

**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
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	7
C. Tujuan Penelitian .....	8
D. Manfaat Penelitian .....	9
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
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
<b>BAB III KERANGKA KONSEP</b>	
A. Dasar Pemikiran Variabel Yang Diteliti .....	55
B. Kerangka Konseptual Penelitian	
a. Alur Pikir .....	58

b. Kerangka Konsep .....	59
c. Defenisi Operasional.....	60
<b>BAB IV   METODE PENELITIAN</b>	
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
 <b>BAB V   HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Hasil Penelitian .....	70
B. Pembahasan .....	94
 <b>BAB VI   KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
A. Kesimpulan .....	113
B. Saran .....	115

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

<b>Tabel</b>	<b>Halaman</b>
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 = *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 = (*Willingness To Pay* ) 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	= <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.

Bersadarkan 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 ke arah pola penyakit *mix* antara penyakit infeksi dan penyakit kronis-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 pembanding 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](http://www.depkes.go.id)).

## MAPPING TEORI

No	Peneliti	Tahun	Temuan	Sumber
1	Admin	2007	Penerapan Standar Tarif Rumah Sakit akan Diperluas	<a href="http://lkpk-indonesia.blogspot.com/2007/10/penerapan-standar-tarif-rumah-sakit.html">http://lkpk-indonesia.blogspot.com/2007/10/penerapan-standar-tarif-rumah-sakit.html</a>
2	Eko Agus Wibisono	2007	Inovasi Pembiayaan dan Pelayanan Kesehatan DIY	<a href="http://www.lod-diy.or.id/images/stories/Eko-inovasi%20pembiayaan%20dan%20pelayanan.pdf">http://www.lod-diy.or.id/images/stories/Eko-inovasi%20pembiayaan%20dan%20pelayanan.pdf</a>
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	<a href="http://209.85.175.104/search?q=cache:MzEk8fcHiGkJ:eprints.ums.ac.id/148/01/SIGIT_YULIANTO.pdf">http://209.85.175.104/search?q=cache:MzEk8fcHiGkJ:eprints.ums.ac.id/148/01/SIGIT_YULIANTO.pdf</a>
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,