

## EVALUASI BIAYA OBAT PASIEN ASURANSI KESEHATAN DI RS. Dr. MOEWARDI SURAKARTA 1992 - 1995

### EVALUATION OF HEALTH INSURANCE DRUG COST PATIENT AT DR. MOEWARDI HOSPITAL SURAKARTA 1992 - 1995

Basoeki Soetardjo<sup>1</sup> dan Laksono Trisnantoro<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>RS. Dr. Moewardi Surakarta  
<sup>2</sup>Magister Manajemen Rumahsakit, UGM

#### ABSTRACT

The financial report of PT. Askes Indonesia at Dr. Moewardi Hospital, Surakarta showed that the drug cost per case for out-patient and in-patient increased every year and the highest in Central Java. This study was aimed; (1) evaluating the drug cost for an out-patient as well as in-patient holding insurance at Dr. Moewardi Hospital between 1992-1995; and, (2) contributing some considerations in managing PT. Askes Indonesia's patients; as well as at anticipating the capital system. This study was conducted by analyzing the number of patients; level of utilization of supporting medical facilities and in-patient facilities; evaluation of the prescription pattern, and rational prescription. The study was also done by interviewing doctors as prescribers, and on the drug cost for in-patient and out-patient. The result shows that the pattern of prescription tends to be; miscalculated, less rational, i.e. extravagant, over-prescribing, and poly-pharmacy, disfunction of controlling system by medical committee and pharmaceutical organizing committee. The high cost of drug is considered as under calculated because patients still have to buy drugs outside the insurance formularium (DPHO). The data shows that there is a moral hazard behaviour between doctor and pharmacy.

It is recommended that hospital managers should intensify the rational use of drugs program by adhering to clinical standard, to revitalize the controlling system, and to decide the work target and operational fund. Meanwhile, it is also recommended that PT Askes Indonesia should re-evaluate and improve the DPHO drugs audit, and, together with related institutions, conduct Drug Utilization Review and consider the negative effects of price difference of drugs in DPHO.

*Key words:* Drug Utilization Review, cost of pharmaceutics, pattern of prescription, rational use of drugs.

#### PENGANTAR

Saat ini terdapat kecenderungan kenaikan biaya pelayanan rumah sakit yang dipengaruhi oleh pergeseran dan atau perkembangan penyakit, misalnya: penyakit-penyakit non infeksi, degeneratif, metabolisme, kardiovaskuler, luka-luka akibat kecelakaan lalu lintas serta wabah pandemi AIDS yang kesemuanya ini tampak muncul sebagai penyebab utama morbiditas dan hospitalisasi.<sup>1</sup>

Sebagai akibat dari keadaan di atas masyarakat pada umumnya secara otomatis dipaksa mengantisi-

pasi kejadian-kejadian yang mungkin terjadi terhadap kesehatannya di masa mendatang sekaligus menyiapkan pendanaannya. Salah satu upaya menghadapi hal tersebut adalah asuransi, termasuk di dalamnya asuransi kesehatan, merupakan alternatif yang semakin dibutuhkan oleh masyarakat.<sup>2,3</sup>

RSUD Dr. Moewardi (RSDM) di Surakarta melayani hampir semua jenis bidang keahlian kedokteran, dari semua lapisan dan golongan masyarakat. Apabila ditinjau dari jenis pembayarannya terdiri dari pasien yang membayar langsung, dengan

askes, dana kesehatan (dari perusahaan swasta), dengan dana sosial (dari yayasan sosial) atau secara gratis (bagi pasien yang tidak mampu).

Pelayanan pasien Askes (peserta wajib PT. Askes Indonesia sesuai dengan PP No. 6/92, yaitu Pegawai Negeri Sipil, Pensiunan PNS dan ABRI, Anggota Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya) di RSDM menunjukkan peningkatan yang jelas, jumlah pasien, pemanfaatan fasilitas rumah sakit terlebih lagi biaya obatnya. Untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi peserta Askes di RSDM, Direktur membentuk dan dibantu oleh Tim Pengendali Askes yang bertugas menyelenggarakan pelayanan secara teknis maupun administratif.

Permasalahan yang dihadapi Tim Pengendali Askes adalah hal-hal yang berkaitan dengan kelengkapan syarat-syarat administrasi peserta Askes, keabsahan dari dokumen peserta, keterlambatan menyelesaikan pengajuan klaim, keterlambatan pembayaran klaim, semakin tingginya biaya obat dan tidak proporsionalnya biaya di antara komponen-komponen pembiayaan kesehatan pasien Askes.

Khusus dalam pengendalian obat (yang selanjutnya akan mempengaruhi biaya obat) telah dilakukan upaya-upaya: mengintensifkan penggunaan obat-obatan yang masuk dalam Buku Daftar Plafon dan Harga Obat (DPHO) Askes, ikut memasyarakatkan program penggunaan obat secara rasional, menyeleksi secara ketat peresepan/penggunaan obat-obatan mahal dan atau obat-obatan yang memerlukan dispensi/khusus serta merasionalkan jumlah dan dosis obat. Namun demikian upaya-upaya tersebut belum menampakkan hasil nyata yang berarti, terutama dalam ikut mengendalikan penggunaan obat yang rasional serta pelonjakan biaya obat.

Asuransi pada dasarnya adalah suatu mekanisme untuk mengalihkan resiko (ekonomi) perorangan menjadi resiko kelompok, sehingga akan menjadi lebih ringan,<sup>4</sup> yaitu pihak tertanggung diwajibkan membayar iuran/premi yang jumlahnya kecil namun dapat melindungi dari terkena resiko yang mungkin besar. Selanjutnya, dapat dikatakan bahwa asuransi kesehatan merupakan salah satu

cara untuk meningkatkan pembiayaan kesehatan dan juga sebagai sumber untuk pembiayaan kesehatan khususnya sebagai salah satu sumber pendapatan rumah sakit pada waktu yang akan datang.

Menurut Quick dan O'Connor<sup>5</sup> hanya 30% bahwa biaya pembelian obat yang dapat dinikmati oleh penderita sehingga manfaat pengobatan sisanya hilang karena pemakaian yang salah, pemberian yang tidak rasional, obat yang tidak potensial, penyimpanan yang tidak baik, evaluasi yang tidak baik atau harga yang terlalu tinggi. Quick dkk.<sup>6</sup> mendukung hal tersebut dengan menyatakan bahwa pemakaian obat yang tidak rasional akan memicu kenaikan jumlah macam obat serta semakin tingginya biaya yang dikeluarkan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Peningkatan pengeluaran di bidang obat-obatan untuk pelayanan kesehatan lebih tinggi daripada pengeluaran medis lainnya.<sup>7</sup>

Konferensi Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO) mengenai obat di Nairobi 1985 mencanangkan program penggunaan obat secara rasional yang oleh DepKes RI dirumuskan dalam dua hal pokok yaitu:<sup>8</sup> 1) tersedianya obat yang efektif, aman, bermutu, harga terjangkau dan sesuai dengan kebutuhan, 2) serta obat-obatan tersebut digunakan secara rasional yaitu tepat indikasi, tepat obat, tepat dosis, tepat penderita dan waspada terhadap efek samping. Di lain pihak Quick dkk.<sup>6</sup> menyatakan bahwa peresepan yang rasional adalah bila tepat indikasi, memilih obat yang terbaik dari pilihan yang tersedia, dosis dan waktu pemberian yang cukup, berdasarkan standard pengobatan yang berlaku serta menggunakan obat yang dapat memenuhi kebutuhan pelayanan sebagian besar penduduk, bisa diperoleh setiap saat dalam jumlah yang cukup dan dalam bentuk sediaan yang memadai.

Pada peresepan/pemakaian obat di rumah sakit dipengaruhi oleh faktor-faktor sebagai berikut (Quick dkk, 1996): informasi yang tidak bias dan pengaruh industri farmasi, perilaku peresepan (pengetahuan yang kurang, kebiasaan dan pengalaman sebelumnya), tempat kerja (tugas yang terlalu banyak dan infra struktur yang kurang mendukung), kelompok kerja (kebijakan dan prosedur serta tekanan senioritas), hubungan pelaku peresepan de-

ngan pasien (kepercayaan dan budaya serta tuntutan pasien).

Pereseapan yang tidak rasional akan berdampak kerugian bagi pihak rumah sakit, pemerintah dan terutama masyarakat, hal ini merupakan salah satu komponen dari pelayanan kesehatan yang sering menimbulkan ketidakpuasan masyarakat<sup>9</sup> dan merupakan salah satu indikator dan mutu pelayanan kesehatan.<sup>10</sup>

Identifikasi pereseapan yang tidak rasional adalah dengan indikator:<sup>8</sup> a) rata-rata jumlah obat yang diberikan perkunjungan, b) prosentase penggunaan obat generik, c) prosentase penggunaan antibiotika, d) prosentase pemberian injeksi dan e) prosentase obat yang berasal atau masuk dalam formularium atau daftar obat esensial.

Hal yang perlu diperhatikan untuk mengontrol penggunaan farmasi adalah: a) profil pelaku pereseapan, b) instruksi penggunaan obat generik, c) variasi kontrak dengan industri farmasi, d) penggunaan obat-obat yang sesuai dengan formularium serta e) manajemen resiko.<sup>7</sup>

Untuk memperbaiki mutu pereseapan dapat dilakukan upaya pendidikan, pengelolaan/pengaturan, metode-metode untuk menjaga perubahan pola pereseapan, penelaahan penggunaan obat, laporan efek samping obat dan penelaahan formularium.<sup>11</sup> Selanjutnya dikatakan bahwa penelaahan penggunaan obat/resep adalah sebagai upaya untuk menurunkan/mengurangi biaya obat.<sup>12,13,14,15,16</sup>

Tujuan penelitian adalah mengadakan evaluasi biaya obat rawat jalan dan rawat inap pada pasien Askes di RSDM dalam kurun waktu 1992-1995 dan sebagai salah satu masukan bahan pertimbangan dalam pengelolaan pasien Askes di RSDM sertaantisipasi pemberlakuan sistem kapitasi.

## BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian dilakukan secara retrospektif, dengan rancangan *cross sectional* di mana yang diteliti terdiri dari berbagai subyek dan pada waktu yang bersamaan. Data berupa kuantitatif dan kualitatif. Populasi atau subyek penelitian adalah resep rawat jalan dan rawat inap pasien PT Askes Indonesia kurun waktu 1992-1995 dan pelaku

pereseapan. Alat penelitian adalah lembar kerja, alat tulis, mesin hitung, resep rawat jalan dan rawat inap 1992-1995 dan komputer serta alat pencetaknya.

Subyek penelitian adalah lembar resep rawat jalan dan rawat inap masing-masing 1000 lembar tiap tahun dalam kurun waktu 1992-1995 dan pelaku pereseapan dari bidang pelayanan Bedah, Penyakit Dalam, Anak, Kebidanan dan Penyakit Kandungan masing-masing dua orang dan tujuh dokter spesialis lain dipilih secara acak.

Jalannya penelitian mulai rekapitulasi resep dan bukti pembayaran klaim secara acak (dengan proporsi 1000 lembar per tahun), diambil resep pasien rawat jalan dan rawat inap serta data laporan tahunan Tim Pengendali Askes. Data dianalisis sesuai dengan pola pikir dan dievaluasi tentang biaya obat yang tinggi.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### 1. Faktor Masukan

Pasien Askes Rawat Jalan 1992 sebanyak 31.954 orang (31,3%) meningkat menjadi 51.335 orang (47% dari total jumlah pasien) pada tahun 1995, sedangkan pasien rawat inap 1992 sebanyak 2.001 orang (14,8%) pada tahun 1995 meningkat menjadi 2.965 orang (25%).

Kenaikan pasien Askes disebabkan karena: 1) semakin mahalnya harga obat-obatan, 2) semakin tingginya kesadaran berobat dengan menggunakan haknya sebagai peserta Askes, 3) kurang berfungsinya Puskesmas sebagai sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama (sebagai *gate keeper*), dan tidak tersedianya obat-obatan yang memadai di Puskesmas, 4) tuntutan pasien Askes terhadap pelayanan dokter ahli dan 5) fungsi rujukan yang belum berjalan.<sup>17,18,19</sup>

*Clinical standard*, semua SMF telah memiliki Pedoman Diagnosis Terapi (PDT) dan SOP (*Standard Operating Procedure*) yang diacu adalah peraturan tentang pedoman pemberian obat bagi pasien Askes yang tercantum dalam DPHO.

Sistem Kontrol, yang pertama oleh Tim Pengendali Askes telah berjalan sebagaimana yang

menjadi tugas dan fungsinya, yaitu sesuai dengan Surat Penugasan dari Direktur RSDM. Tahap berikutnya dilakukan oleh Pengamat yang ditunjuk (Kepala IFRS) belum berfungsi dan selanjutnya oleh Komite Medik dan Panitia Farmasi Terapi yang juga belum berjalan secara optimal seperti yang diharapkan.

## 2. Faktor Proses

Pola persepsian para pelaku persepsian sesuai dengan pendapat tentang pola persepsian oleh Quick dkk.,<sup>6</sup> yaitu dipengaruhi oleh faktor-faktor internal maupun eksternal dari dokter yang bersangkutan.

Penggunaan obat yang tidak rasional dapat diamati/diidentifikasi dengan indikator boros, berlebih, majemuk dan persepsian di luar DPHO (lihat Tabel 1 dan 2).

*Moral hazard* terjadi pada pelaku persepsian yaitu dengan indikator: menggunakan obat-obat

mahal, berlebih atau majemuk dan banyak yang di luar DPHO, sekaligus hal ini juga terjadi di Apotek Kimia Farma yaitu dengan memberikan obat yang tidak sesuai dengan yang tertera dalam kertas resep yang meliputi jumlah, harga, sediaan/ kemasan ataupun memungut biaya tambahan dari pasien sebagai perbedaan harga beli dengan harga dalam buku DPHO.

Sistem Kontrol, yang dilakukan oleh Tim Pengendali Askes telah berjalan sebagaimana yang menjadi beban tugas dan fungsinya, sedangkan yang oleh Pengamat dan Komite Medik/PFT belum optimal.

## 3. Faktor Keluaran

Biaya obat yang tinggi/mahal diakibatkan karena pemakaian obat yang tidak rasional (boros, berlebih dan majemuk), pola persepsian yang menyimpang, kurang taat terhadap SOP/PDT dan hal ini masih diperburuk lagi dengan tambahan biaya dari pem-

Tabel-1. Peresepan Obat yang tidak rasional 1992-1995

TH	Boros		Berlebih		Majemuk (>3R/)	
	Rawat Jalan	Rawat Inap	Rawat Jalan	Rawat Inap	Rawat Jalan	Rawat Inap
92	Peny. Dalam (35) Bedah (32) Jantung (24) Paru (20)	Bedah (18) Peny. Dalam (18) Jantung (12) Paru (10)	Peny. Dalam (18) Saraf (15)	Peny. Dalam (14) Bedah (8)	Peny. Dalam (5,8) Obsgin (4,7) Bedah (4,5)	Peny. Dalam (5,2) (Obsgin (4,8)
93	Peny. Dalam (32) Bedah (28) Jantung (24) Paru (20)	Peny. Dalam (18) Bedah (14) Obsgin (12) Paru (10)	Peny. Dalam (17) Bedah (12) Saraf (10)	Peny. Dalam (12) Bedah (8) Saraf (6)	Peny. Dalam (5,4) Obsgin (4,5)	Peny. Dalam (5,2) Obsgin (4,5)
94	Peny. Dalam (28) Bedah (24) Jantung (20) Paru (15)	Bedah (12) Peny. Dalam (12) Obsgin (10) Saraf (8)	Peny. Dalam (16) Bedah (12) Saraf (9)	Bedah (11) Peny. Dalam (8) Obsgin (6) Jantung (5)	Peny. Dalam (5,4) Obsgin (4,5) Paru (4,4)	Peny. Dalam (4,8) Obsgin (4,7)
95	Peny. Dalam (26) Bedah (24) Jantung (18) Paru (14)	Bedah (12) Peny. Dalam (10) Obsgin (8) Saraf (6)	Peny. Dalam (16) Saraf (10)	Bedah (9) Peny. Dalam (8) Obsgin (5) Jantung (4)	Peny. Dalam (5,1) Bedah (4,6) Obsgin (4,5) Paru (4,2)	Peny. Dalam (4,6) Obsgin (4,2)

Sumber: Data Primer



Tabel-2. Pemakaian Obat di Luar DPHO 1993-1995

Tahun	Rawat Jalan	Rawat Inap
1993	THT (26,7%) UGD (23,1%) Obsgin (20,1%) Paru (17,3%) Mata (14%) Jantung (12,7%)	Radiologi (37,3%) Anestesi (27,5%) Obsgin (25,8%) Mata (22,2%) Saraf (25,2%) Paru (24%)
1994	Bedah (26,7%) THT (25,5%) Penyakit Dalam (24,5%) Saraf (20,7%) Paru (20,3%) Obsgin (20,2%)	Bedah Urologi (35,7%) Bedah (24,6%) Paru (27,6%) Obsgin (23,3%) Saraf (20,3%)
1995	Bedah (25,7%) Obsgin (23,8%) THT (19,2%) Penyakit Dalam (17,8%) Saraf (15,6%) Paru (14,8%)	Paru (36%) Bedah Urologi (35,5%) Bedah (22,7%) Obsgin (20,6%)

Sumber: Data Primer

belian obat-obat di luar DPHO. Perbandingan biaya antar komponen dalam pelayanan pasien Askes 1992-1995 terlihat dalam Tabel 3.

Total biaya obat rawat jalan dan rawat inap dibandingkan dengan total biaya pelayanan kesehatan pasien Askes pada tahun 1992 naik menjadi 53,1%.

Tabel-3. Pemakaian Obat di Luar DPHO 1993-1995

PELAYANAN	1992	1993	1994	1995
RJTL P I	19.820.400	19.766.000	25.578.600	30.891.000
RJTL P II A	18.268.000	23.676.000	14.797.500	20.433.00
RJTL P II B	5.440.000	6.508.000	15.390.000	14.978.000
RJTL P II C	4.024.000	3.636.000	8.835.000	10.960.000
RJTL P III	23.750.000	28.620.000	34.040.000	33.520.000
UGD		805.000	3.158.400	3.460.050
Tindakan Canggih				
Rawat Jalan	10.582.660	13.041.940	23.362.500	23.569.100
Biaya Rawat Inap	201.340.000	224.780.000	281.713.000	332.700.500
Tindakan Canggih				
Rawat Inap	5.214.800	6.708.500	23.352.500	22.253.500
Prothesa Gigi	2.173.500	2.659.500	3.309.500	2.319.100
Hemodialisa	34.720.000	194.880.000	266.140.000	263.760.000
Jasa Operasi	22.320.000	22.720.000	36.240.000	38.154.000
Obat Rawat jalan	266.220.620	414.555.647	633.903.222	1.058.705.129
Obat Rawat Inap	128.262.216	241.552.572	368.893.897	446.476.424
JUMLAH	742.136.196	1.203.909.159	1.738.714.119	2.302.180.303

Sumber: Data Primer

tahun 1993 sebesar 54,4%, 1994 sebesar 57,6% dan untuk tahun 1995 naik menjadi 65,3%.

Data tersebut menunjukkan angka yang relatif lebih tinggi dengan pendapat Sirait<sup>20</sup> yang mengatakan bahwa secara nasional biaya obat adalah sekitar 50% dari total biaya operasional kesehatan, atau lebih tinggi dari biaya-biaya lain. Di lain pihak jadi sangat tinggi apabila dibandingkan dengan pendapat Hudyono dan Andayaningsih yang mengatakan bahwa biaya obat berkisar sekitar 30-40% (Tabel 4, 5 dan 6). Dengan membandingkan biaya obat pasien Askes dengan pendapat dua pakar tersebut maka dapat diasumsikan bahwa kenaikan yang terjadi di RSDM adalah suatu hal yang tidak wajar, karena pelonjakannya sangat tinggi, padahal secara nasional dalam waktu empat tahun (1990-1994) biaya obat naik 203%.<sup>9</sup>

Biaya obat tersebut secara keseluruhan pada tahun 1993 mengalami kenaikan sebesar 66,32% bila dibandingkan dengan tahun 1992, dan pada tahun 1994 mengalami kenaikan 52,84% diban-

dingkan tahun sebelumnya, sedangkan untuk tahun 1995 meningkat 50,09% (Tabel 4).

Apabila dirinci lebih lanjut, komponen biaya pelayanan kesehatan di luar biaya obat, pembagiannya diatur sebagai berikut: 25% untuk jasa rumah sakit, 30% untuk bahan dan alat kesehatan habis pakai dan sisanya 45% untuk jasa medis. Khusus untuk tindakan operasi langsung diberikan dalam bentuk paket sedangkan untuk pelayanan hemodialisis pembagiannya adalah: 10% jasa rumah sakit, 80% bahan dan alat kesehatan habis pakai dan 10% jasa medis. Komponen jasa medis dari pelayanan kesehatan pasien Askes dapat dilihat pada Tabel 5.

Dari Tabel 5, jelas terlihat perbedaan yang sangat banyak di antara komponen biaya obat dengan jasa medik (untuk tahun 1995 jasa medik hanya seperlima biaya obat), selanjutnya, apabila hal ini dibandingkan dengan biaya obat di prosentasekan dengan total biaya pelayanan kesehatan pasien Askes, dapat dilihat pada Tabel 6.

Tabel-4. Jumlah Biaya Obat 1992-1995

BIAYA OBAT	1992	1993	1994	1995
Rawat Jalan	266.220.620	414.555.647	633.903.222	1.058705.129
Rawat Inap	128.262.216	241.552.572	368.893.897	446.476.424
Jumlah	394.482.836	656.108.219	1.002.797.119	1.505.181.553
<b>Prosentase Kenaikan</b>		<b>66,32%</b>	<b>52,84%</b>	<b>50,09%</b>

Sumber: Data Primer

Tabel-5. Perbandingan Biaya Obat dengan Jasa Medis

KOMPONEN	1992 (Rp.)	1993 (Rp.)	1994 (Rp.)	1995 (Rp.)
Biaya Pelayanan di luar obat	347.653.360	547.800.940	735.917.000	796.998.750
Jasa Medik Hemodialisis	3.472.000	19.488.000	26.614.000	26.376.000
Jasa Operasi	23.320.000	22.720.000	36.240.000	38.154.000
Jasa Medis	130.326.012	148.570.423	195.091.650	222.788.137
<b>Total Jasa Medis</b>	<b>157.118.012</b>	<b>190.798.423</b>	<b>257.945.650</b>	<b>287.318.137</b>

Sumber: Data Primer

Tabel-6. Prosentase Biaya Obat dan Jasa Medis terhadap Total Biaya Pelayanan

KOMPONEN	1992	1993	1994	1995
Obat rawat jalan	35,8	34,4	36,4	45,9
Obat rawat inap	17,2	20	21,2	19,3
Total Prosentase Obat	53	54,4	57,6	65,2
Jasa Medik Hemodialisis	0,46	1,61	1,53	1,14
Jasa operasi	3	1,88	2,08	1,65
Jasa medik	17,5	12,34	11,22	9,67
Total Prosentase Jasa Medis	20,96	15,83	14,83	12,46

Sumber: Data Primer

Dari Tabel 6, jelas terlihat perbedaan yang menyolok antara prosentase biaya obat dengan prosentase jasa medik (untuk tahun 1995 biaya obat menelan 65,2% dari total biaya pelayanan kesehatan (sedangkan jasa medis hanya 12,46%). Jasa medis berarti pula merupakan pendapatan dokter maka dalam hal ini dapat diduga merupakan salah satu faktor yang langsung ataupun tidak langsung yang ikut andil dalam proses perubahan perilaku persepean.<sup>2</sup> Hal ini merupakan *moral hazard* dari pelaku persepean yang diduga sebagai kompensasi dari rendahnya jasa medik.

Pada Tabel 4, 5, dan 6, terlihat jelas kenaikan prosentase yang berarti setiap tahunnya, terutama pada tahun 1994-1995, hal ini terdapat kesesuaian dengan pendapat Kongstvedt<sup>7</sup> yaitu bahwa pengeluaran di bidang obat-obatan untuk pelayanan kesehatan lebih tinggi daripada pengeluaran medis lainnya.

## KESIMPULAN

Dari hasil penelitian dan pembahasan di muka, maka dapat disimpulkan bahwa:

### 1. Pada Masukan

Faktor pasien dan SOP adalah suatu hal yang baku dan tidak tampak adanya penyimpangan/hal-hal di luar prosedur. Pada isi buku Daftar Plafon dan Harga Obat tampak adanya efek negatif dari perbedaan harga obat dalam satu klas terapi.

### 2. Pada Proses

Kejadian menunjukkan penyimpangan dalam Pola Persepean dan Pemberian Obat tidak rasional untuk pasien rawat jalan maupun rawat inap di

RSDM. Sedangkan gejala *moral hazard*, tampak pada pelaku persepean dan Apotek. Sistem Kontrol yang dalam hal ini dilakukan oleh Tim Pengendali Askes sudah sesuai dengan Surat Penugasan. Pengendalian oleh Komite Medik, Panitia Farmasi Terapi (PFT) dan oleh pihak PT Askes belum menunjukkan kinerja yang diharapkan.

### 3. Pada Keluaran

Disebabkan oleh kurang taatnya para pelaku persepean terhadap SOP dan PDT, pola persepean yang cenderung menyimpang, pola penggunaan obat yang kurang rasional serta belum berfungsi secara optimal keberadaan dan fungsi Komite Medik dan Panitia Farmasi Terapi (PFT) sebagai Sistem Kontrol, mengakibatkan biaya obat yang sangat tinggi. Sementara itu jasa medik masih rendah. Diduga pelaku persepean secara langsung atau tidak langsung mencari kompensasi untuk mendapatkan tambahan pendapatan.

## REKOMENDASI

Kepada manajemen RS.

1. Mengintensifkan dan menggalakkan Program Penggunaan Obat secara rasional kepada para pelaku persepean, Komite Medik, PFT.
2. Melakukan peninjauan ulang terhadap SOP/PDT dan rasionalisasi prosentase jasa medis Askes.
3. Merevitalisasi dan memfungsikan secara optimal keberadaan Sistem Kontrol, menentukan target sasaran kerja dan menyediakan dana operasional bagi Komite Medik dan PFT.

Kepada Manajemen PT. Askes

1. Meninjau ulang dan memperbaiki isi buku DPHO serta peraturan yang mengatur tentang persepahan obat dan jenis obat.
2. Memperbaiki sistem kontrol/audit dan sistem pengajuan klaim biaya obat.
3. Bersama pihak terkait (Manajemen RSDM, PT Kimia Farma dan PBF/Pabrik Obat) mengadakan forum konsultasi yang efektif (membentuk sistem audit sekaligus dana operasionalnya) guna mereduksi kemungkinan naiknya biaya obat pasien Askes.

#### DAFTAR PUSTAKA

1. Wasisto, B. Tantangan Manajemen Rumah Sakit pada Pembangunan Jangka Panjang Tahap II. Modul Ekonomi Manajerial Rumah sakit. MMR UGM, Yogyakarta, 1993.
2. Trisnantoro, L. Modul Asuransi Kesehatan dan Perubahan Pembiayaan Rumah Sakit. MMR UGM, Yogyakarta, 1995.
3. Gani, A. Askes di Indonesia Termasuk Lambat. Jurnal Berita Ikatan Dokter Indonesia 1996; XVII, 1-8.
4. Sulastomo. Prospek Industri Asuransi Kesehatan-Kesempatan dan Tantangan. Makalah Seminar Askes, Jakarta, 1994.
5. Quick, D.,J., O'Connor, R., W. Managing Drug Supply, Management Sciences for Health, Boston, Massachusetts, 1982.
6. Quick, D.,J., Hume, M.,L., O'Connor, R., W. Managing Drug Supply. Fourth ed. Boston, 1986.
7. Kongstvedt, P.,R. The Managed Health Care Handbook. An Aspen Publication, Gaithersburg, Maryland, 1989.
8. World Health Organization. How to Investigate Drug Use I Health Facilities. WHO, Geneva, 1993.
9. Wiryodihardjo, S. Pengaruh Umpan Balik Kartu Kendali Terhadap Unit Cost Obat Rawat Jalan penyakit Kronik Peserta Askes di RS Dr. Sardjito Yogyakarta, Tesis, MMR UGM, Yogyakarta, 1996.
10. Wiryatmodjo, K. The Quality Assurance Programme in a Teaching Hospital, The Experience in Dr. Soetomo Hospital, Makalah Pengendalian Mutu, MMR UGM, Yogyakarta, 1994.
11. Dreyfus, R., Bender, F. Communicating P&T Guidelines: How One Commitee meets the Challenge. (Interview). J. of Hosp. Formul., 1987; 22, 651-657.
12. Vibbert, S. Is Utilization Review paying off. J. of Business & Health, 1989; 7(2): 20-26.
13. Woolsey, S. UR, 1980s inovation, is today's staple. J. of Business Insurance, 1991; 9:6.
14. Kralewski, J., Wertheimer, A., Ratner, E. Prescription drug utilizationreview in private sector. J. of Health Care Mange Rev. 1994; 19(2): 62-71.
15. Sefain, H.,M. The Basic of Pharmaceutical Utilization Management. J. of Institusional Investor, 1994; 28(6):23-24.
16. Suroso, G. Utilization Mangement. Majalah Askes, 1995; 5.
17. Harahap, M. Misuse of Antibiotics. J. of Med. Progresss, 1996; 6: 5-7.
18. Subawa, I.,G. Analisis Sikap Pimpinan Perusahaan Milik Pemerintah Maupun Swasta di Kabupaten Badung dan Kotamadia Denpasar terhadap Program Askes Sukarela PT Askes Indonesia Cabang Bali. Tesis, MMR UGM, Yogyakarta, 1996.
19. Mukti, A.,G. Prinsip-prinsip Asuransi. Modul Asuransi Kesehatan dan Perubahan Pembiayaan rumah sakit. Kumpulan Makalah PPE-MMR UGM, Yogyakarta, 1994.
20. Wiryodihardjo, S. Pengaruh Umpan Balik Kartu Kendali terhadap Unit Cost Obat Rawat Jalan penyakit Kronik Peserta Askes di RS Dr. Sardjito Yogyakarta, Tesis, MMR UGM, Yogyakarta, 1996.