

DISKRIMINASI HARGA DI RSUD KABUPATEN/KOTA UNTUK MENINGKATKAN PELAYANAN BAGI KELUARGA MISKIN

Bambang Hartono

Pusat Data dan Informasi Depkes (Center for Data and Information MOH)

PRICE DISCRIMINATION IN DISTRICT PUBLIC GENERAL HOSPITALS TO IMPROVE SERVICES FOR POOR FAMILIES

Abstract. *The study is a descriptive study to obtain data and information on (1) average cost that should be paid for in-patient care (including related expenses such as laboratory service, drugs, etc) of district public general hospital and the sufficiency of government subsidy for poor families, and (2) scenarios of price discrimination that can be applied in district public general hospital for the hospital to reach the cost recovery while improving services for poor families.*

Results of the study showed that the average cost of in-patient care, including related expenses is Rp. 169.000 per-person per-day. Since the government subsidy for poor families is only Rp 14.000 per-person per-day, it is understandable that many district public general hospitals are suffering from annual deficit. If the hospitals should reach the cost recovery, the government subsidy for poor families should be increased. Or, the district government should contribute significantly in subsidizing their poor families. For this to be realized, the hospital management should advocate the local government effectively.

While waiting for the government subsidy to increase, the hospital management can apply price discrimination policy. There are three kinds of price discriminations, i.e. level one, level two, and level three. Level one of price discrimination in fact does not exist in the real world, while level two can only be applied for measurable products such as telephone calls (minute), water service (gallon), etc. Hospitals, however, can practice level three of price discrimination.

The study offered a formula for price discrimination and three scenarios (simulations). According to the scenarios, the hospitals can reach the cost recovery while improving services for poor families if hospital service price for higher income families is increased 60-80 percent. To retain the higher income families, the hospitals should increase social marketing activities, improve the quality of services, and refine the image of public general hospitals.

Key words: *Hospital financing, Cost recovery, Price discrimination, Cross subsidy*

PENDAHULUAN

Rumah Sakit dalam bahasa Inggris disebut *hospital*. Kata *hospital* berasal dari kata dalam bahasa Latin *hospitalis* yang berarti tamu. Secara lebih luas kata itu bermakna menjamu para tamu. Memang

menurut sejarahnya, *hospital* atau Rumah Sakit adalah suatu lembaga yang bersifat kedermawanan (*charitable*), untuk merawat pengungsi atau memberikan pendidikan bagi orang-orang yang kurang beruntung (*miskin*), berusia lanjut, cacat, atau para pemuda ⁽¹⁾.

Kartono Mohamad menyebutkan bahwa di Indonesia, evolusi Rumah Sakit dimulai dengan munculnya Rumah Sakit-Rumah Sakit milik misi keagamaan yang pelayanannya bersifat kedermawanan. Selanjutnya muncul Rumah Sakit-Rumah Sakit milik perusahaan yang dibangun khusus untuk melayani karyawan perusahaan (misalnya perkebunan, pertambangan, dan lain-lain). Setelah itu lalu muncul Rumah Sakit-Rumah Sakit yang berasal dari praktik pribadi dokter, atau kadang-kadang juga praktik pribadi bidan, yang mula-mula berkembang menjadi klinik. Beberapa dasawarsa terakhir ini muncul Rumah Sakit-Rumah Sakit yang dibangun sepenuhnya oleh pemilik modal yang bukan dokter, yang cenderung berorientasi mencari keuntungan ⁽²⁾.

Sesungguhnya Rumah Sakit tidak boleh dipandang sebagai suatu entitas yang terpisah dan berdiri sendiri dalam sektor kesehatan. Rumah Sakit adalah bagian dari sistem kesehatan dan perannya adalah mendukung pelayanan kesehatan dasar melalui penyediaan fasilitas rujukan dan mekanisme bantuan ⁽³⁾.

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 582 tahun 1997 dan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan Nomor HK.00.06.1.3.4812 tahun 1997 menyatakan bahwa Rumah Sakit milik pemerintah termasuk Rumah Sakit Umum Daerah atau RSUD, harus menyediakan sekurang-kurangnya 50% tempat tidurnya untuk masyarakat miskin ^(4, 5). Dengan demikian jelas bahwa RSU milik Pemerintah, termasuk RSUD Kabupaten/Kota, harus melayani dua segmen pasar, yaitu segmen pasar keluarga mampu dan segmen pasar keluarga miskin. Agar Rumah Sakit dapat memberikan pelayanan kepada keluarga miskin dengan baik, sudah sejak lama Pemerintah memberikan subsidi kepada

Rumah Sakit, khususnya Rumah Sakit Pemerintah. Bahkan mulai tahun 2005, dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1241/Menkes /SK/XI/2004 ⁽⁶⁾, diberlakukan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPKMM). Dana yang diberikan dalam program JPKMM itu adalah sebesar Rp 5.000 per-bulan-per-orang, di mana yang dialokasikan untuk Pelayanan Kesehatan Rujukan (Rumah Sakit) sebesar Rp 4.000 per-orang per-bulan atau Rp 48.000 per-orang per-tahun ⁽⁷⁾.

Sehubungan dengan hal tersebut, penelitian ini ditujukan untuk memperoleh data dan informasi tentang:

1. Besarnya biaya (harga) rerata produk/jasa pelayanan RSUD per-orang per-hari bagi semua pasien (baik dari segmen keluarga mampu maupun segmen keluarga miskin) dan kecukupan subsidi Pemerintah bagi keluarga miskin.
2. Skenario diskriminasi harga yang mungkin diterapkan jika dikehendaki adanya subsidi silang guna meningkatkan pelayanan RSUD bagi keluarga miskin.

Dalam hal ini yang dimaksud dengan produk/jasa pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang utama diselenggarakan oleh Rumah Sakit, yaitu rawat inap.

BAHAN DAN CARA

Penelitian ini merupakan bagian (ikutan) dari penelitian untuk disertasi yang berjudul "Analisis Pencapaian Impas Biaya Rumah Sakit Pemerintah Dalam Rangka Pelayanan Bagi Masyarakat Miskin" yang dilaksanakan di Jawa Tengah pada tahun 2004. Penelitian dilakukan terhadap 136 obyek penelitian,

yaitu berupa dokumen/laporan tahunan dari 35 RSUD sejak tahun 2001 sampai dengan tahun 2004.

Data dari RSUD Kabupaten/Kota dikumpulkan dengan mempelajari dokumen/laporan yang ada di RSUD, dan mencatat data dengan menggunakan Formulir Data RSUD. Selain itu juga dilakukan konfirmasi/klarifikasi dengan pejabat RSUD yang berkaitan. Untuk beberapa data, yaitu data pendapatan Rumah Sakit yang berasal dari pelayanan penunjang dan biaya Rumah Sakit untuk rawat inap, dilakukan perhitungan dari data mentah (arsip). Data yang terkumpul kemudian diolah dengan menggunakan komputer dan dianalisis secara deskriptif.

HASIL

Dari pengolahan dan analisis terhadap data, diperoleh hasil-hasil sebagai berikut.

A. Kinerja RSUD

Untuk melihat apakah RSUD dapat mencapai impas-biaya (*cost recovery*) tanpa bantuan atau subsidi dari Pemerintah, dilakukan perhitungan tanpa memasukkan pendapatan RSUD dari subsidi Pemerintah untuk keluarga miskin. Dari perhitungan ini ternyata hanya sedikit sekali (14,7%) Rumah Sakit yang dapat mencapai impas biaya (*cost recovery*)

Sebagian besar, yaitu 85,3% tidak berhasil mencapai impas biaya. Bahkan di antaranya terdapat Rumah Sakit yang pencapaian impas biayanya masih sangat rendah, yaitu hanya 0,16. Gambaran selengkapnya distribusi Rumah Sakit menurut pencapaian impas biayanya dapat dilihat dalam Tabel 1.

Pendapatan total Rumah Sakit pada umumnya memang lebih rendah dibanding pengeluaran biaya totalnya. Rerata pendapatan Rumah Sakit setiap tahunnya adalah sebesar Rp 6.384.273.177. Padahal pengeluaran biaya totalnya setiap tahun rata-rata sebesar Rp 8.038.034.619. Dengan demikian, Rumah Sakit mengalami ketekoran rata-rata sebesar Rp 1.653.761.441 setiap tahun. Sebagian besar Rumah Sakit (76,5%) memang memiliki pendapatan sama atau di bawah Rp 8 Milyar setahun. Hanya sebagian kecil (23,5%) yang memiliki pendapatan di atas Rp 8 Milyar setahun.

Gambaran selengkapnya tentang pendapatan total Rumah Sakit dapat dilihat dalam Tabel 2. Sedangkan gambaran lengkap tentang biaya total Rumah Sakit dapat dilihat dalam Tabel 3. Rerata hari rawat untuk rawat inap di Rumah Sakit adalah 37.528 hari dalam setahun. Pada umumnya Rumah Sakit masih sedikit sekali menjual produk/jasanya kepada segmen keluarga miskin.

Tabel 1. Distribusi Rumah Sakit Menurut Pencapaian Impas Biaya

Pencapaian Impas Biaya	Jumlah Rumah Sakit	
	Jumlah	Persentase
< 0,50	26	19,1
0,50 – 0,70	51	37,5
> 0,70 – 0,99	39	28,7
≥ 1,00	20	14,7
Jumlah Rumah Sakit	136	100

Tabel 2. Distribusi Rumah Sakit Menurut Pendapatan Totalnya

Pendapatan Total	Jumlah Rumah Sakit	
	Jumlah	Persentase
≤ Rp. 8 milyar	104	76,5
> Rp. 8 milyar – Rp. 16	28	20,6
> Rp. 16 milyar	4	2,9
Jumlah Rumah Sakit	136	100

Tabel 3. Distribusi Rumah Sakit Menurut Biaya Totalnya

Biaya Total	Jumlah Rumah Sakit	
	Jumlah	Persentase
≤ Rp. 12 milyar	107	78,7
> Rp. 12 milyar – Rp. 22	27	19,9
> Rp. 22 milyar	2	1,4
Jumlah Rumah Sakit	136	100

Tabel 4. Distribusi Rumah Sakit Menurut Volume Penjualan Produk/Jasanya

Volume Penjualan Produk/Jasa	Jumlah Rumah Sakit	
	Jumlah	Persentase
0,25 – 0,50	44	32,4
0,51 – 0,75	74	54,4
> 0,75	18	13,2
Jumlah Rumah Sakit	136	100

Tabel 5. Distribusi Rumah Sakit Menurut Volume Penjualan Produk/Jasanya Kepada Segmen Keluarga Miskin

Volume Penjualan Produk/Jasa Kepada Keluarga Miskin	Jumlah Rumah Sakit	
	Jumlah	Persentase
≤ 0,25	108	79,4
> 0,25 – 0,50	25	19,1
> 0,50	3	1,5
Jumlah Rumah Sakit	136	100

Sebagian besar (79,4%) Rumah Sakit hanya memberikan ≤ 0,25 dan sebagian lain (19,1%) memberikan > 0,25

– 0,50 produk/jasanya kepada segmen keluarga miskin. Hanya 1,5% Rumah Sakit yang menjual > 0,50 produk/jasanya

kepada segmen keluarga miskin. Gambaran selengkapnya tentang volume penjualan produk/jasa Rumah Sakit secara umum dan gambaran penjualan produk/jasa Rumah Sakit kepada segmen keluarga miskin dapat disimak dalam Tabel 4 dan Tabel 5, rerata hari rawat yang digunakan segmen keluarga miskin dalam setahun hanya 5.809 hari padahal rerata hari rawat yang digunakan oleh segmen keluarga mampu dalam setahun adalah 29.628 hari sedangkan panjang hari rawat rata-rata per-orang atau *Average Length of Stay (ALOS)*, yang digunakan untuk melihat berapa hari rata-rata seorang. pasien dirawat di Rumah Sakit untuk setiap episode perawatan, adalah 3,42 hari

B. Biaya (Harga) Produk/Jasa Pelayanan

Harga produk/jasa Rumah Sakit bervariasi. Terdapat Rumah Sakit yang menjual produk/jasanya hanya dengan harga Rp 4.488 per-orang per-hari, tetapi terdapat pula Rumah Sakit yang menjual

produk/jasanya sampai Rp 469.442 per-orang per-hari. Namun sebagian besar (97,8%) Rumah Sakit menjual produk/jasanya dengan harga antara Rp 4.500 – Rp 160.000 per-orang per-hari. Dengan demikian, rerata harga produk/jasa Rumah Sakit adalah Rp 68.090 per-orang per-hari (Tabel 6).

Harga produk/jasa yang berkaitan dengan produk/jasa Rumah Sakit, seperti pemeriksaan laboratorium, obat, dan lain-lain, ternyata jauh lebih tinggi dibanding harga produk/jasa Rumah Sakit. Rerata harga produk/jasa yang berkaitan adalah Rp 100.910 per-orang per-hari namun demikian, bila dibandingkan dengan harga produk/jasa Rumah Sakit, harga produk/jasa yang berkaitan tidak terlalu bervariasi. Sekitar separuh Rumah Sakit mengenakan harga produk/jasa yang berkaitan <Rp 100.000, dan sekitar separuh sisanya mengenakan harga $\geq$ Rp 100.000 per-orang per-hari. Distribusi Rumah Sakit berdasarkan harga produk/jasa yang berkaitan dapat dilihat dalam Tabel 7 di bawah

Tabel 6. Distribusi Rumah Sakit Menurut Harga Produk/Jasanya

Harga Produk/Jasa Rumah Sakit	Jumlah Rumah Sakit	
	Jumlah	Persentase
$\leq$ Rp. 150.000	133	97,8
› Rp. 150.000 – Rp. 350.000	2	1,5
› Rp. 350.000	1	0,7
Jumlah Rumah Sakit	136	100

Tabel 7. Distribusi Rumah Sakit Menurut Harga Produk/Jasa yang Berkaitan

Harga Produk/Jasa yang Berkaitan	Jumlah Rumah Sakit	
	Jumlah	Persentase
$\leq$ Rp. 100.000	67	49,3
› Rp. 100.000 – Rp. 200.000	61	44,9
› Rp. 200.000	8	5,9
Jumlah Rumah Sakit	136	100

PEMBAHASAN

A. Dilema Pelayanan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar (79,4%) RSUD hanya memberikan $\leq 0,25$ produk/jasanya kepada keluarga miskin. Ini berarti bahwa ketentuan yang digariskan oleh Menteri Kesehatan bahwa Rumah Sakit harus memberikan minimal 50% produk/jasanya (dalam bentuk tempat tidur) kepada masyarakat miskin tidak dipatuhi. Namun demikian, Rumah Sakit tetap belum mampu mencapai impas biaya (*cost recovery*). Adapun penyebabnya adalah:

1. Rumah Sakit belum mampu memaksimalkan volume penjualan produk/jasanya. Rerata Rumah Sakit hanya mampu menjual 0.59 dari produk/jasa yang disediakannya. Oleh karena itu, sesungguhnya masih tersedia cukup ruang untuk meningkatkan pelayanan kepada keluarga miskin.
2. Subsidi yang diberikan Pemerintah kepada Rumah Sakit untuk membayar produk/jasa pelayanan Rumah Sakit yang dikonsumsi keluarga miskin sangat jauh dari biaya (harga) produk/jasa pelayanan yang semestinya.

Kedua penyebab tadi menjerumuskan RSUD ke dalam dilema: di satu pihak masih tersedia cukup sarana (khususnya tempat tidur) untuk diberikan kepada keluarga miskin, tetapi di pihak lain biaya untuk merawat keluarga miskin tersebut tidak mencukupi. Sebagaimana terungkap dalam analisis deskriptif, RSUD Kabupaten/Kota ternyata mengalami defisit rata-rata sebesar Rp 1.653.761.441 per-tahun. Padahal Pemerintah hanya mampu memberikan subsidi untuk masyarakat miskin sebesar Rp 14.000 per-hari rawat (yaitu Rp

48.000 : 3,42). Ini berarti bahwa pendapatan Rumah Sakit dari segmen keluarga miskin dalam setahun hanya mencapai Rp 81.326.000 (Rp 14.000 x 5.809). Dengan demikian, subsidi Pemerintah hanya dapat menutup 5% saja dari defisit yang terjadi. Oleh karena itu wajar jika sebagian besar Rumah Sakit tidak mampu mencapai impas biaya (*cost recovery*).

B. Diskriminasi Harga

Untuk meningkatkan pelayanan bagi keluarga miskin, sesungguhnya RSUD tidak boleh hanya mengharap subsidi Pemerintah. RSUD dapat menerapkan kebijakan diskriminasi harga antara segmen konsumen (keluarga) mampu dan segmen konsumen (keluarga) miskin, agar terjadi subsidi silang (*cross subsidy*). Hal ini sebenarnya sudah dipraktikkan oleh banyak RSUD, namun dengan teknik perhitungan yang kerap kali kurang sesuai.

Diskriminasi harga, menurut Dominick Salvatore ⁽⁸⁾, adalah praktik penetapan harga untuk jumlah yang berbeda, waktu yang berbeda, kelompok pembeli atau segmen pasar yang berbeda, di mana perbedaan harga tersebut bukan disebabkan oleh perbedaan biaya. Dengan praktik ini organisasi/perusahaan dapat menarik semua atau sebagian dari surplus konsumen Selanjutnya, Dominick Salvatore menyebutkan adanya tiga tingkatan diskriminasi harga, yaitu (1) diskriminasi harga tingkat pertama (I), (2) diskriminasi harga tingkat kedua (II), dan (3) diskriminasi harga tingkat ketiga (III). Diskriminasi harga tingkat pertama dilakukan dengan menjual setiap unit produk secara terpisah dan berupaya menjual produk tersebut dengan harga setinggi mungkin. Dengan cara itu, organisasi/perusahaan menarik seluruh surplus konsumen dari konsumennya, dan memaksimalkan pendapatan total serta laba total dari terjualnya

sejumlah tertentu produknya. Di dunia nyata, diskriminasi harga tingkat pertama jarang dijumpai, karena untuk melakukannya, perusahaan harus mengetahui persis kurva permintaan dari setiap individu konsumen dan menetapkan harga setinggi mungkin. Hal ini sulit dilakukan.

Diskriminasi harga tingkat kedua merupakan diskriminasi harga yang lebih praktis, sehingga lebih banyak dijumpai. Dengan diskriminasi harga tingkat kedua, perusahaan memasang harga yang sama per-unit produk untuk sejumlah tertentu atau blok, dan memasang harga lebih rendah untuk blok-blok berikutnya. Dengan melakukan hal itu, organisasi/perusahaan akan dapat menarik sebagian (tidak seluruhnya) dari surplus konsumen. Namun demikian, diskriminasi harga tingkat kedua hanya mungkin dilakukan untuk produk-produk yang mudah diukur seperti misalnya listrik dengan *kilowatt-hours* (KWH), gas atau air dengan meter kubik, fotokopi dengan lembar, CPU komputer dengan menit, dan sebagainya.

Dengan diskriminasi harga tingkat ketiga, organisasi/perusahaan memasang harga yang berbeda untuk produk yang sama bagi pasar yang berbeda, sampai pendapatan marjinal dari unit terakhir produk yang terjual di setiap pasar sama dengan biaya marjinal untuk menghasilkan produk tersebut.

Diskriminasi harga dapat diterapkan oleh organisasi/perusahaan yang memenuhi tiga kondisi, yaitu (1) memiliki kemampuan mengendalikan harga produk/jasa (merupakan kompetitor yang tidak sempurna), (2) elastisitas harga dari permintaan terhadap produk/jasa berbeda untuk jumlah produk/jasa yang berbeda, waktu yang berbeda, dan kelompok pembeli yang berbeda atau pasar yang berbeda, (3) jumlah produk/jasa, waktu di mana produk/jasa tersebut dikonsumsi, dan

kelompok pembeli atau pasar dari produk/jasa tersebut dapat dipisahkan (pasar dapat disegmentasi).

Bila disimak fakta yang ada, Rumah Sakit dapat memenuhi ketiga kondisi tersebut. Walaupun tidak terdapat aturan yang membatasi masuk-keluar ke dan dari dalam industri, namun oleh sebab pasar produk/jasa Rumah Sakit di negara sedang berkembang seperti Indonesia pada umumnya tidak terlalu luas, yaitu hanya mereka yang menderita sakit, maka tidak terlalu banyak pihak yang dapat memasuki industri perumahnyasakit. Pasar akan cepat menjadi jenuh, sehingga akhirnya hanya akan terdapat sejumlah kecil saja pelaku bisnis di sana ⁽⁹⁾. Selain itu, tidak begitu mudah untuk memasuki industri ini. Menurut Schulz R dan Johnson AC ⁽¹⁰⁾, Rumah Sakit adalah industri yang padat teknologi dan padat profesi, sehingga dengan demikian padat modal. Teknologi dan profesinya pun khas, yaitu teknologi dan profesi kedokteran. Jadi, dalam industri perumahnyasakit memang berlangsung kompetisi, tetapi kompetisi itu terjadi di antara tidak terlalu banyak perusahaan. Sementara itu, produk standar yang dihasilkan Rumah Sakit pada dasarnya homogen. Namun demikian, setiap Rumah Sakit dapat mengembangkan produk itu dengan membuat variasi ciri-ciri atau atribut (*features*) produk/jasa rawat inap yang berupa pelayanan medis spesialis, sehingga seolah-olah terjadi perbedaan produk (*differentiated product*) antara satu Rumah Sakit dengan Rumah Sakit lain. Dalam kondisi seperti itu, setiap Rumah Sakit lalu seolah-olah memiliki pangsa pasarnya sendiri, dan di situ ia dapat “mendiktekan” harga produknya. Berlakulah monopoli di sini. Hal ini dapat lebih mudah dilakukan oleh RSUD, karena ia mendapat formasi tenaga-tenaga dokter spesialis pegawai negeri sipil dari pemerintah. Apa lagi, dalam hal tarif pun,

RSUD dapat sedikit mengendalikan tarif Rumah Sakit Swasta, karena semua Rumah Sakit harus mengacu kepada kebijakan tarif yang diberlakukan pemerintah. Melihat kenyataan itu, maka akan sesuai bila dikatakan bahwa industri perumahan berada dalam Pasar Persaingan Tidak Sempurna atau Pasar Persaingan Monopolistik, walaupun Peter Berman menyebut adanya kecenderungan rumah sakit untuk memonopoli pasar⁽¹¹⁾.

Pasar pun dapat disegmentasi, yaitu atas dasar kemampuan ekonomisnya, menjadi segmen pasar keluarga mampu dan segmen pasar keluarga miskin. Di samping itu, pada hakikatnya kurva permintaan terhadap pelayanan kesehatan bersifat elastis. Kenaikan harga akan direspon dengan penurunan relatif permintaan. Akan tetapi, menurut Griffin (1988) sebagaimana dikutip oleh Newbrander et al⁽¹²⁾, di segmen pasar keluarga mampu kurva permintaan tampak lebih inelastis dibanding di segmen pasar keluarga miskin. Di segmen pasar keluarga mampu, kenaikan harga (tarif) produk/jasa Rumah Sakit akan direspon secara lebih lamban. Apa lagi dengan adanya *demand* yang “didikte” oleh pemberi pelayanan (*supplier-induced demand*)⁽¹³⁾. Sebaliknya, di segmen pasar keluarga miskin, kenaikan harga (tarif) produk/jasa Rumah Sakit, akan segera direspon dengan mengalihkan konsumsi ke jasa kesehatan yang lebih murah, yaitu jasa kesehatan tradisional, jasa kesehatan alternatif, atau bahkan mengobati sendiri (*self medication*). Walaupun di segmen pasar keluarga miskin terjadi juga *supplier-induced demand*, tetapi daya beli (tingkat pendapatan konsumen) lebih berpengaruh terhadap permintaan⁽¹²⁾.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa Rumah Sakit dapat menerapkan diskriminasi harga, yaitu diskriminasi harga tingkat ketiga. Penerapan diskri-

minasi harga ini tidak akan menyalahi etika profesi, karena perbedaan harga bukan disebabkan oleh perbedaan jumlah dan kualitas pelayanan. Adapun rumus untuk diskriminasi harga tingkat ketiga adalah:

$$P_2 = \frac{TC - P_1 Q_1}{Q_2}$$

Dimana :

P_1 : Rerata Harga Pelayanan untuk Segmen Keluarga Mampu

Q_1 : Rerata Hari Rawat yang Dijual kepada Segmen Keluarga Mampu

P_2 : Rerata Harga Pelayanan untuk Segmen Keluarga Miskin (Subsidi Pemerintah untuk Setiap Pasien Miskin)

Q_2 : Rerata Hari Rawat yang Dijual kepada Segmen Keluarga Miskin

TC : Rerata Biaya Total untuk Penyelenggaraan Rawat Inap

Oleh karena subsidi Pemerintah untuk keluarga miskin mencakup biaya rawat inap dan pelayanan lain yang berkaitan (pemeriksaan laboratorium, obat, dan lain-lain), maka dalam perhitungan diskriminasi harga ini yang dimaksud dengan Harga Pelayanan Rumah Sakit mencakup harga produk/jasa Rumah Sakit (yaitu rawat inap) dan harga produk/jasa yang berkaitan (yaitu laboratorium, obat, dan lain-lain).

C. Tiga Skenario

Merujuk kepada hasil penelitian, diketahui bahwa rerata harga produk/jasa Rumah Sakit adalah Rp 68.090, sedangkan rerata harga produk/jasa yang berkaitan adalah Rp 169.910. Jadi, rerata harga pelayanan Rumah Sakit adalah Rp 169.000.

Karena dalam penelitian ini pendapatan dari segmen keluarga miskin (yaitu subsidi dari Pemerintah) tidak diperhitungkan, maka rerata harga pelayanan itu dapat dianggap sebagai rerata harga pelayanan yang dikenakan kepada segmen keluarga mampu (P_1). Sementara itu, hasil penelitian juga menunjukkan rerata biaya total yang dikeluarkan setiap Rumah Sakit untuk menyelenggarakan rawat inap (TC) adalah sebesar Rp 8.038.034.619, rerata hari rawat untuk segmen keluarga mampu (Q_1) sebesar 29.628 hari, dan rerata hari rawat untuk segmen keluarga miskin (Q_2) sebesar 5.809 hari. Dengan kondisi seperti ini, di mana volume penjualan kepada segmen keluarga miskin hanya 16% (hari rawat untuk keluarga miskin dibagi hari rawat keseluruhan), maka menggunakan rumus di atas, besarnya rerata harga pelayanan yang seharusnya dikenakan kepada segmen keluarga miskin (P_2) adalah sebesar Rp 521.760. Atau dapat dikatakan bahwa Pemerintah seharusnya memberikan subsidi kepada Rumah Sakit sebesar Rp 521.760 per-orang miskin per-hari rawat. Hal ini tampaknya jauh dari kemampuan Pemerintah yang ada. Saat ini Pemerintah melalui P.T. Asuransi Kesehatan Tbk (P.T. Askes) hanya mampu membayari premi keluarga miskin untuk biaya Rumah Sakit (P_2) sebesar Rp 48.000 per-orang pertahun. Karena diketahui Panjang Rerata Hari Rawat ($ALOS$) per-orang sebesar 3,42 hari, maka subsidi Pemerintah itu berarti sama dengan Rp 14.000 per-orang per-hari rawat.

Padahal dengan adanya subsidi Pemerintah untuk keluarga miskin, volume penjualan produk/jasa Rumah Sakit kepada keluarga miskin cenderung meningkat. Jika peningkatan ini tidak diikuti dengan menurunnya volume penjualan untuk keluarga mampu, maka BOR akan meningkat, dengan risiko meningkatnya Biaya

Total (TC). BOR akan dapat bertahan pada posisi saat ini, jika peningkatan volume penjualan kepada keluarga miskin diikuti oleh penurunan volume penjualan untuk keluarga mampu. Hal ini mungkin terjadi jika harga untuk keluarga mampu dinaikkan. Berkaitan dengan hal tersebut, di bawah ini diajukan tiga alternatif atau skenario berikut konsekuensinya, yaitu:

1. BOR naik akibat naiknya volume penjualan untuk keluarga miskin, sementara volume penjualan untuk keluarga mampu dan subsidi Pemerintah untuk keluarga miskin tetap.
2. Akibat naiknya harga untuk keluarga mampu, volume penjualan kepada keluarga mampu turun. Rumah Sakit berupaya menahan penurunan agar BOR tetap seperti saat ini (yaitu 59%), sementara besarnya subsidi Pemerintah untuk keluarga miskin tetap.
3. Dengan berbagai upaya promosi, Rumah Sakit menargetkan untuk menaikkan volume penjualan kepada keluarga mampu. Sementara itu volume penjualan untuk keluarga miskin tetap meningkat dan besarnya subsidi Pemerintah untuk keluarga miskin tetap.

Pertanyaan untuk ketiga skenario tersebut di atas adalah: Berapa harga harus dikenakan kepada keluarga mampu, agar impas biaya (*cost recovery*) dapat dicapai?

Untuk menjawab pertanyaan tersebut telah dilakukan simulasi sebagai berikut.

a. Skenario Pertama

Dengan skenario pertama, dimisalkan volume penjualan untuk keluarga miskin (Q_2) naik 100% sehingga mencapai 11.618 hari rawat setahun.

Sementara itu, volume penjualan untuk keluarga mampu (Q_1) dipertahankan sebesar 29.628 hari rawat setahun. Berarti jumlah hari rawat keseluruhan naik menjadi 41.246 hari rawat, atau sama dengan terjadi kenaikan hari rawat sebesar $\pm 16\%$. Dampak dari keadaan ini adalah naiknya biaya pengeluaran (TC) sebesar $\pm 16\%$ juga menjadi $\pm$ Rp 9.324.119.400. Sementara itu, subsidi untuk keluarga miskin (P_2) tetap sebesar Rp 14.000. Jika demikian, maka perhitungannya seperti rumus 1.

b. Skenario Kedua

Jika harga untuk keluarga mampu dinaikkan, volume penjualan kepada keluarga mampu akan cenderung turun. Misalnya penurunan dapat ditahan sehingga BOR sama dengan keadaan saat ini sementara volume penjualan untuk keluarga miskin tetap naik 100%, maka volume penjualan untuk keluarga miskin (Q_2) menjadi 11.618 hari rawat dan untuk

keluarga mampu (Q_1) menjadi 23.819 hari rawat (yaitu 35.437 hari rawat – 11.618 hari rawat). BOR tetap, sehingga TC juga tetap, yaitu Rp 8.038.034.619. Karena subsidi untuk keluarga miskin (P_2) tetap sebesar Rp 14.000, maka perhitungannya adalah sebagai berikut (Rumus 2).

c. Skenario Ketiga

Jika dimisalkan volume penjualan untuk keluarga mampu (Q_1) dapat dinaikkan 50%, sementara volume penjualan untuk keluarga miskin (Q_2) naik 100%, maka Q_1 menjadi 44.442 hari rawat dan Q_2 menjadi 11.618 hari rawat. Dengan demikian jumlah hari rawat keseluruhan menjadi 56.060 hari rawat, atau sama dengan terjadi kenaikan $\pm 58\%$. Dampak dari ini adalah naiknya biaya pengeluaran (TC) menjadi $\pm$ Rp 12.539.934.005. Karena subsidi untuk keluarga miskin (P_2) tetap sebesar Rp 14.000, maka perhitungannya adalah seperti rumus 3.

Rumus 1.

$\text{Rp } 14.000 = \frac{\text{Rp } 9.324.119.400 - 29.628 P_1}{11.618} \rightarrow P_1 = \frac{\text{Rp } 9.161.476.400}{29.628}$
$P_1 = \text{Rp } 309.216 \rightarrow \text{terjadi kenaikan sebesar } 83\%$

Rumus 2

$\text{Rp } 14.000 = \frac{\text{Rp } 8.038.034.169 - 23.819 P_1}{11.618} \rightarrow P_1 = \frac{\text{Rp } 7.875.382.169}{23.819}$
$P_1 = \text{Rp } 330.819 \rightarrow \text{terjadi kenaikan sebesar } 80\%$

Rumus 3

$$\begin{array}{l}
 \text{Rp 14.000} = \frac{\text{Rp 12.539.934.005} - 44.442 P_1}{11.618} \rightarrow P_1 = \frac{\text{Rp 12.377.282.005}}{44.442} \\
 P_1 = \text{Rp 278.504} \rightarrow \text{terjadi kenaikan sebesar 65\%}
 \end{array}$$

Dari perhitungan di atas, tampak bahwa peran subsidi Pemerintah terhadap Rumah Sakit Pemerintah harus sangat besar, jika Rumah Sakit tersebut memang ditugasi untuk sebanyak-banyaknya memberikan pelayanannya kepada segmen keluarga miskin. Jika diterapkan pendapat Ascobat Gani yang menyatakan bahwa Rumah Sakit Pemerintah yang sepenuhnya melayani masyarakat miskin harus sepenuhnya disubsidi Pemerintah ⁽¹⁴⁾, maka agar Rumah Sakit dapat mencapai impas biaya (*cost recovery*), setiap tahun Pemerintah harus dapat memberikan subsidi sebesar Rp 226.826 per-hari rawat per-orang miskin (yaitu *TC* dibagi jumlah hari rawat setahun). Karena *ALOS* = 3,4 maka subsidi yang harus diberikan kepada keluarga miskin tersebut sama dengan Rp 771.208 per-orang per-tahun atau Rp 64.267 per-orang per-bulan.

Jika kemampuan Pemerintah dalam beberapa tahun ke depan tidak kunjung meningkat, sehingga subsidi untuk keluarga miskin tetap Rp 4.000 per-orang per-bulan, maka diperlukan adanya tambahan subsidi dari Pemerintah Kabupaten/Kota sebesar Rp 212.826 per-hari rawat per-orang atau Rp 60.000 per-orang miskin per-bulan. Jika hal ini pun belum dapat dilakukan, maka harus dikembangkan subsidi silang dari keluarga mampu kepada keluarga miskin, agar Rumah Sakit dapat mencapai impas biaya (*cost recovery*). Untuk itu, keluarga mampu

diharapkan masih mau memanfaatkan pelayanan Rumah Sakit Umum Pemerintah walaupun harga untuk mereka dinaikkan 65% - 83%.

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Rerata harga pelayanan Rumah Sakit, yang mencakup biaya rawat inap dan biaya lain yang terkait (laboratorium, obat, dan lain-lain) adalah Rp 169.000 per-orang per-hari rawat. Ini berarti bahwa subsidi Pemerintah untuk membayar harga pelayanan Rumah Sakit yang dikonsumsi keluarga miskin, yaitu sebesar Rp 14.000 per-orang per-hari rawat, jauh dari mencukupi. Dengan demikian wajar jika sebagian besar RSUD selalu menderita defisit.

Agar RSUD dapat mencapai impas biaya (*cost recovery*), dan tetap dapat meningkatkan pelayanannya bagi keluarga miskin, maka subsidi Pemerintah harus ditingkatkan. Bila akan dikembangkan subsidi silang dari keluarga mampu kepada keluarga miskin, dengan perhitungan simulasi diskriminasi harga tingkat ketiga diketahui bahwa untuk tercapainya impas biaya (*cost recovery*), harga (rawat inap, diagnostik, dan obat) bagi keluarga mampu harus dinaikkan minimal 65% dari yang berlaku saat ini (yaitu Rp 169.000 per-hari rawat per-orang).

B. Saran

RSUD sebaiknya tidak sekedar mengharapkan subsidi dari Pemerintah Pusat untuk meningkatkan pelayanan kepada keluarga miskin. Advokasi kepada Pemerintah Daerah seyogianya diintensifkan, agar Pemerintah Daerah bersedia menambah subsidi biaya Rumah Sakit bagi keluarga miskin dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD).

Sementara itu subsidi silang dari keluarga mampu kepada keluarga miskin juga harus dikembangkan, dengan menaikkan harga (tarif) untuk keluarga mampu, tanpa menimbulkan penolakan atau pengalihan konsumsi dari keluarga mampu tersebut. Hal ini akan dapat dicapai jika Rumah Sakit berupaya sekeras mungkin untuk menghapus stigma, mengubah citra dan meningkatkan pelayanannya. Untuk itu perlu ditingkatkan pula kegiatan Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS), baik di dalam gedung maupun di luar gedung. Di dalam gedung, PKRS ditujukan kepada pasien dan pengunjung pasien, sedangkan di luar gedung PKRS ditujukan kepada masyarakat umum. Kegiatan PKRS ini selain dalam rangka meningkatkan volume penjualan produk/jasa Rumah Sakit, sebaiknya juga dalam rangka meningkatkan cakupan asuransi kesehatan.

DAFTAR RUJUKAN

1. Schulz R, Johnson AC. Management of hospitals. New York: McGraw-Hill; 1976.
2. Mohamad K. Hubungan kerja dokter-rumah sakit dan implikasi hukumnya. Medika (1)XXI, Januari 1995: 76-78.
3. WHO Hospital Advisory Group Meeting. A review of determinants of hospital performance. Geneva: World Health Organization; 1994.
4. Departemen Kesehatan R.I. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 582 tahun 1997 tentang Pola tarif Rumah Sakit.
5. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Depkes. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan Nomor HK.00.06.1.3.4812 tahun 1997 tentang Petunjuk pelaksanaan pola tarif Rumah Sakit Pemerintah.
6. Departemen Kesehatan R.I. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1241/Menkes/SK/XI/2004 tentang Penugasan P.T. Askes (Persero) dalam Pengelolaan Program Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin.
7. Menteri Kesehatan R.I. Pidato Pengarahan. Rapat Kerja Kesehatan Nasional, Jakarta, 22-23 Agustus 2005.
8. Salvatore, D. Managerial economics in a global economy, second edition. New York: McGraw-Hill; 1993.
9. Arrow KJ. dalam Cooper, M.H. & Culyer, A.J. Health economics. Ringwood: Penguin Book; 1973.
10. Schulz R dan Johnson AC. Management of hospitals and health services: strategic issues and performance. St. Louis: Mosby; 1990.
11. Berman P. Health sector reform in developing countries: Making health development sustainable. Boston: Harvard School of Public Health; 1995.
12. Newbrander et al. Hospital economics and financing in developing countries. Geneva: World Health Organization; 1992.
13. Tjiptoherijanto, P dan Soesetyo, B. Ekonomi kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 1994.
14. Gani A. Rumah sakit sebagai public enterprise. Jurnal Manajemen & Administrasi Rumah Sakit Indonesia 2002, 2 (3): 64-78.