

JASA PELAKSANA PELAYANAN DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH (TEORI DAN PRAKTIS)

Oleh: Henni Djuhaeni

I. LATAR BELAKANG

Masalah Sumberdaya Manusia di rumah Sakit merupakan masalah krusial yang harus segera dicari cara pemecahannya. Ada beberapa alasan prinsip yang harus dipahami yaitu **pertama**, Rumah Sakit merupakan salah satu sistem pelayanan kesehatan dengan organisasi yang unik dan kompleks. Menurut Azwar Sistem pelayanan kesehatan dikatakan baik apabila memenuhi kriteria: ada pelayanannya, dapat diterima dan wajar sesuai kebutuhan klien, bermutu artinya sesuai standar dan memuaskan *stakeholder* terjangkau baik secara geografis maupun keuangan.¹ **Kedua**, Rumah sakit memberikan pelayanan yang sifatnya “*mixed output*” yang baru akan berhasil apabila terjadi kerjasama tim dengan berbagai sumberdaya (*mixed input*), sesuai dengan ciri sektor kesehatan yaitu padat karya serta padat modal. **Ketiga**, kerjasama ini harus terjadi disemua lini dengan berbagai jenis pelaksana pelayanan baik tenaga medis, perawat, penunjang medis, administrasi, tenaga kesehatan lain serta tenaga pelayanan lain termasuk Satuan Pengaman, kebersihan serta *laundry*. Demikian heterogenya tenaga di Rumah Sakit bahkan untuk suatu Rumah Sakit besar sampai lebih dari 80 jenis tenaga dan profesi. Kerjasama tim ini harus diatur sesuai peraturan dan norma yang berlaku. **Keempat**, adanya pro-kontra Rumah Sakit sebagai institusi sosial, dipihak lain Rumah Sakit dituntut untuk mampu memberikan pelayanan optimal bahkan canggih yang memerlukan biaya besar, yang mana pelayanan ini hanya dapat dilakukan oleh tenaga-tenaga professional yang tentu saja harus mendapatkan jasa pelayanan yang layak dan wajar.

Yayasan/ PT sebagai pemilik Rumah Sakit swasta dan Pemerintah Pusat/ Daerah sebagai pemilik Rumah Sakit pemerintah, merupakan penanggung jawab keberhasilan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat serta turut serta dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat didaerahnya. Namun demikian masih ada daerah yang menempatkan Rumah Sakit sebagai kontributor terbesar dalam meningkatkan pendapatan asli daerah (PAD), dipihak lain jasa

pelayanan tidak dibayar dengan wajar, sehingga dapat dipahami apabila ada tenaga professional yang tidak mungkin melakukan kewajibannya karena alasan tidak ada dana untuk transport.

Sebetulnya ada peluang perubahan keadaan ini apabila manajer dan tenaga professional Rumah Sakit mampu meyakinkan para pengambilan keputusan dalam persetujuan tarif yang yang berlaku yaitu Pemerintah Daerah serta Dewan Pimpinan Daerah bahwa, besaran tarif yang diusulkan adalah berdasarkan perhitungan *unit cost* yang matang, valid serta akurat serta mempertimbangkan keinginan (*willingness to pay/ WTP*) dan kemampuan/ daya beli (*ability to pay/ ATP*) masyarakat didaerah. Untuk itu tenaga yang bertanggung jawab di Rumah Sakit harus dibekali dengan pengetahuan tentang biaya (*cost*) dan satuan biaya (*unit cost*) serta mampu melibatkan tenaga professional dalam perhitungan ini.

II. Pengertian

A. Biaya

Agar dapat melakukan perhitungan biaya dengan optimal, perlu diketahui beberapa istilah yang digunakan dalam perhitungan tersebut.

1. Biaya (*cost*) adalah nilai dari sejumlah input yang dipakai untuk menghasilkan suatu produk (output)
2. Cost estimasi adalah suatu proses untuk menentukan *cost behaviour* . Biasanya berdasarkan data histories
3. Cost behaviour adalah hubungan biaya dan aktivitas/produk
4. Cost prediksi adalah dengan menggunakan hasil analisis cost behaviour melakukan peramalan cost untuk aktivitas/produk tertentu

Ada beberapa jenis biaya ditinjau dari beberapa aspek, sebagai berikut:

1. Menurut Fungsinya (Kegunaannya)

- a. **Biaya investasi** adalah biaya yang kegunaannya dapat berlangsung dalam waktu yang relatif lama (> 1 tahun). Contoh: Gedung, Peralatan medis, Peralatan nonmedis, Kendaraan serta Pendidikan

- b. **Biaya operasional** adalah biaya yang kegunaannya diperlukan untuk melaksanakan kegiatan atau mengoperasikan barang investasi dalam proses produksi dan memiliki sifat “habis pakai” dlm kurun waktu singkat (< 1 tahun). Contoh: biaya pegawai, biaya obat, biaya bahan habis pakai medis, biaya bahan habis pakai nonmedis, biaya listrik, telepon, air, biaya perjalanan, biaya makan serta biaya laundry.
- c. **Biaya pemeliharaan** adalah biaya yang diperlukan utk menjaga atau mempertahankan kapasitas barang investasi. Contoh: pemeliharaan gedung, pemeliharaan alat medis, pemeliharaan alat nonmedis serta pemeliharaan kendaraan.

2. Menurut Peranannya Dalam Proses Produksi

- a. **Biaya langsung** yaitu biaya yang digunakan untuk memberikan pelayanan
- b. **Biaya tidak langsung** yaitu biaya yang digunakan secara tidak langsung demi kelancaran pelayanan

3. Menurut Hubungannya Dengan Jumlah Produksi (Cost Behaviour)

- a. **Biaya Tetap (*Fixed Cost*)** yaitu biaya yang secara relatif tidak dipengaruhi oleh jumlah produk yang dihasilkan
- b. **Biaya tidak tetap (*variable cost*)** biaya yang dipengaruhi oleh jumlah produk yang dihasilkan

- 4. a. **Biaya total (*total cost*)** yaitu seluruh biaya yang digunakan untuk pelayanan yaitu :

$$\text{total fixed cost} + \text{total variable cost}$$

- b. **Biaya satuan (*unit cost*)** biaya yang digunakan untuk satu satuan produk pelayanan yaitu :

$$\text{total cost dibagi jumlah produk}$$

Perhitungan biaya

1. Perhitungan dilakukan dengan proses analisis biaya yaitu kegiatan menghitung biaya rumah sakit untuk berbagai jenis pelayanan yang ditawarkan, baik secara total maupun perunit/per pasien
2. Caranya adalah dengan menghitung seluruh biaya pada seluruh unit yang ada di rumah sakit serta mendistribusikan biaya pada unit /pusat biaya ke unit-unit/pusat pendapatan yang nantinya akan dibayar oleh pasien.
3. Metode : **a. distribusi** :
 - simple distribution
 - stepdown distribution
 - double distribution**b. activity based costing**
3. Tujuan analisis biaya adalah untuk mengetahui:
 - gambaran mengenai unit/bagian yang merupakan Pusat Biaya (Cost Center) serta Pusat pendapatan (Revenue Center)
 - gambaran biaya pada unit tersebut. Identifikasi biaya dilakukan untuk seluruh sumber dana seperti APBN, APBD I, APBD II, kegiatan operasional lain yang dibiayai sumber lain seperti: ASKES dll
 - gambaran pendapatan Rumah Sakit, baik bersumber Pemerintah maupun retribusi (revenue)
 - gambaran biaya satuan pelayanan Rumah Sakit
4. Biaya satuan (unit cost), biaya satuan yang diperoleh dari hasil analisis biaya merupakan biaya satuan aktual (riil)
5. Biaya satuan yang mempertimbangkan kapasitas produksi dikenal dengan istilah biaya satuan normatif

$$\text{unit cost} = \frac{\text{total fixed cost}}{\text{kapasitas}} + \frac{\text{total variable cost}}{\text{kuantitas (q)}}, \text{ dimana}$$

- unit cost = unit cost normatif
- total fixed cost = biaya tetap yang diperlukan untuk beroperasi, termasuk didalamnya biaya investasi, gaji, biaya umum (telepon,air,listrik)
- kapasitas = kapasitas pelayanan di unit bersangkutan dalam setahun
- total variable cos = biaya obat/bahan medis,makanan, habis pakai
- kuantitas (q) = jumlah output unit pelayanan di unit yang bersangkutan dalam setahun

Perhitungan contoh kapasitas pelayanan

- Rawat jalan : kapasitas poliklinik = $\frac{\text{jumlah jam kerja selama setahun}}{\text{Waktu yang diperlukan untuk pemeriksaan satu pasien}}$
- Rawat inap : kapasitas rawat inap = jumlah tempat tidur x 365

B. Sistem Pentarifan

1. **Tarif adalah** harga dalam nilai uang yang harus dibayar oleh konsumen untuk memperoleh atau mengkomsumsi suatu komoditi, yaitu barang atau jasa yang di rumah sakit dikemal dengan istilah jasa sarana dan jasa pelayanan.
2. **Komponen tarif** yang terdiri dari:
 - **jasa sarana** yaitu imbalan yang diterima oleh rumah sakit atas pemeliharaan sarana,fasilitas rumah sakit, bahan,obat-obatan, bahan alat kesehatan habis pakai yang digunakan dalam rangka observasi,diagnosis, pengobatan dan rehabilitasi.

- **jasa pelayanan** yaitu imbalan yang diterima oleh pelaksana pelayanan yang diberikan kepada pasien dalam rangka observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan atau pelayanan langsung. pernyataan ini mempunyai makna, bahwa pelaksana pelayanan bukan saja tenaga medis , tetapi juga tenaga keperawatan, tenaga kesehatan lain dan tenaga nonmedis (struktural & fungsional)

3. **Tujuan menentukan tarif** yaitu:

- mempertahankan kelangsungan operasional rumah sakit
- meningkatkan mutu dan pengembangan pelayanan
- menyelenggarakan pelatihan dan pendidikan
- membantu masyarakat tidak mampu
- pemeliharaan dan mengganti asset yang harus diganti
- Peningkatan *Cost Recovery Rate (CRR)*, yaitu nilai dalam persen yang menunjukkan seberapa besar kemampuan Rumah Sakit menutup biayanya (*Cost*) dibandingkan dengan penerimaan dari retribusi pasien (*Revenue*)

Perhitungannya adalah :

$$\text{CRR Total} = \frac{\text{Total revenue}}{\text{Total Cost}} \times 100\%$$

$$\text{CRR per unit} = \frac{\text{Total revenue unit yang bersangkutan}}{\text{Total Cost unit yang bersangkutan}} \times 100\%$$

$$\text{CRR per pasien} = \frac{\text{Tarif unit pelayanan tertentu}}{\text{Unit Cost pelayanan tersebut}} \times 100\%$$

- Peningkatan peran serta masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan daerah

- Subsidi silang, dengan mengetahui *unit cost* dan kemampuan masyarakat, maka Rumah Sakit dapat meningkatkan upaya pemerataan dan keadilan dengan melihat berapa besar subsidi dan siapa yang menikmati subsidi tersebut. Artinya bagi masyarakat yang mampu, maka mereka harus membayar , bagi masyarakat yang miskin , mendapat subsidi
- Optimalisasi pelayanan, melalui tarif yang sesuai, masyarakat akan mencoba untuk mencari pengobatan untuk hal-hal yang memang mereka butuhkan (mengurangi utilisasi).
- Penyesuaian tarif diharapkan juga membawa dampak pada maksimalisasi pelayanan, dimana melalui tarif yang sesuai kemampuan masyarakat maka masyarakat pengguna akan lebih dapat akses kepada Rumah sakit, sehingga Rumah Sakit khususnya penyedia pelayanan akan memperoleh tambahan pendapatan.

:

Kepustakaan

1. Azwar Azrul 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Edisi Ketiga, Jakarta : Binarupa Aksara. 38, 145-153.