

EVALUASI PELAKSANAAN UTILIZATION REVIEW BADAN PENGELOLA JAMINAN KESEHATAN SOSIAL PROVINSI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA

EVALUATION ON THE IMPLEMENTATION OF UTILIZATION REVIEW
OF SOCIAL HEALTH INSURANCE MANAGEMENT COUNCIL
PROVINCE OF YOGYAKARTA SPECIAL TERRITORY

Evi Yuniarti¹, Ali Ghufroon Mukti²

¹Balai Kesehatan Mata Masyarakat, Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat

²Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, FK UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: *Badan Pengelola (Bapel) Jamkesmas* has made efforts to control cost by implementing utilization review since 2006. Data obtained from the result of utilization review (UR) have not been fully evaluated to assess the performance of health service providers. This is essential because UR can be used by *Bapel* to communicate with the contracted health service providers.

Objective: To evaluation implementing utilization review at *Jamkesmas* of Yogyakarta with describe UR activities; identify the performance of health service providers and average amount of health service cost before and after the implementation of UR by *Bapel Jamkesmas* of Yogyakarta Special Territory.

Method: The study was a survey that used before and after design and secondary data of claim records. Variables of the study were average support examination, percentage of irrelevance of support examination, percentage of non generic drugs, average cost of support examination, average cost of drugs, average cost of operation, average total cost. Data analysis used descriptive analysis was made to get an overview of average cost and t-test to find out the difference of the performance of health service providers before and after UR.

Result and Discussion: Utilization Review (UR) carried out by *Jamkesmas* had not evaluated and analyzed the data available. There was no significant difference in average support examination, percentage of irrelevance support examination, percentage of non generic drugs, average cost of support examination; and average total cost of DHF service before and after UR.

Conclusion: UR activities at *Jamkesmas* of Yogyakarta Special Territory were not yet optimum. There was no difference in the performance of health service providers before and after UR and there was difference in average total cost of DHF service before and after UR carried out by *Jamkesmas*.

Keywords: utilization review, cost containment, cost of health service

ABSTRAK

Latar belakang: Badan Pengelola (Bapel) Jamkesmas Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) telah melaksanakan upaya pengendalian biaya dengan melaksanakan *utilization review* (UR) sejak tahun 2006. Data yang diperoleh dari hasil UR belum sepenuhnya dikaji untuk menilai kinerja dari Pemberi Pelayanan

Kesehatan (PPK). Hal ini sangat penting karena UR dapat dipakai oleh Bapel untuk berkomunikasi dengan PPK yang di kontrak.

Tujuan: Melakukan evaluasi pelaksanaan UR di Bapel Jamkesmas DIY dengan mendeskripsikan kegiatan UR, mengidentifikasi kinerja PPK dan rata-rata besaran biaya pelayanan kesehatan sebelum dan setelah pelaksanaan UR oleh Bapel Jamkesmas DIY.

Metode: Penelitian ini adalah penelitian survei, dengan rancangan *before-after*, menggunakan data sekunder berkas klaim. Variabel dalam penelitian ini adalah rerata pemeriksaan penunjang, persentase ketidaksesuaian pemeriksaan penunjang, persentase obat bukan generik, rerata biaya pemeriksaan penunjang, rerata biaya obat, rerata biaya operasi, dan rerata total biaya. Analisis data secara deskriptif untuk mendapatkan gambaran rerata biaya dan uji *t-test* untuk mengetahui perbedaan kinerja PPK sebelum dan setelah UR.

Hasil: Kegiatan UR yang dilakukan Jamkesmas belum mengkaji dan menganalisis data yang ada. Tidak ada perbedaan bermakna rerata pemeriksaan penunjang, tidak ada perbedaan bermakna persentase ketidaksesuaian pemeriksaan penunjang, tidak ada perbedaan bermakna persentase obat bukan generik, tidak ada perbedaan bermakna rerata biaya pemeriksaan penunjang, dan rerata total biaya pelayanan pasien DHF sebelum dan setelah UR.

Kesimpulan: Kegiatan UR di Jamkesmas DIY belum optimal. Tidak ada perbedaan kinerja PPK sebelum dan setelah UR dan tidak ada perbedaan rerata total biaya pelayanan pasien DHF sebelum dan setelah UR dilakukan Jamkesmas.

Kata kunci: *utilization review, cost containment, biaya pelayanan kesehatan*

PENGANTAR

Belum seluruh masyarakat miskin di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) tercover oleh Askeskin. Pada tahun 2006 cakupan kepesertaan jaminan pemeliharaan kesehatan di Provinsi DIY masih sekitar 53% penduduk, sehingga masih terdapat kurang lebih 47% masyarakat yang belum mempunyai jaminan kesehatan.¹

Untuk menjalankan tugas manajemen pemeliharaan kesehatan dengan baik, Bapel Jamkesmas

DIY telah melakukan kegiatan-kegiatan pengendalian sejak pada tahun 2003, tetapi masih banyak kendala yang ditemukan antara lain: dinamika kepesertaan, sosialisasi program yang masih terbatas, pendistribusian kartu yang masih tersendat dan lain-lain. *Utilization review* (UR) terutama yang berkaitan dengan pengendalian biaya dapat diselenggarakan dengan baik pada tahun 2006. Mekanisme *Utilization Review* (UR) yang telah dilakukan adalah: a) *Prospective review*, yang disebut penjaminan awal (*preadmission certification*), berupa surat jaminan dari Bapel Jamkesos bahwa peserta dapat dirawat sesuai dengan paket pelayanan yang telah disetujui, kajian ini juga dapat dimanfaatkan oleh Bapel untuk melihat jenis PPK yang merawat pasien tersebut, (b) *Concurrent review*, pada saat pasien dirawat terutama pada kasus katastrofik, pihak rumah sakit membutuhkan kepastian biaya untuk obat dan tindakan yang berbiaya tinggi, (c) *Retrospective review*, dilakukan dengan penjaminan akhir dan kajian klaim, biasanya dibutuhkan oleh pasien dan RS untuk kepastian biaya terutama biaya tinggi dan yang dilakukan verifikasi adalah obat, pemeriksaan penunjang, tindakan, *resume* medik, dan lain-lain.

Hasil UR merupakan alat yang sensitif dalam memotivasi PPK untuk melakukan pelayanan bermutu dengan biaya yang efisien dengan mengurangi pelayanan yang sebenarnya tidak dibutuhkan oleh pasien (*reducing the unnecessary services*).² Di Bapel Jamkesos DIY data hasil UR belum maksimal dimanfaatkan untuk melihat kinerja dari PPK yang dikontrak. Untuk itu peneliti merasa perlu melakukan evaluasi pelaksanaan UR yang telah dilakukan oleh Bapel Jamkesos terhadap efisiensi biaya dan kinerja dari PPK yang telah bekerjasama dengan Bapel Jamkesos DIY.

Tujuan penelitian ini adalah melakukan evaluasi pelaksanaan UR di Bapel Jamkesos DIY dengan, (1) mendeskripsikan kegiatan UR yang dilaksanakan oleh Bapel Jamkesos DIY. (2) mengidentifikasi kinerja dan rata-rata besaran biaya pelayanan kesehatan PPK sebelum dan setelah pelaksanaan UR oleh Bapel Jamkesos DIY.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian studi penampang atau survei dengan rancangan *before-after*. Populasi dalam penelitian ini adalah semua PPK yang di kontrak Bapel Jamkesos DIY. Sampel dipilih secara *purposive* sebanyak tiga rumah sakit berdasarkan pada jumlah klaim rawat inap yang terbanyak pada tahun 2007 yaitu RSUP Dr. Sardjito, RS Panti Rapih dan RSUD Bantul. Kriteria inklusi

pengambilan sampel adalah pasien rawat inap dengan diagnosa *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF), pada tahun 2005 dan tahun 2007. Kriteria eksklusi pengambilan sampel adalah diagnosis DHF yang disertai diagnosa penyakit yang lain. Unit analisis adalah data klaim oleh rumah sakit pada Bapel Jamkesos DIY.

Analisis data dilakukan: (1) Analisis deskriptif untuk mendapatkan gambaran rerata besaran biaya pelayanan kesehatan, rerata pemeriksaan penunjang, persentase ketidaksesuaian pemeriksaan penunjang dan persentase obat bukan generik. (2) Data biaya pelayanan kesehatan tahun 2005 dihitung *future value* (memperhatikan *compound interest*), dengan rumus: $FV = PV (1 + i)^n$. (3) Data hasil perhitungan FV selanjutnya dilakukan analisis komparatif, dengan menggunakan *t-test* untuk melihat perbedaan rerata biaya sebelum dan setelah *utilization review* oleh Bapel Jamkesos DIY.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Gambaran *utilization review*

Badan pengelola (Bapel) Jamkesos DIY dalam upaya untuk mengendalikan biaya melakukan, antara lain: a) Sistem pembayaran kapitasi pada PPK I; b) *utilization review*/UR (pengkajian pelayanan kesehatan); c) Pelayanan yang berjenjang (sistem rujukan); d) Puskesmas sebagai *gate keeper*; e) lur biaya pada kasus-kasus tertentu, misalnya pasien dengan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) dari instansi yang berwenang dan dalam paket pelayanan Bapel Jamkesos, diberikan bantuan maksimal 50%; f) Adanya standar yang telah disepakati dengan PPK, antara lain: standar pelayanan pasien DHF, pemakaian obat generik, pembatasan benefit yang ditanggung, dan lain-lain. Mekanisme pengendalian biaya dalam sistem *managed care* dapat dilakukan dari dua sisi, yaitu: 1) Sisi *provider*: kegiatan UR, metode pembayaran, peran *gate keeper* dan *risk profit sharing*; 2) Sisi peserta: *cost sharing* dan *risk profit sharing*.³

Utilization Review (UR) dilaksanakan oleh Bapel Jamkesos DIY sejak tahun 2006. Berdasarkan waktu, mekanisme UR yang telah dilakukan oleh Bapel Jamkesos DIY adalah: a) *Prospective review*, disebut penjaminan awal, berupa surat jaminan dari Bapel Jamkesos bahwa peserta dapat dirawat sesuai dengan paket pelayanan yang telah disetujui. Kajian ini juga dapat dimanfaatkan oleh Bapel untuk melihat diagnosa, rujukan dan kompetensi di rawat yaitu apakah jenis PPK yang merawat pasien sudah sesuai dengan diagnosa atau keparahan penyakit pasien tersebut. b) *Concurrent review*, koordinasi

melalui telepon antara Jamkesos dengan pihak rumah sakit terutama pada kasus katastrofik, PPK membutuhkan kepastian biaya untuk obat dan tindakan yang berbiaya tinggi. C) *Retrospective review*, berupa surat penjaminan akhir dan kajian klaim. Bapel melakukan kajian *resume* medik dengan melihat diagnosa, kesesuaian obat, pemeriksaan penunjang, tindakan, dan verifikasi biaya.

Berbeda dengan hasil penelitian di Jembrana bahwa Program Jaminan Kesehatan Jembrana belum memiliki mekanisme *cost containment* pelayanan kesehatan untuk menjamin keberlangsungan finansial program. Mekanisme ini termasuk sistem pembayaran PPK, kontribusi peserta dan penerapan SIM, serta tidak adanya kebijakan yang mengharuskan pelaksanaan UR.⁴ Penelitian JPKM Takaful di RS PKU Muhammadiyah DIY⁵ bahwa selama ini pengendalian berupa pengontrolan utilisasi dalam bentuk kajian utilisasi belum pernah dilakukan oleh JPKM Takaful.

Pemeriksaan penunjang dan obat Rerata pemeriksaan penunjang

Pada kasus DHF pemeriksaan penunjang tidak hanya digunakan untuk menegakkan diagnosa tetapi juga untuk memantau perkembangan keadaan pasien. Berdasarkan standar pelayanan pasien DHF yang telah disepakati dengan PPK, telah diatur jumlah (kali) dan jenis pemeriksaan yang akan dilakukan.

Tabel 1 menunjukkan bahwa tahun 2007 terdapat kecenderungan penurunan rerata pemeriksaan penunjang di semua rumah sakit, adanya variasi rerata pemeriksaan penunjang pada tahun 2005 dan 2007 di setiap derajat DHF, dengan uji statistik tidak menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna $p > 0,05$.

Semakin tinggi derajat DHF semakin tinggi pula rerata pemeriksaan penunjang dilakukan. *Health*

provider dengan pertumbuhan dan persaingan kalangan industri kesehatan selalu diperkenalkan dengan teknologi yang baru dan obat-obatan yang baru pula. Sifat manusiawi sudah tentu akan mendorong para dokter untuk menggunakan alat-alat maupun obat-obatan tersebut, tidak saja untuk memberikan rasa aman dan tanggung jawab moralnya kepada pengobatan, tetapi juga untuk selalu mengikuti perkembangan ilmu kedokteran modern itu sendiri.⁶ Pemahaman terhadap batasan jaminan kesehatan bagi peserta dapat membantu Bapel dari sisi dokter untuk ikut mengendalikan pelayanan yang diberikan.⁷

Secara statistik rerata pemeriksaan penunjang pada tahun 2005 dan 2007 tidak ada perbedaan yang bermakna ($p > 0,05$). Rumah sakit yang memiliki fasilitas yang lengkap dan canggih cenderung melakukan pemeriksaan yang berlebih.

Persentase ketidaksesuaian pemeriksaan penunjang

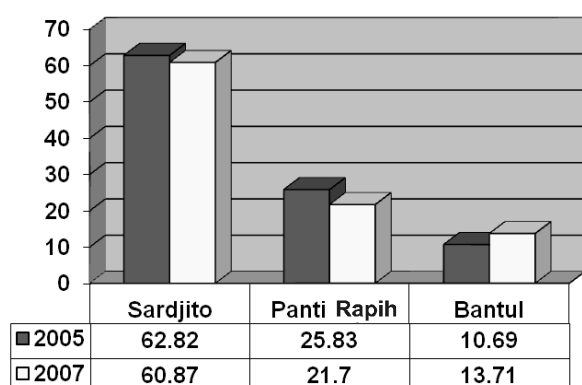
Pada penelitian ini persentase ketidaksesuaian pemeriksaan penunjang dinilai untuk kasus DHF karena telah adanya standar pelayanan untuk kasus DHF telah disepakati dengan PPK, sedangkan untuk kasus yang lain belum ada standar yang disepakati. Persentase ketidaksesuaian pemeriksaan penunjang di masing-masing RS dapat dilihat pada Gambar 1.

Gambar 1 terlihat bahwa persentase ketidaksesuaian pemeriksaan penunjang tertinggi di RSUP Dr.Sardjito. Adanya sedikit penurunan persentase ketidaksesuaian pemeriksaan penunjang di RSUP Dr.Sardjito dan RS Panti Rapih, dari uji statistik menghasilkan tidak ada perbedaan bermakna, demikian pula di RSUD Bantul walaupun ada peningkatan, dari uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna.

Salah satu upaya pengendalian biaya yang dilakukan oleh Bapel Jamkesos DIY adalah menetapkan

Tabel 1. Rerata pemeriksaan penunjang berdasarkan derajat DHF di RSUP DR Sardjito, RS Panti Rapih dan RSUD PS. Bantul pada tahun 2005 dan tahun 2007

Rumah Sakit	Derajat DHF	Pemeriksaan penunjang diagnostik				P
		Tahun 2005		Tahun 2007		
		N	Mean	N	Mean	
RSUP Dr. Sardjito	I	17	12,71	23	13,57	0,785
	II	10	17,61	31	20,00	0,420
	III	11	35,41	19	34,63	0,477
	IV	10	42,00	15	38,40	0,364
RS Panti Rapih	I	11	8,18	11	6,00	0,124
	II	17	9,18	13	11,46	0,082
	III	8	26,75	8	20,49	0,391
	IV	9	47,33	11	34,00	0,104
RSUD PS. Bantul	I	9	6,71	18	8,53	0,528
	II	7	12,69	11	15,94	0,461
	III	7	16,43	7	18,57	0,596
	IV	3	27,00	6	25,50	0,629

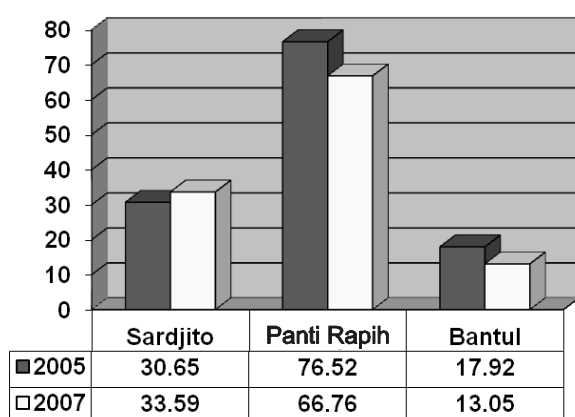


Gambar 1. Perbandingan persentase ketidaksesuaian pemeriksaan penunjang kasus DHF

kan standar pelayanan walaupun masih terbatas untuk pasien DHF. Pemeriksaan penunjang yang dilakukan berulang kali dan adanya pemeriksaan di luar dari standar pelayanan pasien DHF menyebabkan persentase ketidaksesuaian pemeriksaan penunjang menjadi tinggi, meskipun telah ada standar pelayanan DHF yang mengatur jenis dan jumlah pemeriksaan penunjang.

Persentase obat bukan generik

Sesuai dengan petunjuk teknis Bapel Jamkesos DIY bahwa obat yang digunakan adalah obat generik. *Moral hazard*, PPK masih sering memberikan obat bukan generik (paten) yang harganya lebih mahal dan tidak ditanggung oleh Bapel karena alasan medis.



Gambar 2. Persentase pemberian obat bukan generik kasus DHF di RSUP Dr. Sardjito, RS Panti Rapih dan RSUD PS.Bantul pada tahun 2005 dan tahun 2007

Gambar 2 menunjukkan bahwa persentase pemberian obat bukan generik untuk pasien DHF tertinggi di RS Panti Rapih yaitu 76,52%. Pada tahun 2007 ada peningkatan pemberian obat bukan generik di RSUP Dr.Sardjito, sedangkan di RS Panti Rapih dan RSUD Bantul terjadi penurunan persentase pemberian obat bukan generik, dan secara statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna.

WHO⁸ menetapkan beberapa indikator untuk menentukan ketidakrasionalan pemberian obat, yaitu dengan melihat R/ per lembar resep; persentase penggunaan obat generik; persentase penggunaan antibiotik dan injeksi serta persentase obat yang berasal dari formularium atau daftar obat esensial.

Kajian utilisasi obat yang dilakukan oleh Bapel Jamkesos selama ini terbatas melihat kesesuaian obat yang diberikan dengan standar yang telah disepakati yaitu pemberian obat generik, belum mengkaji lebih dalam pola persepsian oleh PPK seperti persentase pemberian obat generik, persentase pemberian antibiotik, dan lain-lain. Kajian utilisasi obat adalah evaluasi penggunaan obat dengan cara review persepsian dokter, pemberian obat oleh apotik dan penggunaan obat oleh pasien.²

Rerata biaya

Kecenderungan naiknya biaya pelayanan kesehatan disebabkan berbagai hal, antara lain teknologi canggih di rumah sakit yang berlebihan, perubahan pola penyakit dari penyakit infeksi (yang sebagian besar dapat dicegah) ke penyakit kardiovaskuler dan penyakit kronis lainnya serta peningkatan kasus-kasus katastroofik, disamping adanya faktor inflasi serta sistem pembiayaan pelayanan kesehatan yang kurang mendukung.⁹

Berdasarkan Tabel 2, ada penurunan rerata biaya pemeriksaan penunjang di RS Panti Rapih, rerata biaya obat dan rerata total biaya di RSUD Bantul untuk kasus DHF. Hasil uji statistik menunjukkan penurunan tersebut tidak bermakna atau tidak ada perbedaan rerata biaya pelayanan kasus DHF tahun 2005 dan tahun 2007.

Meskipun persentase pemberian obat bukan generik cenderung menurun tetapi tidak diikuti dengan penurunan biaya obat, sebaliknya biaya obat cenderung naik. Pada kondisi inflasi barang dan jasa umum cenderung meningkat maka inflasi biaya kesehatan juga akan meningkat karena untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan dibutuhkan berbagai sumber daya. Inflasi biaya pelayanan kesehatan mencapai 2-3 kali lipat inflasi barang dan

Tabel 2. Rerata biaya kasus DHF di RSUP DR Sardjito, RS Panti Rapih dan RSUD PS. Bantul pada tahun 2005 dan tahun 2007

RS	Biaya	Tahun 2005			Tahun 2007		Selisih Biaya
		N	Rerata Biaya	Rerata FV	N	Rerata Biaya	
Sardjito	Penunjang	48	605.969	791.396	88	821.721	+30.326
	Obat		163.992	214.174		302.947	+88.773
	Total		2.229.403	2.911.600		3.017.244	+105.644
Panti Rapih	Penunjang	45	577.844	754.664	43	746.212	-8.452
	Obat		234.295	305.989		424.504	+118.515
	Total		2.536.687	3.312.913		3.450.432	+137.519
RSUD Bantul	Penunjang	26	150.427	196.458	42	211.179	+14.721
	Obat		102.659	134.073		95.377	-38.696
	To tal		936.480	1.223.043		1.102.446	-120.597

jasa umum, dan sumbangan terbesar dalam inflasi biaya kesehatan adalah harga obat. Laju inflasi harga obat dapat mencapai 17% per tahun.¹⁰

Banyaknya pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien DHF akan mempengaruhi tingginya biaya pemeriksaan penunjang yang harus dibayar. Besar biaya tagihan berkaitan dengan sejumlah tindakan yang diberikan oleh dokter sesuai dengan kebutuhan pasien dimana kebutuhan tersebut terkait dengan kompleksitas dan intensitas dari pelayanan yang diterima oleh pasien.¹¹

Rerata total biaya perawatan pasien DHF secara statistik 2005 dan 2007 tidak ada perbedaan yang bermakna ($p > 0,05$). Rerata total biaya tahun 2007 tertinggi di RS Panti Rapih dan terendah di RSUD Bantul. Adanya variasi biaya ini karena perbedaan tipe rumah sakit, tingkat keparahan kasus yang ditangani di RS Panti Rapih banyak menangani pasien DHF derajat 3 dan 4 (perawatan lebih lama, pemeriksaan penunjang lebih lengkap, dan obat yang lebih banyak), persentase pemakaian obat bukan generik.

Sejalan dengan hasil penelitian sebelumnya bahwa banyaknya pemeriksaan dan pelayanan yang diberikan untuk penegakan diagnosa, tindakan operasi, adanya komplikasi, komorbiditas, perawatan di ruang ICU, semakin meningkatkan biaya tagihan yang dikeluarkan.^{12,13}

Kegiatan UR yang dilakukan oleh Bapel Jamkesos masih terbatas memberikan persetujuan/tidak, melihat kesesuaian dengan standar yang ada, belum mengkaji secara dalam atau melakukan analisis terhadap data yang ada untuk menilai pola persepsian, pola pemeriksaan penunjang, dan sebagainya. *Utilization review* (UR) yang dilakukan adalah mengkaji, menganalisis efektivitas, efisiensi dan mutu pemanfaatan pelayanan kesehatan. Kegiatan ini ada beberapa *output* yang dapat diperoleh misalnya: pemanfaatan obat sesuai kebutuhan medis, rujukan sesuai indikasi medis, tindakan berbiaya mahal terkontrol biayanya, dan lain-lain.³

Data-data medis dan klaim belum maksimal dimanfaatkan untuk mengevaluasi kinerja PPK dan upaya pengendalian biaya. Sama dengan hasil penelitian yang dilakukan di Program PJKMM bahwa realitanya data belum dimanfaatkan untuk penilaian pemanfaatan menurut berbagai variabel guna memantau kinerja dan upaya kendali biaya.¹⁴

Belum adanya staf yang khusus untuk melakukan kegiatan UR merupakan kendala tersendiri bagi Bapel Jamkesos. Pihak yang melaksanakan UR dapat dilakukan oleh dua pihak yaitu Bapel yang telah mempunyai staf UR atau pihak independen yang dikontrak Bapel untuk menilai utilisasi pelayanan kesehatan.¹⁵

Tantangan *managed care* adalah kesiapan pengurangan otonomi para dokter apalagi dokter spesialis mereka tidak bisa lagi seenaknya melakukan pembedahan dan pengobatan. Termasuk kesiapan mereka untuk dikaji kinerjanya.¹⁶ PPK akan melakukan terapi yang paling efektif ketika mereka tahu bahwa tindakan mereka akan direview.¹⁷

KESIMPULAN DAN SARAN

Kegiatan *utilization review* (UR) yang dilakukan oleh Bapel Jamkesos DIY belum maksimal karena masih terbatas pada pemberian persetujuan dan penyesuaian dengan standar yang ada. Belum dilakukan pengkajian dan analisis terhadap data-data yang ada, untuk mengevaluasi kinerja dan pengendalian biaya PPK, tidak ada perbedaan kinerja PPK sebelum dan setelah dilakukan *utilization review* oleh Bapel Jamkesos DIY, tidak ada perbedaan rerata total biaya pelayanan pasien DHF sebelum dan setelah *utilization review* dilakukan oleh Bapel Jamkesos DIY.

Kegiatan UR yang dilakukan oleh Bapel dapat lebih ditingkatkan lagi dengan melakukan pengkajian dan analisis pada data-data medis dan klaim yang tersedia, misalnya melakukan *claims review* dan *pattern review*, sehingga dapat dinilai pola persepsian, pola pemeriksaan penunjang, dan lain-lain. Hasil

kajian tersebut dapat digunakan oleh Bapel sebagai bahan untuk melakukan *feed back* terhadap PPK yang akan dikontrak atau bekerja sama dengan Jamkesos.

Masih tingginya persentase pemberian obat bukan generik mempengaruhi tingginya biaya obat, sehingga kegiatan kajian utilisasi obat yang telah dilaksanakan yaitu menilai kesesuaian obat dengan standar yang telah disepakati, lebih lanjut dilakukan pengkajian pola persepsian oleh dokter atau PPK misalnya jumlah resep, jumlah R/ dalam satu resep, persentase obat generik, dan lain-lain.

Perlu disusun indikator untuk menilai efisiensi biaya pelayanan kesehatan, misalnya: biaya per kunjungan, biaya per hari rawat, persentase biaya obat generik, dan lain-lain. Evaluasi untuk memberikan *feed back* kepada PPK dapat dilakukan secara insentif (setiap tiga bulan), sehingga dapat meningkatkan jumlah kepesertaan. Adanya staf khusus di Jamkesos sangat penting untuk melakukan UR sehingga kegiatan ini dapat dilakukan dengan maksimal dan PPK menyusun standar pelayanan kesehatan terutama untuk kasus-kasus berbiaya mahal yang dapat disepakati dengan Jamkesos.

KEPUSTAKAAN

1. Jamkesos Provinsi DIY. Laporan pelaksanaan JPK Gakin Bapel Jamkesos Provinsi DIY. Yogyakarta, 2007.
2. Ilyas Y. Mengenal asuransi kesehatan: review utilisasi, manajemen klaim dan Fraud (kecurangan asuransi kesehatan). Fakultas Kesehatan Masyarakat UI, Jakarta, 2003.
3. Mukti AG, Biran J, Gandar U, Wicaksono F, Hendrartini J. Managed care: konsep dan implementasi di perusahaan. Pusat Pembiayaan dan Manajemen Asuransi/Jaminan Kesehatan. FK-UGM. Yogyakarta, 2008.
4. Trisna IN, Muninjaya G. Tantangan dalam mengembangkan universal coverage pembiayaan kesehatan masyarakat di Indonesia: studi kasus di Kabupaten Jembrana Provinsi Bali. Makalah Seminar Nasional reformasi Sektor Kesehatan dalam Desentralisasi di Indonesia. Unit Penelitian & Latihan Epidemiologi FK UNUD, Denpasar, 2006.
5. Nehriasari I. Kajian utilisasi dan biaya pelayanan kesehatan peserta JPKM Takaful di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Tesis, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2005.
6. Sulastomo. Manajemen kesehatan. PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, 2007.
7. Kongstvedt PR. Essential of managed health care. (2 nd ed.). An Aspen Publication, Maryland, 1997.
8. WHO. Guide to good prescribing. WHO/DAO. Geneva, 1994.
9. Roesma, S. Rumah sakit dan asuransi kesehatan. Cermin Dunia Kedokteran, Edisi Khusus, 1994;90:92-6.
10. Satriabudi, B. Pendanaan obat yang semakin berat. PT Raja Grafindo Persada, Jakarta, 2005
11. Baker JJ. Medicare payment for hospital inpatient: diagnosis related group. Journal of Health Care Finance, 2002; 28(3):1-13.
12. Triana N. Variasi tagihan pasien rawat inap penyakit demam berdarah dan appendicitis di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Sardjito Yogyakarta. Tesis. Program Pasca Sarjana UGM, Yogyakarta, 2008.
13. Zulfakar. Biaya pelayanan rawat inap bedah dan non bedah pasien pengguna kartu askeskin dan SKTM di RSUD Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. Tesis. Program Pascasarjana UGM, Yogyakarta, 2009.
14. Nadjib M, Mayanda L, Mundiharno, Pujiyanto, Soeharno N, Thabrany, H. Studi telaah efisiensi dan efektifitas administrasi dan keuangan penyelenggaraan PJKMM. Makalah Seminar Nasional reformasi Sektor Kesehatan dalam Desentralisasi di Indonesia. FKM UI, Jakarta, 2006.
15. HIAA (Health Insurance Association of America). Managed care: integrating financing and delivery of health care part a. 2000. Saefuddin F, (alih bahasa), Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI dan PT Asuransi Kesehatan, Jakarta, 1995.
16. Mukti AG. Managed care: perkembangan, implikasi dan tantangan ke depan. Berita Kedokteran Masyarakat 1997; XIII(3):151-7.
17. Rosenberg SN, Allen DR, Handte JS, Jackson TC, Leto L, Rodstein BM, Stratton SD, Westfall G, Yasser R. Effect of utilization review in fee-for-service health insurance plan. The New England Journal of Medicine. 1995; 333 :1326-30.