UNIT RAWAT INAP RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN MUNA SULAWESI TENGGARA**

***THE RATIONALIZATION OF THE HOSPITAL BEDRIDDEN TARIFF
THROUGH AN ANALYSIS OF UNIT COST, ATP, WTP AND FTP
OF THE PATIENTS OF THE HOSPITAL IN MUNA REGENCY***

TESIS

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi

Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

LISNAWATY
P 1802206005

Kepada

**Program Pascasarjana
Universitas Hasanuddin
Makassar
2008**

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala Rahmat dan Karunia-Nya sehingga tesis ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya.

Gagasan yang melatari tajuk permasalahan ini timbul dari belum dilakukannya analisis biaya satuan pada institusi rumah sakit yang notabene adalah sebuah institusi layanan publik, menginspirasi penulis untuk berkontribusi melalui analisis biaya satuan di unit rawat inap walaupun hal ini baru merupakan bahagian kecil dari demikian banyak jenis layanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Muna yang patut dianalisis dan selain itu penulis bermaksud menyumbangkan konsep penempatan tarif pelayanan kesehatan dengan mengembangkan mekanisme subsidi silang dari pasien yang lebih mampu kepada pasien yang kurang mampu.

Selama penyusunan tesis ini banyak kendala yang dihadapi oleh penulis, yang hanya berkat bantuan berbagai pihak tesis ini dapat diselesaikan. Pada kesempatan ini penulis dengan tulus menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Prof.Dr.dr. A. Razak Thaha, MSc selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
2. Bapak Prof. Dr.H.Indar, SH. MPH selaku ketua komisi penasehat dan ketua konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan dan Bapak Prof. Dr.H. Amran Razak, MSc yang telah dengan ikhlas meluangkan

waktu, tenaga dan pikirannya dalam memberikan bimbingan kepada penulis sejak awal hingga kami dapat menyelesaikan tesis ini.

3. Bapak Dr. drg. Zulkifli Adullah, MS, sebagai penguji dan ketua program studi kesehatan masyarakat pascasarjana Universitas Hasanuddin.
4. Bapak Dr.Darmawansyah, SE.MS dan Ibu Dr.Dra.Asiah Hamzah, MA selaku penguji yang telah memberikan banyak arahan dalam penyusunan tesis ini.
5. Seluruh staf pengajar yang telah memberikan banyak dorongan kepada penulis selama mengikuti pendidikan magister.
6. Bapak Asdiman Maani, SKM,M.Kes selaku direktur rumah sakit umum daerah Kabupaten Muna beserta staf yang telah memberikan izin dan bantuan selama penelitian.
7. Mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah bersama-sama penulis menempuh suka dan duka selama mengikuti pendidikan.

Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya, khusus kepada kedua orang tua kami ayahanda La Kesi dan Ibu Aswa yang telah banyak mengorbankan waktu, memberikan doa dan motivasi yang tak ternilai kepada penulis dari lahir hingga penulis mengikuti pendidikan magister. Terima kasih kepada saudara-saudariku (Henny Kasmawaty. S.Farm. Apt, Yusuf Musyafir K. S.Ked, Yuly Munandar K dan Riezkifli K serta Musadia S.ST yang telah menjadi spirit utama kami dalam menyelesaikan pendidikan.

Penulis sadari apa yang telah diusahakan sebaik-baiknya masih jauh dari kesempurnaan olehnya itu saran dan kritikan yang bersifat konstruktif sangat kami butuhkan. Dan akhirnya penulis berharap semoga tesis ini dapat bermanfaat kepada kita sekalian. Semoga Allah SWT memberikan bimbingan dan Rakmat-Nya kepada kita semua dan Insya Allah apa yang kita kerjakan bernilai ibadah disisi Allah SWT. Amin

Makassar, Juni 2008

Lisnawaty

ABSTRAK

LISNAWATY. *Rasionalisasi tarif berdasarkan analisis biaya satuan, ATP,WTP dan FTP sebagai dasar pemberian subsidi silang di unit rawat inap rumah sakit umum daerah Kabupaten Muna Sulawesi Tenggara (dibimbing oleh Indar dan Amran Razak).*

Studi ini bertujuan untuk mengetahui besarnya biaya satuan, ATP,WTP,WTP pasien dan tarif rasional instalasi rawat inap di rumah sakit umum daerah Kabupaten Muna. Data yang dikumpulkan adalah biaya tetap, biaya semi variabel dan biaya variabel. Analisis biaya menggunakan *spreadsheet* dengan metode *double distribution*. Untuk mengukur ATP,WTP dan FTP pasien, populasi diperoleh dari pengguna layanan rawat inap selama 1 bulan terakhir. Semua populasi adalah sampel penelitian.

ATP diperoleh dari total pengeluaran nonesensial rumah tangga pasien, WTI berdasarkan pengeluaran rumah tangga untuk keperluan kesehatan (WTP aktual) dalam 1 tahun dan jumlah yang rela dibayarkan sesuai persepsi responden tentang pelayanan yang diterimanya (WTP normatif), FTP diperoleh dengan menanyakan langsung kepada pasien tentang keterpaksaan membayar. Untuk tarif rasional, biaya satuan yang digunakan adalah biaya satuan aktual yang diperoleh berdasarkan rumus III ($TC = VC$).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa, di kelas VIP biaya satuan sebesar Rp 59.693, ATP Rp 3.579.250, WTP Rp 65.000 dengan rata-rata lama hari rawat 7 hari tarif yang ditetapkan sebesar Rp 68.050/hari. Pada kelas I biaya satuan sebesar Rp 76.554, ATP Rp 2.037.600 dan WTP Rp 35.600 dengan rata-rata hari rawat 8 hari tarif yang ditetapkan sebesar Rp. 55.885/hari. Kelas II dengan biaya satuan sebesar Rp 41.578, ATP Rp 785.390, WTP Rp 12.110 dengan rata-rata hari rawat 6 hari tarif ditetapkan sebesar Rp 24.115. Pada kelas III biaya satuan sebesar Rp 35.816, ATP Rp 199.550, WTP Rp 5.910 dengan rata-rata hari rawat 7 hari tarif yang ditetapkan sebesar Rp 17.550.

Untuk meningkatkan penerimaan rumah sakit, pemerintah Kabupaten Muna dapat menyesuaikan tarif pelayanan rawat inap menurut tarif rasional.

ABSTRAK

LISNAWATY. Rasionalisasi tarif berdasarkan analisis biaya satuan, ATP,WTP dan FTP sebagai dasar pemberian subsidi silang di unit rawat inap rumah sakit umum daerah Kabupaten Muna Sulawesi Tenggara (dibimbing oleh Indar dan Amran Razak).

Studi ini bertujuan untuk mengetahui besarnya biaya satuan, ATP,WTP,WTP pasien dan tarif rasional instalasi rawat inap di rumah sakit umum daerah Kabupaten Muna. Data yang dikumpulkan adalah biaya tetap, biaya semi variabel dan biaya variabel. Analisis biaya menggunakan *spreadsheet* dengan metode *double distribution*. Untuk mengukur ATP,WTP dan FTP pasien, populasi diperoleh dari pengguna layanan rawat inap selama 1 bulan terakhir. Semua populasi adalah sampel penelitian.

ATP diperoleh dari total pengeluaran nonesensial rumah tangga pasien, WTI berdasarkan pengeluaran rumah tangga untuk keperluan kesehatan (WTP aktual) dalam 1 tahun dan jumlah yang rela dibayarkan sesuai persepsi responden tentang pelayanan yang diterimanya (WTP normatif), FTP diperoleh dengan menanyakan langsung kepada pasien tentang keterpaksaan membayar. Untuk tarif rasional, biaya satuan yang digunakan adalah biaya satuan aktual yang diperoleh berdasarkan rumus III ($TC = VC$).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa, di kelas VIP biaya satuan sebesar Rp 59.693, ATP Rp 3.579.250, WTP Rp 65.000 dengan rata-rata lama hari rawat 7 hari tarif yang ditetapkan sebesar Rp 68.050/hari. Pada kelas I biaya satuan sebesar Rp 76.554, ATP Rp 2.037.600 dan WTP Rp 35.600 dengan rata-rata hari rawat 8 hari tarif yang ditetapkan sebesar Rp. 55.885/hari. Kelas II dengan biaya satuan sebesar Rp 41.578, ATP Rp 785.390, WTP Rp 12.110 dengan rata-rata hari rawat 6 hari tarif ditetapkan sebesar Rp 24.115. Pada kelas III biaya satuan sebesar Rp 35.816, ATP Rp 199.550, WTP Rp 5.910 dengan rata-rata hari rawat 7 hari tarif yang ditetapkan sebesar Rp 17.550.

Untuk meningkatkan penerimaan rumah sakit, pemerintah Kabupaten Muna dapat menyesuaikan tarif pelayanan rawat inap menurut tarif rasional.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN PERSETUJUAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
ABSTRAK	vi
ABSTRAC	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR ISTILAH	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	8
D. Manfaat Penelitian	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Tentang Rumah Sakit	10
B. Tinjauan Tentang Biaya	14
C. Konsep Biaya Satuan (<i>Unit Cost</i>)	18
D. Tinjauan Tentang Analisis Biaya.....	22
E. Kemampuan, Kemauan dan Keterpaksaan Membayar	29
F. Penetapan Tarif Rumah Sakit	37
G. Tinjauan Tentang Subsidi	44
H. Mapping Teori	54
BAB III KERANGKA KONSEP	
A. Dasar Pemikiran Variabel Yang Diteliti	55
B. Kerangka Konseptual Penelitian	
a. Alur Pikir	58

b. Kerangka Konsep	59
c. Defenisi Operasional.....	60
BAB IV METODE PENELITIAN	
A. Jenis Penelitian	63
B. Lokasi Penelitian	63
C. Populasi dan Sampel	64
D. Pengumpulan Data	65
E. Instrumen Penelitian	66
F. Pengolahan dan Penyajian Data	67
 BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Penelitian	70
B. Pembahasan	94
 BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	113
B. Saran	115

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Rekapitulasi biaya tetap (<i>FC</i>) RSUD Kabupaten Muna Tahun	70
2. Rekapitulasi biaya semi variabel (<i>SVC</i>) RSUD Kabupaten Muna tahun 2001	71
3. Rekapitulasi biaya variabel (<i>VC</i>) RSUD Kabupaten Muna tahun 2007	72
4. Distribusi biaya total (<i>TC</i>) Instalasi Rawat Inap RSUD kabupaten Muna tahun 2007	73
5. Distribusi biaya satuan (<i>UC</i>) Instalasi Rawat Inap RSUD Kabupaten Muna	74
6. Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan dan kelas perawatan pada RSUD Kabupaten Muna, April 2008	75
7. Distribusi responden berdasarkan jenis pekerjaan dan kelas perawatan pada RSUD Kabupaten Muna, April 2008	76
8. Distribusi responden berdasarkan jumlah tanggungan dan kelas perawatan pada RSUD Kabupaten Muna, April 2008	77
9. Distribusi responden menurut penghasilan dan kelas perawatan pada RSUD Kabupaten Muna April 2008	78
10. Distribusi responden menurut penghasilan sesuai Upah Minimum Propinsi dan kelas perawatan pada RSUD Kabupaten Muna April 2008	78
11. Distribusi responden menurut pengeluaran untuk makanan dan kelas perawatan pada RSUD Kabupaten Muna April 2008	80
12. Distribusi responden menurut pengeluaran untuk nonmakanan dan kelas perawatan pada RSUD Kabupaten Muna April 2008	82

13. Distribusi responden menurut pengeluaran untuk nonesensial dan kelas perawatan pada RSUD Kabupaten Muna April 2008	83
14. Distribusi kemauan membayar responden berdasarkan pengeluaran nonesensial rumah tangga dan kelas perawatan pada RSUD Kabupaten Muna April 2008	84
15. Distribusi <i>ATP</i> responden berdasarkan 5% pengeluaran rumah tangga nonmakanan dan kelas perawatan pada RSUD Kabupaten Muna April 2008	85
16. Distribusi responden berdasarkan <i>WTP</i> aktual rumah tangga nonmakanan dan kelas perawatan pada RSUD Kabupaten Muna April 200	86
17. Distribusi responden berdasarkan <i>WTP</i> normatif rumah tangga nonmakanan dan kelas perawatan pada RSUD Kabupaten Muna April 2008	86
18. Distribusi responden menurut persepsi terhadap tarif yang berlaku pada kelas perawatan RSUD Kabupaten Muna April 2008	87
19. Hasil analisis korelasi <i>product moment</i> dan <i>pearson</i> antara <i>ATP</i> (berdasarkan pengeluaran nonesensial) dan <i>WTP</i> terspoden menurut kelas perawatan pada RSUD Kabupaten Muna	88
20. Distribusi responden berdasarkan keterpaksaan membayar terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan dan kelas perawatan pada RSUD Kabupaten Muna April 2008	89
21. Hasil perhitungan tarif rasional menurut kelas perawatan pada RSUD Kabupaten Muna April 2008	90
22. Perbandingan Total Pendapatan Asli Berdasarkan Jumlah Hari Perawatan Pasien Umum Dengan Pengeluaran RSUD Kabupaten Muna	92

DAFTAR ISTILAH

1. Actual Cost/Hystorical Cost = Biaya yang sesungguhnya telah dikeluarkan untuk menghasilkan suatu output.
2. Activity Based Costing (ABC) = System akuntansi biaya berbasis aktivitas yang didesain untuk memotivasi personel dalam melakukan pengukuran biaya dalam jangka panjang melalui pengelolaan aktivitas.
3. AIC (*Annualize Investment Cost*) = Nilai biaya investas i satu tahun.
4. Askeskin = Asuransi kesehatan masyarakat miskin
5. ATP (*Apability To Pay*) = Besarnya kemampuan membayar.
6. Biaya normative = Biaya yang diperhitungkan lebih dahulu dan harus dikeluarkan sehubungan dengan produksi jasa.
7. BOR (Bed Occupancy Rate) = Prosentase pemakaian tempat tidur pada suatu satuan waktu tertentu.
8. BTO = *Bed Turn Over*
9. Cost Center = Pusat biaya.
10. Cost Recovery = Pemulihan biaya
11. Cost Item = Jenis biaya
12. Cross Subsidization = Subsidi silang
13. CRR (*Cost Recovery Rate*) = Total rawat inap berdasarkan tarif rasional.

14. Direct Cost = Biaya langsung yaitu biaya yang dikeluarkan oleh unit yang langsung memproduksi output
15. Direct Material Cost = Biaya bahan langsung adalah biaya bahan-bahan langsung yang dipergunakan langsung untuk menghasilkan suatu jasa/pelayanan tertentu.
16. Direct Labour Cost = Biaya tenaga langsung adalah biaya dan tenaga yang terkait langsung dalam proses produksi suatu jasa/output.
17. Demand = Permintaan
18. Expenditure Non-Food = Pengeluaran rumah tangga untuk non makanan.
19. Fixed Cost = Biaya tetap yaitu biaya yang secara relative tidak dipengaruhi oleh besarnya jumlah produksi yang dihasilkan.
20. Going Rate Pricing = Penetapan harga sesuai harga berlaku
21. Health Expenditure = Pengeluaran untuk kesehatan.
22. Indirect Cost = Biaya tidak langsung yaitu biaya yang dikeluarkan oleh unit penunjang yang tidak langsung memproduksi output
23. INPUT = Sejumlah masukan.
24. Investasi Cost (IC) = Biaya infestasi adalah biaya yang kegunaannya dapat berlangsung dalam kurun waktu yang relatif lama.
25. Kuratif = Pelayanan pengobatan
26. Komprehensif = Bersifat menyeluruh

27. LOS	= <i>Length Of Stay</i>
28. Maintenance Cost	= Biaya pemeliharaan adalah biaya yang dikeluarkan untuk mempertahankan nilai suatu barang investasi agar terus berproduksi.
29. Margin Cost (<i>MC</i>)	= Biaya marginal adalah biaya yang dikorbankan untuk menghasilkan keuntungan maksimum dari biaya yang dikeluarkan.
30. Markup Pricing	= Penetapan harga markup
31. Multiple Distribution Method	= Distribusi biaya dilakukan secara lengkap, yaitu antara sesama unit penunjang, dari unit penunjang ke unit produksi, dan antara sesama unit produksi.
32. Metode Distribusi Ganda	= Metode ini hampir sama dengan metode distribusi anak tangga, bedanya hanyalah terletak pada cara alokasi biaya yang dilakukan dalam dua tahapan.
33. Non Essential Expenditure	= Pengeluaran tidak penting.
34. Operational Cost	= Biaya operasional adalah biaya yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan dalam suatu produksi dalam kurun waktu yang relatif singkat kurang dari satu tahun.
35. Opportunity Cost	= Untuk mencari pelayanan dan kemampuan mendapatkan uang.
36. OUTPUT	= Produk.
37. PAY	= (<i>Willingness To Pay</i>) kemauan membayar

38. Perceived Value Pricing	= Penetapan harga berdasarkan nilai yang dipersepsikan.
39. PERDA	= Peraturan daerah.
40. Remote Area	= Daerah-daerah yang terpencil
41. Revenue Center	= Pusat biaya produksi.
42. SACRIFICE	= Biaya pengorbanan.
43. Simple Distribution Method	= Metode Distribusi Sederhana adalah metode yang paling sederhana palaksanaan perhitungannya .
44. Supply	= Penawaran
45. Sealed Bid Pricing	= Penetapan harga penawaran tertutup.
46. Semi Fixed Cost (<i>SmFC</i>)	= Biaya operasional tetap.
47. Semi Fixed Cost (CFC)	= Biaya operasinal tetap adalah biaya yang jumlah totalnya tidak berubah sesuai dengan perubahan volume kegiatan atau <i>output</i> yang dihasilkan.
48. SK Menkes	= Surat Keputusan Menteri Kesehatan.
49. Step Down Method	= Metode Distribusi Anak Tangga adalah distribusi biaya dilakukan secara berturut-turut, mulai dengan unit penunjang yang biayanya terbesar.
50. Target Return Pricing	= Penetapan harga berdasarkan sasaran pengembalian.
51. TOI	= <i>Turn Of Interval</i>
52. Total Cost	= Biaya total yaitu jumlah dari biaya tetap dan biaya variabel.

53. Unit Cost = Biaya satuan adalah biaya yang dihitung untuk satu satuan produk pelayanan, diperoleh dengan cara membagi biaya total dengan jumlah output.
54. Value Pricing = Penetapan harga nilai .
55. Variable Cost = Biaya tidak tetap yaitu biaya yang dipengaruhi oleh banyaknya output yang dihasilkan.
56. Variable Cost(*FC*) = Biaya operasional tidak tetap adalah biaya yang jumlah totalnya akan berubah sebanding dengan perubahan volume kegiatan.
57. WHO = *World Health Organization*

DAFTAR LAMPIRAN

1. Daftar pertanyaan
2. Tabel biaya investasi (AIC Gedung) Masing-masing Pusat Biaya
3. Tabel biaya semi variabel (SCV gaji) Masing-masing Pusat Biaya
4. Tabel biaya semi variabel Masing-masing Pusat Biaya
5. Tabel biaya obat dan bahan habis pakai (medis) Masing-masing Pusat Biaya
6. Tabel biaya variabel (VC BHP nonmedis) Masing-masing Pusat Biaya
7. Tabel biaya variabel (VC listrik,telepon dan air) Masing-masing Pusat Biaya
8. Tabel rekapitulasi biaya asli masing-masing pusat biaya
9. Tabel Distribution ganda (Double Distribution Method)
10. Analisis ATP,WTP dan FTP kelas VIP
11. Analisis ATP,WTP dan FTP kelas I
12. Analisis ATP,WTP dan FTP kelas II
13. Analisis ATP,WTP dan FTP kelas III

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tingkat persaingan yang dihadapi rumah sakit saat ini, bukan lagi terpaku pada level daerah atau wilayah tetapi sudah mencapai level multi nasional. Hal ini ditandai dengan masuknya berbagai rumah sakit asing yang telah berpengalaman dan memiliki kemampuan global. Perubahan ini menyebabkan kepuasan konsumen dan efisiensi menjadi tujuan utama. Penekanan pada tujuan ini menyebabkan setiap rumah sakit untuk mengevaluasi berbagai strateginya untuk dapat menetapkan strategi baru yang inovatif, fleksibel, berfokus pada kepentingan pasien. Hal ini harus dilakukan rumah sakit agar minimal dapat bertahan hidup dan berkembang. Rumah sakit merupakan suatu subsistem pelayanan kesehatan yang terdiri dari bermacam-macam unit pelayanan sehingga memerlukan anggaran kesehatan yang cukup besar dibandingkan dengan subsistem pelayanan kesehatan yang lain (Gani, 2000).

Pada umumnya biaya pelayanan rumah sakit di Indonesia merupakan masalah yang kompleks dan banyak kendala dimana dapat kita lihat publikasi informasi biaya sering tidak jelas. Pada rumah sakit pemerintah khususnya mengenai alokasi anggaran masih belum cukup memadai, hal ini disebabkan antara lain karena biaya yang harus ditanggung oleh rumah sakit terutama biaya operasional, pemeliharaan

dan peralatan cenderung semakin meningkat seiring dengan meningkatnya kemajuan teknologi bidang kesehatan (Gani.2000).

Dalam kaitannya dengan pembiayaan rumah sakit ada tiga kondisi obyektif yang dihadapi yakni; (1) terbatasnya ketersediaan dana pembangunan bidang kesehatan umumnya dan untuk rumah sakit pada khususnya, (2) inflasi biaya kesehatan yang disebabkan oleh mahalnya investasi peralatan bidang kesehatan serta (3) semakin meningkatnya permintaan akan pelayanan kesehatan seiring dengan meningkatnya pendapatan masyarakat.

Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor. 66/Menkes/SK/II/1987 tentang penetapan tarif mendefinisikan tarif adalah sebagian atau seluruh biaya penyelenggaraan kegiatan pelayanan medik dan non medik yang dibebankan kepada masyarakat sebagai imbalan atas jasa pelayanan yang diterima. Tarif rumah sakit adalah nilai suatu jasa pelayanan yang ditetapkan dengan ukuran sejumlah uang berdasarkan pertimbangan bahwa dengan nilai uang tersebut rumah sakit bersedia memberikan jasa kepada pasien. Penetapan tarif mempunyai tujuan diantaranya: (1) Untuk pemulihan biaya, (2) Untuk subsidi silang (3) Untuk meningkatkan akses pelayanann; 4) Untuk meningkatkan mutu pelayanan, (5) Untuk tujuan lain, misalnya mengurangi pesaing, memaksimalkan pendapatan, meminimalkan penggunaan, menciptakan *corporate image* (Trisnantoro 2004).

Penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Kabupaten Majene menyimpulkan bahwa besar kemampuan rata-rata rumah tangga pasien rawat inap berdasarkan 5% dari total pengeluaran nonmakanan adalah: Rp 421.670 di kelas VIP, Rp 244.920 di kelas I, Rp 216.690 di kelas II, dan Rp 85.150 di kelas III, apabila dihitung dari total pengeluaran nonesensial, maka kemampuan membayar rata-rata pasien di kelas MP sebesar Rp 3.862.830, kelas I sebesar Rp 2.236.750, kelas II sebesar Rp 886.190 dan kelas III sebesar 382.820, sedangkan *CRR (Cost Recovery Rate)* total rawat inap berdasarkan tarif rasional sebesar 111% lebih tinggi dari *CDR* berdasarkan tarif Perda (101%) (Laporan tahunan RSUD Majene, 2001).

Dengan demikian jelaslah, bahwa kecermatan menetapkan tarif memegang peranan yang amat penting. Apabila tarif tersebut terlalu rendah, dapat menyebabkan pendapatan (*revenue*) yang rendah pula, yang apabila ternyata juga lebih rendah dari total pengeluaran (*expenses*), dapat dipastikan akan menimbulkan kesulitan dalam pembiayaan.

Dengan diberlakukannya UU No.32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah dan UU No. 33 tahun 2004 tentang perimbangan Keuangan Pusat dan Daerah, akan semakin membuka peluang bagi pemerintah daerah untuk meninjau kembali tarif layanan serta mempertimbangkan kemampuan dan kemaauan membayar masyarakat untuk kemudian diajukan ke pihak legislatif dalam hal ini Dewan

Perwakilan Rakyat Daerah Tingkat II (DPRD II) guna mendapatkan persetujuan sebelum dituangkan dalam sebuah peraturan daerah (PERDA) tentang tarif layanan kesehatan di rumah sakit. Menetapkan tarif rendah, berarti subsidi pemerintah kepada pengguna jasa pelayanan akan besar. Dengan cara ini akan menghambat perkembangan asuransi kesehatan karena penduduk tidak melihat adanya ancaman finansial yang besar kalau mereka jatuh sakit.

Harga atau tarif dalam pelayanan kesehatan sangat berperan dalam menentukan (*demand*) dari kelompok yang berpendapatan rendah dibanding dengan kelompok yang berpendapatan tinggi. Untuk itu tarif pelayanan perlu ditetapkan secara rasional dengan memperhatikan biaya per unit dan harga layak diterima masyarakat pengguna jasa pelayanan. Dengan mengetahui biaya satuan, kemampuan membayar dan kemauan membayar serta keterpaksaan membayar (*ATP*, *WTP* dan *FTP*) masyarakat, maka rumah sakit dapat meningkatkan upaya pemerataan (*equity*) dengan melihat berapa besar pengguna terdapat kelompok relatif mampu, rumah sakit mencoba mengembangkan mekanisme subsidi silang. Peningkatan pendapatan dari kelompok pengguna yang mampu (kelas VIP) dapat dimanfaatkan untuk subsidi silang kelompok yang tidak mampu (kelas III).

Penelitian yang dilakukan di tujuh puskesmas Kabupaten Sleman Yogyakarta, menyimpulkan bahwa dengan menggunakan model tarif Perda (tarif 1), maka subsidi yang harus diberikan sebesar

Rp.135.819.581 s/d Rp.827.531.720. Bila menggunakan model tarif optimal dengan pendekatan ATP dan WTP (tarif 2 A), maka subsidi yang diberikan sebesar Rp. 46.491.965 s/d 602.411.720, jika menggunakan model tarif dengan pendekatan *unit cost minimal* (tarif 2B), maka subsidi yang harus diberikan sebesar Rp.747.581 s/d Rp.692.459, sedangkan bila menggunakan tarif gratis (tarif 3) maka subsidi yang harus disiapkan oleh pemda sebesar Rp.203.355.581 s/d 895.067.720 khusus pada rawat jalan pada ke tujuh (7) puskesmas yang menjadi sampel (Nendratirini, 2005).

Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Muna merupakan rumah sakit tipe C, menggunakan tarif pelayanan sesuai dengan Perda Kabupaten Muna Nomor 9 Tahun 1999 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan. Pengenaan tarif yang berlaku sekarang ini belum berdasarkan pada analisis biaya satuan dan tidak mempertimbangkan kemampuan dan kemauan serta keterpaksaan membayar masyarakat, sehingga subsidi silang yang diberikan pemerintah belum tepat.

Menyadari kemampuan pemerintah yang terbatas untuk mengatasi semua masalah yang dihadapi terutama masalah pembiayaan, maka perlu pelayanan rumah sakit dapat terus ditingkatkan. Salah satu upaya yang harus dilakukan dalam kondisi saat ini adalah dengan analisis biaya satuan (*analisis unit cost*) atas pelayanan rumah sakit sehingga dapat diketahui total cost yang dibutuhkan oleh rumah sakit dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat. Dengan analisis

biaya satuan, dapat dilakukan rasionalisasi tarif pelayanan rumah sakit yang nantinya dapat dijadikan sumber informasi oleh pemerintah daerah dalam memilih penetapan tarif pelayanan rumah sakit yang akan diberlakukan di Kabupaten Muna. Agar tarif yang ditetapkan sesuai dengan kemampuan masyarakat, maka diperlukan data dan informasi mengenai kemampuan dan kemauan masyarakat untuk membeli. Hal ini penting dilakukan karena disamping dapat meningkatkan *cost recovery* dengan tetap melakukan pemerataan *equity* (pemerataan pelayanan kesehatan), juga memberikan konsekuensi kepada pemerintah daerah terhadap besarnya subsidi.

Berdasarkan berbagai uraian tersebut diatas maka perlu dilakukan suatu dasar penetapan tarif pelayanan berdasarkan analisis biaya, kemampuan dan kemauan serta keterpaksaan membayar pasien atau masyarakat pengguna jasa layanan kesehatan. Hasil analisis ini diharapkan dapat menjadi informasi penting bagi pemerintah daerah sebelum menetapkan kebijakan tarif pelayanan rumah sakit terhadap besarnya subsidi atas pelayanan di RSUD Kabupaten Muna, khususnya pada unit rawat inap.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas maka dapat dirumuskan permasalahan di RSUD Kabupaten Muna khususnya di unit rawat inap saat ini adalah :

Belum terdapat model penetapan tarif pelayanan kesehatan berdasarkan analisis biaya satuan serta kemampuan dan kemauan membayar masyarakat yang dapat menentukan besarnya subsidi silang dari pemerintah daerah terhadap pelayanan di unit rawat inap RSUD Kab.Muna.

Oleh karena itu yang menjadi pertanyaan penelitian adalah :

1. Berapa besar biaya satuan (*Unit Cost*) layanan rawat inap di RSUD Kab.Muna menurut kelas perawatannya?
2. Berapa besarnya kemampuan membayar (*Ability To Pay = ATP*), kemauan membayar (*Willingness To Pay =PAY*) dan keterpaksaan membayar (*Force To Pay*) pasien terhadap layanan kesehatan pada unit rawat inap di RSUD Kab.Muna?
3. Berapa asumsi tarif yang rasional dapat diberlakukan terhadap layanan kesehatan pada unit rawat inap di RSUD Kab.Muna?
4. Berapa besar biaya yang harus disubsidi oleh pemerintah daerah Kabupaten Muna untuk model penentuan tarif yang akan diberlakukan?

C. Tujuan Penelitian

Sesuai dengan rumusan masalah di atas, maka penelitian ini dilakukan dengan tujuan :

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui besarnya biaya yang harus diberikan pemerintah daerah Kabupaten Muna dalam bentuk subsidi melalui tarif yang akan diberlakukan berdasarkan penetapan tarif rasional sesuai kemampuan, kemauan dan keterpaksaan membayar pasien/masyarakat .

2. Tujuan Khusus

- a. Menghitung besarnya biaya satuan (*Unit Cost*) layanan kesehatan pada rawat inap menurut kelas perawatannya.
- b. Memperoleh gambaran tentang kemampuan membayar (*Ability To Pay =PAY*), kemauan membayar (*Willingness To Pay = WAY*) dan keterpaksaan membayar (*Force To Pay*) pasien terhadap layanan kesehatan pada unit rawat inap di RSUD Kabupaten Muna.
- c. Untuk mengetahui besarnya asumsi tarif yang rasional dapat diberlakukan terhadap layanan kesehatan pada unit rawat inap di RSUD Kab.Muna
- d. Untuk menentukan besarnya biaya yang harus diberikan oleh pemerintah daerah Kabupaten Muna dalam bentuk subsidi silang melalui penentuan tarif pelayanan kesehatan.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat bagi ilmu pengetahuan:

Penelitian ini diharapkan dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan khususnya ilmu kesehatan masyarakat bidang pembiayaan kesehatan, terutama berkaitan dengan penetapan tarif pelayanan dan subsidi silang terhadap pasien di ruang rawat inap rumah sakit dan menjadi salah satu bahan bacaan bagi peneliti berikutnya di masa datang.

2. Manfaat bagi pemerintah

Menjadi bahan masukan bagi Pemerintah Kabupaten Muna dalam menentukan arah kebijakan pelayanan kesehatan khususnya dalam rangka penentuan tarif layanan rawat inap dan besaran subsidi untuk pelayanan kesehatan berdasarkan biaya satuan dengan memperhatikan kemampuan, kemauan dan keterpaksaan membayar pasien/masyarakat.

3. Manfaat bagi peneliti

Merupakan pengalaman berharga dalam rangka memperluas wawasan keilmuan bidang kesehatan masyarakat khususnya tentang pembiayaan rumah sakit dan penerapannya di lapangan.

BAB II

TINAJUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Tentang Rumah Sakit

1. Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit adalah salah satu bentuk organisasi pelayanan kesehatan yang merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang berfungsi untuk menyelenggarakan upaya kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif kepada masyarakat. Upaya kesehatan ini harus bersifat terpadu dan merata serta dapat dijangkau oleh masyarakat. Namun dalam melaksanakan fungsi pelayanan dan fungsi sosialnya, rumah sakit harus mengikut sertakan masyarakat dan pemanfaatan ilmu pengetahuan serta teknologi dalam memberikan mutu pelayanan yang memuaskan bagi masyarakat karena dalam melaksanakan fungsi tersebut rumah sakit akan terpengaruh secara langsung atau tidak langsung oleh perubahan yang terjadi dalam masyarakat serta perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi (Amal C. Sjaaf, 1989).

Menurut Thabrany (2002), rumah sakit sebagai sebuah lembaga sosio ekonomi, tujuan pelayanannya sebenarnya mencakup tercapainya equity. Tujuan ini sangat penting karena kesehatan merupakan hak asasi yang paling mendasar bagi orang. Equity

dimaksudkan disini adalah egalitarian equity yang pada dasarnya merupakan faham bahwa setiap orang harus menerima pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis.

Di Indonesia terbagi atas lima tipe rumah sakit berdasarkan jumlah spesialisasi pelayanan kesehatan yang tersedia. Tipe A adalah rumah sakit dengan spesialisasi terlengkap dan merupakan pusat rujukan tertinggi, juga berfungsi sebagai rumah sakit pendidikan. Tipe rumah sakit ini biasanya hanya terdapat di ibu kota propinsi. Rumah sakit tipe B adalah rumah sakit dengan fasilitas yang cukup lengkap spesialisasinya. Rumah sakit tipe C yang minimum harus mempunyai empat spesialisasi pokok yaitu : interna, anak, kandungan dan bedah. Rumah sakit tipe D adalah rumah sakit dengan spesialis kurang dari empat. Tipe rumah sakit tipe E adalah merupakan rumah sakit khusus, misalnya: rumah sakit paru-paru, rumah sakit bersalin, rumah sakit anak, rumah sakit kusta dan sebagainya.

2. Masalah Pembiayaan Rumah Sakit

Pada masa lalu dan sekarang dan bahkan mungkin juga dimasa mendatang, rumah sakit di Indonesia menghadapi beberapa masalah pokok dalam pembiayaannya, beberapa masalah tersebut keadaannya lebih serius untuk RS milik pemerintah (Astuti, S.S, 1999).

Pertama, ketidak pastian ekonomi makro, ditandai dengan sangat berfluktuasinya nilai tukar, tingkat suku bunga dan laju inflasi. Sangatlah sulit melakukan analisis kelayakan suatu investasi rumah sakit, misalnya investasi alat-alat canggih atau sarana yang menjadi tuntutan pasar.

Kedua, banyak alat-alat rumah sakit yang harus di impor dengan nilai US\$ sedangkan produk jasa yang dihasilkan di “jual” dengan nilai rupiah yang nilainya semakin terndah terhadap nilai US\$. Oleh sebab itu procurement alat-alat mahal mengandung resiko finansial yang sangat tinggi bagi investor rumah sakit.

Ketiga, khususnya untuk rumah sakit milik pemerintah, tidak jarang terjadi kerancuan tentang nilai beli alat-alat tersebut. Ketika akan dilakukan perhitungan depresiasi ataupun biaya tahunan (*Annualized Investment Cost*) barang investasi tersebut, manajemen rumah sakit tidak mempunyai informasi berapa harga beli alat tersebut, karena instansi yang lebih tinggilah yang melakukan pembelian. Kadangkala ditemukan perbedaan harga yang sangat menyolok antara pembelian yang dilakukan oleh rumah sakit pemerintah dan pembelian yang dilakukan rumah sakit swasta untuk barang yang sama, merek yang sama dan tahun pembelian yang sama.

Keempat, informasi tentang biaya total dan biaya satuan umumnya tidak diketahui. Hanya beberapa rumah sakit yang melakukan analisis biaya secara holistik dan itupun dilakukan secara *insidentil*. Akibatnya, sulit melakukan penentuan atau usulan tarif yang didasarkan pada biaya satuan ini menyebabkan posisi rumah sakit menjadi lemah dalam negosiasi tarif, misalnya dengan pembayar pihak ketiga ataupun badan legislatif yang mengeluarkan ketentuan tarif.

Kelima, rumah sakit pemerintah yang diberi tanggung jawab untuk melayani penduduk miskin, misalnya dengan ketetapan % minimal TT yang harus disediakan bagi pasien miskin. Rumah sakit mendapat anggaran untuk melayani penduduk miskin yang mana besarnya subsidi tersebut bersifat fixed, dan belum jelas apakah jumlah yang diberikan terlalu besar atau terlalu kecil dibandingkan kebutuhan, karena memang analisis biaya untuk pelayanan penduduk miskin tersebut jarang dilakukan.

Keenam, rumah sakit yang juga mengalami inefisiensi dalam pembiayaannya. Inefisiensi tersebut terjadi karena sarana rumah sakit tidak terpakai secara optimal.

Masalah-masalah pembiayaan seperti diuraikan di atas adalah kelemahan yang dihadapi rumah sakit, khususnya rumah sakit milik

pemerintah. Untuk mampu bersaing dalam menghadapi globalisasi mendatang. Oleh sebab itu, perlu dicari suatu sistem pembiayaan yang lebih menjamin ketersediaan anggaran yang dibutuhkan dan salah satunya adalah penetapan tarif rasional.

B. Tinjauan tentang Biaya

Biaya adalah nilai sejumlah *input* (faktor produksi) yang dipakai untuk menghasilkan suatu produk/*output* (Jacobalis, 1989). Biaya adalah nilai suatu pengorbanan yang dikeluarkan (dipakai) untuk memperoleh suatu hasil dalam mencapai tujuan tertentu, dengan demikian disini pengorbanan itu dapat diukur dengan uang (Depkes, 1977). Pengorbanan itu dapat berupa uang, barang, tenaga, waktu maupun kesempatan.

Menurut Mulyadi (2003), biaya adalah pengorbanan sumber ekonomi yang diukur dalam satuan uang, yang telah terjadi atau yang kemungkinan akan terjadi untuk tujuan tertentu.

Menurut Vormer (Gani A, 1996) biaya adalah pengeluaran nyata yang ekonomis maupun tidak dalam menghasilkan suatu pelayanan kesehatan yang dikenal sebagai biaya historis atau actual cost. Biaya adalah yang betul-betul dibutuhkan untuk menyediakan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar medis dan non medis dikenal sebagai biaya normatif atau normative cost. Biaya merupakan pengorbanan

“*Sacrifice*” yang bertujuan untuk memproduksi atau memperoleh suatu komoditi (Gani. A, 1990).

Pada dasarnya di rumah sakit terdapat pusat biaya yang disebut *cost center* namun ada unit yang menghasilkan pendapatan yang disebut pusat biaya produksi atau *revenue center* dan ada unit pendapatan yang tidak menghasilkan disebut pusat pengeluaran atau *cost center (cost consuming center)*. Pusat pendapatan di rumah sakit adalah, (1) rawat inap, (2) rawat jalan (3) laboratorium, (4) poliklinik gigi, (5) ruang bedah, dan (6) unit gawat darurat. Pusat pengeluaran di rumah sakit meliputi (1) ruang direktur, (2) kantor, (3) listrik, (4) air, (5) telepon, (6) perjalanan dinas, (7) pakaian dinas, dan (8) dapur/instalasi gizi.

Pengolongan biaya diklasifikasikan menjadi (Gani A, 1995) :

1. Biaya menurut hubungannya dengan jumlah produksi: (a) biaya tetap (*fixed cost*) yaitu biaya yang secara relatif tidak dipengaruhi oleh besarnya jumlah produksi yang dihasilkan. Biaya ini tetap dikeluarkan terlepas dari apakah pelayanan diberikan atau tidak, misalnya biaya gedung, peralatan medis, dimana besarnya tidak berubah meskipun jumlah pasiennya hanya beberapa orang, (b) biaya tidak tetap (*variable cost*) yaitu biaya yang dipengaruhi oleh banyaknya output yang dihasilkan, misalnya biaya obat dan bahan habis pakai atau biaya operasional, di mana besarnya akan berbeda bila jumlah pasien sedikit,

(c) biaya semi variabel (*semi variable cost*) adalah biaya yang sebetulnya untuk mengoperasikan barang investasi akan tetapi besarnya relatif tidak terpengaruhi oleh banyaknya produksi, termasuk dalam klasifikasi ini adalah biaya gaji pegawai tetap. (c) biaya total (*total cost*) yaitu jumlah dari biaya tetap dan biaya variabel.

2. Biaya menurut peranannya dalam proses produksi adalah: (a) biaya langsung (*direct cost*) yaitu biaya yang dikeluarkan oleh unit yang langsung memproduksi output, misalnya biaya obat dan bahan medis habis pakai, biaya penyusutan gedung, biaya penyusutan peralatan medis dan non medis, (b) biaya tidak langsung (*indirect cost*) yaitu biaya yang dikeluarkan oleh unit penunjang yang tidak langsung memproduksi output, misalnya biaya gaji pegawai, biaya insentif, biaya ATK, biaya umum, biaya pemeliharaan peralatan medis dan non medis.
3. Biaya menurut fungsi (kegunaannya) meliputi: (a) biaya infestasi yaitu biaya yang dikeluarkan untuk barang modal, yang kegunaannya bias berlangsung selama satu tahun atau lebih, misalnya biaya pembangunan gedung, biaya pembelian alat medis dan non medis, yang dapat dihitung dengan menggunakan rumus :

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

Dimana :

AIC = Annualized Investment Cost
IIC = Initial Investment Cost
i = laju inflasi
t = masa pakai
L = masa hidup

(b) biaya operasional yaitu biaya yang diperlukan untuk mengoperasikan barang modal (agar barang investasi tersebut berfungsi) misalnya biaya gaji, insentif, honor, biaya obat dan bahan, serta biaya perjalanan, (c) biaya pemeliharaan yaitu biaya yang diperlukan untuk menjaga atau mempertahankan suatu barang dapat bertahan lama misalnya biaya pemeliharaan gedung, biaya pemeliharaan alat dan biaya pelatihan.

Menurut R.A. Supriyono, 1989, biaya total adalah biaya keseluruhan dari biaya yang dikeluarkan dari biaya tetap biaya biaya variabel. Biaya total sangat bersesuaian dengan kondisi banyaknya pengeluaran yang dikeluarkan berbanding dengan keuntungan dari biaya yang dikeluarkan. Perubahan-perubahan pada *total cost* sangat dipengaruhi oleh alokasi biaya yang tersedia menurut pemanfaatan yang digunakan. Dalam pelayanan kesehatan biaya total adalah biaya keseluruhan yang dikenakan kepada pasien menurut pendapatan rata-rata pembayaran yang mampu dibiayakan. Biaya total adalah biaya yang dikenakan untuk pengenaan biaya dari berbagai asumsi biaya pengeluaran yang dijumlahkan.

Biaya berdasarkan hubungannya dengan waktu persiapan dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

1. Biaya normatif, adalah biaya yang diperhitungkan lebih dahulu dan harus dikeluarkan sehubungan dengan produksi jasa.
2. Biaya sesungguhnya (*actual cost/historical cost*) yaitu biaya yang sesungguhnya telah dikeluarkan untuk menghasilkan suatu output.

Berdasarkan waktu penggunaannya biaya adalah :

1. Biaya bahan langsung (*direct material cost*) adalah biaya bahan-bahan langsung yang dipergunakan langsung untuk menghasilkan suatu jasa/pelayanan tertentu.
2. Biaya tenaga langsung (*direct labour cost*) adalah biaya dan tenaga yang terkait langsung dalam proses produksi suatu jasa/output.
3. Biaya tidak langsung (*indirect cost*) yaitu biaya yang dibebankan pada sumber biaya yang mempunyai sumber penunjang (aktivitas tidak langsung) terhadap output, contohnya adalah biaya gaji, peralatan non medis, alat tulis dan lain-lain.

C. Konsep Biaya Satuan (*Unit Cost*)

Biaya satuan (*unit cost*) adalah biaya yang dihitung untuk satu satuan produk pelayanan, diperoleh dengan cara membagi biaya total dengan jumlah output. Tinggi rendahnya biaya satuan suatu produksi tidak hanya dipengaruhi oleh besarnya biaya total, tetapi juga dipengaruhi oleh besarnya biaya produk (Maidin, 2003).

Dalam modul Analisis Biaya Satuan dan Penetapan Tarif Rumah Sakit (1997) disebutkan bahwa informasi biaya satuan merupakan informasi pertama yang digunakan untuk meningkatkan skala ekonomis produk yang dihasilkan. Suatu proses produksi dikatakan telah memanfaatkan sepenuhnya skala ekonomis yang dimiliki hanya bila tidak lagi dimungkinkan untuk menurunkan biaya satuan tersebut. Pada pelayanan rumah sakit perhitungan biaya satuan memiliki 3 (tiga) diri khusus. Pertama, biaya yang akan dihitung tersebar baik di pusat biaya produksi maupun di pusat biaya penunjang. Metode distribusi biaya dapat menghitung alokasi biaya yang ada di 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 bersifat ideal (kapasitas) ada yang bersifat aktual (positif). Oleh karena itu ada perbedaan antara biaya satuan normatif dan biaya satuan aktual

1. Biaya satuan aktual (Actual unit cost) adalah biaya satuan yang diperoleh dari suatu hasil perhitungan berdasarkan atas pengeluaran nyata untuk menghasilkan produk pada suatu kurun waktu tertentu. Dihitung sebagai total biaya dibagi jumlah output, atau:

$$UC = TC / Q$$

Keterangan:

TC = biaya total di unit produksi bersangkutan
 Q = jumlah output

Yang dimaksud dengan jumlah produksi adalah total hasil pelayanan dari masing-masing unit pelayanan seperti jumlah penderita yang dirawat atau jumlah hari rawat, jumlah porsi makan.

Berdasarkan buku pedoman perhitungan *unit cost* rumah sakit, Dirjen Pelayanan Kesehatan Departemen Kesehatan RI tahun 1995, bahwa parameter untuk menghitung unit cost rumah sakit adalah:

Tabel 1
 Parameter Untuk Menghitung Unit Cost Rumah Sakit

No	Unit Cost	Parameter	Unit Cost per Jenis Kegiatan
1	Rawat Jalan	Jumlah kunjungan/ pembobotan input.	Poliklinik anak, bedah, penyakit dalam, kandungan, dll.
2	Rawat Inap	Jumlah hari rawat/ pembobotan input	Unit cost per kelas
3	Biaya Operasi	Jumlah operasi masing-masing jenis operasi/pembobotan input	Unit cost per jenis operasi kecil, sedang dan besar

Sumber: Buku Pedoman Perhitungan Unit Cost Rumah Sakit Dirjen Yankes Depkes RI Tahun 1999.

Cara menghitung unit cost adalah sebagai berikut:

- a. Langkah pertama adalah mengidentifikasi pusat biaya yang ada di rumah sakit tersebut yaitu:

- 1) Pusat biaya produksi adalah unit yang langsung memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien, yang terdiri atas: rawat inap (VIP, Kelas I, Kelas II dan Kelas III), rawat jalan, laboratorium, Unit Gawat Darurat (UGD), kamar operasi, dan radiologi.
 - 2) Pusat biaya penunjang adalah unit yang keberadaannya menunjang pusat biaya produksi, yang terdiri atas: tata usaha, instalasi gizi (dapur), laundry, instalasi pemeliharaan rumah sakit dan bagian kebersihan (*cleaning service*).
- b. Melakukan pengumpulan data yang diperlukan dalam menghitung biaya satuan, baik data biaya (investasi, operasional, dan pemeliharaan), 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 perhitungan biaya satuan/unit cost.
2. Biaya satuan normatif (Normative unit cost), yaitu biaya yang sesuai dengan nilai biaya yang melekat pada satu unit produk (pelayanan), yang dihitung adalah biaya satuan investasi (yang besarnya ditentukan oleh total cost dan kapasitas produksi) dan biaya satuan variabel (yang

besarnya ditentukan oleh biaya variabel dan jumlah produksi).

Perhitungannya dilakukan dengan rumus :

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

Keterangan:

- UC = Unit cost normative
- FC = Fixed cost, biaya tetap yang diperlukan untuk beroperasi
- Kap = Kapasitas produksi pusat biaya tersebut dalam setahun
- VC = Variabel cost termasuk didalamnya biaya obat/bahan medis bahan pakai habis.
- Q = Jumlah output pusat biaya tersebut dalam setahun.

Untuk menghitung dasar biaya satuan rumah sakit yang mempunyai output yang heterogen seperti bedah, poli gigi, laboratorium, maka semua output produksi rumah sakit harus disetarakan. Untuk itu memerlukan pembobotan dengan menghitung kebutuhan obat-obatan, jenis tenaga yang melaksanakan produksi dan waktu yang diperlukan. Selain itu dicari pula data pembobotannya dengan menggunakan data relative value unit.

D. Tinjauan tentang Analisis Biaya

Analisis biaya adalah suatu proses pengumpulan dan pengelompokan data keuangan rumah sakit untuk memperoleh usulan biaya rumah sakit. Sedangkan menurut Sulistiadi W (1999), analisis biaya adalah proses menata kembali data atau informasi yang ada dalam

laporan keuangan untuk memperoleh usulan biaya pelayanan rumah sakit. Dengan kata lain analisis biaya adalah pendistribusian biaya dari unit penunjang yang satu ke unit penunjang lainnya, dari unit penunjang ke unit produksi pelayanan rumah sakit dari pelayanan yang diberikan kepada pasien.

Analisis biaya rumah sakit adalah suatu kegiatan menghitung biaya rumah sakit untuk berbagai jenis pelayanan yang ditawarkan, baik secara total maupun per unit dengan cara menghitung seluruh biaya pada seluruh unit pusat biaya serta mendistribusikannya ke unit-unit produksi yang kemudian dibayar oleh pasien (Depkes, 1997).

Dengan menggunakan konsep rumah sakit sebagai suatu jalur produksi maka analisis biaya menjadi sangat penting. Saat ini dimana rumah sakit telah menjadi suatu lembaga sosio ekonomi menjadikan analisis biaya sebagai suatu hal yang menjanjikan. Perhitungan biaya dilukiskan sebagai suatu catatan sistematis mengenai transaksi rinci berhubungan dengan pandangan untuk mendapatkan perhitungan pengeluaran total dan unit biaya bangsal, departemen dan kegiatan (Laksono Trisanto, 1998).

Ada tiga syarat mutlak sebelum dilakukan suatu analisis biaya untuk mendapatkan hasil yang akurat, yaitu : (1) struktur rumah sakit yang baik, (2) sistem akuntansi yang tepat dan (3) adanya informasi yang akurat.

Secara ringkas, analisis biaya rumah sakit memberikan gambaran:

1. Informasi kebijakan tarif dan subsidi
2. Bahan dalam bernegosiasi dengan stakeholders rumah sakit
3. Informasi untuk kebijakan pengendalian dan perencanaan biaya
4. Akuntabilitas pengelolaan rumah sakit kepada stakeholders.

1. Manfaat analisis biaya rumah sakit

Hasil analisis biaya rumah sakit bermanfaat bagi rumah sakit untuk :

- a. Perencanaan rinci anggaran setiap unit/instansi
- b. Memperoleh gambaran rinci biaya satuan produk layanan rumah sakit yang bisa digunakan untuk bahan negosiasi dengan pihak ketiga untuk menetapkan kebutuhan anggaran (Gani A, 1990)
- c. Memberikan gambaran skala ekonomis rumah sakit
- d. Meningkatkan efisiensi rumah sakit.

2. Syarat-syarat analisis biaya rumah sakit

- a. Ada struktur organisasi dan tata kerja rumah sakit

Dari struktur organisasi rumah sakit dapat diketahui tugas pokok dan fungsi (tupoksi) masing-masing unit yang dapat memudahkan perencanaan biaya.

- b. Ada sistem akuntansi keuangan yang baik
- c. Tersedia informasi mengenai *output* rumah sakit serta data informasi non financial lainnya yang diperlukan untuk analisis biaya.

Dalam melakukan analisis biaya rumah sakit ada empat metode yang dikembangkan yaitu :

1) Metode Distribusi Sederhana (*Simple Distribution Method*)

Metode ini adalah yang paling sederhana pelaksanaan perhitungannya. Metode ini mengabaikan adanya kemungkinan kaitan antar unit penunjang dan hanya mengakui adanya kaitan antara unit penunjang dengan unit produksi yang relevan, yaitu yang secara fungsional diketahui mendapat dukungan dari unit penunjang tersebut. Metode ini kurang akurat karena tidak mencerminkan keadaan yang sebenarnya, karena dukungan fungsional hanya terjadi antara sesama unit penunjang dengan unit produksi padahal dalam praktek kita ketahui bahwa antara sesama unit penunjang juga bisa terjadi transfer jasa, misalnya direksi yang mengawasi unit dapur, unit dapur yang memberi biaya makan kepada direksi dan staf tata usaha dan lain-lain (Cleverly. W, 1986).

2) Metode Distribusi Anak Tangga (*Step Down Method*)

Distribusi biaya dilakukan secara berturut-turut, mulai dengan unit penunjang yang biayanya terbesar. Biaya unit penunjang tersebut didistribusikan ke unit-unit lain (penunjang yang relevan). Setelah selesai, dilanjutkan dengan distribusi biaya

dan unit penunjang lain yang biayanya nomor dua terbesar. Proses ini terus dilakukan sampai semua biaya dari unit penunjang habis didistribusikan ke unit produksi. Biaya yang didistribusikan dari unit penunjang kedua, ketiga, keempat dan seterusnya, mengandung dua elemen biaya yaitu biaya asli unit penunjang lain. Kelemahan dari metode ini, adalah bahwa distribusi hanya dilakukan searah, seakan-akan fungsi saling menunjang hanya terjadi searah, padahal dalam kenyataannya bisa terjadi sebaliknya.

3) Metode Distribusi Ganda

Secara garis besar metode ini hampir sama dengan metode distribusi anak tangga. Bedanya hanyalah terletak pada cara alokasi biaya yang dilakukan dalam dua tahapan. Pada tahap pertama dilakukan distribusi yang dikeluarkan di unit penunjang ke unit penunjang lain dan unit produksi. Hasilnya, sebagian biaya unit penunjang sudah didistribusikan ke unit produksi, akan tetapi sebagian masih berada di unit penunjang (biaya yang diterima dari unit penunjang lain). Pada tahapan kedua, seluruh biaya (alokasi) yang ada di unit penunjang dipindahkan ke seluruh unit produksi terkait untuk mendapatkan biaya total akhir di unit-unit produksi. Setelah didapat biaya total akhir dari suatu unit produksi yang merupakan penjumlahan dari biaya asli

dan biaya alokasi yang didapat, maka biaya satuan layanan unit tersebut dapat diketahui dengan membaginya dengan jumlah layanan yang diberikan oleh unit tersebut selama satu tahun/periode yang sama. Cara ini adalah yang paling akurat hasilnya, karena hampir mencerminkan keadaan yang sebenarnya, karena itu bila secara teknis memungkinkan cara ini yang dianjurkan untuk dipakai (Howard J Breman and Lewis Weeks, 1986).

4) Multiple Distribution Method

Dengan metode ini, distribusi biaya dilakukan secara lengkap, yaitu antara sesama unit penunjang, dari unit penunjang ke unit produksi, dan antara sesama unit produksi. Jadi dapat dikatakan bahwa metode ini pada dasarnya adalah sama dengan *double distribution* ditambah alokasi antara sesama unit produksi. Dalam hubungan kerja antara unit-unit produksi yang sangat banyak.

3. Langkah-langkah dalam analisis biaya

Najib (1997) mengemukakan langkah-langkah analisis biaya rumah sakit sebagai berikut :

- a. Identifikasikan setiap jenis pelayanan/unit layanan yang ada di rumah sakit
- b. Penentuan pusat biaya (*cost center*) baik yang bersifat penunjang maupun produksi.

- c. Pengumpulan data biaya total (biaya tetap, biaya semi variabel dan biaya variabel) masing-masing unit layanan selama satu tahun anggaran.
- d. Pendistribusian biaya dari unit penunjang ke unit produksi sebagai dasar pembobotan/alokasi biaya antar unit. Untuk itu digunakan asumsi-asumsi berikut :
 - 1) Luas lantai (untuk distribusi biaya gedung)
 - 2) Jumlah personil
 - 3) Untuk distribusi biaya personil serta administrasi
 - 4) Porsi makan untuk distribusi biaya dapur
 - 5) Potong pakaian/kg cuci kering (untuk distribusi biaya laundry)
 - 6) Besarnya biaya obat pada tiap unit layanan
- e. Perhitungan biaya total rumah sakit dan biaya total tiap unit produksi

Setelah semua data terkumpul, kemudian dilakukan perhitungan total biaya dari tiap-tiap pusat biaya yang diuraikan menurut jenis dan komponennya. Total biaya adalah semua biaya yang digunakan untuk waktu tertentu, misalnya satu tahun.
- f. Perhitungan biaya satuan (*unit cost*) unit-unit produksi
- g. Analisis penetapan tarif untuk berbagai jenis produksi layanan
- h. Analisis break event point.

E. Kemampuan, Kemauan dan Keterpaksaan Membayar (*ATP*, *WTP* dan *FTP*)

Konsep kemampuan (*ability*) serta kemauan (*willingness*) ini mendasari setiap keinginan individu atau masyarakat dalam memilih suatu alternatif menurut konsep ekonomi yang berlaku. Permintaan terhadap pelayanan dapat diartikan bertemunya kemampuan dan kemauan membayar (*ability dan willingness to pay*) pada diri seseorang.

Menurut Tjiptoheriyanto (1994), kemampuan dan kemauan masyarakat terkait dengan kumpulan faktor-faktor sosial dan demografi (seperti; usia, pendidikan, status kesehatan) dan suatu kumpulan faktor ekonomis seperti masalah moneter, misalnya biaya obat-obatan, serta aspek non moneter seperti biaya (waktu) *opportunity cost* untuk mencari pelayanan dan kemampuan mendapatkan uang.

1. Kemampuan membayar (*ATP*)

Kemampuan membayar (*Ability To Pay = ATP*) diartikan sebagai pengeluaran untuk kesehatan (*health expenditure*) ditambah dengan pengeluaran tidak penting (*non essential expenditure*) yang terdiri dari pengeluaran untuk kebutuhan alkohol, pesta dan rekreasi.

Menurut Gani A (1994) ada tiga faktor yang berperan dalam segi permintaan (*demand*) terhadap pelayanan kesehatan, yaitu :

- a) Laju pertumbuhan penduduk yang melebihi laju pengadaan fasilitas dan pertumbuhan tenaga dokter spesialis. Kalau *demand* melebihi *supply* (penawaran), maka harga akan naik.

- b) Pendidikan dan kemampuan membayar penduduk
- c) Transisi epidemiologis yaitu perubahan pola penyakit dari dominasi penyakit infeksi kearah pola penyakit *mix* antara penyakit infeksi dan penyakit chronis-degeneratif dan kecelekaan. Pola penyakit ini memerlukan pelayanan kesehatan lebih spesifik dengan peralatan yang mahal.

Besarnya ATP berkaitan erat dengan besarnya penghasilan rumah tangga dimana semakin tinggi penghasilan semakin besar pula kemampuan rata-rata membayar masyarakat terhadap pelayanan kesehatan (Comprehensive review of JPKM, 2000 dalam Lisanuddin, 2004).

Menurut Gani A (1990) kemampuan rata-rata membayar adalah kemampuan rata-rata membayar sesuai dengan pendapatan rata-rata membayar jasa pelayanan kesehatan yang telah diterima, yang dapat diukur dengan melihat tingkat pendapatan dan kemakmuran ekonomi seseorang. Ukuran yang dipakai untuk menghitung kemakmuran ekonomi seseorang adalah :

1. Ukuran pendapatan

Pendapatan masyarakat yang rendah akan menyebabkan pendapatan rata-rata membayar yang juga rendah, selanjutnya apabila biaya pelayanan kesehatan melebihi pendapatan rata-rata membayarnya maka hal itu akan mempengaruhi penggunaan jasa pelayanan kesehatan oleh masyarakat.

2. Ukuran pengeluaran

Pengeluaran adalah besarnya biaya yang dikeluarkan oleh individu dan atau keluarga untuk memenuhi kebutuhan pokoknya (non medis dan medis) dengan cara mengukur selisih total pengeluaran individu dengan pengeluaran pokok yang non medis individu/keluarga meliputi sandang, pangan dan papan. Rumus pendapatan rata-rata membayar (Gani A, 1990) :

$$\text{ATP} = \frac{\text{Jumlah rata-rata pendapatan} - \text{jumlah rata-rata pengeluaran}}{\text{Jumlah rata-rata tanggungan}}$$

Dalam konsep utility dinyatakan bahwa orang akan menghabiskan pendapatannya untuk membeli barang dan jasa sebagai usahanya memaksimalkan kepuasannya (Tjipto Heriyanto, 1994).

Sedangkan konsep untuk menghitung kemampuan membayar berdasarkan data Susensas 1997, yaitu:

- a. Kemampuan membayar untuk pelayanan kesehatan diperkirakan sama dengan 5% pengeluaran rumah tangga untuk non-makanan.

$$\text{ATP} = 5\% \text{ jumlah pengeluaran non-makanan}$$

- b. Kemampuan membayar adalah setara dengan pengeluaran rumah tangga yang tergolong sebagai pengeluaran untuk keperluan yang bersifat non-esensial yaitu selain keperluan untuk sandang, pangan, dan papan, dalam hal ini meliputi pengeluaran untuk rokok, alkohol, jajan, hiburan, pesta, dan rekreasi.

ATP = jumlah pengeluaran non-esensial

Salah satu segi yang perlu dipertimbangkan dalam penetapan tarif rumah sakit adalah kemampuan ekonomi masyarakat diukur dengan cara melihat ATP masyarakat. Menurut Wijono (1999), tarif rumah sakit diperhitungkan atas dasar *unit cost* dengan memperhatikan kemampuan ekonomi masyarakat, rumah sakit setempat lainnya serta kebijaksanaan subsidi silang.

2. Kemauan Membayar (*WTP*)

Menurut Russel dkk (1995), kemauan untuk membayar merupakan konsep yang banyak digunakan untuk memberikan informasi kepada pengambilan keputusan dalam penetapan tarif. Seberapa besar kemauan dan kemampuan membayar suatu jasa dapat dinilai melalui dua cara yaitu dengan mengamati pemanfaatan pelayanan kesehatan yang lalu, dan mengamati respon terhadap tarif, atau menanyakan langsung kepada masyarakat seberapa besar keinginan mereka membayar suatu produk atau pelayanan kesehatan tertentu. Menurut Gregory dkk (1995), harga suatu barang atau jasa dalam teori ekonomi diartikan sebagai jumlah maksimal yang mau dibayar, atau pembayaran minimal yang dapat diterima.

Menurut data Susenas (1997) WTP mencakup pengeluaran yang telah dikeluarkan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dikenal dengan istilah WTP aktual. Menurut Gafni (1991) rumus untuk kemauan membayar yang aktual adalah:

WTP aktual = Tarif yang berlaku x jumlah rata-rata lama

WTP aktual adalah biaya yang diperoleh dari suatu hasil perhitungan berdasarkan atas pengeluaran nyata untuk menghasilkan produk pada waktu tertentu.

Kemauan membayar dari masyarakat dapat kita gunakan sebagai langkah awal untuk membuat asumsi bahwa harga yang ingin dibayar oleh masyarakat mewakili nilai barang atau jasa pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat dikenal dengan istilah WTP normatif.

WTP normatif = Besar biaya yang ingin dibayar pasien berdasarkan pelayanan kesehatan yang didapat.

WTP normatif, diperoleh dengan menanyakan langsung kepada pasien berapa yang bersedia dikeluarkan olehnya jika mendapat pelayanan yang sesuai dengan harapan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi WTP pasien adalah :
(Gafni, 1991 dalam Munawar 2002)

1. Pendapatan

Pendapatan merupakan perolehan individu [ada waktu tertentu dan spesifik termasuk gaji, pendapatan sambilan, tabungan di Bank dan pendapatan lainnya seperti pinjaman. Pendapatan mempunyai hubungan positif dengan *demand*. Jika pendapatan meningkat, *demand* juga meningkat.

2. Pengetahuan mengenai tarif

Demand terhadap pelayanan kesehatan berhubungan dengan pengetahuan mengenai tarif yang berlaku.

3. Persepsi

Willingness To Pay (WTP) sangat dipengaruhi oleh persepsi pasien dan penilaian tentang pelayanan yang pernah diterimanya. Persepsi tentang kurang baiknya kualitas pelayanan kesehatan pemerintah akan menghambat penggunaan pelayanan tersebut, yang berarti kemauan mereka untuk membayar.

Pengukuran kemauan seseorang untuk membayar biaya pelayanan kesehatan yang dikemukakan oleh Getler Van der Gaag (1990):

1. Menjumlah biaya transportasi dan biaya waktu tunggu (*opportunity cost of time*) ditambah dengan biaya obat dan tindakan atau biaya perawatan medis.
2. Memberikan pertanyaan kepada pasien setelah memperoleh jasa pelayanan kesehatan mengenai berapa jumlah maksimal uang yang bersedia dibayarnya (normatif) untuk jasa pelayanan kesehatan tersebut.

Dengan demikian kemauan membayar pasien dalam pelayanan kesehatan pada dasarnya dipengaruhi oleh:

1. *Accessibility* pasien ke rumah sakit atau sarana pelayanan kesehatan lain, termasuk jarak dan transportasi, jam pelayanan,

persepsi pasien terhadap pelayanan kesehatan dan alasan pemilihan waktu pelayanan.

2. Karakteristik pasien, yaitu pekerjaan, pendidikan, pendapatan, dan persepsi pasien terhadap biaya.
3. *Opportunity cost of time* dan biaya medis.
4. Kemauan membayar normatif pasien.

3. Keterpaksaan Membayar (FTP)

Sebagian terbesar masyarakat yang masuk rumah sakit pemerintah (dan puskesmas) berasal dari kalangan ekonomi lemah, atau malah "ekonomi parah" (<http://www.indonesia.com/poskup/2006/06/07>). Fakta bahwa alasan dari sebagian pasien/masyarakat masuk ke rumah sakit justru terkait erat dengan lemahnya kemampuan memikul beban ekonomi, misalnya, tidak ada/kurangnya pemeriksaan secara teratur, penyakit yang tertunda diperiksa, kurangnya perawatan kesehatan diri, kurang gizi, dan alasan-alasan lain yang disebabkan karena kekurangan/ketiadaan biaya. Dan ketika pasien masuk rumah sakit malah bertemu lagi dengan kesulitan ekonomi berikutnya, beratnya pembiayaan, sehingga mengakibatkan beban ekonomi yang ada makin berat saja. Patut diduga, pasien/masyarakat yang tidak mau/tidak mampu membayar merupakan sampel sebagian besar kondisi obyektif dari lemahnya kemampuan ekonomi masyarakat membiayai kesehatannya, sehingga pasien/masyarakat menggunakan jasa pelayanan kesehatan karena

terpaksa (apabila penyakit sudah berada pada stadium lanjut. (<http://www.indonesia.com/poskup/2006/06/07>).

Dengan membagi beban yang tidak mampu dipikul oleh pasien berkemampuan ekonomi terbatas, ke pundak para pihak yang memiliki kemampuan: profesional/ kepakaran, manajerial, ekonomi, teknologi, diharapkan akan dapat, mendorong maksimalisasi pelayanan rumah sakit dan di lain pihak meringankan beban yang dipikul masyarakat pemakai jasa rumah sakit, terutama yang berkemampuan ekonomi terbatas. Dengan produk subsidi silang, prinsip keadilan dan solidaritas, di mana yang mampu membantu yang tidak/kurang mampu, dapat diwujudkan. Berkaitan dengan beban pembiayaan dapat diusulkan tiga hal. Selain memaksimalkan sumber pembiayaan konvensional, juga menambah variasi alternatif sumber pembiayaan lain, serta menemukan inovasi produk pelayanan rumah sakit sendiri. Dalam hubungan ini, sumber konvensional dari pemerintah perlu lebih ditingkatkan dengan berbagai cara, antara lain dengan penghematan, minimalisasi/ eliminasi kebocoran dan mark up, pencegahan praktek korupsi, dan peningkatan besaran sumber dana pemerintah. Sedangkan, mengenai sumber alternatif pembiayaan dapat diupayakan, misalnya, dari donatur di dalam maupun luar-negeri (<http://www.indonesia.com/poskup/2006/06/07>).

Keterpaksaan membayar (*Force To Pay*) merupakan biaya yang telah dikeluarkan oleh pasien tetapi tidak dalam keadaan mau membayar atau tarif pelayanan yang telah dibayar ke *provider* sebenarnya berada di bawah kemampuannya untuk membayar (*ATP*) pasien lebih kecil dari tarif (Thabrany, 2001). Karena kemiskinan Indonesia sudah berkepanjangan, kenyataan adanya *Force To Pay* bagi orang yang menderita sakit, yang bukan keinginan atau kesalahan, sama sekali belum ada keinginan atau kesalahannya, sama sekali belum menjadi perhatian pemerintah.

$$FTP = \text{Tarif} > ATP \text{ dan } WTP$$

F. Penetapan Tarif Pelayanan Rumah Sakit

Tarif adalah sebagian atau seluruh biaya penyelenggaraan kegiatan pelayanan di rumah sakit, yang dibebankan kepada masyarakat sebagai imbalan atas jasa pelayanan yang diterimanya. Pola tarif adalah pedoman dasar dalam pengaturan dan perhitungan besaran tariff. Tarif rumah sakit diperhitungkan atas dasar *unit cost* dari setiap jenis pelayanan dan kelas perawatan (Depkes, 2000).

Menurut Depkes RI (1992), tarif adalah nilai suatu jasa pelayanan rumah sakit dengan sejumlah uang dimana berdasarkan nilai tersebut rumah sakit bersedia memberikan jasa kepada pasien.

Kebijakan tarif merupakan dasar pemikiran penentuan tarif.

Menurut Kotler (2000) terdapat enam metode penetapan tarif yaitu :

1. Penetapan harga markup (*Markup pricing*)
2. Penetapan harga berdasarkan sasaran pengembalian (*Target return pricing*)
3. Penetapan harga berdasarkan nilai yang dipersepsikan (*Perceived value pricing*)
4. Penetapan harga nilai (*Value pricing*)
5. Penetapan harga sesuai harga berlaku (*Going rate pricing*)
6. Penetapan harga penawaran tertutup (*Sealed bid pricing*)

Penentuan tarif yang ideal dapat dilakukan dengan analisis penetapan tarif itu sendiri yang bertujuan untuk peningkatan *cost recovery rate* rumah sakit, subsidi silang, peningkatan akses pelayanan, peningkatan mutu pelayanan dan tujuan lain, misalnya untuk mengurangi menciptakan *corporate image*. *Cost recovery rate* rumah sakit adalah nilai dalam persen (%) yang menunjukkan seberapa besar kemampuan rumah sakit menutupi biayanya dengan penerimaannya dari retribusi pasien (Depkes, 2000).

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.528/MENKES/SK/VI/1997 tentang pola tarif rumah sakit untuk tarif rawat inap adalah:

1. Dalam menentukan besaran tarif perawatan didasarkan atas perhitungan unit cost rata-rata rawat inap di masing-masing rumah sakit, serta harus memperhatikan kemampuan dan keadaan sosial ekonomi masyarakat, tarif rumah sakit setempat lainnya, kebijaksanaan subsidi silang dan lain-lain.
2. Unit cost rata-rata rawat inap dihitung melalui analisa biaya dengan metode distribusi ganda (Double Distribution) tanpa memperhitungkan investasi dan biaya gaji pegawai.
3. Tarif rawat sehari (*one day care*) ditetapkan sama dengan tarif perawatan kelas II.
4. Tarif pasien di ruang intensive (ICU,ICCU, NICU dan lain-lain) ditetapkan atas dasar perhitungan unit cost rata-rata rawat inap dengan memperhatikan kemampuan dan keadaan sosial ekonomi masyarakat setempat, dan rumah sakit setempat lainnya. Bagi rumah sakit yang belum mempunyai unit cost ditetapkan sebagai berikut :
 - a. Pasien langsung masuk kemudian pulang atau meninggal, tarif ditetapkan sama dengan kelas II tarif rawat inap.
 - b. Pasien masuk kemudian dirawat, tarifnya ditetapkan maksimum 2 x tarif kelas asalnya.
5. Tarif rawat inap tersebut di atas tidak termasuk biaya obat-obatan, visite, tindakan medik dan terapi maupun penunjang diagnostik.

Tarif rawat inap kelas II dijadikan sebagai dasar perhitungan untuk

dan tarif kelas perawatan lainnya dengan pengaturan sebagai berikut:

(Kepmen.No.528/MENKES/SK/VI/1997)

a. Kelompok rumah sakit umum :

- 1) Kelas III B = 1/3 x Unit Cost kelas II
- 2) Kelas II A = 1/3 – 1/2 x Unit Cost kelas II
- 3) Kelas II = 1 x Unit Cost kelas II
- 4) Kelas I = 2 -9 x Unit Cost kelas II
- 5) Kelas Utama = 10-29 x Unit Cost kelas II

b. Kelompok rumah sakit khusus dan rumah sakit jiwa:

- 1) Kelas III B = 1/3 x Unit Cost kelas II
- 2) Kelas III A = 1/3 – 1/2 x Unit Cost kelas II
- 3) Kelas II = 1 x Unit Cost kelas II
- 4) Kelas I = 2 -4 x Unit Cost kelas II
- 5) Kelas Utama = 5 – 20 x Unit Cost kelas II

Menurut Gani (1997), faktor-faktor yang perlu diperhitungkan dalam penetapan tarif rumah sakit adalah :

1. Biaya satuan

Informasi biaya satuan merupakan informasi pertama yang digunakan untuk menetapkan tarif. Atas dasar pendekatan output pelayanan, biaya satuan dibedakan atas biaya satuan aktual dan biaya satuan normatif. Perhitungan biaya satuan aktual diperoleh berdasarkan atas pengeluaran nyata untuk menghasilkan produk

pelayanan, sedangkan biaya satuan normatif dihitung untuk menghasilkan suatu jenis pelayanan menurut standar baku, terlepas dari apakah pelayanan tersebut dipergunakan pasien atau tidak.

2. Jenis pelayanan dan tingkat pemanfaatan

Apabila tingkat pemanfaatan suatu unit di rumah sakit relatif rendah maka relatif sulit untuk meningkatkan tarif layanannya. Rumah sakit yang terdiri dari berbagai unit produksi memiliki potensi yang berbeda (dalam hal produk unggulannya atau *revenue centrenya* atau memiliki kombinasi faktor produksi yang berbeda dengan rumah sakit lain (dalam hal tenaga, fasilitas, kapasitas produksi dan lain-lain) yang akan mempengaruhi tingkat kemampuan layanan serta tingkat pemanfaatan oleh konsumen.

3. Subsidi silang

Salah satu tujuan pokok penetapan tarif adalah menyeimbangkan surplus dengan kerugian dari berbagai segmen pasar (masyarakat ekonomi atas, menengah dan bawah). Oleh karena itu subsidi silang (*cross subsidization*) atas dasar pemanfaatan kelas atau pelayanan *profit* dan *not for profit* dapat dilakukan dalam dua bentuk:

- a) Subsidi silang di dalam pelayanan rumah sakit
- b) Subsidi silang di luar pelayanan rumah sakit berupa pelayanan oleh perusahaan asuransi atau perusahaan pengguna jasa pelayanan

rumah sakit.

Salah satu persyaratan dalam menetapkan tarif rumah sakit adalah mempertimbangkan kemampuan membayar masyarakat yang diukur dengan cara melihat kemampuan membayar (*Ability To Pay* = *ATP*) dan kemauan membayar (*Willingness To Pay* = *WTP*) pasien/masyarakat.

4. Tingkat kemampuan masyarakat

Masyarakat pengguna pelayanan kesehatan memiliki kemampuan ekonomi yang tidak sama. Sebelum perubahan tarif hendaknya mengukur kemampuan membayar masyarakat sehingga dengan perubahan tarif yang dilakukan tidak akan mempengaruhi segmen pasar yang selama ini sudah terbentuk dan tetap menjamin pemerataan kesehatan.

5. Tarif pelayanan pesaing yang septara

Biasanya besar tarif rumah sakit swasta ditetapkan jauh di atas biaya satuan. Oleh karena itu rumah sakit pemerintah seyogyanya menetapkan tarifnya di bawah biaya satuan yang diberlakukan oleh rumah sakit swasta.

Meskipun rumah sakit telah memperoleh informasi biaya satuan dan tingkat kemampuan membayar masyarakat, tarif rumah sakit perlu juga dibandingkan dengan tarif institusi pelayanan lain seperti tarif rumah sakit swasta, dokter praktek swasta/klinik swasta. Faktor

penting untuk pembandingan adalah kualitas pelayanan yang diberikan, apakah bias bersaing dengan pesaing yang memiliki tarif namun pelayanan berbeda.

Menurut Wiyono (1999) tarif rumah sakit diperhitungkan atas dasar biaya satuan dengan mempertimbangkan kemampuan ekonomi masyarakat, tarif rumah sakit lain di wilayah yang sama.

Tujuan utama analisis biaya rumah sakit adalah:

1. Untuk mendapatkan informasi tentang biaya total rumah sakit, sumber pembiayaan dan komponennya.
2. Untuk mendapatkan informasi tentang biaya satuan layanan kesehatan rumah sakit.
3. Untuk dapat menggunakan biaya satuan sebagai salah satu informasi dalam menentukan metode *cost recovery* dan metode penetapan tarif layanan rumah sakit.

Manfaat analisis biaya layanan rumah sakit:

1. Diperolehnya jumlah biaya (*total cost*) dari satu unit produksi rumah sakit dan biaya satuan tiap-tiap output rumah sakit. Informasi ini diperlukan untuk alokasi dana dan perencanaan anggaran rumah sakit.
2. Menentukan tarif dari berbagai jenis pelayanan rumah sakit sehingga dapat diketahui apakah tarif rumah sakit adalah lebih besar, sama atau lebih kecil dari satuan biaya.

3. Analisis *Economies of Scale* rumah sakit yang sapat menggambarkan hubungan antara besarnya suatu rumah sakit dengan biaya. Hal ini penting bagi pengelola rumah sakit untuk mengambil keputusan apakah rumah sakit perlu dikembangkan, diperkecil atau tetap.
4. dapat mengidentifikasi pusat-pusat biaya (*cost center*) yang strategis dalam rangka efisiensi dan *cost containment*
5. Dapat dilakukan bersama-sama dengan perkiraan pendapatan rumah sakit (analisis rugi-laba).

G. Tinjauan Tentang Subsidi

1. Pengertian Subsidi

Subsidi dalam pengertian Ilmu Keuangan Negara dapat diartikan sebagai suatu kebijaksanaan (tindakan) moneter dalam bentuk pemberian tunjangan atau sokongan atas suatu nilai harga barang (Suparmoko, 1985).

Dalam kaitannya dengan perkembangan perekonomian skala nasional, subsidi berarti bantuan yang diberikan oleh pemerintah pusat untuk meringankan beban biaya yang seharusnya ditanggung oleh masyarakat atau badan-badan pemerintah lain. Dalam prakteknya pemberian subsidi ada 2 (dua) bentuk yaitu :

- a. Subsidi keuangan/finansial adalah subsidi yang diberikan dalam bentuk uang, misalnya:
 - 1) Tambahan gaji/pendapatan
 - 2) Tunjangan fungsional/structural
 - 3) Tunjangan lauk-pauk
- b. Subsidi kebijaksanaan/peraturan adalah subsidi yang diberikan oleh pemerintah dalam bentuk kebijaksanaan harga barang, misalnya:
 - 1) Kenaikan harga sembilan bahan pokok
 - 2) Kenaikan harga bahan baku

Tujuan pemberian subsidi secara umum dimaksudkan untuk meningkatkan kemampuan daya beli konsumen terhadap suatu hasil produksi. Tujuan lain dari pemberian subsidi oleh pemerintah dalam hubungan produsen dengan konsumen adalah:

- a. Untuk meningkatkan kemampuan taraf kesejahteraan rakyat dengan cara melindungi masyarakat dari harga yang terlalu tinggi.
- b. Juga sebaliknya, dengan subsidi para produsen tidak akan menjadi rugi (Suparmoko, 1985).

2. Pengertian Subsidi Silang

Dalam ekonomi mikro, ada yang dikenal dengan titik keseimbangan, yaitu harga berada pada *equilibrium* (BEP) dimana pada titik tersebut terjadi pertemuan antara *demand* dan *supply*. Pada

system ekonomi yang berbasis pada keseimbangan pasar, jelas bahwa subsidi pemerintah tidak dilakukan atau terbatas hanya pada masyarakat miskin. Akibatnya, tarif dibiarkan sesuai dengan permintaan pasar. Akan tetapi, hal ini dapat menyebabkan terjadinya ketidakadilan yaitu masyarakat miskin sulit mendapatkan pelayanan kesehatan sehingga subsidi perlu diberikan karena keadaan ini sangat penting pada proses penetapan tarif sarana pelayanan kesehatan pemerintah (Trisnantoro, 2004).

Subsidi silang adalah subsidi dari pemerintah (badan swasta) kepada mereka yang kurang mampu yang berasal dari mereka yang mampu (Marbum, 1996). Dalam pengertian lain, subsidi silang adalah suatu kebijaksanaan dalam sistem pembiayaan dimana pihak yang mampu memberikan sokongan/subsidi kepada pihak yang kurang mampu atau pihak yang tidak mempergunakan fasilitas kepada yang mempergunakan fasilitas, sehingga tetap terjaga keseimbangan antara keuntungan dan kerugian dari suatu segmen/layanan.

a. Jenis-jenis subsidi silang

- 1) Subsidi silang antar segmen pasar yaitu subsidi silang yang terjadi iberbagai bidang usaha umum/segmen pasar.
- 2) Subsidi silang antar jenis layanan kesehatan adalah subsidi silang yang terjadi antara jenis layanan kesehatan yang menguntungkan dan merugikan.

b. Tujuan subsidi silang

Tujuan dari subsidi silang adalah menetapkan harga (tarif) yang bertujuan untuk menjaga keseimbangan antara surplus (untung) dan defisit (rugi) dari berbagai segmen pasar atau bagian layanan (Bidiarso,1991).

3. Subsidi Silang di Rumah Sakit

Undang-undang Kesehatan menyatakan bahwa jaminaneliharaan kesehatan masyarakat harus menjadi dasar/landasan penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang dibiayai secara pra-upaya, berasaskan usaha bersama dan kekeluargaan. Asas usaha bersama dan kekeluargaan ini berarti bahwa penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang dibiayai secara pra-upaya merupakan kegiatan yang diikuti oleh seluruh lapisan masyarakat dan dijiwai oleh semangat kekeluargaan. Makna asas inilah yang menjadi landasan sistem subsidi silang (*cross-subsidy*) dalam jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat. Sistem subsidi silang karenanya bertumpu pada keikutsertaan semua orang dalam membiayai penyelenggaraan Paket Pemeliharaan Kesehatan Dasar sesuai dengan kemampuannya. Sebagai imbalannya setiap peserta akan mendapatkan manfaat sesuai dengan kebutuhannya, dan bukannya didasarkan pada besar atau kecil iurannya. Dengan demikian maka sistem subsidi silang dalam penyelenggaraan PPKD harus memperoleh dananya dari iuran seluruh

lapisan masyarakat, dimana besar iurannya ditetapkan sesuai dengan keadaan/kemampuan ekonomi suatu daerah, namun pendistribusiannya didasarkan pada besar biaya yang diperlukan untuk penyelenggaraan PPKD sesuai dengan distribusi risiko/kebutuhan pelayanan kesehatan pesertanya (*risk adjusted*). Hal ini berarti bahwa daerah-daerah yang secara ekonomis belum cukup berkembang (kurang mampu) akan mendapatkan subsidi untuk penyelenggaraan PPKD dari daerah-daerah yang secara ekonomis lebih berkembang. Bahkan seorang atau kelompok masyarakat maupun suatu daerah yang tidak mampu membayar iuran penyelenggaraan PPKD, akan mendapatkan manfaat PPKD secara cuma-cuma. Demikian pula penduduk dengan risiko tinggi seperti orang-orang lanjut usia dan balita akan mendapatkan subsidi silang dari mereka yang berisiko rendah seperti mahasiswa dan pelajar (<http://bkksi.or.id/modules.php?name=News&file=article&sid=57>).

Khusus untuk di rumah sakit, jenis subsidi silang yang berlaku adalah subsidi silang antar jenis pelayanan kesehatan yaitu unit pelayanan yang memperoleh keuntungan memberikan sokongan/subsidi kepada unit pelayanan yang merugi, sehingga setiap pasien mendapat pelayanan yang sama tanpa membedakan kelas ataupun status sosial. Mekanisme atau cara pelaksanaan subsidi silang di rumah sakit biasanya dilakukan dengan menetapkan tarif-tarif

jasa pelayanan dari suatu unit. Misalnya banyak rumah sakit menetapkan tariff ICU (*Intensive Care Unit*) dengan kemungkinan tidak menutupi biaya yang dikeluarkan . bentuk lain adalah penderita (pasien) yang berasal dari kelas perawatan bawah (pasien kelas III), dimana biasanya tarif perawatannya lebih rendah walaupun menggunakan peralatan yang sama (Budiarmo, 1991).

Pada sarana pelayanan kesehatan (rumah sakit dan puskesmas) baik milik pemerintah maupun milik swasta, penanganan penetapan tarif dan tujuan penetapan tarif sangat dipengaruhi oleh pemiliknya. Dalam kaitan dengan misi sosial, penetapan tarif dapat menunjukkan misinya. Salah satu tujuan dari penetapan tarif adalah untuk menentukan subsidi silang yang akan diberikan oleh pemerintah.

Rumah sakit sebagai lembaga usaha yang mempunyai misi sosial . Misi sosial dapat dapat berjalan apabila ada dana subsidi bagi masyarakat miskin, subsidi sebaiknya berdasarkan *unit cost* untuk pelayanan keluarga miskin .

Dengan mengingat fungsi ganda rumah sakit sebagai unit sosial-ekonomi, dimana fungsi sosial dan fungsi ekonomi harus berjalan secara bersamaan tanpa harus membebani masyarakat dan rumah sakit sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan, maka dalam pelaksanaan subsidi silang banyak hal yang diperhatikan dan diperhitungkan secara cermat. Hal tersebut antara lain meliputi:

a. Tarif rumah sakit

Yang dimaksud dengan tarif rumah sakit adalah sebagian atau seluruh biaya penyelenggaraan kegiatan pelayanan di rumah sakit yang dibebankan kepada masyarakat sebagai imbalan atas jasa pelayanan yang diterimanya (Kep. Menkes RI. NO.528/MENKES/SK/VI/1997).

Penentuan tarif yang menyangkut seluruh komponen biaya perawatan rumah sakit ini sangat penting. Tarif yang terlalu tinggi selain membebani masyarakat juga dapat menurunkan pendapatan rumah sakit oleh karena jumlah kunjungan yang berkurang.

Bagi rumah sakit umum daerah dan rumah sakit swasta, penetapan tarif pelayanan kesehatan ditetapkan melalui Peraturan Daerah (Perda) setempat, dimana penyesuaiannya akan ditinjau kembali setelah lima tahun. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.528/MENKES/SK/VI/1997 tentang pola tarif rumah sakit yang ditetapkan antara lain :

- a) Rawat jalan dan rawat inap kelas III A, II, I dan Utama dapat dikenakan jasa pelayanan sedangkan pasien rawat inap kelas III B tidak dikenakan jasa pelayanan.
- b) Tarif rumah sakit diperhitungkan atas dasar unit cost dengan memperhatikan kemampuan ekonomi masyarakat, rumah sakit setempat lainnya serta kebijaksanaan subsidi silang.

- c) Besaran tarif untuk pelayanan rawat jalan dan rawat inap kelas III A dan kelas III B milik Departemen Kesehatan R.I. ditetapkan oleh Ditjen Pelayanan Medik atas asuhan usulan direktur rumah sakit.
- d) Besaran tarif untuk rawat inap kelas II,I dan Utama ditetapkan oleh direktur rumah sakit setelah mendapat persetujuan dari Kepala Kantor Wilayah Depkes Propinsi setempat.

4. Peranan pemerintah dalam pemberian subsidi kesehatan (Askeskin)

Misi Departemen Kesehatan (Depkes) saat ini adalah "Membuat rakyat sehat". Rakyat sehat tentu negara akan kuat. Perlu strategi khusus untuk dapat mewujudkannya mengingat status sosial ekonomi masyarakat cukup heterogen. Bagi masyarakat yang mampu, dapat membeli pelayanan kesehatan yang diinginkan. Hal ini tentu berbeda dengan masyarakat miskin.

Menurut Undang Undang No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin menjadi tanggung jawab pemerintah. Seperti disebutkan pada pasal 17, bahwa "luran program jaminan sosial bagi fakir miskin dan orang yang tidak mampu dibayar oleh pemerintah". Besarnya premi yang harus dibayar tergantung kesepakatan antara Depkes dengan lembaga pengelola. Pada tahun 2008, besarnya premi untuk setiap peserta adalah Rp 5.000 per bulan. Jika dihitung sasaran

masyarakat miskin di Indonesia berjumlah 76,4 juta jiwa, maka anggaran yang dibutuhkan untuk tahun 2008 sebesar 4,6 triliun. Masyarakat miskin dapat memanfaatkan pelayanan gratis di Puskesmas dan kelas III rumah sakit pemerintah atau swasta yang ditunjuk (<http://lkpk-indonesia.blogspot.com/2007/10/penerapan-standar-tarif-rumah-sakit.html>).

Menurut Surat Edaran No.115/Menkes/II/2008 tanggal 4 Februari 2008 yang ditujukan kepada seluruh kepala dinas kesehatan propinsi, kabupaten/kota, dan para direktur rumah sakit di seluruh Indonesia. Disebutkan, bahwa program pelayanan kesehatan masyarakat miskin di rumah sakit tahun 2008 tetap dilaksanakan dan dibiayai dari dana bantuan sosial yang bersumber dari pemerintah dan bukan merupakan dana retribusi pelayanan kesehatan. Karena itu diharapkan dana Askeskin tidak lagi disetorkan ke kas daerah. Diharapkan dengan kebijakan ini pelayanan negara ini terhadap masyarakat miskin dari segi ketersediaan pelayanan kesehatan dapat lebih baik dari sebelumnya.

Pada tahun 2005 kunjungan rawat jalan di rumah sakit sebesar 1,45 juta kunjungan, terjadi peningkatan pada tahun 2006 yaitu 6,92 juta kunjungan dan sampai September 2007 mencapai 4,9 juta kunjungan. Sementara itu kunjungan rawat inap tingkat lanjut di rumah sakit juga mengalami kenaikan yang sangat signifikan, yaitu 562 ribu

kunjungan pada tahun 2005, meningkat menjadi 1,58 juta kunjungan pada tahun 2006 dan sampai September 2007 sebanyak 1,53 juta kunjungan. Peningkatan jumlah kunjungan dari tahun ke tahun bisa bermakna bahwa akses masyarakat terhadap sarana pelayanan kesehatan semakin baik dan terjangkau namun perlu juga diingat bahwa hal ini bisa juga menjadi pertanda buruk dimana masyarakat kita semakin tidak peduli untuk menjaga kesehatan, akan timbul persepsi dimasyarakat bahwa menjaga kesehatan tidak perlu terlalu dipikirkan karena nantinya akan mendapat pelayanan secara gratis. (www.depkes.go.id).

MAPPING TEORI

No	Peneliti	Tahun	Temuan	Sumber
1	Admin	2007	Penerapan Standar Tarif Rumah Sakit akan Diperluas	http://lkpk-indonesia.blogspot.com/2007/10/penerapan-standar-tarif-rumah-sakit.html
2	Eko Agus Wibisono	2007	Inovasi Pembiayaan dan Pelayanan Kesehatan DIY	http://www.lod-diy.or.id/images/stories/Eko-inovasi%20pembiayaan%20dan%20pelayanan.pdf
3	Laksono Trisnantoro	2006	Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi Dalam Manajemen Rumah Sakit	Buku " Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi Dalam Manajemen Rumah Sakit"
4	Sigit Yulianto	2006	Analisis Penerimaan Retribusi Pelayanan Kesehatan Kab. Boyolali	http://209.85.175.104/search?q=cache:MzEk8fcHiGkJ:eprints.ums.ac.id/148/01/SIGIT_YULIANTO.pdf
5	Tisa Harmana, Wiku B. Adisasmito	2006	Faktor-faktor yang mempengaruhi pembiayaan kesehatan Daerah bersumber anggaran pendapatan dan belanja daerah Tahun 2006	Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. Vol 9

BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti

Kesadaran akan posisi rumah sakit diarena industri layanan kesehatan yang semakin kompetitif menurut analisis eksternal maupun internal rumah sakit, antara lain dengan menghitung biaya satuan unit-unit layanan. Komponen biaya satuan sebelum dilakukan distribusi ganda adalah biaya asli masing-masing pusat biaya mulai dari biaya tetap, biaya semi variabel dan biaya variabel yang pada masing-masing juga memiliki sub komponen (Gani. A, 1995). Pada komponen biaya tetap terdapat sub komponen biaya investasi tanah dan gedung, investasi alat medis dan non medis, serta kendaraan, pada komponen biaya semi variabel terdapat sub komponen biaya gaji pegawai, biaya pemeliharaan gedung, biaya pemeliharaan alat medis dan non medis, dan biaya pemeliharaan kendaraan serta *cleaning service* (R.A. Supriyono, 1989).

Penetapan tarif rumah sakit dapat dilakukan dengan mempertemukan aspek *supply* (penempatan) dan aspek *demand* (permintaan). Dari sudut *supply* dapat dianalisis masing-masing jenis biaya (*cost item*) produksi pelayanan kesehatan, yaitu biaya tetap (tanah, gedung, kendaraan alat medis dan non medis), biaya semi variabel (gaji,

pemeliharaan kendaraan) dan biaya variabel (obat/alat kesehatan, habis pakai, listrik, telepon, air, perjalanan dinas). Melalui analisis biaya diperoleh informasi tentang biaya satuan yang diperlukan untuk menentukan harga setiap satu produk pelayanan kesehatan yang ingin ditawarkan kepada konsumen (Gani, 1994).

Untuk membiayai operasional rumah sakit yang subsidiya semakin berkurang dan untuk meningkatkan upaya pemerataan (*equity*) dan mutu pelayanan secara menyeluruh, masyarakat perlu diberdayakan untuk mengeluarkan biaya kesehatan secara rasional. Salah satu metode yang dapat dipakai oleh rumah sakit untuk memobilisasi dana masyarakat, khususnya yang berasal dari *out of pocket payment* adalah mengubah tarif pelayanan dengan mempertimbangkan kemampuan membayar (*ability to pay*) dan kemauan membayar (*willingness to pay*) serta keterpaksaan membayar (*Force To Pay*) masyarakat dengan menjaga keseimbangan pemanfaatan pelayanan bagi masyarakat ekonomi atas, menengah, dan bawah melalui kebijakan subsidi silang atas dasar pemanfaatan kelas atau pelayanan *profit* dan *non for profit*. Selain biaya satuan pelayanan, kebijakan subsidi silang, kemampuan dan kemauan membayar, serta keterpaksaan membayar, faktor lain yang perlu dipertimbangkan dalam penyesuaian tarif yaitu tingkat kemampuan layanan (kapasitas produksi), pemanfaatan oleh konsumen (utilisasi), dan tarif institusi pelayanan

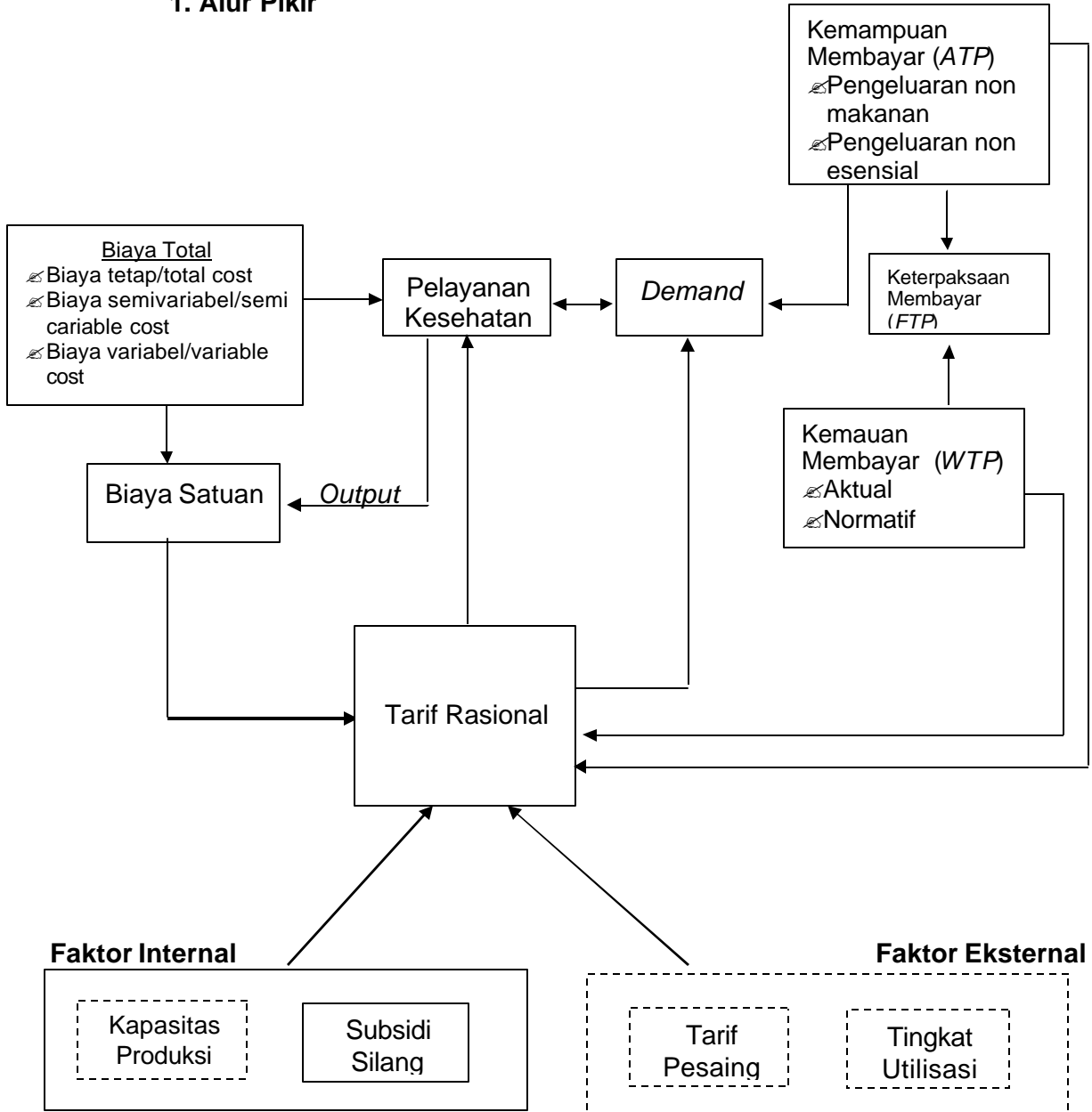
kesehatan yang setara (pesaing) (Gani, 1990).

ATP untuk pelayanan kesehatan diperkirakan sama dengan 5% pengeluaran rumah tangga untuk non makanan (*expenditure non-food*) atau pengeluaran rumah tangga yang tergolong sebagai pengeluaran untuk keperluan yang bersifat non esensial, *WTP* dapat diukur dari *health expenditure* rumah tangga atau menanyakan kepada kepala keluarga pasien tentang jumlah yang bersedia dibayar menurut persepsi mereka, sedangkan *FTP* dapat dilihat melalui *ATP* dan *WTP* dimana, apabila tarif yang ditetapkan lebih besar dari *ATP* dan *WTP* (data Susenas (1997) dalam Gani.A (1997).

Atas dasar analisis biaya (aspek *supply*) serta *ATP* dan *WTP* (aspek *demand*) serta keterpaksaan membayar pasien (*FTP*) dapat disusun tarif yang rasional, yaitu terjangkau dari segi kemampuan ekonomi masyarakat sebagai *customer* dan tidak merugikan rumah sakit sebagai *produsen*, sehingga dapat ditentukan besarnya subsidi yang akan diberikan pada rumah sakit dalam rangka pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

B. Kerangka Konseptual Penelitian

1. Alur Pikir

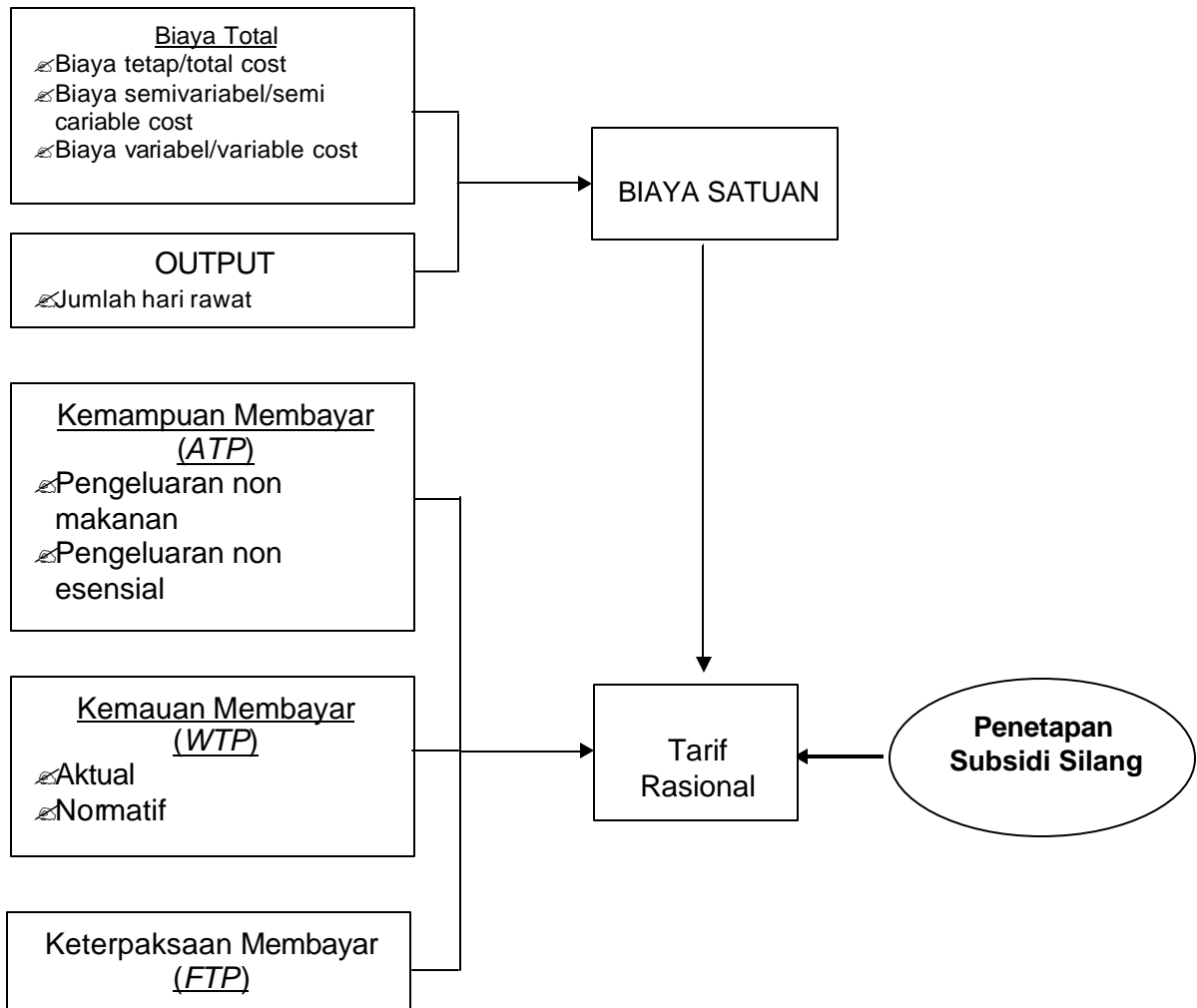


Keterangan:

————— Yang diteliti

----- Yang tidak diteliti

2. Kerangka Konsep



3. Defenisi Operasional

- a. Subsidi silang adalah memberikan sokongan/subsidi antar unit pelayanan yang memperoleh keuntungan kepada unit pelayanan yang merugi, dan bantuan pemerintah daerah kepada pasien yang tidak mampu dalam pembiayaan pelayanan kesehatan.
- b. Tarif adalah sebagian atau seluruh biaya penyelenggaraan kegiatan pelayanan di rumah sakit, yang dibebankan kepada pasien/masyarakat sebagai imbalan atas jasa pelayanan yang diterima.
- c. Biaya Satuan (*Unit Cost*) adalah biaya satuan total (*UC 1*), biaya satuan tanpa biaya tetap (*UC 2*) dan biaya satuan tanpa biaya tetap dan tanpa biaya semi variabel (*UC 3*), pelayanan rawat inap kelas VIP, kelas I, kelas II dan kelas III.
 - a) *UC1*, adalah biaya satuan yang diperoleh dengan cara membagi total biaya ($FC + SCV + VC$) dengan total output.
 - b) *UC2*, adalah biaya satuan yang diperoleh dengan cara membagi total biaya ($SVC + VC$) dengan output.
 - c) *UC3*, adalah biaya satuan yang diperoleh dengan cara membagi total biaya variabel (VC) dengan output.
- d. Biaya Tetap (*fixed cost = FC*), adalah biaya yang dikeluarkan untuk pendidikan pegawai tahun 2007, nilai setahunan barang investasi (memperhitungkan nilai awal barang, nilai inflasi, masa pakai sampai dengan tahun 2007 dan umur ekonomis barang).

Biaya investasi terdiri dari tanah, gedung, kendaraan, alat medis dan nonmedis yang dapat digunakan dalam kurun waktu minimal satu tahun.

- e. Biaya Semi Variabel (*Semi Variable Cost = SVC*), adalah semua biaya yang dikeluarkan selama tahun 2007 untuk gaji pegawai, biaya pemeliharaan gedung, pemeliharaan kendaraan, pemeliharaan alat medis dan nonmedis dan biaya pakaian dinas.
- f. Biaya Variabel (*Variable Cost = VC*) adalah biaya yang dikeluarkan selama tahun 2007 untuk pengadaan obat-obatan, bahan habis pakai (medis dan nonmedis), listrik, telepon, air, biaya perjalanan dinas dan bahan makanan.
- g. Biaya Total (*TC*), adalah jumlah biaya yang terdapat di intalasi rawat inap setelah dilakukan pendistribusian tahap II dengan metode "*Double Distribution*".
- h. Output, adalah jumlah hari rawat masing-masing kelas perawatan selama tahun 2007 (1 Januari s/d 31 Desember).
- i. Kemampuan membayar (*ATP*), adalah kemampuan membayar pasien rawat inap, diukur berdasarkan 5% dari total pengeluaran rumah tangga non makanan dan total pengeluaran rumah tangga untuk keperluan non esensial dalam 1 tahun.
- j. Pengeluaran rumah tangga nonmakanan adalah keseluruhan dari pengeluaran responden yang berupa pengeluaran nonmakanan: (a) pengeluaran untuk kebutuhan sehari-hari seperti biaya pakaian, transportasi, bahan baker, sabun cuci yang dihitung selama 1

- tahun. (b) pengeluaran lainnya seperti pajak, kontrak rumah, dihitung selama 1 tahun.
- k. Pengeluaran rumah tangga nonesensial yaitu pengeluaran rumah tangga selama 1 tahun meliputi : (a) pengeluaran untuk rokok, alkohol, jajan, (b) pengeluaran untuk rekreasi, hiburan dan pesta.
- l. Kemauan Membayar (*WTP*), adalah kemauan membayar aktual dan kemauan membayar normative pasien rawat inap. Kemauan membayar aktual diukur berdasarkan pengeluaran rumah tangga untuk keperluan kesehatan (*health expenditure*), dan kemauan membayar normative diukur berdasarkan persepsi responden mengenai biaya yang layak dikeluarkan untuk memperoleh pelayanan kesehatan.
- 1) Kemauan membayar aktual, adalah besarnya biaya yang telah dikeluarkan untuk keperluan kesehatan selama 1 tahun.
 - 2) Kemauan membayar normatif, adalah tarif per hari yang rela dibayar sesuai persepsi pasien/masyarakat mengenai pelayanan rawat inap.
- m. Keterpaksaan membayar (*Force To Pay*) adalah suatu keadaan dimana sebenarnya pasien tidak mampu dan tidak mau membayar tetapi terpaksa membayar pelayanan kesehatan yang diberikan kepadanya. Dan kedua adalah keadaan seseorang yang memiliki *ATP* dan *WTP* dibawah tarif yang ditetapkan.

$$FTP = \text{Tarif} > ATP \text{ dan } WTP$$

BAB IV METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

1. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan suatu studi *cross sectional* dengan pendekatan deskriptif yang diharapkan dapat secara khusus memberikan gambaran tentang biaya satuan dan kemampuan membayar (*ATP*), kemauan membayar (*WTP*) dan keterpaksaan membayar (*FTP*) pada unit rawat inap RSUD Kabupaten Muna sehingga dapat menentukan besaran subsidi silang.

2. Unit Observasi

Unit observasi pada penelitian ini adalah semua jenis biaya satuan pada unit rawat inap RSUD Kabupaten Muna.

B. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada unit rawat inap di RSUD Kabupaten Muna propinsi Sulawesi Tenggara sebagai lokasi penelitian didasarkan atas pertimbangan bahwa rumah sakit tersebut milik pemerintah selain itu tarif yang berlaku belum berdasarkan unit cost, kemampuan, kemauan dan keterpaksaan membayar masyarakat. Pemilihan instansi rawat inap sebagai unit analisis atas alasan bahwa

instansi tersebut adalah *revenue center* yang mengembangkan mekanisme subsidi silang.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah semua transaksi biaya dan semua pasien rawat inap dalam satu bulan terakhir yang bukan peserta Askes dan Jaminan kesehatan lain.

2. Sampel

a. Unit sampel

Unit sampel adalah semua jenis transaksi biaya pada unit rawat inap di RSUD Kab. Muna.

b. Besar sampel

- 1) Untuk analisis *unit cost*, sampel yang dipakai adalah semua biaya transaksi yang berkaitan dengan biaya tetap, biaya semi variabel dan biaya variabel di RSUD Kabupaten Muna.
- 2) Untuk kemampuan, kemauan dan keterpaksaan membayar, pengambilan sampel dilakukan dengan *accidental* sampling, artinya setiap pasien yang menempati rawat inap pada waktu penelitian berlangsung (27 maret sampai 27 April 2008) diambil sebagai sampel dengan kriteria telah dirawat 2 x 24 jam atau lebih, bukan peserta ASKES/ASKESKIN dan bersedia

diwawancarai sebanyak 43 responden yang terdiri dari Kelas VIP sebanyak 4 responden, Kelas I sebanyak 10 responden, kelas II sebanyak 18 responden dan Kelas III sebanyak 11 responden.

3. Responden

- a. Responden untuk Analisis biaya.** Direktur rumah sakit, Kasubag keuangan, Kasubag umum dan Kepegawaian, Petugas rekam medik, Kepala unit/instansi pada pusat biaya penunjang dan produksi.
- b. Responden untuk Analisis kemampuan, kemauan dan keterpaksaan mampu membayar (*ATP*, *WTP* dan *FTP*).** Pasien dan anggota keluarga dalam hal ini suami/istri, anak, bapak atau ibu, dan anggota keluarga lain yang serumah dengan pasien, sedangkan anggota keluarga lain bukan responden.

D. Pengumpulan Data

1. Data Primer

Data primer diperoleh melalui wawancara langsung dengan para kepala unit fungsional dan struktural pada pusat-pusat biaya rumah sakit. Data dikumpulkan dengan menggunakan teknik isian dengan menggunakan daftar isian/tabel isian sebagai alat bantu

mendapatkan data secara sistematis mengenai seluruh komponen biaya.

Data tentang kemampuan, kemauan dan keterpaksaan membayar diperoleh melalui wawancara langsung dengan responden dengan menggunakan instrument kuesioner.

Dalam pengumpulan data ini, peneliti akan terjun lapangan langsung dalam melihat komponen biaya secara real dikeluarkan oleh unit rawat inap dalam melakukan pelayanan kesehatan di unit rawat inap RSUD Kabupaten Muna.

2. Data Sekunder

Data sekunder yang dikumpulkan melalui laporan tahunan bagian keuangan, bagian administrasi, rekam medik, tentang data dasar alokasi biaya, data biaya tetap, biaya semi variabel dan biaya variabel yang diteliti selama periode Januari 2007 sampai Desember 2007.

E. Instrumen Penelitian

Dalam penelitian ini digunakan formulir laporan tahunan dan bulanan realisasi keuangan, realisasi anggaran rutin, formulir-formulir laporan kegiatan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Muna, dan daftar pertanyaan ATP,WTP dan FTP keluarga terhadap pelayanan kesehatan.

F. Pengolahan dan Penyajian Data

1. Pengolahan Data

Pengolahan secara manual dengan melakukan *editing* dan *coding*. Pengolahan data berdasarkan model analisis yang akan diterapkan dengan menggunakan program *Microcof Excell*.

2. Teknik Analisa Data

Untuk mencapai tujuan penelitian maka data yang diperoleh selanjutnya akan diolah. Secara garis besar ada empat langkah pokok yang perlu dilakukan dalam analisa biaya rumah sakit, yaitu:

a. Analisa biaya satuan

Semua biaya yang akan dianalisis diklasifikasikan menjadi biaya tetap (*fixed cost*), biaya semi variabel (*semi variable cost*) dan biaya variabel (*variable cost*). Karena biaya variabel didengarkan dan dilaksanakan dalam kurun waktu satu tahun anggaran, maka biaya tetap juga dihitung nilai setahunnya. Biaya tetap (*fixed cost*) setahun dihitung dengan mempertimbangkan harga beli, masa pakai dan umur barang saat itu. Rumus yang digunakan untuk menghitung nilai tahunan biaya tetap/investasi adalah:

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

Keterangan :

AIC = *Annualized Investment Cost* (biaya tetap tahunan)
IIC = *Initial Investasi Cost*, nilai awal/harga beli barang
i = laju inflasi
t = *time*, masa pakai
L = *Long life*, perkiraan masa hidup (umur ekonomis) barang.

Biaya asli yang terdapat di setiap unit penunjang didistribusikan ke setiap unit produksi, sehingga biaya yang terdapat di unit produktif adalah biaya asli unit produktif itu sendiri ditambah dengan biaya pindahan dari unit penunjang. Perhitungan distribusi biaya asli menggunakan metode distribusi ganda (*double distribution*). Metode ini melakukan alokasi biaya dalam dua tahapan. Distribusi tahap I, distribusi biaya asli dari pusat biaya penunjang kepada pusat biaya penunjang lainnya dan ke pusat biaya produksi. Distribusi tahap I ini menggunakan rumus :

$$\frac{\text{Data dasar alokasi pusat biaya yang mendapatkan distribusi}}{\text{Data dasar denominator I dikurangi data dasar pusat biaya penunjang yang dibagi}} \times \text{Biaya asli pusat biaya penunjang yang dibagi}$$

Distribusi tahap II, mendistribusikan biaya hasil distribusi tahap I dari pusat biaya penunjang ke seluruh biaya produksi. Rumus distribusi tahap II:

$$\frac{\text{Data dasar alokasi pusat biaya produksi}}{\text{Data dasar denominator}} \times \text{Hasil distribusi tahap I}$$

Biaya satuan produk pelayanan masing-masing kelas perawatan diperoleh dengan menggunakan rumus :

$$UIC = \frac{TC}{Q}$$

Keterangan:

UC = Biaya satuan

TC = Biaya total

Q = *Output*

- b. Analisa kemampuan, kemauan dan keterpaksaan membayar,** dilakukan dengan perhitungan rata-rata kemampuan, kemauan dan keterpaksaan membayar rumah tangga pasien masing-masing kelas perawatan dalam satu tahun, melihat hubungan antara kemampuan kemauan dan keterpaksaan membayar dengan menggunakan teknik korelasi *Person Product Moment*.
- c. Analisa penetapan tarif,** setelah informasi biaya satuan, kemampuan dan kemauan membayar pengguna jasa pelayanan rawat inap masing-masing kelas perawatan diketahui, angka-angka tersebut dimasukkan ke dalam tabel bantu simulasi penetapan tarif. Tabel tersebut dibuat dengan *software* model *spreadsheets* program *Microsoft excel*.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Kabupaten Muna. Pengumpulan data dilaksanakan pada awal bulan April 2008 sampai dengan awal pertengahan bulan Mei 2008. Untuk keperluan analisis biaya satuan, data yang dikumpul adalah data biaya tetap (*fixed cost*), biaya semivariabel dan biaya variabel (*Variable cost*) tahun anggaran 2007. Untuk mendapatkan gambaran mengenai *ATP*, *WTP* dan *FTP* masyarakat pengguna fasilitas pelayanan rawat inap, data diperoleh dari 43 responden yang berasal dari keluarga pasien yang dirawat, dengan distribusi : 4 orang di kelas VIP , 10 orang di kelas I, 18 orang di kelas II dan 11 orang di kelas III.

1. Analisis Biaya

Analisis biaya bertujuan untuk mencari besarnya biaya satuan (*unit cost*) di intalasi rawat inap, data yang diuraikan dalam analisis ini adalah biaya tetap (*fixed cost*), biaya operasional tetap (*semi variable cost*) dan operasional tidak tetap (*variable cost*). Besarnya ketiga jenis biaya tersebut adalah sebagai berikut:

a. Biaya Tetap (*Fixed Cost = FC*)

Biaya tetap dalam penelitian ini adalah semua biaya investasi pengadaan sarana gedung, peralatan medis dan non

medis. Besarnya biaya ini dihitung dengan nilai *Annualized Investment Cost* (AIC) atau nilai investasi tahunan barang *fixed cost*. Besarnya biaya tetap pada masing-masing pusat biaya diuraikan pada tabel 1:

Tabel 1. Rekapitulasi biaya tetap (FC) RSUD Kabupaten Muna tahun 2007

No	Pusat Biaya	Biaya Tetap (Rp)				Total Biaya
		Tanah + gedung	Alat Medis	Alat non Medis	Kendaraan	
1	Kantor	12.560.059	0	16.425.274	2,505,964	31,491,297
2	Apotik	3.312.166	0	2.363.422	278,440	5,954,028
3	Instalasi Gizi	10,612,087	0	5,189,820	556,881	16,358,788
4	Laundry	2.035.195	0	1,399,636	185,627	3,620,458
5	Kelas VIP	4.726.222	718.603	4,736,251	464,067	9,927,259
6	Kelas I	4.726.222	238.987	6,156,199	1,113,762	12,235,170
7	Kelas II	2.282.709	2.229.835	7,426,279	556,881	12,495,704
8	Kelas III	6.919.662	2.955.779	7,019,958	928,135	17,823,534
	Jumlah	47.174.322	5.425.320	50.716.839	6,589,757	109.906.238

Sumber: Data Primer

Pada tabel 1 menunjukkan, bahwa biaya tetap terbesar terdapat pada pusat biaya kantor sebesar Rp 31.491.297, diikuti rawat inap kelas III sebesar Rp 17.823.534, instalasi gizi sebesar Rp 16,358,788, kelas II sebesar Rp 12,495,704, kelas I sebesar Rp 12,235,170, kelas VIP sebesar Rp 9,927,259, pusat biaya

apotik sebesar Rp 5,954,028 dan biaya investasi terendah terdapat pada pusat biaya laundry yaitu sebesar Rp 3,620,458, rendahnya biaya pada pusat biaya ini disebabkan karena rendahnya biaya gedung dan tidak adanya biaya alat medis.

b. Biaya Semi Variabel (*Semi Variable Cost = SVC*)

Biaya semi variabel dalam penelitian ini adalah biaya gaji dan biaya pemeliharaan. Besar biaya semi variabel masing-masing pusat biaya diuraikan pada tabel 2.

Tabel 2. Rekapitulasi biaya semi variabel (SVC) RSUD Kabupaten Muna tahun 2007.

No	Pusat Biaya	Biaya Pegawai (Rp)	Biaya Pemeliharaan				Total Biaya
		Gaji	Gedung	Kendaraan	Alat Medis	Alat non Medis	
1	Kantor	575,383,289	1.546.012	5704225	0	1.406.363	584,039,889
2	Apotik	72,873,424	794.479	633803	0	202,531	74,504,237
3	Inst. Gizi	75,659,792	1.306.237	1267606	0	535,550	78,769,185
4	Laundry	26,039,488	250.511	422535	0	108,750	26,821,284
5	Kelas VIP	123.471.862	851.738	1056338	243,404	337,091	125,960,433
6	Kelas I	183.033.234	851.738	2535211	1,150,888	421,236	187,992,307
7	Kelas II	94.501.352	547.546	1267606	931,565	508,141	97,756,210
8	Kelas III	174.634.908	851.738	2112676	1,174,143	480,338	179,253,803
	Jumlah	1,325,597,349	3353271	15000000	3,500,000	4.000.000	1,355,097,348

Sumber: Data Primer

Pada tabel 2 menunjukkan, bahwa biaya semi variabel tertinggi terdapat pada pusat biaya kantor sebesar Rp 584.039.889, diikuti oleh rawat inap kelas I sebesar

Rp 187.992.307, kelas III sebesar Rp 179.253.803, kelas VIP sebesar Rp 125.960.433, kelas II sebesar Rp 97.756.210, instalasi gizi sebesar Rp 78.769.185, apotik sebesar Rp 74.504.237, dan biaya semi variabel paling rendah terdapat pada pusat biaya laundry sebesar Rp 26.821.284.

c. Biaya Variabel (*Variable Cost = VC*)

Biaya variabel dalam penelitian ini adalah biaya obat-obatan, bahan habis pakai (BHP medis dan non medis), biaya listrik, biaya telepon, biaya air dan biaya perjalanan dinas. Besar biaya variabel masing-masing pusat biaya diuraikan pada tabel 3 berikut:

Tabel 3. Rekapitulasi biaya variabel (VC) RSUD Kabupaten Muna tahun 2007

No	Pusat Biaya	Biaya (Rp)						Total
		Obat & BHP Medis	BHP non Medis	Listrik	Telepon	Air	Perjalanan Dinas	
1	Kantor	0	62.500.000	623.947	1.312.615	150.197	833.333	65.420.092
2	Apotik	0	17.857.143	1.269.350	0	16.689	0	19.143.182
3	Ins.Gizi	0	637.900.000	3.611.421	0	50.066	0	641.561.487
4	Laundry	0	990.000	386.241	0	22.251	0	1.398.492
5	Kls VIP	2.958.500	8.928.571	10.789.179	0	16.689	277.778	22.970.717
6	Kelas I	3.214.500	8.928.571	1.298.423	583.385	27.814	0	13.469.308
7	Kelas II	3.277.500	13.392.857	808.494	0	22.251	555.556	18.056.658
8	Kelas III	4.412.500	13.392.857	848.414	0	27.814	833.333	19.514.918
Jumlah		13.863.000	763.889.999	64.284.000	1.896.000	56.130.763	2.500.000	801.534.854

Sumber: Data Primer

Pada tabel 3 menunjukkan, bahwa besar biaya variabel tertinggi terdapat pada pusat biaya instalasi gizi sebesar Rp 641.561.487, diikuti oleh kantor sebesar Rp 65.420.092, kelas VIP sebesar Rp 22.970.717, kelas III sebesar Rp 19.514.918, apotik sebesar Rp 19.143.182, kelas II sebesar Rp 18.056.658, kelas I sebesar Rp 13.469.308, dan biaya terendah terdapat pada pusat biaya laundry Rp. 1.398.492.

d. Biaya Total (*Total Cost = TC*)

Biaya total dalam penelitian ini terdiri dari *TC1*, *TC2*, *TC3*, yaitu total biaya yang diperoleh setelah pendistribusian tahap II dengan metode '*double distribution*'. Biaya total pada masing-masing kelas perawatan diuraikan pada tabel 4.

Tabel 4. Distribusi biaya total (*TC*) Instalasi Rawat Inap RSUD kabupaten Muna tahun 2007

No	Kelas Perawatan	TC1 ($TC=FC+SVC+VC$)	TC2 ($TC=SVC+CV$)	TC 3 ($TC=VC$)
1	Kelas VIP	155.904.966	145.259.822	19.774.439
2	Kelas I	212.287.418	197.552.248	10.853.193
3	Kelas II	124.319.661	111.824.856	14.699.602
4	Kelas III	210.736.629	14.699.602	14.669.085

Sumber: Data Primer

Pada tabel 4 terlihat bahwa biaya total tertinggi *TC1* dan *TC1* terdapat pada kelas I, yaitu sebesar Rp 212.287.418 dan Rp 197.552.248, *TC3* terbesar terdapat pada kelas VIP yaitu

Rp 19.774.43. $TC1$ terendah terdapat pada kelas II yaitu Rp 124.319.661, $TC2$ dan $TC3$ terendah terdapat pada kelas III yaitu Rp 14.699.602 dan Rp 14.669.085.

e. Biaya Satuan (*Unit Cost= UC*)

Biaya satuan dalam penelitian ini terdiri dari $UC1$, $UC2$, $UC3$. $UC1$ diperoleh dengan cara membagi $TC1$ dengan *output* pada masing-masing kelas perawatan, demikian pula $UC2$ diperoleh dengan rumus $UC1/output$, dan $UC3$ dengan rumus $TC3/output$. Hasil perhitungan biaya satuan pada masing-masing kelas perawatan diuraikan pada tabel 5.

Tabel 5. Distribusi biaya satuan (UC) Instalasi Rawat Inap RSUD Kabupaten Muna

No	Kelas Perawatan	$UC1$ ($TC1/Output$)	$UC2$ ($TC2/Output$)	$UC3$ ($TC3/Output$)
1	Kelas VIP	178.083	169.248	59.693
2	Kelas I	212.089	202.398	76.554
3	Kelas II	117.538	110.985	41.578
4	Kelas III	103.990	98.599	35.816

Sumber: Data Primer

Pada tabel 5 terlihat bahwa biaya satuan tertinggi untuk $UC1$, $UC2$ dan $UC3$ terdapat pada kelas I sebesar Rp 212.089, Rp 202.398, dan Rp 76.554. Biaya satuan terendah untuk $UC1$, $UC2$ dan $UC3$ terdapat pada kelas III sebesar Rp 103.990, Rp 98.599, dan Rp 35.816.

2. Analisis Kemampuan dan Kemauan Membayar (*ATP* dan *WTP*)

a. Karakteristik Responden

Karakteristik responden meliputi pendidikan, jenis pekerjaan dan jumlah anggota keluarga. Data karakteristik responden diaring dengan kuesioner, hasilnya sebagaimana tercantum pada tabel 6, tabel 7 dan tabel 8 berikut :

1) Pendidikan

Tingkat pendidikan responden masing-masing kelas perawatan bervariasi mulai dari SD hingga yang tamat akademi atau perguruan tinggi.

Tabel 6. Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan dan kelas perawatan pada RSUD Kabupaten Muna, April 2008

Kelas Perawatan	Tingkat Pendidikan								Total	
	SD		SMP		SMA		Perguruan Tinggi			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kelas VIP	0	0	1	25	2	50	1	25	4	100
Kelas I	3	30	0	0	4	40	3	30	10	100
Kelas II	3	16,7	3	16,7	8	44,4	4	22,2	18	100
Kelas III	6	54,5	1	9,1	3	27,3	1	9,1	11	100
Jumlah	12	28	5	11,6	17	39,5	9	21	43	100

Sumber : Data Primer

Tabel 6 menunjukkan bahwa pada kelas VIP terdapat terdapat 2 responden (50%) mempunyai tingkat pendidikan SMA dan hanya 1 responden (25%) yang berpendidikan perguruan tinggi/sarjana. Pada kelas I terdapat responden yang mempunyai tingkat pendidikan SD yaitu 3 responden (30%), SMA yaitu 4 responden (40%) dan perguruan tinggi yaitu 3 responden (30%). Pada kelas II terdapat 3 responden (16,7%) yang berpendidikan SD, SMP 4 responden (16,7%), 8 responden (44,4%) yang berpendidikan SMA, dan perguruan tinggi 4 responden (44,4%).

2) Jenis Pekerjaan

Tabel 7. Distribusi responden berdasarkan jenis pekerjaan dan kelas perawatan pada RSUD Kabupaten Muna, April 2008

Pekerjaan	Kelas VIP		Kelas I		Kelas II		Kelas III		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Petani	0	0	0	0	5	41,7	7	58,3	12	100
Pedagang	1	9,1	5	45,5	5	45,5	0	0	11	100
Wiraswasta	3	50,0	2	33,3	1	16,7	0	0	6	100
Guru bantu	0	0	2	50,0	1	25,0	1	25,0	4	100
Tukang ojek	0	0	0	0	3	50,0	3	50,0	6	100
Nelayan	0	0	1	25,0	3	75,0	0	0	4	100
Jumlah	4	9,3	10	23,2	18	41,8	11	18,6	43	100

Sumber : Data Primer

Dari tabel 7 di atas, terlihat bahwa dari 12 responden yang bekerja sebagai petani paling banyak terdistribusi pada kelas III yaitu 58,3% (7 responden). Yang bekerja sebagai wiraswasta ada 50% (3 responden) di kelas VIP, 33,3% (2 responden) di kelas I dan 16,7% (1 responden) pada kelas II.

3) Jumlah Tanggungan

Tabel 8. Distribusi responden berdasarkan jumlah tanggungan dan kelas perawatan pada RSUD Kabupaten Muna, April 2008

Jumlah Tanggungan	Kelas VIP		Kelas I		Kelas II		Kelas III		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 - 3	0	0	3	23,1	6	46,2	4	30,8	13	100
4 - 6	2	9,1	4	18,2	11	50,0	5	22,7	22	100
7 - 9	2	25	3	37,5	1	12,5	2	25,0	8	100
Jumlah	4	9,3	10	23,2	18	41,9	11	25,6	43	100

Sumber : Data Primer

Pada tabel 8 dapat dilihat, bahwa yang mempunyai jumlah anggota keluarga terbesar antara 7-9 ada 2 keluarga (25%) pada kelas VIP, 3 keluarga (37,5%) pada kelas I, 1 keluarga (12,5%) di kelas II dan 2 keluarga (25%) di kelas III .

b. Tingkat Pendapatan

Karakteristik pendapatan meliputi penghasilan dari pekerjaan pokok dan sampingan dari anggota keluarga. Total pendapatan adalah jumlah seluruh pendapatan didalam rumah atau jumlah

pendapatan seluruh anggota keluarga yang telah bekerja. Distribusi responden terhadap tingkat pendapatan dapat dilihat pada tabel 9 dan tabel 10.

Tabel 9. Distribusi responden menurut penghasilan dan kelas perawatan pada RSUD Kabupaten Muna April 2008

Kelas Perawatan	Total penghasilan pertahun dalam ribuan rupiah (000)								Total	
	3600-17700		17701-31800		31801-45900		49901-60000			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kelas VIP	0	0	0	0	0	0	4	100	4	100
Kelas I	1	10,0	1	10,0	4	40,0	4	40	10	100
Kelas II	8	44,5	7	38,9	2	11,1	1	5,6	18	100
Kelas III	11	100	0	0	0	0	0	0	11	100
Jumlah	13	46,5	8	18,6	6	13,9	9	20,9	43	100

Sumber: Data Primer

Tabel 10. Distribusi responden menurut penghasilan sesuai upah minimum propinsi dan kelas perawatan pada RSUD Kabupaten Muna April 2008

Total penghasilan pertahun dalam Rp (menurut UMP)	Kelas Perawatan								Total	
	Kelas VIP		Kelas I		Kelas II		Kelas III			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
> 7681	4	10,2	10	25,6	18	46,1	7	18,0	39	100
= 7681	0	0	0	0	0	0	4	100	4	100
Jumlah	4	9,3	10	23,2	18	41,8	11	25,5	43	100

Sumber: data Primer

Keterangan Tabel: total penghasilan dalam ribu rupiah (000)

Pada tabel 10 terlihat, bahwa dari 4 responden yang ada di kelas VIP, seluruh keluarga mempunyai penghasilan keluarga berada antara Rp 49.901.000 – Rp 60.000.000 dan seluruh keluarga mempunyai penghasilan di atas Upah Minimum Propinsi

(UMP). Pada kelas I, sebagian besar keluarga (40%) yang mempunyai penghasilan Rp Rp 49.901.000 – Rp 60.000.000 dan ada 1 keluarga (10%) yang mempunyai penghasilan Rp 3.600.000 - Rp 17.700.000. Pada kelas II, terdapat 7 keluarga mempunyai penghasilan keluarga berada pada Rp 17.700.000 – Rp 31.801.000, 8 keluarga (27.8%) mempunyai penghasilan rata-rata Rp 3.600.000 – Rp 17.700.000, 2 keluarga mempunyai penghasilan rata-rata Rp 31.801.000 - Rp 45.900.000 dan 1 keluarga mempunyai penghasilan sebesar Rp 49.901.000 – Rp 60.000.000 . Pada kelas III, semua responden (100%) berpenghasilan antara Rp 3.600.000 – Rp 17.700.000 dan dari 11 responden ada 4 responden yang mempunyai penghasilan keluarga di bawah Upah Minimum Propinsi yaitu = Rp 7.681.000 pertahun.

c. Tingkat Pengeluaran

Pengeluaran dalam penelitian meliputi pengeluaran rumah tangga untuk keperluan makanan, nonmakanan dan pengeluaran yang sifatnya nonesensial.

1) Pengeluaran untuk makanan.

Pengeluaran makanan adalah pengeluaran yang dilakukan oleh responden untuk membeli bahan makanan yang

dibutuhkan sehari-hari, termasuk didalamnya makanan pokok (beras, umbi-umbian), lauk pauk, sayuran dan lain sebagainya.

Data pengeluaran rumah tangga responden untuk keperluan makanan diperoleh dari kuesioner, hasilnya sebagaimana tersebut pada tabel 11.

2) Pengeluaran untuk makanan.

Pengeluaran makanan adalah pengeluaran yang dilakukan oleh responden untuk membeli bahan makanan yang dibutuhkan sehari-hari, termasuk di dalamnya makanan pokok (beras, umbi-umbian), lauk pauk, sayuran dan lain sebagainya.

Data pengeluaran rumah tangga responden untuk keperluan makanan diperoleh dari kuesioner, hasilnya sebagaimana tersebut pada tabel 11.

Tabel 11. Distribusi responden menurut pengeluaran untuk makanan dan kelas perawatan pada RSUD Kabupaten Muna April 2008

Kelas Perawatan	Total pengeluaran pertahun dalam ribuan rupiah / 000)								Total	
	360-670		671-980		981-1290		1291-1600			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kelas VIP	0	0	0	0	0	0	4	100	4	100
Kelas I	0	0	1	10	6	60	3	30	10	100
Kelas II	2	11,1	14	77,7	2	11,2	0	0	18	100
Kelas III	8	72,7	3	27,3	0	0	0	0	11	100
Jumlah	10	23,2	17	39,5	8	18,6	7	16,2	43	100

Sumber: Data Primer

Pada tabel 11 di atas terlihat bahwa seluruh responden di kelas VIP, pengeluaran rumah tangganya antara Rp 1.291.000 – Rp 1.600.000. Pada kelas I, 3 responden (30%) mempunyai pengeluaran rumah tangga terbesar yaitu Rp 1.291.000 – Rp 1.600.000 dan 1 responden (10%) yang mempunyai pengeluaran rumah tangga terendah yaitu Rp 671.000 – Rp 980.000. Pada kelas II, presentase terbesar pengeluaran rumah tangga adalah 77,7% (14 responden) berada antara Rp Rp 671.000 – Rp 980.000. Pada kelas III presentase terbesar 72,7% (8 responden) adalah berada antara Rp 360.000 – Rp 670.000.

3) Pengeluaran non Makanan

Pengeluaran non makanan adalah pengeluaran yang dilakukan oleh responden untuk membeli bahan non makan yang dibutuhkan, termasuk didalamnya perumahan, aneka barang dan jasa, pakaian dan lain sebagainya. Distribusi pengeluaran rumah tangga untuk non makanan dapat dilihat pada tabel 12.

Tabel 12. Distribusi responden menurut pengeluaran untuk nonmakanan dan kelas perawatan pada RSUD Kabupaten Muna April 2008

Kelas Perawatan	Total pengeluaran pertahun (dalam ribuan rupiah / 000)								Total	
	160-557		558-955		956-1352		1353-1750		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Kelas VIP	0	0	1	25,0	2	50,0	1	25,0	4	100
Kelas I	3	30	3	30,0	3	30,0	1	10,0	10	100
Kelas II	12	66,7	4	22,3	1	5,6	1	5,6	18	100
Kelas III	11	100	0	0	0	0	0	0	11	100
Jumlah	26	60,4	7	16,2	6	13,9	3	6,9	43	100

Sumber: Data Primer

Pada tabel 12 di atas terlihat bahwa di kelas VIP, ada 1 rumah tangga (25%) dengan pengeluaran terbesar yaitu Rp 1.353.000 – Rp 1.750.000. Pada kelas I pengeluaran non makanan terbesar yaitu Rp 1.353.000 – Rp 1.750.000 (1 keluarga) dan terendah yaitu Rp 160.000 – Rp 557.000 (3 keluarga). Pada kelas II, persentase terbesar pengeluaran

nonmakanan adalah 66,7% (12 rumah tangga) berada antara Rp 160.000 – Rp 557.000. Pada kelas III seluruh responden (11 rumah tangga) dengan pengeluaran nonmakanan yaitu sebesar Rp 160.000 – Rp 557.000.

- 4) Pengeluaran nonesensial. Karakteristik pengeluaran nonesensial meliputi pengeluaran rumah tangga untuk keperluan pesta/upacara adat, rokok dan alkohol. Hasil distribusi pengeluaran nonesensial dapat dilihat pada tabel 12.

Tabel 13. Distribusi responden menurut pengeluaran untuk nonesensial dan kelas perawatan pada RSUD Kabupaten Muna April 2008

Kelas Perawatan	Total pengeluaran pertahun (dalam ribuan rupiah / 000)								Total	
	77-1287		1288-2497		2498-3707		3708-9417			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kelas VIP	0	0	1	25,0	1	25,0	2	50,0	4	100
Kelas I	2	20,0	4	40,0	4	40,0	0	0	10	100
Kelas II	14	77,8	3	16,7	0	0	0	0	18	100
Kelas III	11	0	0	0	0	0	0	0	11	100
Jumlah	24	65,1	8	18,6	5	11,6	2	4,6	43	100

Sumber: Data Primer

Pada tabel 13 di atas, terlihat bahwa pada kelas VIP, terdapat 2 rumah tangga yang pengeluaran nonesensialnya terbesar yaitu antara Rp 3.708.000 – Rp 4.917.000. Pada kelas I, dari 10 rumah tangga terdapat 4 rumah tangga (40%) yang pengeluaran nonesensialnya terbesar yaitu

antara Rp 2.498.000 – 3.707.000. Pada kelas II, dari 18 rumah tangga terdapat 77,8% (42 rumah tangga) pengeluaran nonesensialnya terpusat antara Rp 77.000 – Rp 1.287.000 dan ada 3 rumah tangga (16,7%) pengeluaran nonesensialnya tertinggi yaitu Rp 1.288.000 - Rp 2.497.000. Pada kelas III, seluruh responden (100%) mempunyai pengeluaran nonesensialnya sebesar Rp 77.000 – Rp 1.287.000.

d. Kemampuan Membayar.

Untuk mengukur *ATP* responden, ada 2 pendekatan yang digunakan. Pertama, *ATP* berdasarkan pengeluaran rumah tangga yang bersifat nonesensial dan kedua, *ATP* berdasarkan 5% dari pengeluaran rumah tangga untuk nonmakanan. Hasil perhitungan *ATP* menurut kedua konsep tersebut ditunjukkan dalam tabel 14 dan tabel 15.

Tabel 14. Distribusi kemauan membayar responden berdasarkan pengeluaran nonesensial rumah tangga dan kelas perawatan pada RSUD Kabupaten Muna April 2008

Kelas Perawatan	Mean	Std. Dev	Minimum	Maximum
Kelas VIP	3.579.250	1.694.466	1.379.000	4.917.000
Kelas I	2.037.60	784.979	387.000	3.000.000
Kelas II	785.390	671.021	171.000	2.190.000
Kelas III	199.550	102.923	77.000	366.000

Sumber: Data Primer

Pada tabel 14 terlihat, bahwa *ATP* di kelas VIP adalah Rp 3.579.250, di kelas I sebesar Rp 2.037.60, di kelas II sebesar Rp 785.390 dan di kelas III sebesar Rp 199.550.

Tabel 15. Distribusi *ATP* responden berdasarkan 5% pengeluaran rumah tangga nonmakanan dan kelas perawatan pada RSUD Kabupaten Muna April 2008

Kelas Perawatan	Mean	Std. Dev	Minimum	Maximum
Kelas VIP	990.000	66.543	927.000	1.071.000
Kelas I	748.500	137.886	558.000	960.000
Kelas II	503.670	95.552	342.000	720.000
Kelas III	377.180	61.101	246.000	480.000

Sumber: Data Primer

Pada tabel 15 dapat dilihat, bahwa *ATP* responden pada kelas VIP rata-rata sebesar Rp 990.000, pada kelas I rata-rata sebesar Rp 748.500, pada kelas II sebesar Rp 503.670 dan pada kelas III sebesar Rp 377.180.

e. *Willingness To Pay*

WTP responden dibedakan atas *WTP* aktual dan *WTP* normatif. *WTP* aktual dihitung berdasarkan jumlah pengeluaran rumah tangga untuk keperluan kesehatan. *WTP* normatif diketahui dengan menanyakan jumlah yang bersedia dibayarkan oleh responden/keluarga sesuai persepsi mereka mengenai pelayanan kesehatan yang diterimanya. Hasil perhitungan *WTP* aktual dan *WTP* normatif ditunjukkan dalam tabel 16 dan tabel 17.

Tabel 16. Distribusi responden berdasarkan *WTP* aktual rumah tangga nonmakanan dan kelas perawatan pada RSUD Kabupaten Muna April 2008

Kelas Perawatan	Mean	Std. Dev	Minimum	Maximum
Kelas VIP	515.500	270.000	180.000	840.000
Kelas I	504.900	297.074	54.000	800.000
Kelas II	210.610	192.081	18.000	700.000
Kelas III	124.270	121.418	12.000	350.000

Sumber: Data Primer

Pada tabel 16 diketahui, bahwa *WTP* aktual responden di kelas VIP rata-rata sebesar Rp 515.500, di kelas I rata-rata Rp 504.900, di kelas II sebesar Rp 210.610 dan di kelas III sebesar Rp 124.270.

Tabel 17. Distribusi responden berdasarkan *WTP* normatif rumah tangga nonmakanan dan kelas perawatan pada RSUD Kabupaten Muna April 2008

Kelas Perawatan	Mean	Std. Dev	Minimum	Maximum
Kelas VIP	65.000	5.774	60.000	70.000
Kelas I	35.600	19.828	20.000	75.000
Kelas II	12.110	7.709	5.000	30.000
Kelas III	5.910	1.800	4.000	10.000

Sumber: Data Primer

Pada tabel 17 terlihat, bahwa *WTP* normatif responden di kelas VIP rata-rata sebesar Rp 65.000., di kelas I sebesar Rp 35.600, di kelas II sebesar Rp 12.110 dan di kelas III sebesar Rp 5.910.

f. Persepsi Responden Terhadap Biaya Perawatan (tarif) yang Berlaku.

Persepsi responden mengenai tarif rawat inap per hari diperoleh dengan menggunakan kuesioner, hasilnya tersebut pada tabel 17.

Tabel 18. Distribusi responden menurut persepsi terhadap tarif yang berlaku pada kelas perawatan RSUD Kabupaten Muna April 2008

Kelas Perawatan (tarif Perda)	persepsi									
	Murah		Sesuai		Mahal		Sangat Mahal		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kelas VIP (60.000)	3	75,0	1	25,0	0	0	0	0	4	100
Kelas I (27.000)	4	40,0	5	50,0	1	10,0	0	0	10	100
Kelas II (18.000)	5	27,8	8	44,4	3	16,7	2	11,1	18	100
Kelas III (6.000)	2	18,2	1	9,1	4	36,4	4	36,4	11	100
Jumlah	14	32,6	15	34,8	8	18,6	6	14	43	100

Sumber : Data Primer

Pada tabel 18 terlihat, bahwa persepsi responden mengenai tarif yang berlaku di kelas VIP sebagian besar (75,0%) menilai bahwa tarif Rp 65.000 per hari murah dan terjangkau, persepsi yang sama dikemukakan oleh 40,0% responden di kelas I bahwa tarif Rp 27.000 per hari cukup murah dan sudah sesuai dengan pelayanan yang diterimanya dan pada kelas III ada 5 responden (27,8%) yang menyatakan hal yang sama bahwa tarif Rp 18.000 per hari adalah murah. Persepsi yang dikemukakan

oleh responden di kelas III (36,4%), menyatakan bahwa tariff Rp 6.000 dianggap mahal dan sangat mahal.

g. Hubungan Antara ATP dengan WTP Responden

Untuk mengukur hubungan antara ATP dengan WTP responden digunakan uji korelasi *product moment* dan *pearson*. Hasil uji korelasi ditunjukkan dalam tabel 19.

Tabel 19. Hasil analisis korelasi *product moment* dan *pearson* antara ATP (berdasarkan pengeluaran nonesensial) dan WTP terspoden menurut kelas perawatan pada RSUD Kabupaten Muna

Kelas Perawatan	ATP		ATP	
	WTP aktual		WTP normatif	
	Significant (p)	r	Significant (p)	r
Kelas VIP	0,624	0,376	0,703	-0,297
Kelas I	0,182	- 0,459	0,115	0,530
Kelas II	0.052	0,688	0,000	0,758
Kelas III	0,387	0,290	0,047	- 0,607

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel 19 di atas, pada kelas VIP koefisien korelasi antara ATP dengan WTP aktual ($r= 0,376$) dengan $p = 0.624$ termasuk kategori lemah dan tidak berhubungan, sedangkan pada ATP dan WTP normatif terdapat hubungan yang lemah ($r=-0,297$) . Pada kelas I koefisien korelasi ATP dengan WTP aktual sebesar - 0,459 dan ATP dengan WTP normatif sebesar 0,530. Pada kelas II koefisien korelasi ATP dengan WTP

aktual termasuk kategori kuat ($r=0,688$) dengan nilai $p = 0,002$ maka terdapat hubungan yang bermakna antara *ATP* dan *WTP* aktual dan *ATP* dengan *WTP* normatif adalah $0,758$ dengan nilai $p = 0,000$ terdapat hubungan yang bermakna . Pada kelas III koefisien regresi korelasi *ATP* dengan *WTP* aktual sebesar $r= 0,290$ termasuk kategori sangat lemah dan koefisien korelasi *ATP* dengan *WTP* normatif sebesar $r = 0,607$ dan $p = 0,047$ termasuk kategori lemah dan mempunyai hubungan yang bermakna .

Secara keseluruhan dapat disimpulkan, bahwa *WTP* aktual dipengaruhi oleh besarnya *ATP*, tetapi *WTP* normatif tidak dipengaruhi oleh besaran *ATP*.

h. Force To Pay

Untuk mengukur *FTP* responden, diketahui dengan menanyakan kesediaan dan keterpaksaan membayar keluarga/responden sesuai persepsi mereka mengenai biaya pelayanan kesehatan yang diterimanya, hasilnya tercantum pada tabel 20.

Tabel 20. Distribusi responden berdasarkan keterpaksaan membayar terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan dan kelas perawatan pada RSUD Kabupaten Muna April 2008

Kelas Perawatan	Keterpaksaan				Total	
	Ya		Tidak		n	%
	n	%	n	%		
Kelas VIP	0	0	4	100	4	100
Kelas I	2	20,0	8	80	10	100
Kelas II	7	38,9	11	61,1	18	100
Kelas III	9	81,8	3	27,2	11	100
Jumlah	26	60,4	18	41,8	43	100

Sumber : Data Primer

Pada tabel 20 di atas terlihat bahwa dari 4 responden pada kelas VIP (100%) menyatakan tidak terpaksa atas pembayaran untuk pelayanan kesehatan yang diberikan. Pada kelas I terdapat 2 responden/keluarga (20%) yang merasa terpaksa atas biaya selama rawat inap. Pada kelas II sebagian besar (61,1%) responden/keluarga tidak terpaksa dan ada 7 keluarga (38,9%) merasa terpaksa atas biaya perawatan selama rawat inap. Pada kelas III dari 11 keluarga ada 9 keluarga (81,8%) merasa terpaksa atas biaya perawatan selama rawat inap.

3. Analisis Asumsi Tarif Rasional

Asumsi tarif didasarkan pada unit cost ideal (BOR 80%) dengan melihat kemampuan membayar (*ATP*) dan kemauan membayar (*WTP*). Berdasarkan *ATP* dan *WTP* tersebut maka unit

cost yang diambil sebagai dasar asumsi adalah yang mendekati besarnya *ATP* dan *WTP*.

Tabel 21. Hasil perhitungan tarif rasional menurut kelas perawatan pada RSUD Kabupaten Muna April 2008

Kelas Perawatan	LOS (hari)	UC (Rp)	ATP (Rp)	WTP Normatif (Rp)	Asumsi Tarif (Rp)
kelas VIP	8,4	59.693	3.579.250	65.000	68.050
kelas I	8,2	76.554	2.037.60	35.600	55.885
Kelas II	6,5	41.578	785.390	12.110	24.115
Kelas III	7,8	35.816	199.550	5.910	17.550

Sumber: Data Primer

Memperhatikan koefisien regresi (r) antara *ATP* dan *WTP* aktual pada tabel 19, secara umum dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan positif antara *ATP* dan *WTP* aktual, artinya besar *WTP* dipengaruhi oleh besar *ATP*. Berdasarkan korelasi tersebut, maka tarif rasional ditetapkan sesuai *UC*, *ATP* dan *WTP* normatif.

UC rawat inap dihitung melalui analisis biaya dengan metode distribusi ganda tanpa memperhitungkan biaya tetap (*FC*) dan biaya semi variabel (*SVC*). Asumsinya, Rumah Sakit Umum Kabupaten Muna adalah rumah sakit milik pemerintah dimana diberlakukan subsidi untuk biaya tetap (investasi) dan gaji pegawai.

Hasil perhitungan tarif asumsi rasional pada tabel 19 memperlihatkan bahwa tarif kelas MP merupakan tarif tertinggi, yaitu Rp 68.050 per hari rawat, diikuti oleh kelas I sebesar Rp 55.885/hari

rawat, kelas II sebesar Rp 24.115/hari rawat dan kelas III sebesar Rp 17.550 per hari rawat.

4. Penerapan Tarif Subsidi Silang

Yang dimaksud dengan subsidi silang yang terjadi antara kelas perawatan khusus pasien umum pada unit rawat inap, dimana kelas perawatan yang memperoleh keuntungan (kelas VIP, Kelas I dan Kelas II) memberikan subsidi kepada kelas perawatan yang merugi (kelas III).

Tabel 22. Perbandingan Total Pendapatan Asli Berdasarkan Jumlah Hari Perawatan Pasien Umum Dengan Pengeluaran RSUD Kabupaten Muna

Kelas Perawatan	Tarif PERDA (Rp)	Unit Cost Riil (Rp)	Pengeluaran Biaya Perawatan (Rp)		
			Total Pendapatan Asli (Rp)	Total Pengeluaran (Rp)	Revenue Balance
Kelas VIP	60.000	59.693	19.500.000	19.400.225	99.775
Kelas I	27.000	76.554	24.921.000	70.659.342	- 45.738.342
Kelas II	18.000	41.578	13.482.000	31.141.922	-17.659.922
Kelas III	6000	35.816	5.430.000	32.413.480	- 26.983.480
Jumlah			63.333.000	153614969	90481519

Sumber: Data Primer

Keterangan: Unit Cost Riil berdasarkan Total Cost III= VC

Berdasarkan tabel 22 menunjukkan bahwa hanya kelas VIP yang tidak mengalami defisit sedangkan kelas I, kelas II dan kelas III semua mengalami defisit. Jumlah defisit bervariasi dari yang terendah pada kelas II yaitu Rp 17.659.922 sampai yang terbanyak yaitu pada

kelas I yaitu Rp - 45.738.342, dengan total defisit Rp 90.381.744, bila dibandingkan dengan penerimaan total rumah sakit khusus pasien umum.

B. Pembahasan

1. Analisis Biaya Satuan

a. Biaya Tetap (*Fixed Cost = FC*).

Sebagai sebuah institusi pelayanan publik rumah sakit apalagi milik pemerintah haruslah senantiasa memikirkan kesnambungan kegiatannya melalui pengelolaan pembiayaan yang ekonomis. Oleh karena itu rumah sakit adalah sebuah institusi yang padat modal, padat karya dan padat teknologi maka tidak mudah bagi setiap orang atau pengusaha untuk masuk dalam industri rumah sakit. Oleh karena itu haruslah mampu menggabungkan kemampuan manajerial dan leadership yang memadai, sedemikian rupa sehingga rumah sakit dapat menjalankan fungsi sosialnya secara harmonis dan fungsi ekonomisnya secara manusiawi. Besarnya investasi yang diperlukan baik tanah maupun gedung sejalan dengan kebutuhan akan tanah hunian/pemukiman diperkotaan mendorong meningkatnya biaya investasi tahunan yang harus dikeluarkan atau harus diperhitungkan oleh manajemen rumah sakit.

Perhitungan biaya tetap merupakan perhitungan dalam waktu satu tahun (*Annualized Investment Cost* = AIC) dengan memperhitungkan harga awal pembelian, masa pakai dan umur barang dengan menggunakan rumus sebagaimana tersebut dalam bab II (tinjauan pustaka).

Hasil penelitian pada tabel 1 menunjukkan, bahwa pusat biaya tetap terbesar berada pada pusat biaya kantor. Hal ini disebabkan karena pusat biaya tersebut memiliki AIC gedung cukup besar, yaitu sebesar Rp 12.560.059. Besarnya AIC ini dipengaruhi oleh luas gedung (432 m²) serta dipengaruhi oleh AIC alat non medis dan kendaraan terbesar yaitu Rp 16.425.274 dan Rp 2.505.964. Laundry merupakan pusat biaya yang mempunyai biaya tetap terendah (Rp 3.620.458). Rendahnya biaya tetap tersebut karena pusat biaya ini mempunyai AIC gedung dan kendaraan yang rendah, apalagi pada pusat biaya ini tidak terdapat alat medis. Pada tabel 1 menunjukkan bahwa dari seluruh kelas perawatan, kelas III memiliki biaya infestasi tahunan paling besar dari total biaya investasi tahunan di ruang rawat inap RSUD Kabupaten Muna yang pada akhirnya akan berpengaruh pada perhitungan biaya satuan di rawat inap kelas III, oleh karena menjadi komponen biaya satuan. Demikian pula dengan semakin meningkatnya biaya investasi alat kesehatan dari

tahun ke tahun disertai inflasi biaya kesehatan sebesar rata-rata 10% per tahun turut berpengaruh pada sektor pembiayaan kesehatan. Dapatlah dengan mudah dipahami bahwa untuk dapat meningkatkan kualitas layanan kepada pasien/masyarakat, diperlukan dukungan peralatan medis yang memadai pada saat bersamaan pihak manajemen rumah sakit swasta. Akan tetapi investasi pada peralatan medis haruslah diawali dengan analisis biaya manfaat (*cost benefit analysis*) sehingga tidak terjadi *under utilization* pada alat tersebut yang pada akhirnya membebani biaya tahunan rumah sakit baik biaya investasi tahunan, maupun biaya pemeliharaan yang pada gilirannya berpengaruh pada analisis biaya satuan.

b. Biaya Semi Variabel (*Semi Variable Cost = SVC*)

Sebagaimana dikemukakan bahwa sebagai sebuah institusi yang padat karya rumah sakit tidak bisa melepaskan diri dari kemungkinan kelebihan beban (*over loading*) dari setiap ruang layanan.

Hasil penelitian pada tabel 2 diperoleh informasi, bahwa biaya gaji merupakan komponen terbesar dalam biaya semi variabel. Biaya gaji tersebut selain berupa gaji bulanan (*THP*), juga berupa insentif yang berasal dari Pemerintah Kabupaten Muna, seperti tunjangan khusus bagi tenaga dokter dan dana

kesejahteraan yang diperuntukkan kepada semua pegawai, serta honorium bagi pegawai yang mengelola proyek atau program tertentu.

Pada tabel 2 dapat pula dilihat, bahwa pusat biaya menggunakan biaya semi variabel terbesar adalah kantor. Hal ini disebabkan oleh besarnya jumlah biaya gaji pegawai, yaitu Rp 575.383.289 atau 40% dari total biaya gaji. Besar biaya gaji pada pusat biaya ini dipengaruhi oleh jumlah pegawai yang ada dengan presentase kerja rata-rata 100%. Selain kantor, pusat biaya kelas VIP mempunyai biaya semi variabel yang tergolong besar, yaitu Rp 187.992.307 .

Pusat biaya yang mempunyai biaya semi variabel terendah adalah laundry, yaitu sebesar Rp 26.815.416. Hal ini disebabkan oleh bukan saja kecilnya komponen biaya gaji dan pemeliharaan gedung, tetapi juga pada pusat biaya laundry tidak terdapat pemeliharaan alat medis.

c. Biaya Variabel (*Variable Cost* = *VC*)

Penggunaan bahan pakai habis medis dan non medis merupakan konsekuensi logis dari aktivitas rumah sakit yang memproduksi jasa layanan kesehatan dimana penggunaan terutama bahan habis pakai medis menjadi mutlak baik di ruang rawat inap. Besarnya nilai biaya bahan habis pakai medis di ruang

perawatan kelas III yaitu Rp 4.412.500, menyebabkan besarnya kontribusi komponen biaya bahan habis pakai medis terhadap perhitungan biaya satuan di unit rawat inap kelas III. Seperti lazimnya institusi publik lainnya milik pemerintah di rumah sakit seringkali terjadi *mark up* terhadap harga obat sehingga biaya satuan yang dihitung menjadi tidak sepenuhnya murni, disamping kemudian *mark up* yang dilakukan tadi pada akhirnya akan ditanggung oleh konsumen (*shift to consumer*) berupa kenaikan harga obat yang justru lebih banyak menimpa masyarakat yang tergolong tidak mampu.

Berdasarkan hasil penelitian yang diuraikan pada tabel 3, biaya variabel terbesar terdapat pada pusat biaya instalasi gizi yaitu sebesar Rp 641.561.487. Hal ini disebabkan oleh tingginya biaya BHP non medis pada pusat biaya ini, sebesar Rp 637.900.000. Tingginya biaya BHP non medis pada pusat biaya instalasi gizi sangat dimungkinkan karena adanya biaya bahan makanan untuk pasien yang didistribusikan ke pusat biaya produksi.

Pusat biaya yang mempunyai biaya variabel yang tergolong besar adalah kantor, yaitu sebesar Rp 65.420.092. Besarnya biaya tersebut disebabkan oleh BHP non medis pada pusat biaya ini tinggi yaitu Rp 62.500.000. Biaya variabel terbesar berikutnya

adalah kelas VIP, yaitu sebesar Rp 22.970.717. Besarnya biaya ini disebabkan oleh tingginya biaya BHP non medis sebesar Rp 8.928.571 dan juga disebabkan oleh tingginya BHP listrik (Rp 10.789.179), hal ini disebabkan banyaknya peralatan elektronik yang digunakan di unit kelas VIP di banding dengan ruang inap lainnya.

Biaya variabel terendah terdapat pada pusat biaya laundry, yaitu hanya sebesar Rp 1.398.492. Rendahnya biaya variabel pada pusat biaya ini selain karena tidak terdapat biaya obat-obatan dan BHP medis, juga pengeluaran untuk BHP non medis terendah yaitu sebesar Rp 990.000.

d. Biaya Total ($Total Cost = TC$)

Besaran nilai biaya total dan jumlah *output* layanan di ruang rawat inap akan sangat berpengaruh pada perhitungan biaya satuan. Biaya total setelah distribusi ganda dibagi dengan jumlah *output* berupa jumlah hari rawat di ruang rawat inap akan menghasilkan biaya satuan masing-masing kelas perawatan. Semakin besar biaya total yang ditentukan oleh komponen-komponennya, ditunjang oleh *output* yang kecil akan menyebabkan biaya satuan yang besar. Sebaliknya sebuah unit yang biaya totalnya kecil akan tetapi *output*nya besar maka akan menghasilkan biaya satuan yang kecil. Dengan cara berpikir

demikian seyogyanya para manajer di rumah sakit senantiasa mengupayakan efisiensi biaya sehingga biaya total menjadi kecil dalam pengertian efisien, pada saat yang sama berupaya meningkatkan jumlah cakupan layanan khususnya di unit rawat inap, tentu dengan tidak mengabaikan mutu pelayanan yang eadequate dengan pertimbangan kemanusiaan yang berkeadilan.

Hasil penelitian yang tercantum pada tabel 4 diketahui bahwa biaya total terbesar berdasarkan distribusi ganda tahap II untuk $TC1$ dan $TC2$ terdapat pada kelas I dan $TC3$ terdapat pada kelas VIP. Tingginya biaya total di pusat biaya ini disebabkan oleh tingginya biaya infestasi (*Fixed Cost*), termasuk biaya pemeliharaan gedung, kendaraan, alat medis dan non medis. Hal ini juga disebabkan karena tingginya biaya operasional tetap dan tidak tetap. Biaya terendah $TC1$ terdapat pada kelas I, $TC2$ pada kelas III dan $TC3$ pada kelas I Hal ini disebabkan oleh karena rendahnya biaya infestasi (*Fixed Cost*) pemeliharaan kendaraan.

e. Biaya Satuan (*Unit Cost = UC*).

Biaya satuan adalah informasi yang menggambarkan besarnya biaya per pasien. Mengikuti klasifikasi biaya total (TC) yang terdiri dari $TC1$, $TC2$ dan $TC3$, maka biaya satuan (UC) dibedakan pula atas $UC1$, $UC2$ dan $UC3$.

Berdasarkan hasil perhitungan sebagaimana dipaparkan pada tabel 5, *UC1* adalah biaya satuan terbesar yang terdapat pada unit produksi. Tingginya nilai *UC1* dipengaruhi oleh besarnya nilai *TC1*, demikian pula dengan tinggi atau rendahnya nilai *UC2* dan *UC3* dipengaruhi oleh besar atau kecilnya *TC2* dan *TC3*.

Hasil distribusi ganda (lampiran 9) menunjukkan, bahwa *UC1* di kelas I adalah biaya satuan terbesar dibandingkan dengan biaya satuan di pusat biaya produksi lainnya, yaitu sebesar Rp. 212.089, *UC1* di kelas VIP (Rp 178.083) lebih tinggi dari *UC1* di kelas II, yaitu sebesar Rp 117.538, dan *UC1* terkecil terdapat pada kelas III sebesar Rp 103.990. Hal ini disebabkan oleh besar atau kecilnya *TC1*, juga karena besar atau kecilnya jumlah *output* (hari rawat) pada masing-masing pusat biaya produksi (kelas perawatan). Keadaan yang sama terjadi pula untuk *UC2* dan *UC3* pada setiap kelas perawatan. *UC3* merupakan biaya satuan terkecil nilainya, yaitu Rp 59.693 di kelas VIP, Rp 76.554 di kelas I, Rp 41.578 di kelas II dan Rp 35.816 di kelas III. Kecilnya nilai *UC3* tersebut disebabkan oleh kecilnya pula *TC3* yang terdapat pada setiap kelas perawatan. Hal ini dapat dimaklumi karena komponen biaya yang termasuk *TC3* hanya biaya variabel (*VC*) saja.

2. Analisis Kemampuan, Kemauan dan Keterpaksaan Membayar

a. Karakteristik Responden

Berdasarkan tabel distribusi diperoleh informasi mengenai karakteristik pendidikan, pekerjaan dan jumlah tanggungan. Dilihat dari kemampuan akademik, sebagian besar responden telah lulus SLTA (39,5%), dapat mempengaruhi persepsi mereka terhadap pelayanan yang diberikan, sehingga mereka akan cenderung membandingkan antara pelayanan yang diterimanya dengan biaya yang harus dikeluarkan. Jika responden menganggap pelayanan baik dan memuaskan maka mereka akan memiliki kemauan membayar (*willingness to pay*) yang besar, sehingga jika responden/masyarakat ditunjang oleh kemampuan membayar (*ability to pay*) yang besar, maka responden akan bersedia membayar tarif. Namun jika sebaliknya walaupun ATP responden tinggi tetapi menurut persepsi mereka pelayanan yang diberikan tidak sesuai dengan biaya yang harus dikeluarkan maka mereka memiliki kemauan untuk membayar yang kecil. Hal ini menjadi penyebab terdapatnya responden dengan ATP tinggi namun memiliki kemauan membayar (WTP) yang rendah. Dari sudut mata pencaharian terlihat bahwa sebagian besar responden (28,0%) bekerja sebagai petani dan 25,6% bekerja sebagai pedagang, jenis pekerjaan ini sangat mendominasi responden

pada kelas II dan kelas III. Jenis pekerjaan sebagai pedagang terdistribusi pada kelas VIP, kelas I, dan kelas II. Persentase terbesar jumlah anggota atau jumlah tanggungan keluarga berkisar antara 4-6 orang (46,5%) distribusi terbesar terdapat pada kelas II (21,0%) dan jumlah tanggungan antara 1-3 orang (34,9%) distribusi terbesar terdapat pada kelas II (18,6%).

b. Tingkat Pendapatan dan Pengeluaran

Pendapatan dihitung berdasarkan total penghasilan rumah tangga (kepala keluarga dan anggota keluarga) yang diperoleh dari pekerjaan pokok dan tambahan (sampingan), serta pendapatan luar biasa (pada saat tertentu).

Pada tabel 9 bahwa total penghasilan pada masing-masing kelas bervariasi. Pada kelas VIP, seluruh keluarga mempunyai penghasilan keluarga berada antara Rp 52.951.000 – Rp 60.000.000 dan berada di atas Upah Minimum Propinsi (UMP) dengan persentase pekerjaan sebagian besar (3 responden) adalah wiraswasta dan biaya perawatan ditanggung sendiri oleh rumah tangga pasien.

Pada kelas I sebagian besar responden mempunyai penghasilan rumah tangga antara Rp 31.801.000 – Rp 38.850.000 dengan pekerjaan utama sebagai pedagang dan sebagian besar biaya perawatan ditanggung sendiri oleh rumah tangga pasien.

Pada kelas II sebagian besar responden (27,8%) mempunyai penghasilan rumah tangga sebesar Rp 3.600.000 – Rp 10.650.000 per tahun dengan pekerjaan utama sebagai petani dan pedagang namun ada sejumlah pasien biaya perawatannya ditunjang dari bantuan pihak keluarga. Pada kelas III sebagian besar responden (72,7%) mempunyai penghasilan antara Rp 3.600.000 – Rp 10.650.000 per tahun dan dari 11 responden ada 4 responden yang penghasilan keluarganya kurang dari Upah Minimum Propinsi (UMP) dengan pekerjaan utama adalah petani dan ada sejumlah pasien biaya perawatannya mendapat bantuan dari pihak keluarga.

Tingkat pengeluaran yang diperhitungkan meliputi pengeluaran untuk makanan, nonmakanan dan pengeluaran nonesensial rumah tangga. Analisis deskriptif ketiga jenis pengeluaran tersebut menunjukkan besaran yang berbeda pada masing-masing kelas perawatan, makin tinggi pendapatan rumah tangga makin besar pula pengeluarannya.

c. Kemampuan Membayar (ATP)

Kemampuan membayar pasien akan berpengaruh pada aksesibilitasnya terhadap jasa layanan kesehatan. Semakin rendah kemampuan seseorang semakin rendah aksesnya terhadap layanan kesehatan. Kemampuan membayar antara lain

juga ditentukan oleh tingkat pendapatan seseorang, semakin besar tingkat pendapatannya semakin besar aksesnya terhadap layanan kesehatan.

Kemampuan membayar dihitung menggunakan dua konsep. Pertama, kemampuan membayar berdasarkan total pengeluaran nonesensial rumah tangga dan kedua kemampuan membayar berdasarkan 5% dari total pengeluaran nonmakanan. Bila dibandingkan kedua konsep tersebut, kemampuan membayar yang diukur berdasarkan 5% pengeluaran nonmakanan ternyata jauh lebih rendah dari kemampuan membayar berdasarkan total pengeluaran nonesensial. Analisis deskriptif menunjukkan bahwa dengan konsep pertama, kemampuan membayar rata-rata di kelas VIP adalah Rp 3.579.250, di kelas I sebesar Rp 2.037.600, di kelas II Rp 785.390 dan di kelas III adalah sebesar Rp 199.550, sedangkan berdasarkan konsep kedua, kemampuan rata-rata membayar di kelas VIP sebesar Rp 990.000, di kelas I sebesar Rp 748.500, di kelas II sebesar Rp 503.670 dan di kelas III sebesar Rp 377.180.

Dalam penelitian ini kemampuan membayar yang digunakan untuk menghitung asumsi tarif rasional adalah berdasarkan total pengeluaran nonesensial rumah tangga. Pertimbangan, bahwa keperluan yang sifatnya nonesensial selain

merupakan kebutuhan sekunder dan tersier, juga dalam komponen nonesensial terdapat pengeluaran yang sifatnya destruktif bagi kesehatan, seperti rokok dan minuman beralkohol. Secara umum dapat disebutkan, bahwa pengeluaran rumah tangga yang bersifat destruktif ini justru lebih besar dari pada pengeluaran untuk kesehatan.

d. Kemauan Membayar (WTP)

Sangat disadari bahwa mengukur kemauan membayar (WTP) pasien pada unit rawat inap memiliki tingkat subyektivitas yang cukup tinggi, oleh karena pada saat melakukan wawancara sangat dipengaruhi oleh kondisi baik waktu maupun suasana.

Kemauan membayar terdiri dari kemauan membayar aktual dan kemauan membayar normative. Kemauan membayar aktual diukur dari pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan, kemauan membayar normatif adalah jumlah biaya yang bersedia dibayarkan sesuai persepsi tersponden mengenai kondisi pelayanan pada instalasi rawat inap RSUD Kabupaten Muna.

Analisis deskriptif menunjukkan, bahwa kemauan membayar aktual jauh lebih rendah dibandingkan dengan kemampuan membayar rumah tangga. Pada kelas VIP, dengan kemauan membayar aktual sebesar Rp 515.500 dan rata-rata hari rawat (LOS) 7 hari, mereka mampu membayar Rp 73.642 per hari

rawat dengan asumsi frekuensi rawat hanya satu kali dalam setahun. Jika frekuensi hari rawat dua kali per tahun, berarti mereka hanya mampu membayar Rp 36.821 per hari rawat. Rendahnya kemauan membayar aktual ini karena sebagian besar anggota keluarga responden tidak mengalami perawatan di instalasi rawat inap dalam 1 tahun terakhir, karena itu besaran kemauan membayar aktual tidak dijadikan dasar perhitungan tarif rawat inap. Namun demikian, analisis korelasi menunjukkan bahwa makin besar pendapatan rumah tangga pasien, makin besar pula pengeluaran untuk biaya kesehatan (*WTP* aktual).

Pada fenomena lain dari penelitian ini menjelaskan bahwa jika dipandang dari perbedaan pasien menurut kelompok penghasilannya tampak bahwa terdapat inkonsistensi kaitan antara antara besarnya kemauan membayar (*WTP*) dengan besarnya pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan. Pada keluarga yang pengeluarannya besar tidak selalu *WTP*nya besar. Sifat komoditas layanan kesehatan yang inelastic, menjelaskan hubungan *WTP* yang inkonsisten dengan pengeluaran rumah tangga. Sifat komoditas layanan kesehatan yang dapat dikategorikan sebagai barang pimer, memungkinkan seseorang untuk terus menerus berupaya memenuhi kebutuhannya akan layanan kesehatan, berapapun biaya yang harus dikeluarkannya.

Kemauan membayar normatif terkait dengan penilaian responden di kelas VIP, kelas I dan kelas II. Sebagian besar menyatakan “tidak puas” terhadap pelayanan yang diberikan. Alasan yang sering dikemukakan oleh responden yang merasa tidak puas dengan pelayanan petugas tidak segera datang saat dibutuhkan dan fasilitas yang kurang memadai (air kurang lancar).

Penilaian responden tentang kepuasan pelayanan mempengaruhi persepsi mereka mengenai tarif yang berlaku. Persentase terbesar responden yang menganggap bahwa tarif rawat inap termasuk ‘mahal’ berada di kelas II (16,7%) dan sangat mahal (11,1%), di kelas III yang mengatakan mahal (36,4%) dan sangat mahal (36,4%). Persentase terbesar yang menganggap bahwa tarif yang berlaku relatif ‘sesuai’ dengan kondisi aktual pelayanan, terdapat pada kelas VIP (25%) dan yang menganggap murah sebesar 75%, di kelas I yang menganggap bahwa tarif yang berlaku terbilang ‘murah’ sebesar 40% dan yang menganggap ‘sesuai’ sebesar 50%.

Apabila pelayanan dapat ditingkatkan terdapat sejumlah responden bersedia membayar di atas tarif yang berlaku, namun ada pula responden yang tetap ingin membayar di bawah tarif tersebut. Sesuai analisis deskriptif, per hari rawat responden bersedia membayar biaya perawatan sebesar rata-rata Rp 65.000

di kelas VIP, Rp 35.000 di kelas I. Sebaliknya, walaupun ada responden di kelas II dan kelas III yang bersedia membayar di atas tarif yang berlaku, tetapi karena jumlahnya relatif kecil dibandingkan dengan responden yang hanya mau membayar sesuai tarif maupun dibawah tarif, menyebabkan nilai rata-rata kemauan membayar normatif di kelas II lebih rendah dari tarif yang berlaku, yaitu Rp 12.110 dan di kelas III sebesar Rp 5.910.

e. Keterpaksaan Membayar

Keterpaksaan membayar rumah tangga pasien terdiri dari kesediaan membayar dan keterpaksaan membayar atas biaya selama perawatan rawat inap.

Hasil penelitian yang tercantum pada tabel 19 diketahui bahwa seluruh rumah tangga pasien di kelas VIP merasa tidak terpaksa atas biaya selama perawatan. Responden mampu membayar biaya perawatan, hal ini disebabkan penghasilan rumah tangga pasien semua berpenghasilan antara Rp 52.950.000 – Rp 60.000.000 per tahun dan sebagian besar responden mempunyai persepsi bahwa tarif yang berlaku murah dan sesuai dengan pelayanan yang di dapatkan. Sedangkan pada kelas III sebagian besar (81,8%) rumah tangga merasa terpaksa melakukan pembayaran, hal ini di pengaruhi oleh

penghasilan rumah tangga pada kelas perawatan ini sangat rendah dibandingkan dengan penghasilan rumah tangga kelas perawatan lainnya dan persepsi responden terhadap tarif yang berlaku adalah mahal (36,4%) dan sangat mahal (36,5).

3. Analisis Asumsi Tarif Rasional

Asumsi tarif rasional ditetapkan atas dasar biaya satuan, kemampuan dan kemauan membayar pasien. Tanpa mengabaikan biaya tetap (FC) dan biaya semi variabel (SVC), biaya satuan yang digunakan untuk menghitung tarif rasional adalah biaya satuan hasil distribusi ganda berdasarkan rumus III ($TC = VC$). Asumsinya, biaya investasi (FC) dan biaya gaji pegawai (SVC) disubsidi dari pemerintah. Untuk mendapatkan tarif rasional, kemampuan membayar rumah tangga dalam 1 tahun dikonversi menjadi kemampuan membayar dalam 1 bulan. Asumsinya, kebutuhan pelayanan kesehatan tidak bisa dipastikan waktunya (*uncertainly*). Bila dalam 1 bulan terdapat anggota keluarga yang memerlukan perawatan 68 hari, dapat diperkirakan ATP per hari rawat

4. Penerapan Subsidi Silang

Yang dimaksud dengan subsidi silang yang terjadi antara kelas perawatan pada unit rawat inap, dimana kelas perawatan yang

memperoleh keuntungan memberikan subsidi kepada kelas perawatan yang merugi.

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa berdasarkan perhitungan *unit cost* pada masing-masing kelas perawatan, hanya kelas VIP yang tidak mengalami defisit, namun tidak mampu menutupi defisit atau memberikan subsidi ke kelas perawatan lain, sehingga subsidi biaya perawatan dari pemerintah mencakup semua kelas perawatan yang mengalami defisit. Subsidi biaya perawatan terbesar pada kelas I yaitu Rp 49.554 dan yang terkecil pada kelas II yaitu Rp 20.177 tiap hari perawatan pasien. Selain itu, dari hasil perbandingan antara total pendapatan dan total pengeluaran rumah sakit (tabel 21) khusus pasien umum, diketahui bahwa hanya kelas VIP yang tidak mengalami defisit, namun keuntungan dari kelas VIP tidak yang dapat digunakan untuk menutupi kerugian yang ada di kelas perawatan lain. Walaupun untuk pasien askeskin yang dirawat di kelas III semua jenis tindakan perawatan gratis dan mendapatkan subsidi dari pemerintah namun masih ada pasien umum yang belum mendapatkan jaminan kesehatan sehingga kelas III masih membutuhkan subsidi antar unit untuk menutupi defisit yang terjadi.

Kesimpulan bahwa subsidi silang antara unit perawatan rawat inap khusus pasien umum di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten

Muna tidak terwujud. Hal ini karena tarif perawatan yang berlaku masih jauh lebih rendah dibandingkan dengan unit cost sebenarnya, disamping proporsi jumlah pasien tiap kelas perawatan yang tidak seimbang. Akibatnya seluruh kelas perawatan di unit rawat inap terutama kelas III selalu menerima tambahan subsidi dari pemerintah.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan atas data yang dikumpulkan, maka dapat disimpulkan :

1. Besar biaya satuan per hari rawat masing-masing kelas perawatan pada instalasi rawat inap RSUD Kabupaten Muna tahun 2007 berdasarkan hasil perhitungan distribusi ganda adalah:
 - a. Berdasarkan rumus I ($TC = FC + SVC + VC$), biaya satuan kelas VIP sebesar Rp 163.805, kelas I sebesar Rp 182.122, kelas II sebesar Rp 86.594 dan kelas III sebesar Rp 83.348.
 - b. Berdasarkan rumus II ($TC = SVC + VC$), biaya satuan kelas VIP sebesar Rp 157.920, kelas I sebesar Rp 124.756, kelas II sebesar 82.992 dan kelas III sebesar Rp 80.368.
 - c. Berdasarkan rumus III ($TC = VC$), biaya satuan kelas VIP sebesar Rp 64.578, kelas I sebesar 82.098, kelas II sebesar Rp 38.177 dan kelas III sebesar Rp 35.466.
2. Besar kemampuan membayar rata-rata rumah tangga pasien rawat inap berdasarkan 5% dari total pengeluaran nonmakanan adalah Rp 990.000 di kelas VIP, Rp 748.500 di kelas I, Rp 503.670 di kelas II dan Rp 377.180 di kelas III. Apabila dihitung dari

total pengeluaran non esensial, maka kemampuan rata-rata pasien di kelas VIP sebesar Rp 3.579.250, kelas I sebesar Rp 2.037.600, di kelas II sebesar Rp 785.390 dan di kelas III sebesar Rp 199.550. Dengan demikian, kemampuan membayar berdasarkan pengeluaran nonesensial lebih potensial mendapatkan *customer surplus* dibandingkan kemampuan membayar yang dihitung berdasarkan 5% dari total pengeluaran nonmakanan.

3. Kemauan membayar (WTP) aktual rata-rata rumah tangga pasien jauh lebih rendah dari kemampuan membayar. Namun, analisis korelasi menunjukkan bahwa makin besar kemampuan membayar makin besar pula kemauan membayar aktual.
4. Kemauan membayar (WTP) normatif rata-rata rumah tangga pasien di kelas VP, dan kelas I, lebih besar dari tarif yang berlaku, akan tetapi kemauan membayar normatif rata-rata di kelas II dan III berada pada tarif yang berlaku, meskipun pelayanan ditingkatkan.
5. Asumsi tarif rasional masing-masing kelas perawatan sedikit lebih besar dari kemauan membayar normatif, tetapi tidak melampaui kemampuan membayar.
6. RSUD Kab.Muna sudah menerapkan subsidi silang antara kelas perawatan melalui penerapan tarif dan subsidi langsung dari pemerintah, namun karena tarif yang berlaku lebih rendah dari unit

cost sebenarnya, sehingga sebagian besar kelas perawatan mengalami kerugian/defisit sebesar Rp 4.578 sampai Rp 55.098 tiap hari perawatan pasien. Selain itu lama hari perawatan pasien yang tidak seimbang menyebabkan keuntungan yang diharapkan dari unit profit tidak dapat menutupi kerugian yang ada pada unit non profit. Dengan demikian, subsidi silang belum dapat berjalan sebagaimana yang diharapkan.

B. SARAN

Dalam menetapkan tarif Rumah Sakit Daerah Kabupaten Muna harus mempertimbangkan kemampuan (ATP), kemauan membayar (WTP) dan keterpaksaan membayar (FTP) pasien pengguna layanan kesehatan dan berdasarkan analisis *unit cost* serta konsep subsidi silang dari pasien yang mampu kepada pasien yang kurang mampu.

Analisis *unit cost*, *ATP*, *WTP* dan *FTP* ini idealnya berlaku untuk satu tahun kerana biaya operasional dianggarkan dalam satu tahun anggaran, oleh sebab itu disarankan kepada pihak rumah sakit agar setiap tahunnya melaksanakan analisis biaya satuan, *ATP*, *WTP* dan *FTP* sebagai bahan perencanaan, pengawasan dan evaluasi bagi direktur dan pemerintah daerah setempat.

Kemampuan membayar masyarakat pada kelas VIP dan kelas I yang

cukup tinggi merupakan peluang bagi pihak manajemen rumah sakit untuk mempertimbangkan penetapan tarif yang dapat mensubsidi kelas perawatan yang merugi.

Untuk dapat menekan komponen total biaya (*total cost*) maka pihak manajemen rumah sakit perlu melakukan efisiensi terhadap pengeluaran biaya terutama biaya operasional tetap (*semi variabel cost*) dan biaya operasional tidak tetap (*variabel cost*) di RSUD Kabupaten Muna.

Analisis biaya satuan, kemampuan, kemauan dan keterpaksaan membayar pasien untuk tarif rasional seyogyanya dilakukan secara regular sesuai dengan fluktuasi inflasi biaya kesehatan.

Perhitungan elastisitas permintaan perlu dilakukan untuk mengetahui perubahan tingkat utilitas kelas perawatan yang disebabkan oleh perubahan tarif.

Untuk mengurangi beban subsidi dari pemerintah, terutama untuk kelas VIP, kelas I dan kelas II, pihak rumah sakit dapat menerapkan pembayaran Minimal Full unit cost, khususnya bagi pasien yang pembayarannya ditanggung asuransi.

DAFTAR PUSTAKA

- Asuti,S.S. Suparmanto. 1999. Kebijakan Departemen Kesehatan di Bidang Perumasakitan di Indonesia dalam Menghadapi Krisis Ekonomi. *IRSJAM*, Edisi 49.
- Astuti,S.S. Kebijakan Depertemen Kesehatan Mengenai Fungsi Sosial Rumah Sakit, *IRSJAM*. Edisi 50.
- Departemen Kesehatan RI. 1992. *Undang-Undang Republik Indonesia*; No.23 tentang Kesehatan. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 1999 : *Standar Pelayanan Rumah Sakit*. Edisi ke-2 . Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. Jakarta
- Gafni, A. 1991. *The Willingness To Pay for Medical Care Evident from To Developinh Countries*, Press Baltimore Maryland: The John Hopkins University.
- Gani, A. 1992. *Pentarifan Rumah Sakit*. Pelatihan Pelaksanaan Pelayanan Rumah Sakit Unit Swadana di 5 Rumah Sakit Ditjen Yanmed Depkes RI, 3-7 Februari.
- Gani, A. 1994. Pembiayaan Rumah Sakit dan Prospek Perkembangan Asuransi Kesehatan Selama PJPT II. *Majalah Kesehatan masyarakat Indonesia*. Nomor 12.
- Gani, A. 1997. *Analisis Data Susenas untuk Perencanaan Kesehatan Dati II*. Modul Latihan P2KT. Jakarta. Depkes dan FKM UI.
- Hamzah, H.A.2000. *Kemampuan dan Kemauan Membayar Pasien Rawat Inap terhadap Pelayanan Kesehatan di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 1999*. Skirpsi tidak diterbitkan. Makassar; FKM-UNHAS.
- <http://bkksi.or.id/modules.php?name=News&file=article&sid=57>.
- <http://lkpk-indonesia.blogspot.com/2007/10/penerapan-standar-tarif-rumah-sakit.html>

<http://www.indonesia.com/poskup/2006/06/07>.

Ilyas Yaslis. *Kinerja, Teori, Penilaian dan Pelatihan*. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan. FKM-UI. Jakarta.

Jacobalis Syamsi. 1989. *Tentang Biaya-Biaya di Rumah Sakit*, IRSJAM. Jakarta.

Maidin Alimin. 2001. *Analisis Biaya Satuan dan Penyesuaian Tarif Pelayanan Rumah Sakit*. Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan. FKM-UNHAS. Makassar.

Mill,A. dan Gibson,L. 1990. *Ekonomi Kesehatan untuk Negara-negara Sedang Berkembang*. Dian Rakyat. Jakarta.

Mulyadi, S. 2001. *Sistem Perencanaan dan Pengendalian Manajemen dan Sistem Pelipatgandaan Kinerja Perusahaan*. Edisi ke-2. Jakarta.

Mulyadi. 2003. *Activity Based Cost Systems, Sistem Informasi Biaya Untuk Pengurangan Biaya*, UGM. Yogyakarta.

Munawar. 2002. *Rasionalisasi Tarif Rawat Inap Rumah Sakit Melalui Analisis Biaya Satuan, Kemampuan dan Kemauan Membayar Pasien di RSUD Kabupaten Majene*. Tesis. Pascasarjana UNHAS. Makassar.

Najib, M. 1997. *Analisis Biaya dan Penetapan Tarif Rumah Sakit Modul Latihan P2KT*. Jakarta. Depkes dan FKM UI. Jakarta.

Rumah Sakit Umum Majene. 2002. *Laporan Tahunan Tahun 2001*. Majene

Sulistiadi, W. 1998. Pembiayaan dan Tarif Rasional Pelayanan Rumah Sakit. *Majalah Kedokteran Indonesia* Vol-48, Nomor 3.

Sulistiadi, W. 1999. Analisis Kemampuan Membayar Terhadap Tarif Pelayanan Kesehatan Gigi di 3 Propinsi di Indonesia. *MI Kedokteran Gigi FKG USAKTI*.

Thabrany, H. 1999. Reformasi Pembiayaan Kesehatan di Era Desentralisasi. *Manajemen Kedokteran Indonesia*. Vol- 49.

Thabrany, H. 2001. Strategi Pengembangan Asuransi Kesehatan di Era Desentralisasi. *Manajemen Kedokteran Indonesia*. Vol- 51.

Thabrany, H. 2002. Peran Publik Dalam Pembiayaan Kesehatan di Era Desentralisasi. *Manajemen Kedokteran Indonesia*. Vol- 52.

Tjiptoherijanto, P. 1994. *Ekonomi Kesehatan*. PT Rineka Cipta. Jakarta.

Trisnantoro, L. 2005. Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi Dalam Manajemen.

Wijono Dj. 1999. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Teori, Strategi dan Aplikasi. Vol-2. Airlangga University Press. Surabaya.

World Health Organization. 1993. *Evaluasi Perubahan-perubahan Mutakhir dalam Pembiayaan Pelayanan Kesehatan*. Terjemahan oleh Adi Utarini Dwiprahasto. 1993. Yogyakarta.

(www.depkes.go.id)

**Daftar Pertanyaan
ATP, WTP dan FTP Keluarga Terhadap Pelayanan Kesehatan
Di RSUD Kabupaten Muna**

Seluruh jawabab yang anda berikan akan dijaga kerahasiaannya dan hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian.

Hari/Tanggal Wawancara :

II. Identitas Responden

- 1. No. Urut Responden :
- 2. Nama Responden :
- 3. Umur :
- 4. Status :
- 5. Alamat :
- 6. Jenis Kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan
- 7. Pendidikan terakhir :
- 8. Pekerjaan :
 - 1. Petani
 - 2. Pedagang
 - 3. Pensiunan
 - 4. PNS
 - 5. Karyawan Swasta
 - 6. Anggota ABRI/POLRI
 - 7. Pengusaha/Wiraswasta
 - 8. Siswa/ Mahasiswa
 - 9. Lainnya sebutkan: _____

No	Nama	Hub.kel	Jns.Kel (L/P)	Umur (Th)	Pendidikan	Pekerjaan		Penghasilan/Bln (Rp)	
						Pokok	Sampingan	Pokok	Sampingan
1	2	3*	4	5	6*	7	8	9	10

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Keterangan)*

)* Kolom 3 (1) = Kepala Rumah Tangga (6) = Orang tua/mertua
 (2) = Suami/Istri (7) = Keluarga Lain
 (3) = Anak (8) = Pembantu RT
 (4) = Menantu (9) = Lainnya, -----
 (5) = Cucu

)* Kolom 6 (1) = Tidak Sekolah (5) = Tamat SLTA
 (2) = Tidak Tamat SD (6) = Tamat Akademi/Dipl
 (3) = Tamat SD (7) = Tamat S1
 (4) = Tamat SLTP (8) = Tamat S2/S3

III. Ability To Pay (ATP)

Rumus pendapatan rata-rata membayar (Gani A,1990)

$$\text{ATP 1} = \frac{\text{Jumlah rata-rata pendapatan} - \text{jumlah rata-rata pengeluaran}}{\text{Jumlah rata-rata tanggungan}}$$

Susenas 1997: kemampuan membayar sama dengan 5% pengeluaran rumah tangga non makanan.

$$\text{ATP} = 5\% \text{ jumlah pengeluaran non makanan}$$

$$\text{ATP} = \text{jumlah pengeluaran non esensial}$$

A. Penghasilan Rumah Tangga

9. Penghasilan pokok rata-rata perbulan Rp.....
10. Penghasilan tambahan diluar pengasilan pokok Rp.....
11. Dengan demikian, berapa rata-rata pendapatan keluarga dalam

sebulan Rp.....

B. Pengeluaran rata-rata rumah tangga

B. 1. Pengeluaran rata-rata rumah tangga untuk makanan :

Berapa pengeluaran rata-rata rumah tangga/keluarga untuk makan?	Hari Kemarin (Rp)	Minggu Lalu (Rp)	Bulan Lalu (Rp)
(1)	(2)	(3)	(4)
Padi-padian (Beras, Jagung, Tepung Beras, Tepung Jagung, dll)			
Umbi-umbian (Ketela Pohon, Ketela Rambat, Wortel, Kenrang, dll)			
Ikan (Ikan Segar, Ikan diawetkan, Ikan Asin, dll)			
Daging (Sapi / Kambing / Ayam / Abon / Hati/ Babi, dll)			
Susu			
Sayur-sayuran (Bayam, Kangkung, Sawi, Kol, Kacang Panjang, Cabai, Tomat, dll.			
Kacang-kacangan (Kacang tanah / Hijau / Kedelai / Tempe / Toge, dll)			
Buah-buahan (Jeruk, Pisang, Mangga, Pepaya, Apel, Nanas, Semangga, dll)			
Minyak dan Lemak (Minyak Kelapa, Mentega, dll)			
Minuman (Teh, Kopi, Just, Sirup, dll)			
Bumbu-bumbuan (Bawang merah, bawang putih, Garam, Kemiri, Ketumbar, Merica, Terasi, penyedap rasa, dll)			
Konsumsi Lainnya (Kerupuk, Bihun, Indomie, Makaroni, dll)			

Jumlah Pengeluaran Untuk Makan (1)			
---	--	--	--

B. 2. Pengeluaran rata-rata rumah tangga untuk nonmakanan:

Berapa pengeluaran rata-rata rumah tangga/keluarga untuk non makanan?	Sebulan Yang Lalu (Rp)	6 Bulan yang lalu (Rp)	12 Bulan yang lalu (Rp)
(1)	(2)	(3)	(4)
Pendidikan			
Perumahan : - Sewa Rumah - Perbaikan Rumah Barang dan Jasa - Sabun cuci/mandi - Alat Kecantikan - Transportasi - Bacaan (Majalah,Koran, dll) - Benda Pos (Materai, Prangko, dll) - Lainnya _____			
Pakaian, Alas Kaki dan Tutup Kepala - Pakaian (Pakaian jadi/Belum) - Alas Kaki (Sandal, Sepatu, dll) - Tutup Kepala (Topi, Jilbab, dll) - Lainnya _____			
Barang/Peralatan Rumah Tangga : - Alat Rumah Tangga - Alat Dapur - Alat Olah Raga - Alat Hiburan - Perhiasan - Kendaraan (Mobil, Motor, dll) - Payung - Kamera - Lainnya, _____			

Asuransi dan luran : - PBB - Pajak Kendaraan - Pajak TV - Asuransi (Jiwa, Bangunan, Kendaraan, dll) - luran TV Kabel - Lainnya, _____ Jumlah Pengeluaran Non Makanan (2)			
---	--	--	--

B. 2. Pengeluaran rata-rata rumah tangga untuk nonesensial:

Berapa pengeluaran rata-rata rumah tangga/keluarga untuk keperluan yang sifatnya non esensial ? (1)	Sebulan Yang Lalu (Rp) (2)	6 Bulan yang lalu (Rp) (3)	12 Bulan yang lalu (Rp) (4)
Keperluan Pesta dan Upacara : - Perkawinan - Aqiqah - Khitanan - Perayaan Ulang Tahun - Perayaan Hari Raya/Hari Besar Lain - Upacara Adat			
Rokok , Alkohol dan Jajan : - Rokok (Rokok Kretek, Rokok Putih, Tembakau, Cerutu, dll) - Minuman Beralkohol (Bir, Anggur, Tuak, dll) - Jajan			
Hiburan : - Nonton Bioskop - VCD/DVD - Rekreasi - Lainnya, _____			
Jumlah Pengeluaran Non Esensial (3)			

IV. Willingness To Pay (WTP)

WTP aktual = Tarif yang berlaku x jumlah rata-rata hari rawat

WTP normatif = Besar biaya yang ingin dibayar pasien berdasarkan pelayanan kesehatan yang didapat

1. Pernahkah anda/anggota keluarga sakit selama 1 tahun terakhir ...

a. YA

b. TIDAK

1. Jika YA, dimana biasanya anda/anggota keluarga berobat ?

No	Sarana Kesehatan	Tingkat Kunjungan			Keterangan
		Selalu	Sering	Jarang	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1.	Rumah Sakit Pemerintah				Beri tanda (v) bila sarana tersebut dimanfaatkan
2.	Rumah Sakit Swasta				
3.	Puskesmas				
4.	Puskesmas Pembantu (Pustu)				
5.	Klinik Swata				
6.	Praktek Dokter Spesialis				
7.	Praktek Dokter Umum				
8.	Praktek Dokter Gigi				
9.	Praktek Perawat				
10.	Praktek Bidan				
11.	Posyandu				
12.	Dukun/ Tabib/ Sinshe				
13.	Pengobatan Sendiri				

2. Apa alasan utama anda memilih sarana pelayanan kesehatan tersebut?
- a. Jarak Dekat
 b. Transportasi Mudah
 c. Biaya Terjangkau
 d. Pelayanan Memuaskan
 e. Lainnya, _____
3. Dalam 3 (tiga) bulan atau 6 (enam) bulan terakhir, dimana anda membawa anggota keluarga untuk berobat jika sakit ? Sebutkan
4. Dalam satu tahun terakhir berapa kali anda dan keluarga berobat jalan ?

No	Sarana Kesehatan	Frekuensi Kunjungan (Kali)	Biaya/1 (satu) kali kunjungan (Rp)	Keterangan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.	Rumah Sakit Pemerintah	..... Kali		
2.	Rumah Sakit Swasta	..... Kali		
3.	Puskesmas	..... Kali		
4.	Puskesmas Pembantu (Pustu)	..... Kali		
5.	Klinik Swata	..... Kali		
6.	Praktek Dokter Spesialis	..... Kali		
7.	Praktek Dokter Umum	..... Kali		
8.	Praktek Dokter Gigi	..... Kali		
9.	Praktek Perawat	..... Kali		
10.	Praktek Bidan	..... Kali		
11.	Posyandu	..... Kali		
12.	Dukun/ Tabib/ Sinshe	..... Kali		
13.	Pengobatan Sendiri	..... Kali		

5. Sebelum menjalani pelayanan/perawatan, apakah anda mengetahui tarif jenis-jenis pelayanan di rumah sakit ini?

a. **YA** b. **TIDAK**

6. Sebelum menjalani perawatan, apakah anda mengetahui tarif rawat inap di rumah sakit ini?

1. Ya 2. Tidak

7. Sesuai kondisi rumah sakit saat ini, bagaimana menurut anda tentang tarif rawat inap perhari yang ditetapkan pemerintah.

1. Murah 2. Sesuai 3. Mahal
4. Sangat Mahal

8. Menurut anda apakah pelayanan yang diberikan di instalasi rawat inap sudah memuaskan

a. Petugas	1. Ya	2. Tidak
b. Fasilitas/ sarana pelayanan	1. Ya	2. Tidak
c. Obat-obatan	1. Ya	2. Tidak
d. Pemeriksaan kesehatan	1. Ya	2. Tidak

9. Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan, maka tarif rawat inap akan dinaikkan. Apakah anda bersedia membayar bila tarif dinaikkan?

a. Ya b. Tidak

10. Bila menjawab “YA” berapa yang anda mau membayar menurut kelas perawatan, sebutkan:

Kelas VIP Rp.....
Kelas I Rp.
Kelas II Rp.....
Kelas III Rp.....

11. Selain yang ada sekarang, jenis pelayanan dan fasilitas apa saja yang anda inginkan ada di instalasi rawat inap rumah sakit ini.

.....

12. Bila jenis pelayanan dan fasilitas tersebut disediakan, berapa yang anda mau bayar untuk tarif kelas perawatan (akomodasi dan jasa medik) perhari, sebutkan:

- a. Kelas VIP Rp.....
- b. Kelas I Rp.....
- c. Kelas II Rp.....
- d. Kelas III Rp.....

13. Dalam satu tahun terakhir berapa kali anda dan keluarga dirawat inap di rumah sakit ?

No	Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit	Frekuensi Pemanfaatan Rumah Sakit (Kali)	Biaya/1 (satu) kali kunjungan (Rp)
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Kelas VIP Khusus		
2.	Kelas VIP		
3.	Kelas I		
4.	Kelas II		
5.	Kelas III		

V. Force To Pay (FTP)

1. Apakah pengeluaran untuk pelayanan rawat inap tersebut sesuai dengan kemauan anda ?

- a. Ya b. TIDAK

2. Jika tidak, sebutkan alasan anda,

“Sekian dan Terima Kasih”

DAFTAR ISTILAH

1. Actual Cost/Hystorical Cost = Biaya yang sesungguhnya telah dikeluarkan untuk menghasilkan suatu output.
2. Activity Based Costing (ABC) = System akuntansi biaya berbasis aktivitas yang didesain untuk memotivasi personel dalam melakukan pengukuran biaya dalam jangka panjang melalui pengelolaan aktivitas.
3. AIC (*Annualize Investment Cost*) = Nilai biaya investasi satu tahun.
4. Askeskin = Asuransi kesehatan masyarakat miskin
5. ATP (*Apability To Pay*) = Besarnya kemampuan membayar.
6. Biaya normative = Biaya yang diperhitungkan lebih dahulu dan harus dikeluarkan sehubungan dengan produksi jasa.
7. BOR (Bed Occupancy Rate) = Prosentase pemakaian tempat tidur pada suatu satuan waktu tertentu.
8. BTO = *Bed Turn Over*
9. Cost Center = Pusat biaya.
10. Cost Recovery = Pemulihan biaya
11. Cost Item = Jenis biaya
12. Cross Subsidization = Subsidi silang
13. CRR (*Cost Recovery Rate*) = Total rawat inap berdasarkan tarif rasional.

14. Direct Cost = Biaya langsung yaitu biaya yang dikeluarkan oleh unit yang langsung memproduksi output
15. Direct Material Cost = Biaya bahan langsung adalah biaya bahan-bahan langsung yang dipergunakan langsung untuk menghasilkan suatu jasa/pelayanan tertentu.
16. Direct Labour Cost = Biaya tenaga langsung adalah biaya dan tenaga yang terkait langsung dalam proses produksi suatu jasa/output.
17. Demand = Permintaan
18. Expenditure Non-Food = Pengeluaran rumah tangga untuk non makanan.
19. Fixed Cost = Biaya tetap yaitu biaya yang secara relative tidak dipengaruhi oleh besarnya jumlah produksi yang dihasilkan.
20. Going Rate Pricing = Penetapan harga sesuai harga berlaku
21. Health Expenditure = Pengeluaran untuk kesehatan.
22. Indirect Cost = Biaya tidak langsung yaitu biaya yang dikeluarkan oleh unit penunjang yang tidak langsung memproduksi output
23. INPUT = Sejumlah masukan.
24. Investasi Cost (IC) = Biaya infestasi adalah biaya yang kegunaannya dapat berlangsung dalam kurun waktu yang relatif lama.

- 25. Kuratif = Pelayanan pengobatan
- 26. Komprehensif = Bersifat menyeluruh
- 27. LOS = *Length Of Stay*
- 28. Maintenance Cost = Biaya pemeliharaan adalah biaya yang dikeluarkan untuk mempertahankan nilai suatu barang investasi agar terus berproduksi.
- 29. Margin Cost (*MC*) = Biaya marginal adalah biaya yang dikorbankan untuk menghasilkan keuntungan maksimum dari biaya yang dikeluarkan.
- 30. Markup Pricing = Penetapan harga markup
- 31. Multiple Distribution Method = Distribusi biaya dilakukan secara lengkap, yaitu antara sesama unit penunjang, dari unit penunjang ke unit produksi, dan antara sesama unit produksi.
- 32. Metode Distribusi Ganda = Metode ini hampir sama dengan metode distribusi anak tangga, bedanya hanyalah terletak pada cara alokasi biaya yang dilakukan dalam dua tahapan.
- 33. Non Essential Expenditure = Pengeluaran tidak penting.
- 34. Operational Cost = Biaya operasional adalah biaya yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan dalam suatu produksi dalam kurun waktu yang relatif singkat kurang dari satu tahun.

35. Opportunity Cost	= Untuk mencari pelayanan dan kemampuan mendapatkan uang.
36. OUTPUT	= Produk
37. PAY	= (<i>Willingness To Pay</i>) kemauan membayar
38. Perceived Value Pricing	= Penetapan harga berdasarkan nilai yang dipersepsikan.
39. PERDA	= Peraturan daerah.
40. Remote Area	= Daerah-daerah yang terpencil
41. Revenue Center	= Pusat biaya produksi.
42. SACRIFICE	= Biaya pengorbanan.
43. Simple Distribution Method	= Metode Distribusi Sederhana adalah metode yang paling sederhana pelaksanaan perhitungannya.
44. Supply	= Penawaran
45. Sealed Bid Pricing	= Penetapan harga penawaran tertutup.
46. Semi Fixed Cost (<i>SmFC</i>)	= Biaya operasional tetap.
47. Semi Fixed Cost (CFC)	= Biaya operasinal tetap adalah biaya yang jumlah totalnya tidak berubah sesuai dengan perubahan volume kegiatan atau <i>output</i> yang dihasilkan.
48. SK Menkes	= Surat Keputusan Menteri Kesehatan.
49. Step Down Method	= Metode Distribusi Anak Tangga

- adalah distribusi biaya dilakukan secara berturut-turut, mulai dengan unit penunjang yang biayanya terbesar.
50. Target Return Pricing = Penetapan harga berdasarkan sasaran pengembalian.
51. TOI = *Turn Of Interval*
52. Total Cost = Biaya total yaitu jumlah dari biaya tetap dan biaya variabel.
53. Unit Cost = Biaya satuan adalah biaya yang dihitung untuk satu satuan produk pelayanan, diperoleh dengan cara membagi biaya total dengan jumlah output.
54. Value Pricing = Penetapan harga nilai .
55. Variable Cost = Biaya tidak tetap yaitu biaya yang dipengaruhi oleh banyaknya output yang dihasilkan.
56. Variable Cost(*FC*) = Biaya operasional tidak tetap adalah biaya yang jumlah totalnya akan berubah sebanding dengan perubahan volume kegiatan.
57. WHO = *World Health Organization*

Total Penghasilan Pertahun (000)	Kelas Perawatan								Total	
	VIP		Kls I		Kls II		Kls III		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
3600-10650	-	-	-	-	5	27,8				
10651-17700										
17701-24750										
31801-38850										
38851-45900										
45901-52950										
52951-60000										

Total Penghasilan Pertahun (000)	Kelas Perawatan								Total	
	VIP		Kls I		Kls II		Kls III		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
3600-10650	0	0	0	0	5	27,8	8	72,7	13	30,2
10651-17700	0	0	1	10,0	3	16,7	3	27,3	7	16,2
17701-24750	0	0	1	10,0	7	38,9	0	0	8	18,6
31801-38850	0	0	3	30,0	2	11,1	0	0	5	11,6
38851-45900	0	0	1	10,0	1	5,6	0	0	2	4,6
52951-60000	4	100	0	0	0	0	0	0	4	9,3
	4	100	10	100						

Lampiran 9

Analisis ATP, WTP dan FTP kelas VIP

Frequency Table

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SMP	1	25.0	25.0	25.0
	SMA	2	50.0	50.0	75.0
	S1	1	25.0	25.0	100.0
	Total	4	100.0	100.0	

UMUR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	23	1	25.0	25.0	25.0
	38	1	25.0	25.0	50.0
	41	1	25.0	25.0	75.0
	43	1	25.0	25.0	100.0
	Total	4	100.0	100.0	

Jumlah Tanggungan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4-6 orang	2	50.0	50.0	50.0
	7-9 orang	2	50.0	50.0	100.0
	Total	4	100.0	100.0	

Pendapatan Tahunan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	52951-60000	4	100.0	100.0	100.0

ATP Makanan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1291-1445	1	25.0	25.0	25.0
	1446-1600	3	75.0	75.0	100.0
	Total	4	100.0	100.0	

Pendapatan Tahunan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	>7681	4	100.0	100.0	100.0

ATP Non Makanan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	757-955	1	25.0	25.0	25.0
	1353-1551	2	50.0	50.0	75.0
	1552-1750	1	25.0	25.0	100.0
	Total	4	100.0	100.0	

ATP Non Esensial

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1288-1892	1	25.0	25.0	25.0
	3103-3707	1	25.0	25.0	50.0
	4313-4917	2	50.0	50.0	100.0
	Total	4	100.0	100.0	

Persepsi terhadap tarif

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Murah	3	75.0	75.0	75.0
	Sesuai	1	25.0	25.0	100.0
	Total	4	100.0	100.0	

FTP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	4	100.0	100.0	100.0

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
NESENSI1	4	1379	4917	3579.25	1694.466
Pengeluaran 5% non makanan	4	927	1071	990.00	66.543
WTPAK1	4	180	840	515.00	270.000
WTPNOR1	4	60	70	65.00	5.774
Valid N (listwise)	4				

Correlations

Correlations

		NESENSI1	WTPAK1	WTPNOR1
NESENSI1	Pearson Correlation	1	.376	-.297
	Sig. (2-tailed)	.	.624	.703
	N	4	4	4
WTPAK1	Pearson Correlation	.376	1	.021
	Sig. (2-tailed)	.624	.	.979
	N	4	4	4
WTPNOR1	Pearson Correlation	-.297	.021	1
	Sig. (2-tailed)	.703	.979	.
	N	4	4	4

Lampiran 10

Analisis ATP, WTP dan FTP kelas I

Frequency Table

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SD	3	30.0	30.0	30.0
SMA	4	40.0	40.0	70.0
D!/D2/D3	1	10.0	10.0	80.0
S1	2	20.0	20.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

UMUR

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 16	2	20.0	20.0	20.0
24	1	10.0	10.0	30.0
30	1	10.0	10.0	40.0
33	1	10.0	10.0	50.0
38	1	10.0	10.0	60.0
42	1	10.0	10.0	70.0
45	1	10.0	10.0	80.0
65	1	10.0	10.0	90.0
73	1	10.0	10.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Jumlah Tanggungan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1-3 orang	3	30.0	30.0	30.0
4-6 orang	4	40.0	40.0	70.0
7-9 orang	3	30.0	30.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Pendapatan Pertahun

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 10651-17700	1	10.0	10.0	10.0
17701-24750	1	10.0	10.0	20.0
31801-38850	3	30.0	30.0	50.0
38851-54900	1	10.0	10.0	60.0
45901-52900	1	10.0	10.0	70.0
52901-60000	3	30.0	30.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Pendapatan Pertahun

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid >7681	10	100.0	100.0	100.0

ATP Makanan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	826-980	1	10.0	10.0	10.0
	981-1135	3	30.0	30.0	40.0
	1136-1290	3	30.0	30.0	70.0
	1446-1600	3	30.0	30.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

ATP Non Makanan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	359-557	3	30.0	30.0	30.0
	558-756	1	10.0	10.0	40.0
	757-955	2	20.0	20.0	60.0
	956-1153	1	10.0	10.0	70.0
	1154-1352	2	20.0	20.0	90.0
	1353-1551	1	10.0	10.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

ATP Non Esensial

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	77-682	1	10.0	10.0	10.0
	683-1287	1	10.0	10.0	20.0
	1288-1892	1	10.0	10.0	30.0
	1893-2497	3	30.0	30.0	60.0
	2498-3102	4	40.0	40.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

Persepsi terhadap tarif

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Murah	4	40.0	40.0	40.0
	Sesuai	5	50.0	50.0	90.0
	Mahal	1	10.0	10.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

FTP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	8	80.0	80.0	80.0
	tidak	2	20.0	20.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
NESENSI1	10	387	2946	2037.60	784.979
pengeluaran non makanan	10	558	960	748.50	137.886
WTPAK1	10	54	800	405.90	297.074
WTPNOR1	10	20	75	35.60	19.828
Valid N (listwise)	10				

Correlations

Correlations

		NESENSI1	WTPAK1	WTPNOR1
NESENSI1	Pearson Correlation	1	-.459	.530
	Sig. (2-tailed)	.	.182	.115
	N	10	10	10
WTPAK1	Pearson Correlation	-.459	1	-.296
	Sig. (2-tailed)	.182	.	.406
	N	10	10	10
WTPNOR1	Pearson Correlation	.530	-.296	1
	Sig. (2-tailed)	.115	.406	.
	N	10	10	10

Lampiran 11

Analisis ATP, WTP dan FTP kelas II

Frequency Table

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	3	16.7	16.7	16.7
	SMP	3	16.7	16.7	33.3
	SMA	8	44.4	44.4	77.8
	D1/D2/D3	2	11.1	11.1	88.9
	S1	2	11.1	11.1	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

UMUR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	14	1	5.6	5.6	5.6
	15	1	5.6	5.6	11.1
	17	1	5.6	5.6	16.7
	21	1	5.6	5.6	22.2
	24	1	5.6	5.6	27.8
	25	1	5.6	5.6	33.3
	26	1	5.6	5.6	38.9
	32	1	5.6	5.6	44.4
	33	1	5.6	5.6	50.0
	35	1	5.6	5.6	55.6
	38	2	11.1	11.1	66.7
	45	2	11.1	11.1	77.8
	47	2	11.1	11.1	88.9
	50	1	5.6	5.6	94.4
	67	1	5.6	5.6	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

Jumlah Tanggungan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-3 orang	6	33.3	33.3	33.3
	4-6 orang	11	61.1	61.1	94.4
	7-9 orang	1	5.6	5.6	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

Pendapatan Tahunan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	360-10650	5	27.8	27.8	27.8
	10651-17700	3	16.7	16.7	44.4
	17701-24750	7	38.9	38.9	83.3
	31801-38850	2	11.1	11.1	94.4
	38851-45900	1	5.6	5.6	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

Pendapatan Tahunan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	>7681	18	100.0	100.0	100.0

ATP Makanan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	516-670	2	11.1	11.1	11.1
	671-825	6	33.3	33.3	44.4
	826-980	8	44.4	44.4	88.9
	981-1135	1	5.6	5.6	94.4
	1136-1290	1	5.6	5.6	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

ATP Non Makanan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	160-358	3	16.7	16.7	16.7
	359-557	9	50.0	50.0	66.7
	558-756	3	16.7	16.7	83.3
	757-955	1	5.6	5.6	88.9
	1154-1352	1	5.6	5.6	94.4
	1353-1551	1	5.6	5.6	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

ATP Non Esensial

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	77-682	12	66.7	66.7	66.7
	683-1287	2	11.1	11.1	77.8
	1288-1892	3	16.7	16.7	94.4
	1893-2497	1	5.6	5.6	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

Persepsi terhadap tarif

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Murah	5	27.8	27.8	27.8
	Sesuai	8	44.4	44.4	72.2
	Mahal	3	16.7	16.7	88.9
	Sangat Mahal	2	11.1	11.1	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

FTP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	3	16.7	16.7	16.7
	tidak	15	83.3	83.3	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
NESENSI1	18	171	2190	785.39	671.021
Pengeluaran 5% non makanan	18	342	720	503.67	95.552
WTPAK1	18	18	700	201.61	192.081
WTPNOR1	18	5	30	12.11	7.709
Valid N (listwise)	18				

Correlations

Correlations

		NESENSI1	WTPAK1	WTPNOR1
NESENSI1	Pearson Correlation	1	.688**	.758**
	Sig. (2-tailed)	.	.002	.000
	N	18	18	18
WTPAK1	Pearson Correlation	.688**	1	.429
	Sig. (2-tailed)	.002	.	.076
	N	18	18	18
WTPNOR1	Pearson Correlation	.758**	.429	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.076	.
	N	18	18	18

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Lampiran 12

Analisis ATP, WTP dan FTP kelas III

Frequency Table

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	6	54.5	54.5	54.5
	SMP	1	9.1	9.1	63.6
	SMA	3	27.3	27.3	90.9
	D1/D2/D3	1	9.1	9.1	100.0
	Total	11	100.0	100.0	

UMUR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15	1	9.1	9.1	9.1
	27	1	9.1	9.1	18.2
	28	1	9.1	9.1	27.3
	35	1	9.1	9.1	36.4
	42	1	9.1	9.1	45.5
	47	1	9.1	9.1	54.5
	50	1	9.1	9.1	63.6
	55	1	9.1	9.1	72.7
	65	2	18.2	18.2	90.9
	70	1	9.1	9.1	100.0
	Total	11	100.0	100.0	

Jumlah Tanggungan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-3 orang	4	36.4	36.4	36.4
	4-6 orang	5	45.5	45.5	81.8
	7-9 orang	2	18.2	18.2	100.0
	Total	11	100.0	100.0	

Pendapatan Tahunan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3600-10650	8	72.7	72.7	72.7
	10651-17700	3	27.3	27.3	100.0
	Total	11	100.0	100.0	

Pendapatan Tahunan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	>7681	7	63.6	63.6	63.6
	<=7680	4	36.4	36.4	100.0
	Total	11	100.0	100.0	

ATP Makanan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	360-515	1	9.1	9.1	9.1
	516-670	7	63.6	63.6	72.7
	671-825	3	27.3	27.3	100.0
	Total	11	100.0	100.0	

ATP Non Makanan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	160-358	10	90.9	90.9	90.9
	359-557	1	9.1	9.1	100.0
	Total	11	100.0	100.0	

ATP Non Esensial

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	77-682	11	100.0	100.0	100.0

Persepsi terhadap tarif

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Murah	2	18.2	18.2	18.2
	Sesuai	1	9.1	9.1	27.3
	Mahal	4	36.4	36.4	63.6
	Sangat Mahal	4	36.4	36.4	100.0
	Total	11	100.0	100.0	

FTP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	11	100.0	100.0	100.0

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
NESENSI1	11	77	366	199.55	102.923
Pengeluaran 5% non makanan	11	246	480	337.18	61.101
WTPAK1	11	12	350	124.27	121.418
WTPNOR1	11	4	10	5.91	1.800
Valid N (listwise)	11				

Correlations

Correlations

		NESENS1	WTPAK1	WTPNOR1
NESENS1	Pearson Correlation	1	.290	-.607*
	Sig. (2-tailed)	.	.387	.047
	N	11	11	11
WTPAK1	Pearson Correlation	.290	1	-.098
	Sig. (2-tailed)	.387	.	.775
	N	11	11	11
WTPNOR1	Pearson Correlation	-.607*	-.098	1
	Sig. (2-tailed)	.047	.775	.
	N	11	11	11

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Lampiran 10

Analisis ATP, WTP dan FTP kelas VIP

Frequency Table

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SMP	1	25.0	25.0	25.0
	SMA	2	50.0	50.0	75.0
	S1	1	25.0	25.0	100.0
	Total	4	100.0	100.0	

UMUR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	23	1	25.0	25.0	25.0
	38	1	25.0	25.0	50.0
	41	1	25.0	25.0	75.0
	43	1	25.0	25.0	100.0
	Total	4	100.0	100.0	

Jumlah Tanggungan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4-6 orang	2	50.0	50.0	50.0
	7-9 orang	2	50.0	50.0	100.0
	Total	4	100.0	100.0	

Pendapatan Tahunan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	52951-60000	4	100.0	100.0	100.0

ATP Makanan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1291-1445	1	25.0	25.0	25.0
	1446-1600	3	75.0	75.0	100.0
	Total	4	100.0	100.0	

ATP Non Makanan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	757-955	1	25.0	25.0	25.0
	1353-1551	2	50.0	50.0	75.0
	1552-1750	1	25.0	25.0	100.0
	Total	4	100.0	100.0	

ATP Non Esensial

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1288-1892	1	25.0	25.0	25.0
	3103-3707	1	25.0	25.0	50.0
	4313-4917	2	50.0	50.0	100.0
	Total	4	100.0	100.0	

Persepsi terhadap tarif

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Murah	3	75.0	75.0	75.0
	Sesuai	1	25.0	25.0	100.0
	Total	4	100.0	100.0	

FTP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	4	100.0	100.0	100.0

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
NESENSI1	4	1379	4917	3579.25	1694.466
Pengeluaran 5% non makanan	4	27	75	53.83	20.524
WTPAK1	4	180	840	515.00	270.000
WTPNOR1	4	60	70	65.00	5.774
Valid N (listwise)	4				

Correlations

Correlations

		NESENSI1	WTPAK1	WTPNOR1
NESENSI1	Pearson Correlation	1	.376	-.297
	Sig. (2-tailed)	.	.624	.703
	N	4	4	4
WTPAK1	Pearson Correlation	.376	1	.021
	Sig. (2-tailed)	.624	.	.979
	N	4	4	4
WTPNOR1	Pearson Correlation	-.297	.021	1
	Sig. (2-tailed)	.703	.979	.
	N	4	4	4

Lampiran 11

Analisis ATP, WTP dan FTP kelas I

Frequency Table

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	3	30.0	30.0	30.0
	SMA	4	40.0	40.0	70.0
	D1/D2/D3	1	10.0	10.0	80.0
	S1	2	20.0	20.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

UMUR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	16	2	20.0	20.0	20.0
	24	1	10.0	10.0	30.0
	30	1	10.0	10.0	40.0
	33	1	10.0	10.0	50.0
	38	1	10.0	10.0	60.0
	42	1	10.0	10.0	70.0
	45	1	10.0	10.0	80.0
	65	1	10.0	10.0	90.0
	73	1	10.0	10.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

Jumlah Tanggungan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-3 orang	3	30.0	30.0	30.0
	4-6 orang	4	40.0	40.0	70.0
	7-9 orang	3	30.0	30.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

Pendapatan Tahunan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	10651-17700	1	10.0	10.0	10.0
	17701-24750	1	10.0	10.0	20.0
	31801-38850	3	30.0	30.0	50.0
	38851-54900	1	10.0	10.0	60.0
	45901-52900	1	10.0	10.0	70.0
	52901-60000	3	30.0	30.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

ATP Makanan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	826-980	1	10.0	10.0	10.0
	981-1135	3	30.0	30.0	40.0
	1136-1290	3	30.0	30.0	70.0
	1446-1600	3	30.0	30.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

ATP Non Makanan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	359-557	3	30.0	30.0	30.0
	558-756	1	10.0	10.0	40.0
	757-955	2	20.0	20.0	60.0
	956-1153	1	10.0	10.0	70.0
	1154-1352	2	20.0	20.0	90.0
	1353-1551	1	10.0	10.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

ATP Non Esensial

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	77-682	1	10.0	10.0	10.0
	683-1287	1	10.0	10.0	20.0
	1288-1892	1	10.0	10.0	30.0
	1893-2497	3	30.0	30.0	60.0
	2498-3102	4	40.0	40.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

Persepsi terhadap tarif

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Murah	4	40.0	40.0	40.0
	Sesuai	5	50.0	50.0	90.0
	Mahal	1	10.0	10.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

FTP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	8	80.0	80.0	80.0
	tidak	2	20.0	20.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
NESENSI1	10	387	2946	2037.60	784.979
pengeluaran non makanan	10	16	88	43.66	19.199
WTPAK1	10	54	800	405.90	297.074
WTPNOR1	10	20	75	35.60	19.828
Valid N (listwise)	10				

Correlations

Correlations

		NESENSI1	WTPAK1	WTPNOR1
NESENSI1	Pearson Correlation	1	-.459	.530
	Sig. (2-tailed)	.	.182	.115
	N	10	10	10
WTPAK1	Pearson Correlation	-.459	1	-.296
	Sig. (2-tailed)	.182	.	.406
	N	10	10	10
WTPNOR1	Pearson Correlation	.530	-.296	1
	Sig. (2-tailed)	.115	.406	.
	N	10	10	10

Lampiran 12

Analisis ATP, WTP dan FTP kelas II

Frequency Table

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	3	16.7	16.7	16.7
	SMP	3	16.7	16.7	33.3
	SMA	8	44.4	44.4	77.8
	D1/D2/D3	2	11.1	11.1	88.9
	S1	2	11.1	11.1	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

UMUR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	14	1	5.6	5.6	5.6
	15	1	5.6	5.6	11.1
	17	1	5.6	5.6	16.7
	21	1	5.6	5.6	22.2
	24	1	5.6	5.6	27.8
	25	1	5.6	5.6	33.3
	26	1	5.6	5.6	38.9
	32	1	5.6	5.6	44.4
	33	1	5.6	5.6	50.0
	35	1	5.6	5.6	55.6
	38	2	11.1	11.1	66.7
	45	2	11.1	11.1	77.8
	47	2	11.1	11.1	88.9
	50	1	5.6	5.6	94.4
	67	1	5.6	5.6	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

Jumlah Tanggungan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-3 orang	6	33.3	33.3	33.3
	4-6 orang	11	61.1	61.1	94.4
	7-9 orang	1	5.6	5.6	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

Pendapatan Tahunan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	360-10650	5	27.8	27.8	27.8
	10651-17700	3	16.7	16.7	44.4
	17701-24750	7	38.9	38.9	83.3
	31801-38850	2	11.1	11.1	94.4
	38851-45900	1	5.6	5.6	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

ATP Makanan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	516-670	2	11.1	11.1	11.1
	671-825	6	33.3	33.3	44.4
	826-980	8	44.4	44.4	88.9
	981-1135	1	5.6	5.6	94.4
	1136-1290	1	5.6	5.6	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

ATP Non Makanan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	160-358	3	16.7	16.7	16.7
	359-557	9	50.0	50.0	66.7
	558-756	3	16.7	16.7	83.3
	757-955	1	5.6	5.6	88.9
	1154-1352	1	5.6	5.6	94.4
	1353-1551	1	5.6	5.6	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

ATP Non Esensial

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	77-682	12	66.7	66.7	66.7
	683-1287	2	11.1	11.1	77.8
	1288-1892	3	16.7	16.7	94.4
	1893-2497	1	5.6	5.6	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

Persepsi terhadap tarif

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Murah	5	27.8	27.8	27.8
	Sesuai	8	44.4	44.4	72.2
	Mahal	3	16.7	16.7	88.9
	Sangat Mahal	2	11.1	11.1	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

FTP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	3	16.7	16.7	16.7
	tidak	15	83.3	83.3	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
NESENSI1	18	171	2190	785.39	671.021
Pengeluaran 5% non makanan	18	13	46	24.87	10.724
WTPAK1	18	18	700	201.61	192.081
WTPNOR1	18	5	30	12.11	7.709
Valid N (listwise)	18				

Correlations

Correlations

		NESENSI1	WTPAK1	WTPNOR1
NESENSI1	Pearson Correlation	1	.688**	.758**
	Sig. (2-tailed)	.	.002	.000
	N	18	18	18
WTPAK1	Pearson Correlation	.688**	1	.429
	Sig. (2-tailed)	.002	.	.076
	N	18	18	18
WTPNOR1	Pearson Correlation	.758**	.429	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.076	.
	N	18	18	18

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Lampiran 13

Analisis ATP, WTP dan FTP kelas III

Frequency Table

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	6	54.5	54.5	54.5
	SMP	1	9.1	9.1	63.6
	SMA	3	27.3	27.3	90.9
	D!/D2/D3	1	9.1	9.1	100.0
	Total	11	100.0	100.0	

UMUR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15	1	9.1	9.1	9.1
	27	1	9.1	9.1	18.2
	28	1	9.1	9.1	27.3
	35	1	9.1	9.1	36.4
	42	1	9.1	9.1	45.5
	47	1	9.1	9.1	54.5
	50	1	9.1	9.1	63.6
	55	1	9.1	9.1	72.7
	65	2	18.2	18.2	90.9
	70	1	9.1	9.1	100.0
	Total	11	100.0	100.0	

Jumlah Tanggungan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-3 orang	4	36.4	36.4	36.4
	4-6 orang	5	45.5	45.5	81.8
	7-9 orang	2	18.2	18.2	100.0
	Total	11	100.0	100.0	

Pendapatan Pertahun

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3600-10650	8	72.7	72.7	72.7
	10651-17700	3	27.3	27.3	100.0
	Total	11	100.0	100.0	

ATP Makanan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	360-515	1	9.1	9.1	9.1
	516-670	7	63.6	63.6	72.7
	671-825	3	27.3	27.3	100.0
	Total	11	100.0	100.0	

ATP Non Makanan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	160-358	10	90.9	90.9	90.9
	359-557	1	9.1	9.1	100.0
	Total	11	100.0	100.0	

ATP Non Esensial

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	77-682	11	100.0	100.0	100.0

Persepsi terhadap tarif

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Murah	2	18.2	18.2	18.2
	Sesuai	1	9.1	9.1	27.3
	Mahal	4	36.4	36.4	63.6
	Sangat Mahal	4	36.4	36.4	100.0
	Total	11	100.0	100.0	

FTP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	11	100.0	100.0	100.0

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
NESENSI1	11	77	366	199.55	102.923
Pengeluaran 5% non makanan	11	8	20	14.45	5.108
WTPAK1	11	12	350	124.27	121.418
WTPNOR1	11	4	10	5.91	1.800
Valid N (listwise)	11				

Correlations

Correlations

		NESENSI1	WTPAK1	WTPNOR1
NESENSI1	Pearson Correlation	1	.290	-.607*
	Sig. (2-tailed)	.	.387	.047
	N	11	11	11
WTPAK1	Pearson Correlation	.290	1	-.098
	Sig. (2-tailed)	.387	.	.775
	N	11	11	11
WTPNOR1	Pearson Correlation	-.607*	-.098	1
	Sig. (2-tailed)	.047	.775	.
	N	11	11	11

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Daftar Pertanyaan
ATP, WTP dan FTP Keluarga Terhadap Pelayanan Kesehatan
Di RSUD Kabupaten Muna

Seluruh jawabab yang anda berikan akan dijaga kerahasiaannya dan hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian.

Hari/Tanggal Wawancara :

I. Identitas Responden

- 1. No. Urut Responden :
- 2. Nama Responden :
- 3. Umur :
- 4. Status :
- 5. Alamat :
- 6. Jenis Kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan
- 7. Pendidikan terakhir :
- 8. Pekerjaan :
 - 1. Petani
 - 2. Pedagang
 - 3. Pensiunan
 - 4. PNS
 - 5. Karyawan Swasta
 - 6. Anggota ABRI/POLRI
 - 7. Pengusaha/Wiraswasta
 - 8. Siswa/ Mahasiswa
 - 9. Lainnya sebutkan: _____

No	Nama	Hub.kel	Jns.Kel (L/P)	Umur (Th)	Pendidikan	Pekerjaan		Penghasilan/Bln (Rp)	
						Pokok	Sampingan	Pokok	Sampingan
1	2	3*	4	5	6*	7	8	9	10
				S					

Keterangan)*

)* Kolom 3 (1) = Kepala Rumah Tangga (6) = Orang tua/mertua
(2) = Suami/Istri (7) = Keluarga Lain
(3) = Anak (8) = Pembantu RT
(4) = Menantu (9) = Lainnya , -----
(5) = Cucu

)* Kolom 6 (1) = Tidak Sekolah (5) = Tamat SLTA
(2) = Tidak Tamat SD (6) = Tamat Akademi/Dipl
(3) = Tamat SD (7) = Tamat S1
(4) = Tamat SLTP (8) = Tamat S2/S3

II. Ability To Pay (ATP)

Susenas 1997: kemampuan membayar sama dengan 5% pengeluaran rumah tangga non makanan.

ATP = 5% jumlah pengeluaran non makanan

ATP = jumlah pengeluaran non esensial

A. Penghasilan Rumah Tangga

9. Penghasilan pokok rata-rata perbulan Rp.....
10. Penghasilan tambahan diluar pengasilan pokok Rp.....
11. Dengan demikian, berapa rata-rata pendapatan keluarga dalam sebulan Rp.....

B. Pengeluaran rata-rata rumah tangga

B. 1. Pengeluaran rata-rata rumah tangga untuk makanan :

Berapa pengeluaran rata-rata rumah tangga/keluarga untuk makan?	Hari Kemarin (Rp)	Minggu Lalu (Rp)	Bulan Lalu (Rp)
(1)	(2)	(3)	(4)
Padi-padian (Beras, Jagung, Tepung Beras, Tepung Jagung, dll)			
Umbi-umbian (Ketela Pohon, Ketela Rambat, Wortel, Kenrang, dll)			

Ikan (Ikan Segar, Ikan diawetkan, Ikan Asin, dll)			
Daging (Sapi / Kambing / Ayam / Abon / Hati/ Babi, dll)			
Susu			
Sayur-sayuran (Bayam, Kangkung, Sawi, Kol, Kacang Panjang, Cabai, Tomat, dll.			
Kacang-kacangan (Kacang tanah / Hijau / Kedelai / Tempe / Toge, dll)			
Buah-buahan (Jeruk, Pisang, Mangga, Pepaya, Apel, Nanas, Semangga, dll)			
Minyak dan Lemak (Minyak Kelapa, Mentega, dll)			
Minuman (Teh, Kopi, Just, Sirup, dll)			
Bumbu-bumbuan (Bawang merah, bawang putih, Garam, Kemiri, Ketumbar, Merica, Terasi, penyedap rasa, dll)			
Konsumsi Lainnya (Kerupuk, Bihun, Indomie, Makaroni, dll)			
Jumlah Pengeluaran Untuk Makan (1)			

B. 2. Pengeluaran rata-rata rumah tangga untuk nonmakanan:

Berapa pengeluaran rata-rata rumah tangga/keluarga untuk non makanan?	Sebulan Yang Lalu (Rp)	6 Bulan yang lalu (Rp)	12 Bulan yang lalu (Rp)
(1)	(2)	(3)	(4)
Pendidikan			
Perumahan : - Sewa Rumah - Perbaikan Rumah			
Barang dan Jasa - Sabun cuci/mandi - Alat Kecantikan - Transportasi - Bacaan (Majalah, Koran, dll) - Benda Pos (Materai, Prangko, dll) - Lainnya _____			
Pakaian, Alas Kaki dan Tutup Kepala - Pakaian (Pakaian jadi/Belum) - Alas Kaki (Sandal, Sepatu, dll) - Tutup Kepala (Topi, Jilbab, dll) - Lainnya _____			
Barang/Peralatan Rumah Tangga : - Alat Rumah Tangga - Alat Dapur - Alat Olah Raga - Alat Hiburan - Perhiasan - Kendaraan (Mobil, Motor, dll) - Payung - Kamera - Lainnya, _____			
Asuransi dan luran : - PBB - Pajak Kendaraan - Pajak TV - Asuransi (Jiwa, Bangunan, Kendaraan, dll) - luran TV Kabel - Lainnya, _____			
Jumlah Pengeluaran Non Makanan (2)			

B. 2. Pengeluaran rata-rata rumah tangga untuk nonesensial:

Berapa pengeluaran rata-rata rumah tangga/keluarga untuk keperluan yang sifatnya non esensial ?	Sebulan Yang Lalu (Rp)	6 Bulan yang lalu (Rp)	12 Bulan yang lalu (Rp)
(1)	(2)	(3)	(4)
Keperluan Pesta dan Upacara : - Perkawinan - Aqiqah - Khitanan - Perayaan Ulang Tahun - Perayaan Hari Raya/Hari Besar Lain - Upacara Adat			
Rokok, Alkohol dan Jajan : - Rokok (Rokok Kretek, Rokok Putih, Tembakau, Cerutu, dll) - Minuman Beralkohol (Bir, Anggur, Tuak, dll) - Jajan			
Hiburan : - Nonton Bioskop - VCD/DVD - Rekreasi - Lainnya, _____			
Jumlah Pengeluaran Non Esensial (3)			

III. Willingness To Pay (WTP)

WTP aktual = Tarif yang berlaku x jumlah rata-rata hari rawat

WTP normatif = Besar biaya yang ingin dibayar pasien berdasarkan pelayanan kesehatan yang didapat

1. Pernahkah anda/anggota keluarga sakit selama 1 tahun terakhir ...

a. YA

b. TIDAK

2. Jika **YA**, dimana biasanya anda/anggota keluarga berobat ?

No	Sarana Kesehatan	Tingkat Kunjungan		
		Selalu	Sering	Jarang
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.	Rumah Sakit Pemerintah			
2.	Rumah Sakit Swasta			
3.	Puskesmas			
4.	Puskesmas Pembantu (Pustu)			
5.	Klinik Swata			
6.	Praktek Dokter Spesialis			
7.	Praktek Dokter Umum			
8.	Praktek Dokter Gigi			
9.	Praktek Perawat			
10.	Praktek Bidan			
11.	Posyandu			
12.	Dukun/ Tabib/ Sinshe			
13.	Pengobatan Sendiri			

3. Apa alasan utama anda memilih sarana pelayanan kesehatan tersebut?

- a. Jarak Dekat
- b. Transportasi Mudah
- c. Biaya Terjangkau
- d. Pelayanan Memuaskan
- e. Lainnya, _____

4. Dalam 3 (tiga) bulan atau 6 (enam) bulan terakhir, dimana anda membawa anggota keluarga untuk berobat jika sakit ? Sebutkan

No	Sarana Kesehatan	Frekuensi Kunjungan (Kali)	Biaya/1 (satu) kali kunjungan (Rp)	Keterangan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.	Rumah Sakit Pemerintah	..... Kali		
2.	Rumah Sakit Swasta	..... Kali		
3.	Puskesmas	..... Kali		
4.	Puskesmas Pembantu (Pustu)	..... Kali		
5.	Klinik Swata	..... Kali		
6.	Praktek Dokter Spesialis	..... Kali		
7.	Praktek Dokter Umum	..... Kali		
8.	Praktek Dokter Gigi	..... Kali		
9.	Praktek Perawat	..... Kali		
10.	Praktek Bidan	..... Kali		
11.	Posyandu	..... Kali		
12.	Dukun/ Tabib/ Sinshe	..... Kali		
13.	Pengobatan Sendiri	..... Kali		

5. Sebelum menjalani pelayanan/perawatan, apakah anda mengetahui tarif jenis-jenis pelayanan di rumah sakit ini?

a. **YA** b. **TIDAK**

6. Sesuai kondisi rumah sakit saat ini, bagaimana menurut anda tentang tarif rawat inap perhari yang ditetapkan pemerintah.

1. Murah 2. Sesuai 3. Mahal
4. Sangat Mahal

7. Menurut anda apakah pelayanan yang diberikan di instalasi rawat inap sudah memuaskan
- | | | |
|--------------------------------|-------|----------|
| a. Petugas | 1. Ya | 2. Tidak |
| b. Fasilitas/ sarana pelayanan | 1. Ya | 2. Tidak |
| c. Obat-obatan | 1. Ya | 2. Tidak |
| d. Pemeriksaan kesehatan | 1. Ya | 2. Tidak |
8. Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan, maka tarif rawat inap akan dinaikkan. Apakah anda bersedia membayar bila tarif dinaikkan?
- a. Ya b. Tidak
9. Bila menjawab “YA” berapa yang anda mau membayar menurut kelas perawatan, sebutkan:
- Kelas VIP Rp.....
 Kelas I Rp.
 Kelas II Rp.....
 Kelas III Rp.....
10. Selain yang ada sekarang, jenis pelayanan dan fasilitas apa saja yang anda inginkan ada di instalasi rawat inap rumah sakit ini.
-
11. Bila jenis pelayanan dan fasilitas tersebut disediakan, berapa yang anda mau bayar untuk tarif kelas perawatan (akomodasi dan jasa medik) perhari, sebutkan:
- a. Kelas VIP Rp.....
b. Kelas I Rp.....
c. Kelas II Rp.....
d. Kelas III Rp.....
12. Dalam satu tahun terakhir berapa kali anda dan keluarga dirawat inap di rumah sakit ?

No	Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit	Frekuensi Pemanfaatan Rumah Sakit (Kali)	Biaya/1 (satu) kali kunjungan (Rp)
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Kelas VIP Khusus		
2.	Kelas VIP		
3.	Kelas I		
4.	Kelas II		
5.	Kelas III		

IV. Force To Pay (FTP)

1. Apakah pengeluaran untuk pelayanan rawat inap tersebut sesuai dengan kemauan anda ?
 - a. Ya
 - b. TIDAK
2. Jika tidak, sebutkan alasan anda,
3. Siapakah yang menanggung biaya perawatan dan obat-obatan.
 - a) Biaya sendiri
 - b) Sebagian dibantu keluarga
 - c) Seluruhnya dibantu keluarga
 - d) Sebagian dibantu perusahaan
 - e) Seluruhnya dibantu perusahaan
 - f) Lainnya.

“Sekian dan Terima Kasih”