



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS UTILISASI KLAIM RAWAT INAP
PROGRAM PEMELIHARAAN KESEHATAN PENSIUNAN (PROSPENS)
BRINGIN LIFE PESERTA PT. X PERIODE APRIL–NOVEMBER 2011**

SKRIPSI

NAMA : SIFA FAUZIAH

NPM : 0806337075

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT**

DEPOK

JANUARI 2012



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS UTILISASI KLAIM RAWAT INAP
PROGRAM PEMELIHARAAN KESEHATAN PENSIUNAN (PROSPENS)
BRINGIN LIFE PESERTA PT. X PERIODE APRIL–NOVEMBER 2011**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana Kesehatan
Masyarakat**

NAMA : SIFA FAUZIAH

NPM : 0806337075

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
MANAJEMEN ASURANSI KESEHATAN
DEPOK
JANUARI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Sifa Fauziah

NPM : 0806337075

Tanda Tangan : 

Tanggal : 14 Januari 2012

SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini, saya:

Nama : Sifa Fauziah

NPM : 0806337075

Mahasiswa Program : Sarjana Kesehatan Masyarakat

Tahun Akademik : 2012

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul:

Analisis Utilisasi Klaim Rawat Inap Program Pemeliharaan Kesehatan Pensiunan (PROSPENS) Bringin Life Peserta PT. X Periode April – November 2011

Apabila suatu saat nanti saya terbukti melakukan plagiat, maka akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 21 Januari 2012



(Sifa Fauziah)

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Sifa Fauziah
NPM : 0806337075
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Judul Skripsi : Analisis Utilisasi Klaim Rawat Inap Program
Pemeliharaan Kesehatan Pensiunan
(PROSPENS) Bringin Life Peserta PT. X Periode
April - November 2011

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : DR. drg. Ronnie Rivany, M.Sc



Penguji : Kurnia Sari, SKM, MSE



Penguji : Siska Endyana, SE, MBA



Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 14 Januari 2012

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Sifa Fauziah

Alamat : Jl. Topas Raya RT.006/011 No. 105 Meruya Utara,
Kembangan, Jakarta Barat

Tempat Tanggal Lahir: Jakarta, 23 Mei 1990

Agama : Islam

Jenis Kelamin : Perempuan

Pendidikan

- | | |
|-------------------------------------|-----------------|
| 1. TK Islam Al-Ihsan Jakarta | Tahun 1994-1996 |
| 2. SDN 05 Pagi Meruya Utara | Tahun 1996-2002 |
| 3. SMPN 134 Jakarta | Tahun 2002-2005 |
| 4. SMAN 78 Jakarta | Tahun 2005-2008 |
| 5. FKM UI Pemintana Manajemen Askes | Tahun 2008-2012 |

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan skripsi ini. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

- (1) Bapak Dr. drg. Ronnie Rivany, M.Sc, selaku dosen pembimbing akademik yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini;
- (2) Ibu Tarsiana Sumosutargio selaku kasie PROSPENS, juga selaku pembimbing lapangan penulis selama magang di Bringin Life, yang telah banyak membantu dalam pembuatan laporan magang dan skripsi, memberikan banyak pengalaman dan pengetahuan yang tidak dapat terlupakan;
- (3) Ibu Kurnia Sari, SKM, MSE, selaku penguji skripsi, yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk menjadi penguji skripsi.
- (4) Ibu Siska Endyana, SE, MBA, selaku pihak dari Bringin Life, yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk menjadi penguji skripsi.
- (5) Mama, Babeh, Nurdin Ash-shidik si abang ndut, Nurul Amalia adikku yang manis, Mba Rani kakak iparku, terimakasih yang sangat mendalam atas segala doa dan dukungan yang telah diberikan.
- (6) Bapak Achdiana Pidiენტara selaku Kabag Askum BRI yang juga telah memberikan pengalaman serta ilmu yang bermanfaat bagi penulis.
- (7) Bapak Handayani selaku Kepala Divisi BK (Bisnis Kumpulan) yang juga telah memberikan saya kesempatan untuk magang di salah satu bagian LAK dan sharing yang telah menambah wawasan saya.

- (8) Rekan-rekan selama saya melakukan proses magang khusus sie PROSPENS : Mas Fajar, Mba Sylvi, Mas Jelly, dan Mba Nita. Juga rekan-rekan lainnya : Diana, Rina, Mba Sisca, Mba Niti, Bu Chonita, Mba yani, Mas Dhika, Mas Pujo, Mas Ari, Pak Eko, Mba Winda, Mba Astri, Mba Nita, Mas Sahrul, Mas Firdaus, Mba Attien, Bu Sisca, Dokter Cipto, terimakasih atas bantuan dan pengalaman yang tidak akan pernah dilupakan oleh penulis. Kangen kalian semua.
- (9) Terimakasih juga untuk Mas Pri, Mba Nevi, dan Mba Dian selaku staf AKK yang telah banyak membantu penulis dalam mengurus surat-menyurat.
- (10) Teman-teman seperjuangan '78 (Qory, Ana, Dian, Fia, Muti), terimakasih atas semangat dan dukungannya. Sukses buat kita semua!
- (11) Teman-teman Manajemen Asuransi Kesehatan '08 (Wenny, Wuri, Ila), terimakasih atas semangat dan dukungannya juga. Sukses buat kita semua!
- (12) Sahabat saya Nurhalina Sari, serta pihak-pihak lain yang telah mengajarkan saya ilmu biostatistika dan SPSS dalam waktu singkat.
- (13) Nuraniers yang selalu di hati, terimakasih masih mau menerima penulis di Nurani, walau tidak bisa maksimal membantu.
- (14) Bocah FKM UI yang selalu mengingatkan penulis untuk selalu memperbaiki diri.
- (15) Seluruh pihak yang tidak dapat disebutkan oleh penulis. Terimakasih atas segala hal yang telah diberikan kepada penulis.

Akhir kata, saya berharap Allah SWT. berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, 14 Januari 2012

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sifa Fauziah

NPM : 0806337075

Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat

Departemen : Administrasi Kebijakan Kesehatan/Manajemen Asuransi Kesehatan

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

Jenis karya : Skripsi

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas **Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty- Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Analisis Utilisasi Klaim Rawat Inap Peserta Program Pemeliharaan Kesehatan Pensiunan (PROSPENS) Bringin Life Peserta PT. X Periode April - November 2011

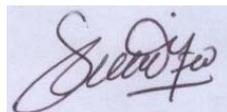
beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 14 Januari 2012

Yang menyatakan



(Sifa Fauziah)

ABSTRAK

Nama : Sifa Fauziah
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Judul : Analisis Utilisasi Klaim Rawat Inap Program Pemeliharaan Kesehatan Pensiunan (PROSPENS) Bringin Life Peserta PT. X Periode April - November 2011

Skripsi ini membahas analisis usia, jenis kelamin, diagnosis, lama hari rawat, tipe penyedia layanan kesehatan dan status peserta terhadap tingkat utilisasi klaim rawat inap Program Pemeliharaan Kesehatan Pensiunan (PROSPENS) Bringin Life Peserta PT. X. Penelitian ini adalah penelitian deskriptif analitik dengan desain *cross sectional* atau potong lintang. Hasil penelitian menyarankan bahwa perlu memperhatikan faktor lain selain faktor usia, jenis kelamin, diagnosis, dan status peserta. Sedangkan faktor yang perlu menjadi perhatian yaitu lama hari rawat dan tipe penyedia pelayanan kesehatan.

Kata kunci:

Utilisasi, jaminan kesehatan pensiunan, klaim rawat inap

ABSTRACT

Name : Sifa Fauziah
Study Program : Bachelor of Public Health
Title : Analysis of Inpatient Claims Utilization of Pensioners Health Maintenance Program (PROSPENS) at Bringin Life Participants PT. X Period April - November 2011

This study analyzes age, gender, diagnosis, length of stay, health care provider type and status of the participants on the level of utilization in Pensioners Health Maintenance Program Inpatient Claims (PROSPENS) Bringin Life Participants PT. X. This is a descriptive analytical study use cross sectional design. The results of this study suggest that it is a need to consider other factors beside age, gender, diagnosis, and status of the participants. Some factors need to be concerned are length of stay and type of health care providers

Key words:

Utilization, Pensioners Health Care Insurance, Inpatient Claims

DAFTAR ISI

| | |
|--|--------------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| PERNYATAAN ORISINALITAS | ii |
| SURAT PERNYATAAN | iii |
| LEMBAR PENGESAHAN | iv |
| DAFTAR RIWAYAT HIDUP | v |
| KATA PENGANTAR | vi |
| LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH | viii |
| ABSTRAK | ix |
| DAFTAR ISI | xi |
| DAFTAR TABEL | xv |
| DAFTAR GAMBAR | xvii |
| DAFTAR LAMPIRAN | xviii |
| DAFTAR SINGKATAN | xix |
| BAB I PENDAHULUAN | |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Perumusan Masalah | 7 |
| 1.3 Pertanyaan Penelitian | 7 |
| 1.4 Tujuan Penelitian | |
| 1.4.1 Tujuan Umum | 8 |
| 1.4.2 Tujuan Khusus | 8 |

| | | |
|----------------|--|----|
| 1.5 | Manfaat Penelitian | |
| 1.5.1 | Bagi Peneliti | 9 |
| 1.5.2 | Bagi Ilmu Kesehatan Masyarakat | 9 |
| 1.5.3 | Bagi Peneliti Lainnya | 9 |
| 1.5.4 | Bagi Perusahaan | 9 |
| 1.6 | Ruang Lingkup Penelitian | 10 |
| BAB II | TINJAUAN PUSTAKA | |
| 2.1 | Asuransi Kesehatan | 11 |
| 2.2 | Bentuk-bentuk Asuransi Kesehatan | 12 |
| 2.3 | Bentuk-bentuk Organisasi <i>Managed Care</i> | 13 |
| 2.4 | Bentuk-bentuk Pengendalian Biaya | 16 |
| 2.5 | Faktor-faktor yang Mempengaruhi Utilisasi Pelayanan Kesehatan | 20 |
| BAB III | KERANGKA TEORI DAN KONSEP | |
| 3.1 | Kerangka Teori | 27 |
| 3.2 | Kerangka Konsep | 28 |
| 3.3 | Definisi Operasional | 28 |
| BAB IV | METODOLOGI PENELITIAN | |
| 4.1 | Jenis dan Desain Penelitian | 30 |
| 4.2 | Lokasi dan Waktu Penelitian | 30 |
| 4.3 | Populasi Penelitian | 30 |
| 4.4 | Jenis dan Sumber Data | 31 |

| | | |
|-----|-----------------------------|----|
| 4.5 | Cara Pengumpulan Data | 32 |
| 4.6 | Pengolahan Data | 32 |
| 4.7 | Rencana Analisis Data | 33 |
| 4.8 | Penyajian Hasil | 35 |

BAB V GAMBARAN UMUM

| | | |
|-------|---|----|
| 5.1 | Sejarah Perusahaan | 36 |
| 5.2 | Visi dan Misi Perusahaan | 37 |
| 5.3 | Identitas Perusahaan | 37 |
| 5.4 | Struktur Organisasi Perusahaan | 39 |
| 5.5 | Arti Logo | 39 |
| 5.6 | Produk-Produk yang Dihasilkan | |
| 5.6.1 | Asuransi Jiwa Individu | 39 |
| 5.6.2 | Produk Kumpulan | 40 |
| 5.6.3 | DPLK | 40 |
| 5.6.4 | Syariah | 40 |
| 5.7 | SDM (Sumber Daya Manusia) | 40 |
| 5.8 | Program Pemeliharaan Kesehatan Pensiunan (PROSPENS) | |
| 5.8.1 | Gambaran Umum | 41 |
| 5.8.2 | Gambaran PT. X | 41 |
| 5.8.3 | PROSPENS PT. X | 41 |

BAB VI HASIL PENELITIAN

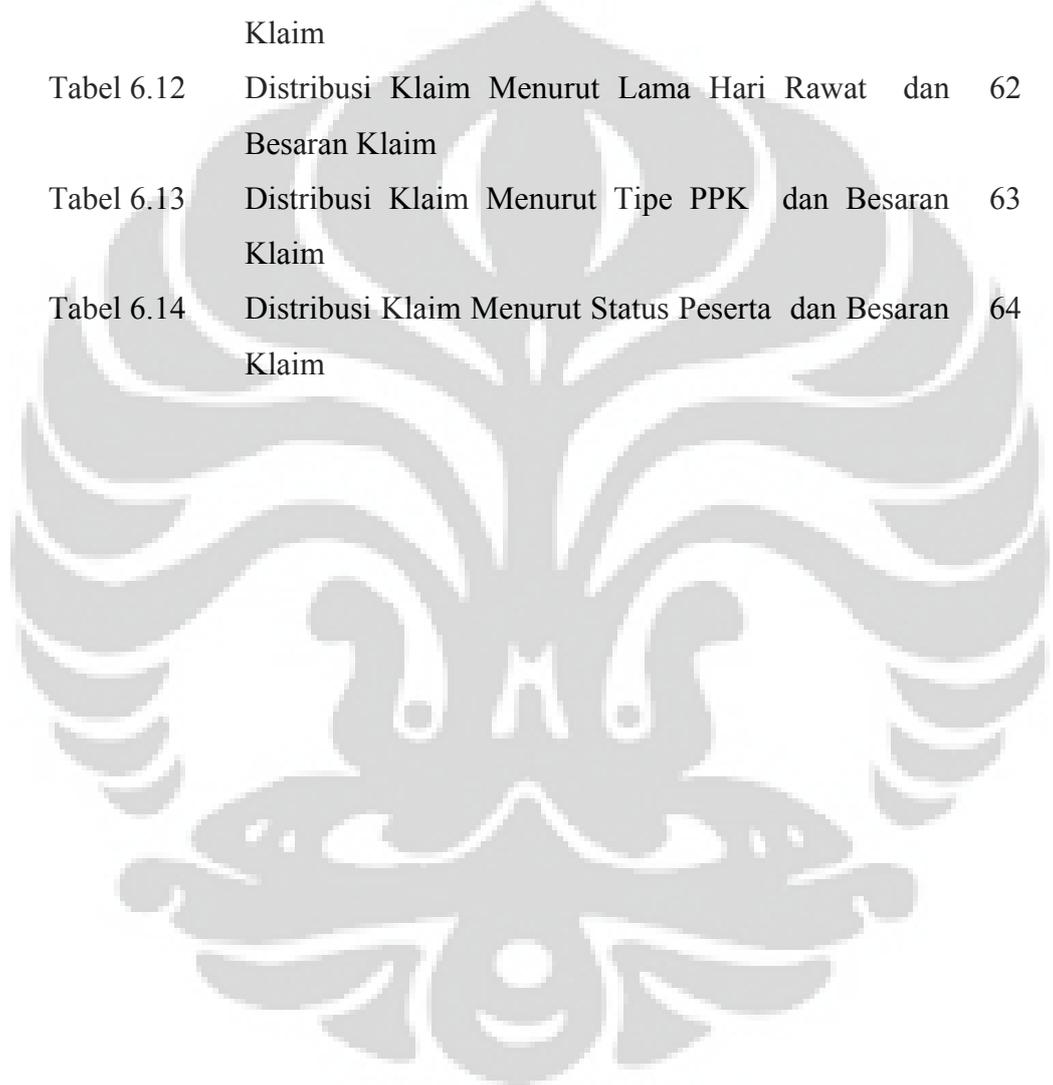
| | | |
|-----|------------------------------|----|
| 6.1 | Pelaksanaan Penelitian | 55 |
|-----|------------------------------|----|

| | | |
|--------------------------------------|--|-----------|
| 6.2 | Analisis Univariat | 55 |
| 6.2.1 | Variabel Independen | 56 |
| 6.2.2 | Variabel Dependen | 59 |
| 6.3 | Analisis Bivariat | 60 |
| BAB VII HASIL PENELITIAN | | |
| 7.1 | Keterbatasan Penelitian | 65 |
| 7.2 | Pembahasan Hasil Penelitian | |
| 7.2.1 | Utilisasi (Besaran Rawat Inap) Menurut Jenis Kelamin | 66 |
| 7.2.2 | Utilisasi (Besaran Rawat Inap) Menurut Diagnosis | 67 |
| 7.2.3 | Utilisasi (Besaran Rawat Inap) Menurut Hari Rawat ... | 68 |
| 7.2.4 | Utilisasi (Besaran Rawat Inap) Menurut Tipe PPK | 68 |
| 7.2.5 | Utilisasi (Besaran Rawat Inap) Menurut Status Peserta | 69 |
| BAB VIII KESIMPULAN DAN SARAN | | |
| 8.1 | Kesimpulan | 70 |
| 8.2 | Saran | 70 |
| REFERENSI | | 73 |

DAFTAR TABEL

| | | |
|-----------|---|----|
| Tabel 1.1 | Jumlah Penduduk Indonesia yang Sudah Tercover Jaminan Kesehatan | 1 |
| Tabel 1.2 | Jumlah Penduduk yang Sakit Serta Angka Kesakitan Menurut Golongan Umur Tahun 1980 | 4 |
| Tabel 1.3 | Tingkat Klaim dan Premi Perusahaan Peserta PROSPENS Kumpulan Bringin Life Per Bulan November Tahun 2011 | 5 |
| Tabel 2.1 | Perbedaan Asuransi Tradisional dan <i>Managed Care</i> | 13 |
| Tabel 3.1 | Definisi Operasional | 29 |
| Tabel 4.1 | Rencana Analisis Univariat | 35 |
| Tabel 4.2 | Rencana Analisis Bivariat | 35 |
| Tabel 5.1 | Biaya Perawatan Selama 10 Hari Ilustrasi 1 | 52 |
| Tabel 5.2 | Perhitungan Klaim yang Ditanggung Selama 10 Hari Ilustrasi 1 | 52 |
| Tabel 5.3 | Biaya Perawatan Selama 20 Hari Ilustrasi 2 | 53 |
| Tabel 5.4 | Perhitungan Klaim yang Ditanggung Selama 20 Hari Ilustrasi 2 | 53 |
| Tabel 6.1 | Distribusi Jenis Kelamin PROSPENS PT. X Tahun 2011 | 56 |
| Tabel 6.2 | 10 Diagnosis Terbanyak yang Diklaim PROSPENS PT. X Tahun 2011 | 56 |
| Tabel 6.3 | Distribusi Diagnosis PROSPENS PT. X Tahun 2011 | 57 |
| Tabel 6.4 | Distribusi Klaim Menurut Lama Hari Rawat PROSPENS PT. X Tahun 2011 | 57 |
| Tabel 6.5 | Distribusi Lama Hari Rawat PROSPENS PT. X Tahun 2011 | 58 |
| Tabel 6.6 | Distribusi Tipe PPK PROSPENS PT. X Tahun 2011 | 58 |
| Tabel 6.7 | Distribusi Jenis Kelamin PROSPENS PT. X Tahun 2011 | 59 |

| | | |
|------------|--|----|
| Tabel 6.8 | Distribusi Klaim Menurut Besaran Klaim PROSPENS PT. X Tahun 2011 | 59 |
| Tabel 6.9 | Distribusi Besaran Klaim PROSPENS PT. X Tahun 2011 | 60 |
| Tabel 6.10 | Distribusi Klaim Menurut Jenis Kelamin dan Besaran Klaim | 61 |
| Tabel 6.11 | Distribusi Klaim Menurut Diagnosis dan Besaran Klaim | 61 |
| Tabel 6.12 | Distribusi Klaim Menurut Lama Hari Rawat dan Besaran Klaim | 62 |
| Tabel 6.13 | Distribusi Klaim Menurut Tipe PPK dan Besaran Klaim | 63 |
| Tabel 6.14 | Distribusi Klaim Menurut Status Peserta dan Besaran Klaim | 64 |



DAFTAR GAMBAR

| | | |
|------------|--|----|
| Gambar 1.1 | Perbandingan Jumlah Penduduk Indonesia Usia > 55 Tahun 2000 dan 2010 | 3 |
| Gambar 1.2 | Loss Ratio PROSPENS PT. X Tahun 2000 s/d 2011 | 6 |
| Gambar 2.1 | <i>“The Behavioral Model of Health Services Use”</i> ; Andersen (1975) | 21 |
| Gambar 3.1 | Kerangka Konsep | 28 |

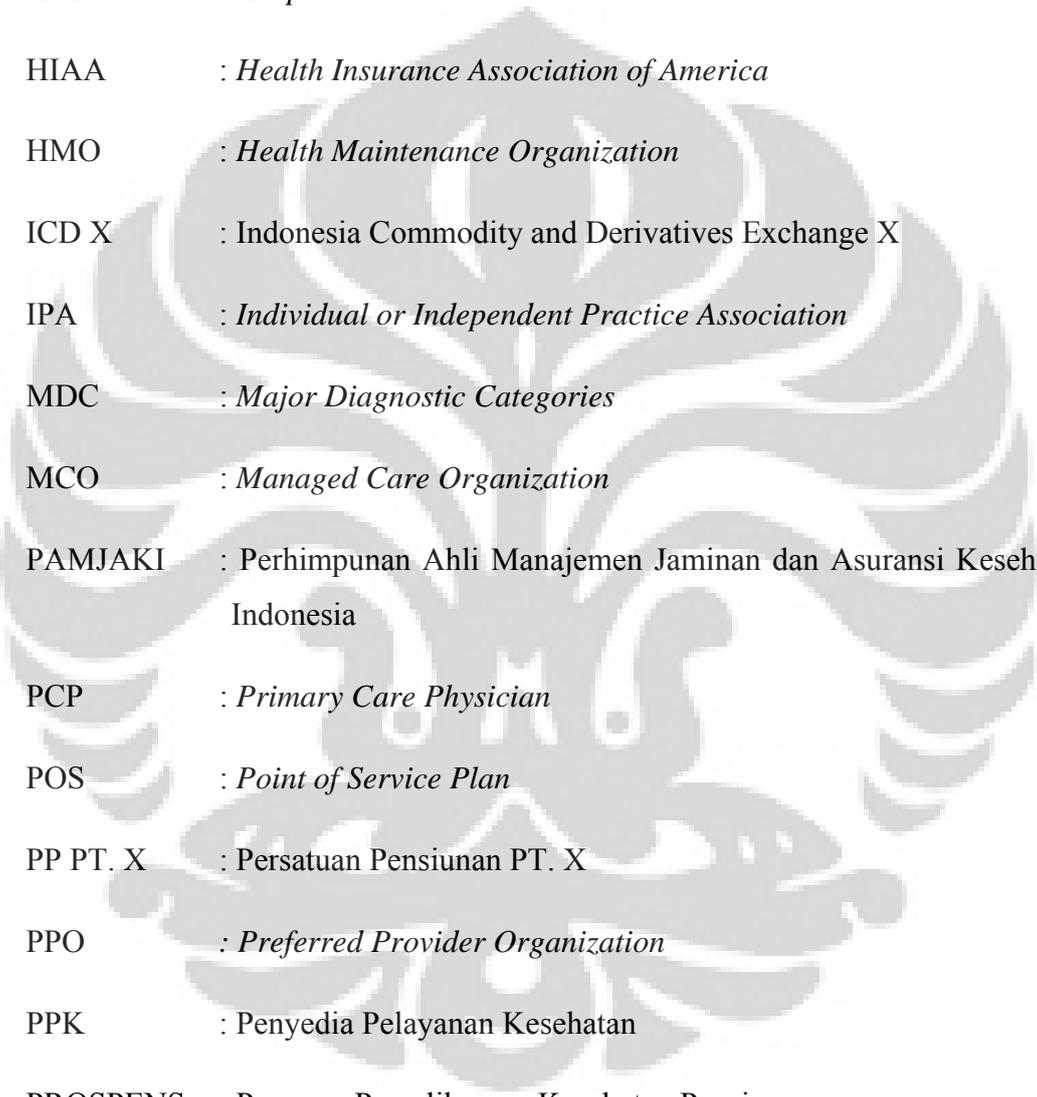


DAFTAR LAMPIRAN

| | | |
|------------|--------------------------------|---|
| Lampiran 1 | Struktur Organisasi Perusahaan | 1 |
| Lampiran 2 | <i>Output</i> Univariat | 2 |
| Lampiran 3 | <i>Output</i> Bivariat | 5 |



DAFTAR SINGKATAN



| | |
|----------|--|
| DRG | : <i>Diagnosis-Related Group</i> |
| EPO | : <i>Exclusive Provider Organization</i> |
| HCP | : <i>Hospital Cash Plan</i> |
| HIAA | : <i>Health Insurance Association of America</i> |
| HMO | : <i>Health Maintenance Organization</i> |
| ICD X | : <i>Indonesia Commodity and Derivatives Exchange X</i> |
| IPA | : <i>Individual or Independent Practice Association</i> |
| MDC | : <i>Major Diagnostic Categories</i> |
| MCO | : <i>Managed Care Organization</i> |
| PAMJAKI | : <i>Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia</i> |
| PCP | : <i>Primary Care Physician</i> |
| POS | : <i>Point of Service Plan</i> |
| PP PT. X | : <i>Persatuan Pensiunan PT. X</i> |
| PPO | : <i>Preferred Provider Organization</i> |
| PPK | : <i>Penyedia Pelayanan Kesehatan</i> |
| PROSPENS | : <i>Program Pemeliharaan Kesehatan Pensiunan</i> |
| RBRVS | : <i>Resource-Based Relative Value Scale</i> |
| UR | : <i>Utilization Review</i> |

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan adalah hak asasi setiap manusia. Manusia tentu ingin agar tubuhnya tetap sehat sehingga dapat melakukan segala aktivitas dengan baik dan lancar. Akan tetapi, resiko sakit tidak ada yang mengetahui kapan dan kepada siapa akan terjadi. Selain itu, sekarang ini biaya kesehatan semakin melambung tinggi. Orang kaya sekalipun dapat kehilangan hartanya untuk membiayai penyembuhan penyakitnya, karena tidak ada yang mengetahui seberapa besarnya biaya yang akan dikeluarkan. Oleh karena itu, sangatlah diperlukan suatu persiapan untuk mengatasi resiko sakit tersebut. Hal yang dapat dilakukan adalah dengan berpartisipasi dalam asuransi kesehatan.

Dalam Profil Kesehatan Indonesia 2010 Departemen Kesehatan Indonesia, pada tahun 2010 tercatat penduduk Indonesia yang sudah memiliki cakupan jaminan kesehatan adalah sebanyak 148.709.645 dari 236.034.478 jiwa atau sebesar 63 persen populasi Indonesia. Jumlah ini mencakup seluruh jaminan kesehatan yang ada dengan rincian sebagai berikut :

Tabel 1.1
Jumlah Penduduk Indonesia yang Dicapuk Jaminan Kesehatan

| Jaminan Kesehatan | Frekuensi (N) | Presentase (%) |
|--------------------------|---------------|----------------|
| Jamkesmas | 76.400.000 | 32.37% |
| Askes PNS/TNI POLRI | 17.364.265 | 7.36% |
| Jamsostek | 4.832.303 | 2.05% |
| Asuransi Perusahaan | 15.351.532 | 6.5% |
| Asuransi Swasta dan Lain | 2.856.539 | 1.21% |
| Jamkesda | 31.905.006 | 13.52% |
| Total | 148.709.645 | 63% |

Sumber : Profil Kesehatan Indonesia 2010, Departemen Kesehatan RI

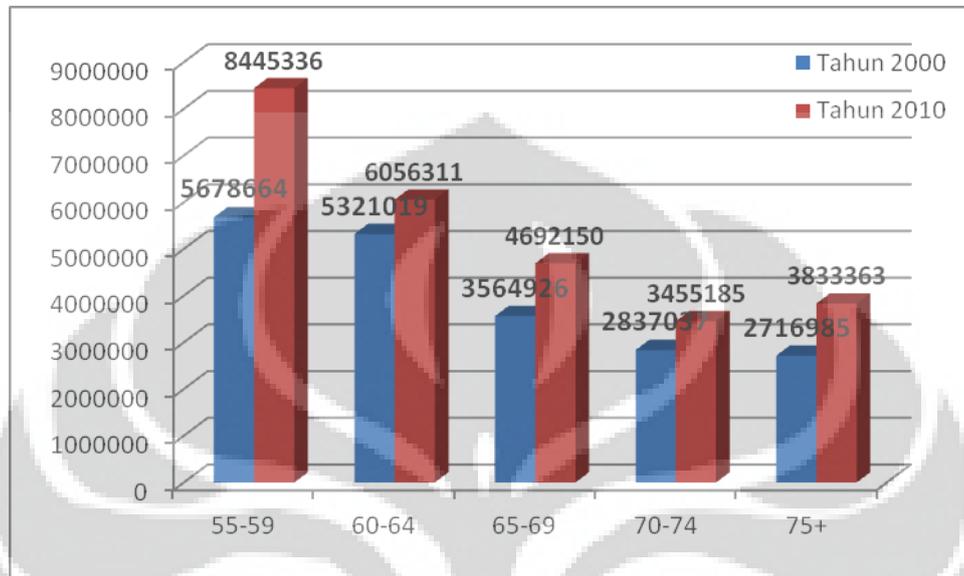
Salah satu tolok ukur kemajuan suatu bangsa seringkali dilihat dari harapan hidup penduduknya. Berdasarkan data dari Bappenas 2005 disebutkan bahwa penduduk Indonesia diperkirakan akan mencapai 273,65 juta jiwa pada tahun 2025. Pada tahun yang sama angka harapan hidup diperkirakan mencapai 73,7 tahun (Bappenas, 2005). Perkiraan angka harapan hidup tersebut kemungkinan akan terealisasi, karena sekarang ini angka harapan hidup penduduk Indonesia yaitu 71 tahun (Departemen Kesehatan RI, 2010).

Dengan semakin meningkatnya usia harapan hidup penduduk, hal ini menyebabkan jumlah penduduk lanjut usia terus meningkat dari tahun ke tahun. Menurut Undang-Undang Nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia (Lansia), yang dimaksud dengan lanjut usia adalah penduduk yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas (www.menegpp.go.id). Penduduk lansia merupakan bagian dari kelompok para Pensiunan. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, pensiun adalah tidak bekerja lagi karena masa kerjanya telah selesai. Dengan demikian pensiunan adalah orang yang sudah tidak bekerja lagi. Akan tetapi, pensiun bukan hanya disebabkan masa jabatan yang sudah habis, bisa juga disebabkan hukuman jabatan karena melakukan pelanggaran atau atas dasar permintaan sendiri.

Di Indonesia usia pensiun Pegawai Negeri Sipil 56 tahun, dan swasta antara 50-55 tahun. Adapun usia pensiun TNI adalah 58 dan Polri 60 tahun. Dalam perkembangannya ada perbedaan usia pensiun bagi jabatan-jabatan tertentu, misalnya usia pensiun guru diperpanjang menjadi 60 tahun, guru besar 65 dan bahkan dapat diperpanjang hingga 70, hakim bisa pensiun pada umur 65 tahun sampai 70 tahun (www.bbc.co.uk). Populasi pensiunan di Indonesia semakin meningkat jumlahnya. Hal ini terlihat pada gambar di bawah ini yang menunjukkan perbedaan populasi penduduk diatas 55 tahun pada tahun 2000 dan 2010, sebagai berikut:

Gambar 1.1

Perbandingan Jumlah Penduduk Indonesia Usia > 55 Tahun 2000 dan 2010



Sumber : Badan Pusat Statistika RI 2000 dan 2010

Manusia tentu akan mengalami proses menua. Manusia secara progresif akan kehilangan daya tahan terhadap infeksi dan akan memupuk makin banyak distorsi metabolik dan struktural yang disebut sebagai “penyakit degeneratif” (seperti hipertensi, aterosklerosis, diabetes mellitus, dan kanker) yang akan menyebabkan kita menghadapi akhir hidup dengan episode terminal yang dramatik (seperti stroke, infark miokard, koma asidotik, metastasis kanker, dsb) (Geriatri, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 1999). Hal ini sesuai dengan pola grafik U, yaitu semakin tua usia seseorang akan semakin beresiko untuk sakit. Pola ini dapat dibuktikan pada tabel berikut :

Tabel 1.2

**Angka Kesakitan Anggota Rumah Tangga Dalam 1 Bulan Terakhir
Sebelum Dikunjungi Menurut Golongan Umur**

| Golongan Umur (th) | Jumlah | Angka Keluhan Kesakitan (%) |
|---------------------------|---------------|------------------------------------|
| < 1 | 269 | 49,1 |
| 1 – 4 | 1.708 | 54,8 |
| 5 – 14 | 4.171 | 42,2 |
| 15 – 24 | 3.103 | 41,6 |
| 25 – 34 | 3.054 | 50,3 |
| 35 – 44 | 2.737 | 56,3 |
| 45 – 54 | 1.944 | 58,9 |
| 55 – 64 | 1.275 | 65,3 |
| 65+ | 1.019 | 73,2 |

Sumber : Laporan SKRT 2001

Berdasarkan tabel di atas membuktikan bahwa semakin tinggi usia, akan semakin beresiko untuk sakit. Oleh karena itu, perlu suatu persiapan sejak masa produktif untuk menghadapi resiko tersebut. Para pekerja formal, khususnya para Pegawai Negeri Sipil (PNS) sudah memiliki program dana pensiunan dimana ketika pensiun nanti akan mendapatkan tunjangan pensiun. Sedangkan untuk para pekerja swasta dan informal tidak ada aturan yang mengatur mengenai kepemilikan program dana pensiunan. Sebenarnya bukan hanya program dana pensiunan yang diperlukan, tetapi diperlukan juga program kesehatan pensiunan, dimana para pekerja akan mendapatkan jaminan kesehatan ketika pensiun nanti. Dalam hal ini PNS lebih beruntung daripada karyawan swasta dan pekerja informal, karena pensiunan PNS sudah tercakup asuransi kesehatan PT. Askes (Persero) sampai mereka meninggal. Sedangkan untuk pensiunan karyawan swasta, biasanya hanya ditanggung sampai masa kerjanya di perusahaan tersebut. Hanya pekerja yang atas keinginannya sendiri untuk mendaftarkan dirinya di asuransi kesehatan komersial, yang dapat terus terjamin kesehatannya sampai dirinya pensiun dan meninggal.

Program kesehatan pensiunan ini akan berpengaruh terhadap loyalitas dan produktivitas karyawan pada saat mereka masih aktif bekerja, karena karyawan dapat dengan tenang dan yakin menatap masa depannya (bringinlife.co.id). Salah satu perusahaan asuransi yang menjual produk kesehatan untuk pensiun adalah PT Bringin Life, yang dikenal dengan nama PROSPENS (Program Pemeliharaan Kesehatan Pensiunan). Program ini memberikan jaminan perawatan di Rumah Sakit sejak pensiun sampai seumur hidup. PT. X merupakan salah satu peserta PROSPENS Bringin Life.

PROSPENS merupakan produk asuransi individu dan kumpulan. Akan tetapi, sekarang ini PROSPENS tidak lagi dibuka, hanya melanjutkan sisa polis yang masih ada, salah satunya untuk polis peserta PT. X. Hal ini terjadi karena PROSPENS kurang memberikan keuntungan bagi Bringin Life. Sampai saat ini ada tujuh perusahaan yang terdaftar sebagai peserta PROSPENS Bringin Life, dua perusahaan diantaranya belum ada pengajuan klaim sehingga ada tujuh perusahaan yang telah melakukan proses klaim. PT. X, Y, dan Z merupakan satu perusahaan yang sama, tapi dengan pemegang polis yang berbeda. Tingkat premi yang didapatkan dan klaim yang dibayarkan Bringin Life dari sembilan pemegang polis tersebut sejak awal keikutsertaan dalam PROSPENS sampai dengan 30 November 2011 dapat dilihat pada tabel berikut :

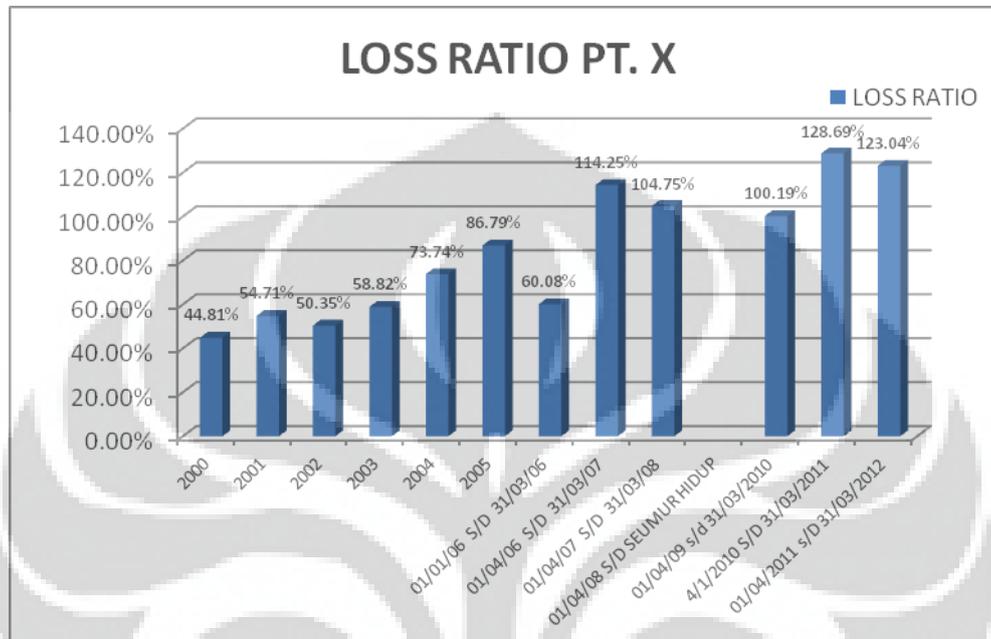
Tabel 1.3

**Tingkat Klaim dan Premi Perusahaan Peserta PROSPENS Kumpulan
Bringin Life Per Bulan November Tahun 2011**

| NO | PERUSAHAAN | PREMI | KLAIM | LOSS RATIO |
|----|------------|-----------------------|-----------------------|---------------|
| 1 | A | 1,796,509,700 | 852,229,847 | 47.44% |
| 2 | B | 11,001,889,992 | 52,036,650 | 0.47% |
| 3 | C | 44,248,645,273 | 365,910,810 | 0.83% |
| 4 | D | 230,966,600 | 49,639,740 | 21.49% |
| 5 | E | 2,086,243,640 | 32,555,486 | 1.56% |
| 6 | F | 11,381,221,116 | 2,177,875,311 | 19.14% |
| 7 | X | 79,652,757,914 | 69,406,228,897 | 87.14% |
| 8 | Y | 129,686,878,527 | 17,846,451,726 | 13.76% |
| 9 | Z | 10,076,420,821 | 7,796,893,076 | 77.38% |

Sumber : PROSPENS Bringin Life

Gambar 1.2

Loss Ratio PROSPENS PT. X Tahun 2000 s/d 2011

Sumber : PROSPENS Bringin Life

Angka *loss ratio* merupakan angka yang mampu mencerminkan berapa besar beban keuangan yang ditanggung oleh perusahaan asuransi dalam rangka membiayai pelayanan kesehatan yang ditanggung. Angka *loss ratio* ini diperoleh dengan membandingkan antara pengeluaran biaya kesehatan dengan jumlah penerimaan premi yang diterima. Semakin tinggi angka persentase *loss ratio* berarti semakin banyak biaya yang dikeluarkan oleh perusahaan untuk membiayai pelayanan kesehatan anggotanya atau semakin sedikit persentase keuntungan yang diperoleh (Thabrany, dkk, 2000). Pada Tabel 1.3 dapat dilihat bahwa sejak awal kepesertaan dalam PROSPENS sampai dengan 30 November 2011, yang memiliki tingkat *loss ratio* tertinggi adalah PT. X sebesar 87,14%.

Pada Gambar 1.2 menunjukkan bahwa *loss ratio* PT. X semakin meningkat dari tahun ke tahun. Pada periode April 2010 sampai dengan Maret 2011, angka *loss ratio* mencapai 128,69%. Kemudian pada periode April 2011 sampai dengan November 2011 (belum habis masa polis satu tahun), angka *loss ratio* sudah

mencapai 123,04%. Tingginya angka *loss ratio* ini berhubungan dengan meningkatnya utilisasi pelayanan kesehatan. Meningkatnya utilisasi pelayanan kesehatan ini perlu diatasi, karena akan menyebabkan keuntungan yang didapatkan oleh perusahaan semakin kecil, atau bahkan dapat menyebabkan tidak ada keuntungan yang didapat. Perlu suatu upaya yang harus dilaksanakan oleh Bringin Life, yaitu melaksanakan manajemen utilisasi pelayanan kesehatan. Manajemen utilisasi pelayanan kesehatan merupakan solusi yang sangat tepat dalam rangka pengendalian biaya dan mutu pelayanan kesehatan. Manajemen utilisasi juga mampu mendeteksi terjadinya *moral hazard* baik oleh PPK maupun peserta dan menjadikannya usaha pengendalian biaya di kemudian hari (Thabrany, dkk, 2000).

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, dari kesimpulan mengenai *loss ratio* pada PT. X yang tinggi, hal ini berhubungan dengan peningkatan utilisasi pelayanan kesehatan khususnya pada PROSPENS PT. X. Oleh karena itu, penulis merasa penting melakukan penelitian ini guna mengetahui ada kaitan antara jenis kelamin, diagnosis, lama hari rawat, tipe PPK, dan status peserta dengan utilisasi (besaran klaim) rawat inap PROSPENS Bringin Life peserta PT. X. Jenis kelamin, diagnosis, lama hari rawat, tipe PPK, dan status peserta memiliki kaitan dengan utilisasi pelayanan kesehatan didukung oleh beberapa teori dari Andersen (1975), Zschock (1979), Black dan Huebner (1972), Feldstein (1993), Green, et al (1980), Black dan Skipper (2000), Gonzalez et al (2011), Oxford University Press (1976), HIAA (1997), dan Pamjaki (2005).

1.3 Pertanyaan Penelitian

Dari latar belakang dan rumusan masalah tersebut di atas, maka muncul pertanyaan penelitian yaitu sebagai berikut :

1. Bagaimanakah gambaran jenis kelamin, status kepesertaan, diagnosis, lama hari rawat, dan utilisasi (besaran klaim) rawat inap PROSPENS Bringin Life peserta PT. X periode April-November Tahun 2011.

2. Bagaimanakah hubungan antara jenis kelamin dengan utilisasi (besaran klaim) rawat inap PROSPENS Bringin Life peserta PT. X periode April-November Tahun 2011.
3. Bagaimanakah hubungan antara diagnosis dengan utilisasi (besaran klaim) rawat inap PROSPENS Bringin Life peserta PT. X periode April-November Tahun 2011.
4. Bagaimanakah hubungan antara lama hari rawat dengan utilisasi (besaran klaim) rawat inap PROSPENS Bringin Life peserta PT. X periode April-November Tahun 2011.
5. Bagaimanakah hubungan antara tipe PPK (Penyedia Pelayanan Kesehatan) dengan utilisasi (besaran klaim) rawat inap PROSPENS Bringin Life peserta PT. X periode April-November Tahun 2011.
6. Bagaimanakah hubungan antara status kepesertaan dengan utilisasi (besaran klaim) rawat inap PROSPENS Bringin Life peserta PT. X periode April-November Tahun 2011.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Mendapatkan gambaran jenis kelamin, status kepesertaan, diagnosis, lama hari rawat, dan utilisasi (besaran klaim) rawat inap PROSPENS Bringin Life peserta PT. X periode April-November Tahun 2011.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Menguji hubungan antara jenis kelamin dengan utilisasi (besaran klaim) rawat inap PROSPENS Bringin Life peserta PT. X periode April-November Tahun 2011.
2. Menguji hubungan antara diagnosis dengan utilisasi (besaran klaim) rawat inap PROSPENS Bringin Life peserta PT. X periode April-November Tahun 2011.
3. Menguji hubungan antara lama hari rawat dengan utilisasi (besaran klaim) rawat inap PROSPENS Bringin Life peserta PT. X periode April-November Tahun 2011.

4. Menguji hubungan antara tipe PPK dengan utilisasi (besaran klaim) rawat inap PROSPENS Bringin Life peserta PT. X periode April-November Tahun 2011.
5. Menguji hubungan antara status kepesertaan dengan utilisasi (besaran klaim) rawat inap PROSPENS Bringin Life peserta PT. X periode April-November Tahun 2011.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Peneliti

Peneliti memperoleh pengetahuan dan pengalaman dalam menerapkan ilmu manajemen asuransi kesehatan yang sudah didapatkan selama masa perkuliahan, khususnya mengenai manajemen utilisasi. Selain itu, penelitian ini juga menambah pengetahuan dan pengalaman bagi peneliti dalam hal penulisan karya ilmiah.

1.5.2 Bagi Ilmu Kesehatan Masyarakat

Penelitian ini dapat bermanfaat untuk menambah data-data yang berkaitan dengan utilisasi pelayanan rawat inap pada asuransi kesehatan komersial khususnya pada pensiunan.

1.5.3 Bagi Peneliti Lainnya

Penelitian ini dapat bermanfaat untuk peneliti selanjutnya yang akan meneliti terkait utilisasi serta sebagai bahan rujukan untuk melakukan pengendalian pelayanan kesehatan.

1.5.4 Bagi Perusahaan

Penelitian ini berguna bagi perusahaan sebagai pedoman melakukan manajemen utilisasi yang baik pada pelayanan rawat inap PROSPENS khususnya bagi peserta PT. X. Hal ini dimaksudkan agar dapat melakukan pengendalian biaya pelayanan kesehatan sehingga perusahaan dapat menekan pengeluaran dan meningkatkan pemasukan atau keuntungan.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara jenis kelamin, diagnosis, lama hari rawat, tipe PPK, dan status kepesertaan dengan utilisasi (besaran klaim) rawat inap PROSPENS PT. X periode April – November 2011 di Perusahaan Asuransi Bringin Life Kantor Pusat Jakarta. Penelitian ini berupa telaah data primer yang diolah peneliti dari data sekunder berupa tagihan klaim yang telah melalui proses komputerisasi.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Asuransi Kesehatan

Berdasarkan Undang-Undang No. 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian, pengertian Asuransi atau Pertanggungan adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih, dengan mana pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung, dengan menerima premi asuransi, untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti, atau untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungkan (www.baepam.go.id).

Dalam Ilyas (2006) dijelaskan bahwa asuransi kesehatan adalah suatu sistem pembiayaan yang berjalan berdasarkan konsep resiko, dimana resiko sakit tersebut mungkin terjadi di masa mendatang. Resiko sakit secara bersama-sama ditanggung oleh peserta dengan membayar kewajiban berupa premi ke suatu badan penyelenggara jaminan kesehatan dan akan mendapatkan hak berupa manfaat klaim jika suatu saat mengalami resiko sakit.

Asuransi kesehatan di Indonesia mulai diperkenalkan sejak tahun 1947. Asuransi kesehatan mencakup produk-produk asuransi kesehatan sosial dan asuransi kesehatan komersial. Asuransi kesehatan sosial di Indonesia diselenggarakan oleh PT. Askes, PT. Jamsostek, PT Asabri, dan Jamkesmas. Sedangkan asuransi kesehatan komersial telah ditawarkan di awal tahun 1970-an. Setelah dikeluarkannya Undang-Undang No. 2 Tahun 1992 yang mengatur bahwa perusahaan asuransi jiwa boleh menjual produk asuransi kesehatan, serta dikeluarkannya PP 14/1993 yang membolehkan *opt out* dari Jamsostek,

asuransi kesehatan komersial di Indonesia pun semakin berkembang pesat (PAMJAKI, FA, 2005).

2.2 Bentuk-bentuk Asuransi Kesehatan

Dikutip dari Ilyas (2006), bentuk asuransi kesehatan dapat dikelompokkan menjadi 2, yaitu:

1. Asuransi kesehatan tradisional

Asuransi kesehatan tradisional menggunakan sistem *reimbursement* dan pola hubungan bipartit. Pola hubungan bipartit adalah pola hubungan dua arah antara peserta dengan pihak penyelenggara asuransi kesehatan.

2. Asuransi kesehatan *managed care*

Asuransi kesehatan *managed care* menggunakan sistem pelayanan kesehatan oleh jaringan PPK dan pola hubungan tripatriit. Pola hubungan tripatriit adalah hubungan antara peserta, penyelenggara asuransi kesehatan, dan pihak pemberi pelayanan kesehatan yang telah dikontrak oleh pihak penyelenggara asuransi kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta.

Perbedaan asuransi kesehatan tradisional dengan *managed care* berdasarkan dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2.1

Perbedaan Asuransi Tradisional dan *Managed Care*

| Asuransi Tradisional | <i>Managed Care</i> |
|---|--|
| Bebas memilih dokter atau <i>provider</i> | Peserta harus berobat melalui <i>health provider</i> yang telah ditentukan |
| <i>Fee for service</i> dengan <i>reimbursement</i> | Pembayaran ke <i>provider</i> berdasarkan <i>prospective payment system</i> (kapitasi) dan atau <i>negotiated discount rate</i> yang telah disetujui |
| Tidak ada integrasi/kesatuan fungsi keuangan/pembiayaan dan pelayanan kesehatan | Ada kesatuan/integrasi antara fungsi keuangan dan pelayanan kesehatan |
| Pihak asuransi menanggung semua resiko | Adanya <i>risk sharing</i> antara <i>health provider</i> dan <i>insurer</i> |
| Tidak ada <i>interest</i> dan tidak <i>concerned</i> untuk melaksanakan pemantauan | Aktif memantau kualitas dan kelayakan pelayanan kesehatan |
| Relatif lebih sulit karena ada unsur <i>out of pocket money</i> untuk mendapatkan pelayanan kesehatan | Relatif lebih mudah memasarkan terutama bagi segmen pasar perdagangan menengah kebawah karena tanpa atau sedikit <i>out of pocket money</i> |
| Relatif lebih cepat persiapannya dan lebih mudah pelaksanaannya | Pelaksanaan dan pengelolaan lebih sulit dan memerlukan waktu persiapan yang lebih lama untuk memulai program <i>managed care</i> |
| Pengaturan reasuransi lebih mudah karena sebagian besar reasuradur telah melaksanakannya | Pengaturan reasuransi <i>managed care</i> relatif lebih sulit karena belum semua reasuradur familiar dengan produk ini |

Sumber : HIAA (*Health Insurance Association of America*) dikutip dari Ilyas (2006)

2.3 Bentuk-bentuk Organisasi *Managed Care*

Beberapa model organisasi dalam *managed care* dikutip dari PAMJAKI *Managed Care A* (2005) antara lain:

1. HMO (*Health Maintenance Organization*)

HMO adalah sistem pemeliharaan kesehatan yang terorganisir, yang bertanggung jawab atas pembiayaan kesehatan dan pemberian pelayanan kesehatan yang komprehensif, terhadap sekelompok masyarakat yang

menjadi pesertanya dengan pembayaran praupaya dalam jumlah yang tetap (Sulastomo, 2005).

Ada empat model utama HMO, yaitu:

a. HMO Staf

HMO Staf kerap kali memiliki fasilitas sendiri klinik untuk digunakan oleh peserta. Hal ini menjadikan rasa nyama bagi peserta karena semua layanan sudah tersedia di satu tempat. Akan tetapi, hal ini membutuhkan suatu modal yang besar. Para dokter dalam HMO Staf merupakan karyawan HMO yang memberi pelayanan hanya kepada peserta. Para dokter ini menerima gaji dan mungkin juga menerima insentif atau bonus tergantung kinerja mereka. Dengan sistem ini dapat mengontrol pola praktek dokter sehingga dapat lebih mengontrol utilisasi pelayanan kesehatan.

b. HMO Model Kelompok

HMO model kelompok membuat kontrak dengan kelompok multispesialis untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi peserta. Para dokter bukan karyawan HMO, namun dipekerjakan oleh kelompok multispesialis. Biasanya para dokter dibayar berdasarkan sistem kapitasi (pembayaran dilakukan di awal), sebelum pelayanan diberikan kepada peserta. Dalam model HMO ini tidak memerlukan modal sebesar model HMO Staf. Akan tetapi, kurang dapat mengontrol dokter dan utilisasi pelayanan kesehatan.

c. IPA (*Individual or Independent Practice Association*)

Dalam model IPA, HMO mengontrak dokter praktek secara individu maupun kelompok secara terorganisir. Sebagian besar HMO mengambil model ini. IPA adalah badan hukum yang mengadakan kontrak dengan HMO. Dokter yang terhimpun dalam organisasi ini tetap mempertahankan praktek mandiri dan klinik mereka sendiri selain menerima peserta HMO. Dokter dibayar dengan sistem kapitasi atau *fee for service* dengan diskon. IPA tidak memerlukan modal sebesar HMO Staf dan memiliki jaringan dokter yang paling luas

diantara model HMO yang lain. Akan tetapi, IPA paling longgar pengontrolannya dibanding HMO yang lain.

d. HMO Model Jaringan

HMO model jaringan disebut juga dengan HMO model campuran, adalah HMO yang mengontrak sejumlah IPA atau sejumlah praktek kelompok untuk memberi pelayanan kesehatan bagi peserta HMO. Model ini merupakan model ganda hasil kombinasi dari bentuk kelompok, staf, atau IPA. *Provider* dalam model HMO ini paling banyak. Hal ini membuat calon peserta tertarik. Namun ada aspek negatif dalam model HMO ini yaitu kurangnya pengendalian utilisasi, tergantung pada tipe kontrak.

2. PPO (*Preferred Provider Organization*)

PPO adalah organisasi *managed care* yang terdiri atas suatu kelompok rumah sakit para dokter, dan *provider* lainnya yang mengadakan kontrak dengan asuradur, perusahaan, administrator pihak ketiga, atau kelompok sponsor lainnya untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi para tertanggung. Unsur-unsur dari PPO yaitu membatasi jumlah *provider*, pembayaran yang dinegosiasikan, dan *utilization review*. PPO menyediakan pilihan lebih banyak dengan memperkenankan pasien mendapat pelayanan dari dalam atau di luar jaringan PPO. Akan tetapi, PPO kurang dapat mengontrol perilaku *provider*, dan pengumpulan data kurang komprehensif.

3. EPO (*Exclusive Provider Organization*)

EPO berasal dari PPO terutama karena EPO terdiri dari sekelompok *provider* yang melaksanakan perjanjian kontrak dengan asuradur, perusahaan, administrator pihak ketiga, atau kelompok sponsor lainnya. EPO merupakan bentuk PPO yang lebih terkontrol dan melakukan proses seleksi dan kredensial bagi *provider* secara lebih ketat. Jadi, peserta mendapat pelayanan dokter yang bermutu tinggi, tetapi dengan jumlah yang terbatas. Jika peserta mendapatkan pelayanan di luar jaringan,

mereka membayar sendiri seluruh biaya. *Provider* dibayar atas dasar *discounted fee-for-services*.

4. POS (*Point of Service Plan*)

POS merupakan kombinasi ciri-ciri HMO dan PPO. PPO menggunakan dokter pelayanan primer, memperkenankan peserta untuk mendapatkan pelayanan di luar jaringan tetapi dengan jaminan yang lebih rendah (biasanya dalam bentuk *copayment* yang lebih tinggi). Hal ini membuat orang yang turut serta dalam POS merasa nyaman dengan jaringan pelayanan dan akan terus menggunakannya. Akan tetapi, POS kurang melakukan kontrol bagi penggunaan pelayanan kesehatan di luar jaringan.

2.4 Bentuk-bentuk Pengendalian Biaya

Dalam perkembangan *managed care* yang terpenting adalah keterkaitan dan kerjasama antara MCO dan para pemangku kepentingan yang berupaya mengendalikan perilaku. Berikut ini akan diuraikan teknik-teknik pengendalian biaya dan utilisasi yang umum digunakan dalam *managed care*.

A. Pengendalian biaya melalui *reimbursement*

a. Pembayaran untuk Dokter Pelayanan Primer (PCP) dalam panel tertutup.

1. Gaji

Dalam model HMO Staf selalu membayar para dokter berbasis gaji. Dengan sistem gaji ini dapat lebih mengontrol perilaku dokter primer.

2. Kapitasi

Sistem kapitasi yaitu dimana dokter primer akan menerima sejumlah uang tertentu untuk melayani sejumlah peserta dalam suatu wilayah sebelum pelayanan diberikan kepada peserta.

3. Pola rujukan (*Referral Pool*)

Menyiapkan *pool* kapitasi untuk pelayanan rujukan atau rumah sakit dan panti jompo.

4. *Carve Outs*

Dalam program kapitasi memungkinkan pelayanan tertentu yang tidak dicakup oleh kapitasi Dokter Primer untuk di *carve-out*. Pelayanan ini umumnya dibayarkan dengan sistem *fee-for-services*. Tujuan *carve-out* adalah untuk menjamin agar peserta tetap memperoleh pelayanan pencegahan dan pemeliharaan kesehatan lainnya seperti imunisasi, pemeriksaan fisik dan tes laboratorium.

5. *Fee-for-services*

Fee-for-services yang dimaksud adalah *fee-for-services* yang sudah dinegosiasikan antara MCO dan *provider*. Selain itu, *global fee* yaitu sejumlah anggaran yang akan diterima *provider* untuk seperangkat pelayanan.

b. *Reimbursement* pelayanan spesialis

Metode *reimbursement* yang paling umum diterapkan adalah *fee-for-services* yang dinegosiasikan dengan pengaturan *withholding* (ditahan).

c. Penggunaan *Resource-Based Relative Value Scale*

Metode RBRVS ini dapat digunakan untuk *reimbursement* spesialis. Tujuan dari RBRVS adalah mendistribusikan pembayaran dokter sedemikian rupa untuk mendorong penggunaan pelayanan primer.

B. Kompensasi pengaturan rumah sakit serta dokter

a. *Fee-for-services*

b. Kapitasi

c. *Case rates*

Case rates adalah tarif tetap hasil negosiasi untuk tindakan-tindakan pelayanan yang spesifik, hampir sama dengan *global fee*.

d. *Per Diem*

Per diem adalah pembayaran berdasarkan tarif tetap per hari untuk pelayanan yang diberikan.

e. *Diagnosis-Related Group*

Dalam Adisasmito (2008) dijelaskan mengenai DRG's dan *Clinical Pathway*. DRG's (*Diagnosis Related Group*) atau sistem pembiayaan

kelompok diagnosa terkait adalah suatu sistem/cara pembayaran kepada penyelenggara pelayanan kesehatan (*health provider*) untuk pelayanan yang diselenggarakannya tanpa memperhatikan jumlah tindakan atau pelayanan yang diberikan, melainkan pengelompokan pelayanan medis kedalam suatu besaran pembiayaan menurut kelompok penyakit dimana pasien yang sedang ditangani tersebut berada.

Manfaat DRG's adalah sistem dan beban administrasi pihak penanggung biaya dan *provider* lebih sederhana, tidak perlu lagi secara rinci memperhitungkan biaya pelayanan, pelayanan menjadi lebih efektif dan efisien karena mampu mengendalikan biaya pelayanan kesehatan, DRG's dapat memberikan kepastian biaya rumah sakit dan meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit. DRG's dapat mengurangi: biaya rumah sakit, intensitas pelayanan yang diberikan, lama hari rawat, dan menghasilkan produk yang efisien (Adisasmito, 2008).

Komponen-komponen biaya dalam menyusun DRG's adalah lama hari rawat inap untuk masing-masing DRG's baik untuk perawatan rutin dan khusus, biaya perdiem baik untuk perawatan rutin maupun khusus, perkiraan biaya, pelayanan-pelayanan pendukung (laboratorium, radiologi, obat-obatan, alat habis pakai, anastesi, dan pelayanan lainnya perkasus). Data yang dipakai adalah diagnosa DRG's dibuat keadaan saat pasien keluar rumah sakit (Adisasmito, 2008).

f. *Fee Schedules* atau daftar tarif dari jenis pelayanan tertentu

g. Tarif *Discounted RBRVS*

C. Pengendalian biaya melalui kontrak dan seleksi *provider*

a. *Credentialing*

Credentialing adalah melakukan pemeriksaan profesional dokter untuk menjamin mutu dan pola praktek dokter.

b. Profil Dokter

Profil dokter yang dilihat seperti jumlah dan jenis rujukan ke spesialis, penggunaan pelayanan pendukung, jumlah kunjungan atau lama perawatan di rumah sakit, dan biaya klaim aktual per pasien.

- c. Riwayat Malapraktek
- d. Ekspektasi dan seluruh persyaratan yang jelas kepada *provider*

D. Telaah utilisasi dalam pengendalian biaya

Telaah utilisasi (*Utilization Review*) adalah suatu metode lain untuk menjamin mutu pelayanan terkait penghematan biaya. Telaah utilisasi menghindarkan keadaan-keadaan : *overuse/over utilization* (jenis pelayanan yang diberikan *provider* kepada pasien sebenarnya tidak diperlukan), *underuse/ under utilization* (jenis pelayanan kesehatan dari *provider* sebenarnya diperlukan pasien), dan *misuse* (jenis pelayanan kesehatan diberikan secara tidak tepat dan atau dengan kualitas yang rendah). Beberapa program UR yang digunakan adalah sebagai berikut :

a. Manajemen Kasus (*Case Management*)

Manajemen kasus digunakan untuk kondisi-kondisi serius, rumit, dan berlarut-larut seperti prematuritas, trauma hebat, kanker, dan AIDS. Manajer kasus bekerja bersama para dokter dan profesional kesehatan lainnya serta pasien dan keluarganya dalam perencanaan perawatan yang paling *cost-effective*.

b. Telaah Prospektif (*Prospective Review*)

1. Sertifikasi Pra Rawat Inap (*Preadmission Certification*)

Sertifikasi pra rawat inap dilakukan sebelum pasien masuk rumah sakit untuk dirawat, untuk menentukan ketepatan tempat, prosedur, atau lama perawatan.

2. Pra Sertifikasi Rawat Jalan (*Outpatient Precertification*)

Pra sertifikasi rawat jalan paling sering dilakukan untuk menentukan ketepatan prosedur rawat jalan, seperti pembedahan. Pra sertifikasi digunakan juga untuk memantau perawatan di rumah (*home health care*) dan persyaratan peralatan medis di rumah, di samping untuk evaluasi diagnostik biaya tinggi.

3. Otorisasi rujukan (*Referral Authorization*)

Otorisasi rujukan ke spesialis dan pelayanan spesialis diberikan oleh *gatekeeper* dokter pelayanan primer.

c. Telaah Peserta yang sedang dirawat (*Concurrent Review*)

Telaah Peserta yang sedang dirawat adalah melakukan verifikasi kebutuhan kelanjutan perawatan di rumah sakit dan menentukan ketepatan pengobatan di rumah sakit tersebut.

d. Perencanaan pelayanan ketika pasien keluar dari rumah sakit (*Discharge Planning*)

Discharge Planning merupakan metode pengendalian biaya dan mengarahkan pelayanan yang layak ketika keluar dari rumah sakit. Bagi pasien yang sepenuhnya pulih dan/atau tidak memerlukan pelayanan rumah sakit yang sifatnya khusus serta mahal, *discharge planning* akan menjamin bahwa ketika pasien keluar dari rumah sakit, ia akan memperoleh pelayanan yang tepat, aman, dan *cost-effective*.

e. Telaah klaim retrospektif (*Retrospective Claims Review*)

Telaah klaim retrospektif memeriksa ketepatan pelayanan yang telah diberikan untuk menentukan biaya apa saja yang patut dan harus diganti.

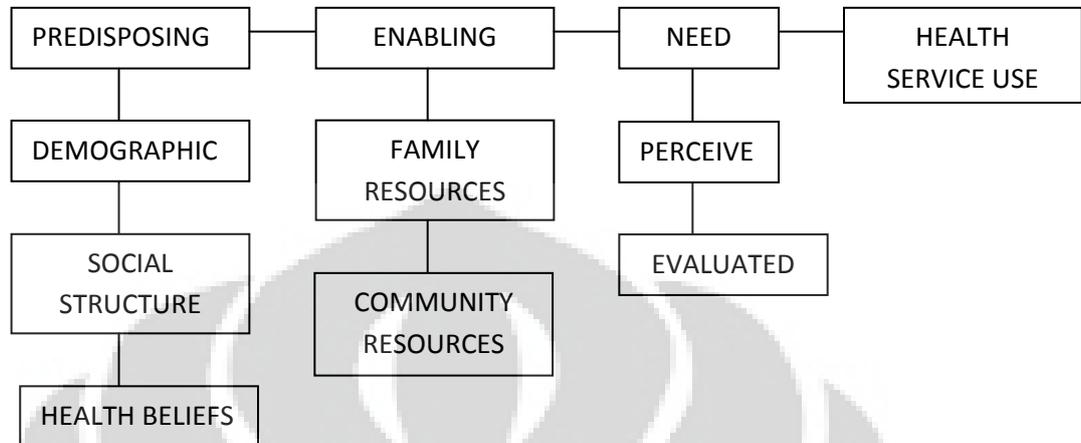
f. Telaah utilisasi pasca pembayaran (*Postpayment Utilization Review*)

2.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan

A. Andersen (1975)

Andersen (1975), memperkenalkan “*The Behavioral Model of Health Services Use*” yang merupakan faktor-faktor yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan kesehatan. Andersen mengelompokkannya menjadi tiga bagian, yaitu faktor *predisposing*, *enabling*, dan *need*.

Gambar 2.1

“The Behavioral Model of Health Services Use”

Sumber : *Equity in Health Services, Empirical Analysis in Social Policy*; Ronald Andersen (1975).

1. Faktor *predisposing*

- a. Ciri-ciri demografi: jenis kelamin, umur, status perkawinan.
- b. Struktur sosial yang merefleksikan status seseorang di lingkungan: pendidikan, pekerjaan.
- c. *Health belief* atau kepercayaan bahwa pelayanan kesehatan yang dipilih dapat menyembuhkan.

2. Faktor *enabling*

- a. Sumber daya keluarga: penghasilan, tingkatan keikutsertaan dalam asuransi.
- b. Sumber daya masyarakat: jumlah ketersediaan pelayanan masyarakat terhadap rasio penduduk.

3. Faktor *need*

- a. *Perceived need* atau penilaian individu terhadap keadaan kesehatan dalam dirinya.
- b. *Evaluated need* atau penilaian dokter terhadap status kesehatan pasien.

B. Zschock (1979)

Faktor-faktor yang mempengaruhi permintaan pelayanan kesehatan (Zschock, 1979):

1. Status Kesehatan, Pendapatan, Pendidikan
 - a. Permintaan terhadap pelayanan kesehatan lebih tinggi pada orang yang sakit daripada orang yang sehat.
 - b. Permintaan terhadap pelayanan kesehatan lebih tinggi pada orang yang berpendidikan daripada orang yang tidak berpendidikan.
 - c. Permintaan terhadap pelayanan kesehatan lebih tinggi pada orang yang berpenghasilan tinggi daripada orang yang berpenghasilan rendah.
2. Penetapan Konsumen dan *Provider*
 - a. Dokter atau tenaga kesehatan yang menentukan atau memiliki kewenangan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh pasien, sedangkan pasien tidak memiliki pengetahuan apa-apa terkait pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.
 - b. Pasien dapat menentukan sendiri kemana akan melakukan pelayanan kesehatan. Pasien juga dapat menentukan sendiri akan memakai resep obat yang mana.
 - c. *Provider* biasanya lebih cenderung memilih pasien yang memiliki kemampuan ekonomi lebih tinggi.
3. Biaya dan Akses terhadap Pelayanan Kesehatan
 - a. Sesuai dengan hukum elastisitas ekonomi antara harga dan permintaan, semakin tinggi harga maka permintaan akan turun, dan sebaliknya. Akan tetapi, kebutuhan akan pelayanan kesehatan adalah sesuatu yang inelastis, yaitu kenaikan biaya pelayanan kesehatan tidak akan terlalu signifikan menurunkan permintaan pelayanan kesehatan. Penurunan terhadap pelayanan kesehatan terhadap kenaikan biaya pelayanan kesehatan akan terlihat signifikan hanya pada orang miskin.
 - b. Akses terhadap pelayanan kesehatan misalnya kepemilikan biaya untuk mengakses pelayanan kesehatan seperti transportasi. Orang yang

memiliki keterbatasan biaya untuk mengakses pelayanan kesehatan akan lebih rendah tingkat penggunaan pelayanan kesehatannya.

4. Jumlah dan Kualitas Pelayanan Kesehatan
5. Distribusi Resiko dan Eksternalitas

Penyakit merupakan suatu risiko yang tidak akan diketahui kepada siapa akan terjadi. Setiap penyakit berbeda-beda penyebarannya. Dalam suatu sistem kolektif pembiayaan kesehatan (asuransi kesehatan), orang yang sakit akan menyebarkan risikonya kepada orang lain. Secara tidak langsung, orang lain akan menanggung orang yang sakit tersebut, karena terjadi sistem distribusi silang antara yang sehat kepada yang sakit.

C. Black dan Huebner (1972)

Faktor-faktor yang mempengaruhi resiko kesehatan (Black dan Huebner, 1972):

- a. Usia
Dalam jaminan kesehatan, biasanya bersedia menanggung orang yang berusia sampai dengan 55 tahun.
- b. Jenis kelamin
Dalam beberapa studi menyebutkan bahwa wanita lebih beresiko untuk sakit. Hal ini benar, sesuai dengan beberapa peraturan asuransi dimana tidak menanggung resiko kehamilan, keguguran, aborsi dan sejenisnya.
- c. Pekerjaan
Pekerjaan yang berbahaya, seperti pilot, pekerja pembersih menara, pekerja di bawah tanah, dll tidak dijamin perusahaan asuransi.
- d. Kondisi fisik
- e. Riwayat penyakit
- f. Riwayat keluarga
- g. *Moral Hazard*/perbuatan curang
- h. Faktor lain: wilayah tempat tinggal, kebiasaan dan hobi

D. Feldstein (1993)

Feldstein (1993) menyebutkan bahwa *demand* terhadap pelayanan kesehatan berhubungan dengan faktor-faktor yang berasal dari sisi pasien dan PPK. Faktor-faktor yang berasal dari sisi pasien antara lain:

- a. Insiden penyakit, penyakit kronis merupakan faktor penting dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan.
- b. Karakteristik sosiodemografi: usia, jenis kelamin, status perkawinan, jumlah anggota keluarga, pendidikan.
- c. Faktor ekonomi: pendapatan.

E. Green, et all (1980)

Green, et all (1980) membagi faktor-faktor yang menyebabkan perilaku kesehatan menjadi tiga bagian, yaitu;

- a. Faktor *Predisposing*
Pengetahuan, keyakinan, nilai dan sikap terhadap kesehatan, faktor demografi.
- b. Faktor *Enabling*
Sumber daya keluarga, daya masyarakat, komitmen dan prioritas pemerintah serta masyarakat terhadap kesehatan.
- c. Faktor *Reinforcing*
Faktor keluarga, teman, guru, pekerja, dan penyedia pelayanan kesehatan.

F. Black dan Skipper (2000)

Faktor-faktor dalam *underwriting* asuransi kesehatan adalah (Black dan Skipper, 2000):

- a. Usia
- b. Jenis kelamin
- c. Aspek kesehatan: riwayat sakit, kondisi fisik, faktor mental, riwayat keluarga

- d. Status finansial atau keuangan: benefit asuransi
- e. Pekerjaan
- f. *Moral hazard* dan *adverse selection*
- g. Faktor-faktor lain: perjalanan luar negeri, kebiasaan, dan hobi

G. Gonzalez et al (2011)

Dalam penelitian yang dilakukan Gonzalez et al (2011) ditemukan hasil analisis bivariat bahwa usia, jenis kelamin, jumlah anggota keluarga, cakupan asuransi kesehatan, keyakinan status kesehatan, kecacatan, penyakit kronis, dan wilayah tempat tinggal merupakan faktor yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan kesehatan pada lansia di Meksiko.

H. Oxford University Press, 1976

Dalam buku *Health Care An International Study* yang diterbitkan Oxford University Press (1976), faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah:

- a. Faktor *predisposing*
Karakter demografi (usia, jenis kelamin, status pernikahan), komposisi atau jumlah anggota keluarga, perilaku merokok, pendidikan, perilaku.
- b. Faktor *enabling*
Pendapatan, akses ke pelayanan kesehatan, cakupan asuransi kesehatan, jaminan pendapatan.
- c. Faktor *morbidity*/kesakitan
Lama hari rawat, jenis penyakit, keparahan penyakit, penyakit kronis.
- d. Faktor sumber daya pelayanan kesehatan
Dokter, perawat, ahli farmasi, dokter gigi, bidang, dokter mata, ahli bidang kesehatan lainnya, jumlah tempat tidur.
- e. Faktor organisasi pelayanan kesehatan
Rasio tenaga kesehatan dengan masyarakat, total pengeluaran untuk kesehatan per kapita.

I. HIAA (1997)

HIAA (1997) menyebutkan bahwa hal-hal yang dipertimbangkan dalam melakukan proyeksi klaim pada asuransi kumpulan adalah usia peserta, jenis kelamin, keikutsertaan tanggungan atau keluarga, jenis usaha, pendapatan, dan letak geografis.

J. Pamjaki Dasar-dasar Asuransi Kesehatan Bagian A (2005)

Dalam Modul Pamjaki Dasar-dasar Asuransi Kesehatan Bagian A (2005) disebutkan ada beberapa faktor dalam mempengaruhi besaran premi, antara lain:

- a. Ruang lingkup manfaat asuransi
- b. Distribusi umur dan jenis kelamin
- c. Tingkat pendapatan dan pekerjaan
- d. Lokasi geografi
- e. Kecenderungan pada pelayanan medis, ekonomi, dan inflasi
- f. Tingkat partisipasi kelompok
- g. *Underwriting*
- h. Lama berlakunya besaran premi
- i. Persistensi
- j. Strategi pemasaran

BAB III

KERANGKA TEORI DAN KONSEP

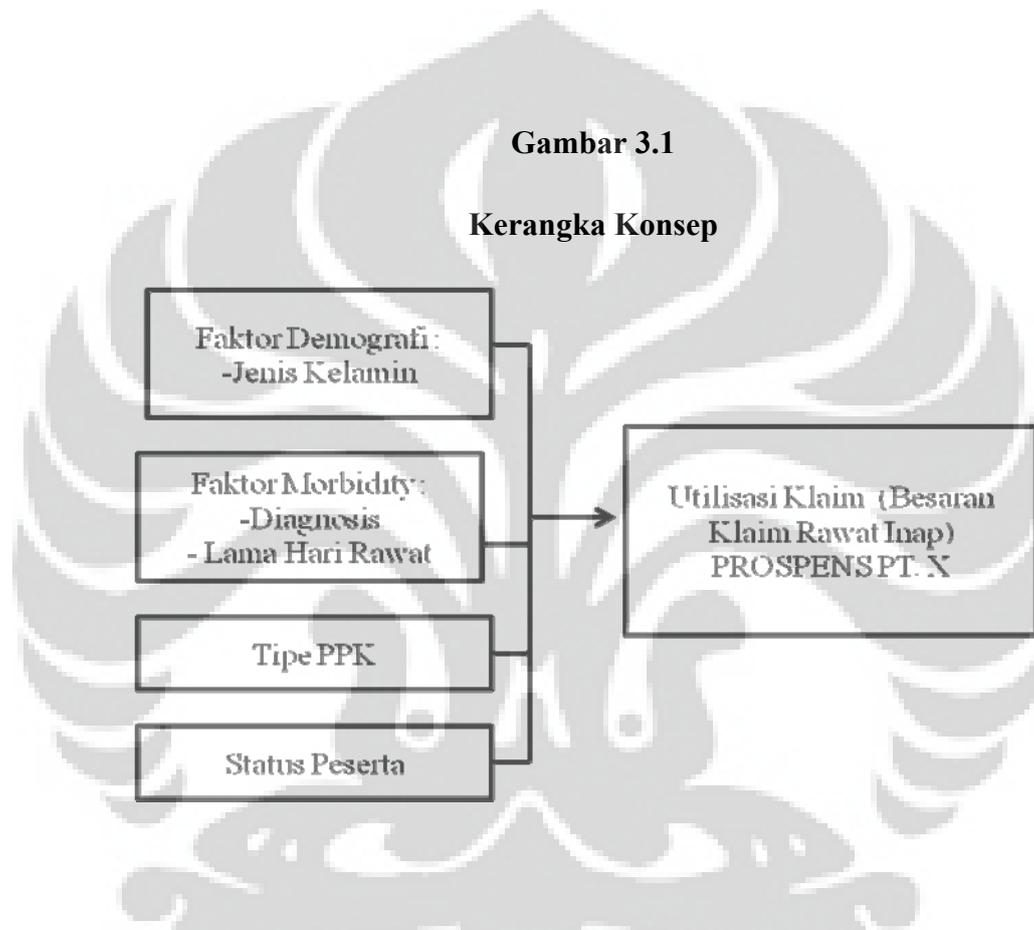
3.1 Kerangka Teori

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan beberapa variabel independen yang diperoleh atas dasar beberapa sumber, yaitu sebagai berikut :

- (1) Andersen (1975), jenis kelamin, diagnosis, dan PPK merupakan beberapa faktor yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan kesehatan.
- (2) Zschock (1979), PPK merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi permintaan pelayanan kesehatan.
- (3) Black dan Huebner (1972), jenis kelamin, dan diagnosis merupakan beberapa faktor yang mempengaruhi resiko kesehatan.
- (4) Feldstein (1993), *demand* terhadap pelayanan kesehatan berhubungan dengan faktor-faktor yaitu jenis kelamin, dan diagnosis.
- (5) Green, et all (1980), salah satu faktor yang menyebabkan perilaku kesehatan yaitu faktor *reinforcing* (PPK).
- (6) Black dan Skipper (2000), beberapa faktor dalam *underwriting* asuransi kesehatan adalah jenis kelamin, dan diagnosis.
- (7) Gonzalez et al (2011), jenis kelamin, dan diagnosis merupakan beberapa faktor yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan kesehatan pada lansia di Meksiko.
- (8) Oxford University Press (1976), jenis kelamin, diagnosis, PPK merupakan beberapa faktor *predisposing* yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan.
- (9) HIAA (1997), beberapa hal yang dipertimbangkan dalam melakukan proyeksi klaim pada asuransi kumpulan adalah jenis kelamin, keikutsertaan tanggungan atau keluarga.
- (10) Pamjaki (2005), salah satu faktor yang mempengaruhi besaran premi adalah distribusi jenis kelamin.

3.2 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori yang telah dijelaskan sebelumnya, maka peneliti menggunakan variabel independen meliputi jenis kelamin, diagnosis, lama hari rawat, tipe PPK, dan status peserta yang dihubungkan dengan variabel dependen yaitu utilisasi klaim (besaran klaim) rawat inap PROSPENS PT. X. Kemudian disusun menjadi suatu kerangka konsep sebagai berikut :



3.3 Definisi Operasional

Agar variabel-variabel yang telah ditentukan dapat diukur, maka terlebih dahulu perlu disusun Definisi Operasional yang merupakan batasan terhadap variabel yang akan diteliti. Dengan demikian variabel-variabel tersebut dapat diukur dengan menggunakan skala tertentu.

Tabel 3.1
Definisi Operasional

| No | Variabel | Pengertian | Hasil Ukur | Skala |
|----|----------------------------|---|---------------|---------|
| 1 | Jenis Kelamin | Penunjukkan perbedaan peserta yang dapat dilihat dari segi fisik | Perempuan | Nominal |
| | | | Laki-laki | |
| 2 | Diagnosis | Jenis penyakit yang diderita peserta sesuai dengan resume medis pada berkas klaim yang diajukan | Kronis | Ordinal |
| | | | Akut | |
| | | | Akut/Kronis | |
| 3 | Lama Hari Rawat | Jumlah lama hari peserta melakukan pelayanan rawat inap yang telah disetujui oleh Bringin Life | > 4 hari | Rasio |
| | | | ≤ 4 hari | |
| 4 | Status Peserta | Status kepegawaian pada PT. X | Pegawai | Nominal |
| | | | Suami/Istri | |
| 5 | Tipe PPK | Status kepemilikan rumah sakit | Swasta | Nominal |
| | | | Pemerintah | |
| 6 | Utilisasi Klaim Rawat Inap | Besaran klaim peserta selama melakukan pelayanan rawat inap yang telah dibayarkan oleh Bringin Life | > Rp2.580.000 | Rasio |
| | | | ≤ Rp2.580.000 | |

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan bersifat deskriptif analitik dengan desain *cross sectional* atau potong lintang. Desain penelitian *cross sectional* digunakan karena pengumpulan data terkait dengan variabel dependen/terikat (utilisasi klaim rawat inap) dan variabel independen/bebas (jenis kelamin, diagnosis, lama hari rawat, status peserta, dan tipe PPK) dilakukan dalam waktu bersamaan dengan cara telaah data sekunder. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif yang bertujuan membuktikan ada atau tidak hubungan secara statistik antara variabel dependen dengan variabel independen.

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini dilakukan di Kantor Pusat Bringin Life bagian Layanan Asuransi Kumpulan khusus BRI Seksie PROSPENS (Program Pemeliharaan Kesehatan Pensiunan) yang beralamat di Gedung Graha Irama lantai 5, Jl. H.R Rasuna Said Blok X-1 Kav. 1-2, Jakarta. Penelitian ini dilaksanakan pada November 2011 dengan mengambil data sekunder berupa klaim register periode April – November 2011 yang telah terkomputerisasi.

4.3 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah data primer yang merupakan olahan dari data sekunder. Dari data sekunder didapatkan 1.708 klaim. Dari 1.708 hanya 1.674 klaim yang digunakan karena terdapat *missing data*. Berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi, maka yang digunakan ada 1.024 klaim. Kriteria inklusi adalah klaim register yang terisi dengan lengkap jenis kelamin, diagnosis, lama hari rawat, nama rumah sakit, status peserta dan jumlah klaim yang dibayarkan. Kriteria eksklusi yaitu lama hari rawat dan jumlah klaim

yang dibayarkan 0 (nol) serta diagnosis meninggal dunia. Dari 1.674 klaim yang didapatkan telah sesuai, kemudian yang menjadi objek penelitian hanya klaim dari peserta yang melakukan klaim satu kali. Hal ini dimaksudkan agar pada penelitian ini hubungan antara variabel dependen dan variabel independen tidak terjadi analisis ganda pada satu peserta.

4.4 Jenis dan Sumber Data

Jenis data yang digunakan adalah data sekunder berupa register klaim yang telah terkomputerisasi dalam bentuk *Microsoft Excel for Windows*. Kemudian data sekunder ini diolah peneliti sehingga menjadi data primer. Ada lima variabel independen (jenis kelamin, diagnosis, lama hari rawat, tipe PPK, dan status peserta) dan variabel dependen (besaran klaim) yang dibutuhkan penulis.

Lama hari rawat, dan besaran klaim sudah terdapat pada data klaim register. Lama hari rawat yang diambil adalah lama hari rawat yang telah disetujui oleh Bringin Life untuk dibayarkan. Lama hari rawat dengan jumlah hari adalah 0 (nol) tidak diikutsertakan. Besaran klaim yang diambil juga adalah besaran klaim yang telah disetujui pembayarannya oleh Bringin Life. Besaran klaim dengan jumlah yang diklaim adalah 0 (nol) tidak diikutsertakan.

Diagnosis juga sudah terdapat pada data klaim register, tetapi belum diklasifikasikan menjadi penyakit akut, kronis, atau akut/kronis. Kemudian penulis menggunakan metode kualitatif untuk mendapatkan pengklasifikasian diagnosis. Penulis menanyakan 110 penyakit tersebut kepada tiga orang (2 perawat dan 1 dokter) untuk diklasifikasikan menjadi penyakit akut, kronis, atau akut/kronis. Penulis mengklasifikasikan penyakit tersebut sesuai dengan pilihan yang terbanyak.

Nama PPK sudah terdapat pada data klaim register, tetapi belum diklasifikasikan kedalam tipe PPK pemerintah atau swasta. Kemudian penulis mengklasifikasikan dengan menggunakan data sekunder berupa klasifikasi

rumah sakit pemerintah dan swasta di seluruh Indonesia yang didapatkan dari studi kepustakaan (buku dan internet).

Jenis kelamin, dan status kepesertaan tidak dimasukkan dalam sistem klaim oleh staf seksie PROSPENS sehingga tidak dapat dilihat dari register klaim. Oleh karena itu, peneliti mencari informasi jenis kelamin dan status kepesertaan pada data sekunder lain berupa rekapan seluruh peserta PROSPENS PT. X tahun 2011. Peneliti mencari berdasarkan nomor peserta yang melakukan klaim kemudian dicocokkan dengan rekapan data seluruh peserta PROSPENS PT. X tahun 2011.

4.5 Cara Pengumpulan Data

Data sekunder berupa klaim register PROSPENS PT. X periode April – November 2011 didapatkan dari sistem proses klaim yang kemudian dikonversikan dalam bentuk *Microsoft Excel for Windows*. Data sekunder lain berupa rekapan data peserta PROSPENS PT. X didapatkan dari arsip Seksie PROSPENS PT. X. Penulis juga menggunakan data sekunder berupa data rumah sakit seluruh Indonesia dari studi kepustakaan (internet dan buku) untuk pengklasifikasian rumah sakit (pemerintah dan swasta). Kemudian, penulis juga memperoleh data pengklasifikasian diagnosis dengan menggunakan metode kualitatif yaitu mewawancarai tiga orang ahli kesehatan.

4.6 Pengolahan Data

Data yang telah dikumpulkan kemudian diolah menggunakan komputer dengan *software Microsoft Excel for Windows* dan *SPSS 17.0 for Windows*, dengan tahapan sebagai berikut :

a. Penyuntingan Data

Melihat kelengkapan dan kejelasan klaim register. Kemudian membuang *missing data* yang tidak sesuai dengan data yang dibutuhkan.

b. Pengelompokan Data

Pengelompokan data sesuai dengan variabel yang dibutuhkan yaitu usia, jenis kelamin, diagnosis, lama hari rawat, tipe PPK, status peserta dan besaran klaim yang disetujui.

c. Pengkodean Data

Melakukan pengkodean pada variabel yang akan dianalisis dengan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/bilangan. Pengkodean ini berguna untuk mempermudah pada saat analisis data dan juga mempercepat pada saat *entry data*.

d. Proses Data

Setelah semua data sesuai dengan yang diperlukan, dilakukan proses analisis dengan menggunakan *SPSS 17.0 for Windows*.

e. Pembersihan Data

Melakukan pembersihan data dengan mengecek kembali apakah terdapat kesalahan atau tidak dalam pemasukan data ke komputer. Cara yang dilakukan untuk membersihkan data adalah dengan mengetahui *missing data*. *Missing data* dilakukan dengan melihat distribusi frekuensi dari setiap variabel yang ada. Dengan demikian, data yang digunakan valid.

4.7 Rencana Analisis Data

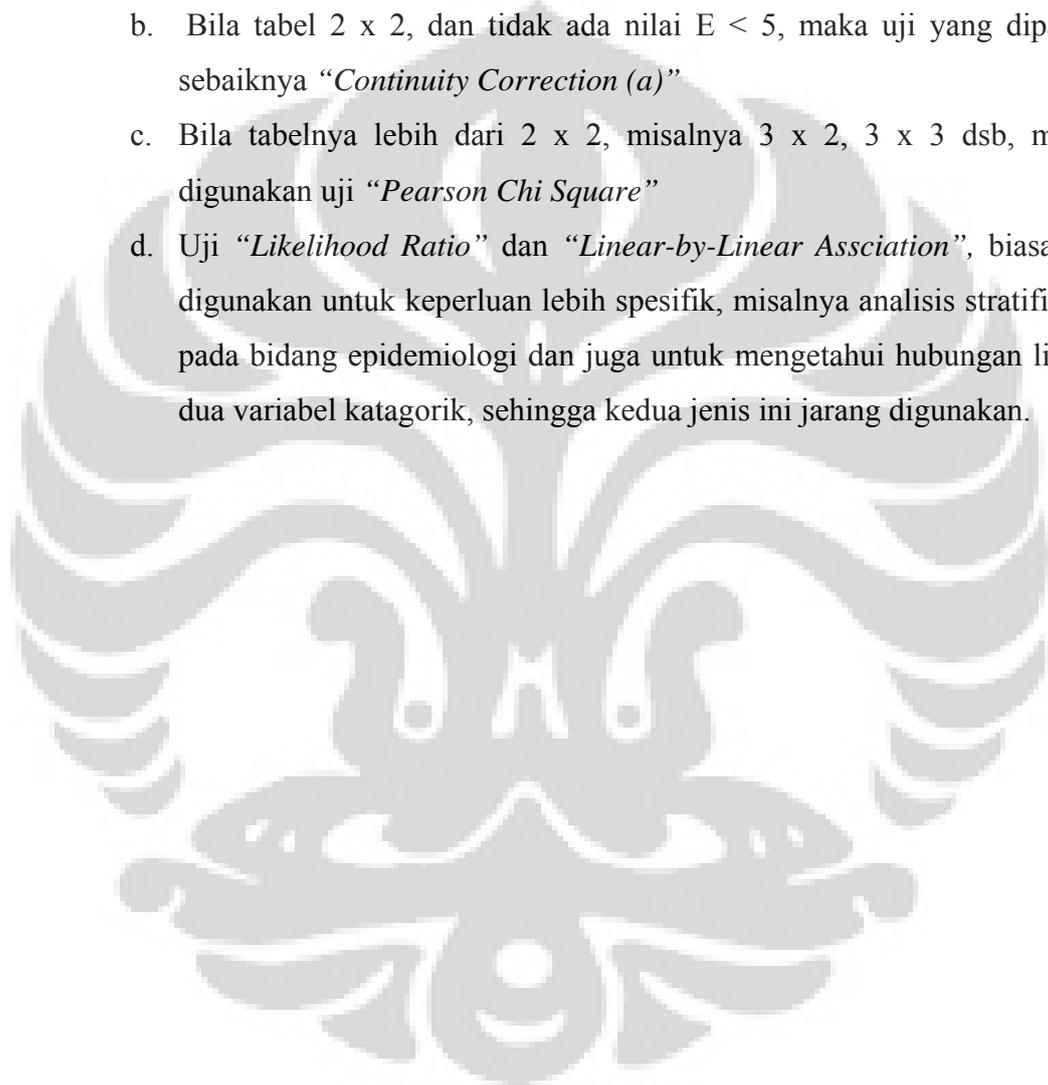
Tahapan selanjutnya adalah melakukan analisis data yang bertujuan untuk menyederhanakan atau meringkas kumpulan data hasil pengukuran sedemikian rupa sehingga kumpulan data tersebut berubah menjadi informasi yang berguna. Analisis yang digunakan adalah analisis univariat dan analisis bivariat dengan menggunakan uji *Chi-Square*.

Pada analisis univariat yang berbentuk data numerik diperlukan melakukan uji kenormalan data. Uji yang digunakan adalah dengan menggunakan nilai *skewness* dan standar errornya. Bila nilai *skewness* dibagi standar errornya menghasilkan angka ≤ 2 , maka distribusinya normal. Uji kenormalan data ini berguna untuk menentukan data numerik menjadi kategorik. Jika hasil distribusi normal menggunakan *mean* sebagai *cut of*

point-nya. Sedangkan jika hasil distribusi tidak normal menggunakan *median* sebagai *cut of point*-nya (Hastono, 2006).

Dikutip dari Hastono (2006), pada analisis bivariat ada beberapa aturan yang berlaku pada *Chi Square* adalah sebagai berikut :

- a. Bila pada 2×2 dijumpai nilai *Expected* (harapan) kurang dari 5, maka yang digunakan adalah "*Fisher's Exact Test*"
- b. Bila tabel 2×2 , dan tidak ada nilai $E < 5$, maka uji yang dipakai sebaiknya "*Continuity Correction (a)*"
- c. Bila tabelnya lebih dari 2×2 , misalnya 3×2 , 3×3 dsb, maka digunakan uji "*Pearson Chi Square*"
- d. Uji "*Likelihood Ratio*" dan "*Linear-by-Linear Assciation*", biasanya digunakan untuk keperluan lebih spesifik, misalnya analisis stratifikasi pada bidang epidemiologi dan juga untuk mengetahui hubungan linier dua variabel katagorik, sehingga kedua jenis ini jarang digunakan.



Tabel 4.1

Rencana Analisis Univariat

| No | Variabel | Uji Statistik |
|----|--------------------|--|
| 1 | Jenis Kelamin | Distribusi Frekuensi |
| 2 | Diagnosis | Distribusi Frekuensi |
| 3 | Lama Hari Rawat | Distribusi Frekuensi, <i>Median, IQR, Max, Min, Std. Variasi, 95% CI, Skewness, Std. Error of Skewness</i> |
| 4 | Tipe PPK | Distribusi Frekuensi |
| 5 | Status Peserta | Distribusi Frekuensi |
| 6 | Jumlah Biaya Klaim | Distribusi Frekuensi, <i>Median, IQR, Max, Min, Std. Variasi, 95% CI, Skewness, Std. Error of Skewness</i> |

Tabel 4.2

Rencana Analisis Bivariat

| No | Variabel I | Variabel D | Uji Statistik |
|----|-----------------|---------------|-------------------|
| 1 | Jenis Kelamin | Besaran Klaim | <i>Chi-Square</i> |
| 2 | Diagnosis | Besaran Klaim | <i>Chi-Square</i> |
| 3 | Tipe PPK | Besaran Klaim | <i>Chi-Square</i> |
| 4 | Status Peserta | Besaran Klaim | <i>Chi-Square</i> |
| 5 | Lama Hari Rawat | Besaran Klaim | <i>Chi-Square</i> |

4.8 Penyajian Hasil

Setelah data diolah, hasil disajikan dalam bentuk tabel dan penjelasannya dalam bentuk narasi.

BAB V

GAMBARAN UMUM PERUSAHAAN

5.1 Sejarah Perusahaan

PT. Asuransi Jiwa Bringin Jiwa Sejahtera berdiri berdasarkan Akte Nomor: 116 tanggal 28 Oktober 1987 yang dibuat oleh Notaris Ny. Poerbaningsih Adi Warsito, Notaris di Jakarta, dan Keputusan Menteri Keuangan Republik Indonesia No. Kep.181/KM 13 / 1988 tanggal 10 Oktober 1988 tentang Pemberian Ijin Usaha dalam Bidang Asuransi Jiwa kepada PT. Asuransi Jiwa Bringin Jiwa Sejahtera dengan menggunakan merek dagang BRINGIN LIFE.

BRINGIN LIFE sebagai salah satu perusahaan asuransi jiwa nasional terbesar di Indonesia, pada awalnya dibentuk guna memenuhi kebutuhan dan memberikan pelayanan kepada nasabah perbankan, khususnya nasabah kredit kecil BRI. Namun dalam perkembangan selanjutnya mengingat akan kebutuhan jasa asuransi yang meliputi; asuransi jiwa, asuransi kesehatan, program dana pensiun, asuransi pendidikan, kecelakaan diri, annuitas, dan program kesejahteraan hari tua cukup besar, maka bisnis BRINGIN LIFE merambah pasar di luar BRI untuk memenuhi kebutuhan masyarakat, baik secara individu maupun kumpulan.

Untuk lebih meningkatkan pelayanan jasa asuransi kepada masyarakat luas, BRINGIN LIFE membuka kantor-kantor penjualan di beberapa kota besar di Indonesia untuk memperluas pangsa pasar serta memberikan pelayanan yang lebih baik dan lebih dekat kepada nasabah.

Seiring dengan berkembangnya kantor-kantor penjualan tersebut, BRINGIN LIFE juga dilengkapi dengan petugas-petugas penjualan yang handal di lapangan yang bertugas sebagai konsultan bagi nasabah dalam membantu menemukan program asuransi yang tepat sesuai dengan kebutuhan.

Pada tahun 1995, atas dasar keputusan Menteri Keuangan RI No. Kep-184/KM.17/1995 BRINGIN LIFE mendirikan Dana Pensiun Lembaga

Keuangan (DPLK) untuk lebih meningkatkan pelayanan kepada masyarakat akan kebutuhan pensiun di hari tua.

BRINGIN LIFE juga mulai membuka unit usaha baru berupa Asuransi Syariah. Izin operasional Kantor Cabang Syariah BRINGIN LIFE telah dikeluarkan oleh Menteri Keuangan sesuai dengan Keputusan Menteri Keuangan RI Nomor : KEP-007/KM.6/2003 tanggal 21 Januari 2003.

BRINGIN LIFE secara terus menerus selalu mengembangkan produknya, baik program asuransi individu, asuransi kumpulan maupun bancassurance. Hal ini tak lain adalah untuk selalu menyesuaikan dengan perkembangan dan kondisi saat ini dan di masa mendatang agar selalu dapat memenuhi kebutuhan masyarakat.

5.2 Visi dan Misi Perusahaan

VISI :

Menjadi perusahaan asuransi jiwa yang terkemuka di Indonesia

MISI :

1. Melaksanakan bisnis asuransi jiwa secara profesional di Indonesia.
2. Memberikan pelayanan prima kepada Nasabah dan Pemegang Saham melalui jaringan kerja yang luas.
3. Memberikan keuntungan Pemegang Saham dan meningkatkan kesejahteraan pegawai.

5.3 Identitas Perusahaan

Nama Perusahaan (*Name of Company*) PT. Asuransi Jiwa BRINGIN JIWA SEJAHTERA dengan merek dagang adalah BRINGIN LIFE. Akta Pendirian (*Legal Aspect*) PT. Asuransi Jiwa BRINGIN JIWA SEJAHTERA yaitu Akta No. 116 tanggal 28 Oktober 1987, yang dibuatkan oleh Notaris Ny. Poerbaningsih Adi Warsito, Notaris di Jakarta, Berita Negara RI No. 71 tanggal 4 September 1990 Tambahan Berita Negara RI No. 3188 tahun 1990

Keputusan Menteri Kehakiman Republik Indonesia No. C2 – 6045 . HI. 01. 01- Th. 88 tanggal 2 Agustus 1988 Tanda Daftar Perusahaan (TDP) No. 09.03.1 66.23301 tanggal 28 September 2006 berlaku s/d tanggal 10 September 2011. Izin Usaha (*Company's Lisence*) dari SK Menteri Keuangan Republik Indonesia No. Kep. 181/KM.13/1988 tanggal 10 Oktober 1988.

Kepemilikan (*Ownership*) PT. Asuransi Jiwa BRINGIN JIWA SEJAHTERA yaitu terdiri dari Dana Pensiun Bank Rakyat Indonesia (90,17%), Yayasan Kesejahteraan Pegawai Bank Rakyat Indonesia (9,56%), dan Koperasi Karyawan PT. AJ. Bringin Jiwa Sejahtera (0,27%). Modal (*Capital*) terdiri dari dua, yaitu Modal Dasar sebesar Rp300.000.000.000,- (Tiga Ratus Milyar Rupiah) dan Modal Disetor sebesar Rp220.000.000.000,- (Dua Ratus Dua Puluh Milyar Rupiah).

Susunan Dewan Komisaris (*Board of Commissioners*) yaitu Ali Mudin – Komisaris Utama, Windiartono – Komisaris. Selain itu terdapat susunan Dewan Direksi (*Board of Directors*) yaitu Sultan Hamid – Direktur Utama, Kukuh Prihadi – Direktur Umum dan Keuangan, Sugeng Soedibjo – Direktur Teknik, dan Nandi Herdian Hamaki – Direktur Pemasaran

Jaringan Kerja (*Network*) berupa Kantor Penjualan yang tersebar di Sumatera, Jawa, Bali, Kalimantan dan Sulawesi serta mitra kerja PT. Bank Rakyat Indonesia (Persero). Untuk melindungi perusahaan dari risiko yang kemungkinan tidak akan mampu ditanggung, PT. Asuransi Jiwa BRINGIN JIWA SEJAHTERA ikut serta dalam reasuransi yang dikelola oleh PT. (Persero) Reasuransi International Indonesia, Tbk. dan PT. Maskapai Reasuransi Indonesia. Konsultan Keuangan dan Akunting (*Finance and Accounting Consultant*) yaitu Kantor Akuntan Publik Rasin Ichwan dan Rekan (*ALLIOT Group, A Worldwide Network of Independent Firms*). Aktuaris Perusahaan yang digunakan adalah Ocke Kurniandi, FSAI. Bekerjasama dengan Konsultan Aktuaria Eldridge. Selain itu bekerjasama dengan Konsultan Hukum (*Legal Consultant*) Roesidi Prawiro Atmodjo, SH dan Nurrudin, SH. Bankir (*Bankers*) meliputi semua Bank BUMN dan Bank Umum Swasta Nasional dan Bank Asing Terpilih.

5.4 Struktur Organisasi Perusahaan

Struktur organisasi Bringin Life dapat dilihat pada Lampiran 1.

5.5 Arti Logo



Jenis huruf Bold : Menunjukkan sebuah lembaga asuransi yang memiliki visi dan misi yang jelas, tegas, modern dan dinamis.

Biru : Warna netral yang melambangkan kebijaksanaan dan kehati-hatian (*Prudent*) dalam melaksanakan bisnis asuransi serta memberikan perlindungan hari depan pada kehidupan keluarga Indonesia.

Orange : Warna dinamis untuk aksent perlindungan.

Hitam : Melambangkan kekuatan (*strong image*)

BRIngin : Melambangkan perusahaan yang didirikan oleh Dana Pensiun BRI dan terkandung maksud BRI ingin Jiwanya Sejahtera.

Pelangi Orange : Merupakan stilasi kuas yang berarti mewarnai seluruh kehidupan keluarga Indonesia.

5.6 Produk-Produk yang Dihasilkan

5.6.1 Asuransi Jiwa Individu

- a. Bringin Purnadana
- b. Bringin Danasiswa
- c. Bringin Eksekutif
- d. Bringin Investama
- e. Bringin Proteksi⁺
- f. Bringin Dana Rencana Agri

5.6.2 Produk Kumpulan

- a. AJISAKA (Prima, Mikro, Madya)
- b. Asuransi Kesehatan
- c. Asuransi Jiwa dan Kecelakaan Diri
- d. Asuransi Purna Jabatan

5.6.3 DPLK

- a. Program Pensiun Iuran Pasti

5.6.4 Syariah

Asuransi Jiwa Individu :

- a. Bringin Dana Rencana Agri Syariah
- b. Bringin Dana Siswa Syariah
- c. Bringin Dana Dwiguna Syariah
- d. Bringin Investama Syariah
- e. Bringin Purnadana Syariah

Asuransi Kumpulan

- a. Bringin Purna Jabatan Syariah
- b. Bringin Dana Dwiguna Syariah
- c. Produk Asuransi Jiwa & Kecelakaan Ekawarsa Syariah
- d. Asuransi Kesehatan Korporasi Syariah

5.7 SDM (Sumber Daya Manusia)

Jumlah pegawai Bringin Life berjumlah 596 orang, yang terdiri dari pegawai organik (tetap) sebanyak 294 orang, pegawai kontrak sebanyak 29 orang, pegawai *outsourcing* sebanyak 262 orang, dan pegawai *part time* sebanyak 11 orang.

5.8 Program Pemeliharaan Kesehatan Pensiunan (PROSPENS)

5.8.1 Gambaran Umum

PROSPENS merupakan salah satu bagian dari Layanan Asuransi Kumpulan. PROSPENS pertama kali dipasarkan pada tahun 1995 kepada PT Semen Gresik, Petro, Surabaya. Kemudian setelah itu ditawarkan ke instansi, perusahaan dan daerah-daerah lainnya. Sekarang ini, PROSPENS tidak lagi dibuka, hanya melanjutkan sisa polis yang masih ada, salah satunya untuk polis peserta PT. X. Hal ini terjadi karena PROSPENS kurang menciptakan keuntungan bagi Bringin Life.

5.8.2 Gambaran PT. X

PT. X merupakan salah satu perusahaan terbesar yang bergerak di bidang perbankan. PT. X juga merupakan perusahaan Badan Usaha Milik Negara (BUMN). PT. X memiliki kantor wilayah, kantor inspeksi, kantor cabang, dan kantor unit yang tersebar di seluruh wilayah Indonesia. Pada tanggal 31 Maret 2011 jumlah karyawan PT. X mencapai 36.988 orang (*website PT. X*).

5.8.3 PROSPENS PT. X

Sistem penggantian biaya rawat inap PROSPENS PT. X menggunakan sistem HCP (*Hospitalization Cash Plan*). HCP adalah penggantian biaya rawat inap di rumah sakit baik karena sakit atau kecelakaan dengan pemberian penggantian biaya sesuai dengan kuitansi dengan maksimum penggantian sesuai dengan Nilai Santunan Harian.

A. Kartu Peserta

Informasi Kartu Peserta :

1. Setiap Peserta PROSPENS yang didaftarkan/ dideklarasikan oleh Pemegang Polis mendapatkan kartu peserta dan merupakan kartu sebagai tanda keanggotaan.
2. Kartu peserta berlaku bagi Pensiunan beserta Istri/ Suami dan Janda/Duda Pensiunan PT. X yang telah didaftarkan/ dideklarasikan menjadi peserta PROSPENS oleh Pemegang Polis kepada Bringin Life.
3. Masa Berlaku kartu peserta selama 3 tahun dan dapat diperpanjang.
4. Bagi Peserta yang pindah ke daerah lainnya maka harus segera melaporkan ke Bringin Life melalui PP (Persatuan Pensiunan) PT. X Cabang/ Kantor Cabang PT. X setempat untuk penggantian kartu peserta.
5. Apabila kartu peserta hilang, rusak, dll, peserta agar segera menghubungi Bringin Life. Dengan melampirkan surat keterangan dari PP. PT. X Cabang setempat.
6. Jika kartu hilang dan telah ditemukan kembali, maka kartu tersebut wajib dikembalikan kepada Bringin Life terdekat melalui PP. PT. X setempat. Untuk memperoleh kartu pengganti yang hilang atau rusak memerlukan waktu 14 (empat belas) hari kerja.

B. Santunan PROSPENS

Syarat-syarat memperoleh santunan adalah sebagai berikut :

1. Pensiunan yang berhak memperoleh santunan adalah tertanggung yang telah didaftarkan/ dideklarasikan oleh pemegang polis termasuk pendaftaran bagi tertanggung susulan atau tambahan, dengan melengkapi data sebagai berikut :
 - a. Nama tertanggung, baik istri/suami
 - b. Tanggal/ bulan/ tahun kelahiran
 - c. Fotocopy SK Berhenti
 - d. Fotocopy surat nikah
 - e. Foto copy kartu keluarga
2. Santunan hanya diberikan apabila tertanggung menjalani rawat inap di rumah sakit/ klinik/ Puskesmas yang mendapatkan ijin dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
3. Santunan PROSPENS adalah HCP (*Hospital Cash Plan*) per harinya Rp600.000,- (sekarang Rp645.000,-) dengan maksimum masa perawatan 25 hari perawatan per tahun.
4. Kenaikan manfaat 7,5 % pada setiap ulang tahun polis dari santunan awal (*Simpel Interest*) (Hanya sampai kenaikan Rp 645.000,-).
5. Pelayanan Rawat Inap dapat dilakukan rumah sakit/ klinik/ Puskesmas dengan sistem ganti rugi (*Reimbursement*) atau Provider.
6. Apabila biaya perawatan lebih tinggi dari besarnya santunan yang telah ditetapkan, maka kelebihan biaya perawatan menjadi beban tertanggung dan harus dilunasi sebelum meninggalkan rumah sakit.
7. Apabila tertanggung menjalani rawat inap di luar wilayah Republik Indonesia, maka sistem pembayarannya menggunakan sistem

Reimbursement dan diberikan penggantian sesuai manfaat Rawat Inap yang dihitung berdasarkan kurs tengah valuta asing Bank Indonesia pada saat klaim disetujui.

C. Kepesertaan PROSPENS

1. Kepesertaan dimulai sejak berlakunya polis dan telah didaftarkan/ dideklarasikan oleh pemegang polis. Kepesertaan berakhir sejak:
 - a. Peserta meninggal dunia
 - b. Peserta MPS
 - c. Berakhirnya polis ini
2. Pemegang polis wajib menyampaikan kepada penanggung data tertanggung, untuk setiap permintaan menjadi tertanggung program ini yang meliputi:
 - a. Nama tertanggung
 - b. Tanggal/ Bulan/ Tahun kelahiran

Tata Cara Pendaftaran Peserta

1. Pengajuan peserta tambahan yang belum terdaftar sebanyak 5% dari jumlah seluruh peserta yang didaftarkan/ dideklarasikan oleh pemegang polis, pendaftarannya melalui Pengurus Cabang PP. PT. X/ Kantor Cabang PT. X setempat.
2. Penanggung wajib menyelesaikan peserta tambah tersebut selambatlambatnya dalam waktu 14 (empat belas) hari terhitung sejak diterimanya berkas pendaftaran dengan lengkap.

D. Tata Cara Pengajuan Klaim

1. Permintaan pembayaran manfaat asuransi harus segera diajukan oleh tertanggung atau ahli waris-nya melalui Pengurus Cabang PP. PT. X/ Kantor Cabang PT. X setempat kepada penganggung dengan formulir yang sudah disediakan di Cabang PP PT. X/ Kantor Cabang PT. X segera setelah selesainya perawatan.
2. Setiap klaim yang diajukan oleh tertanggung atau ahli waris-nya harus disampaikan secara tertulis dengan pengajuan selambat-lambatnya 90 (sembilan puluh) hari kalender sejak tanggal selesainya perawatan di rumah sakit, apabila klaim diajukan setelah melewati jangka waktu tersebut, maka klaim tersebut akan dianggap batal dan penanggung tidak berkewajiban untuk melakukan pembayaran klaim.
3. Apabila pengajuan klaim oleh tertanggung atau ahli waris-nya sebagaimana tersebut diatas ditolak oleh penanggung, maka dalam waktu 90 (sembilan puluh) hari kalender sejak penolakan tidak ditanggapi oleh tertanggung atau ahli waris-nya, maka klaim tersebut dianggap batal dan penanggung tidak berkewajiban melakukan pembayaran klaim.
4. Tertanggung atau ahli waris-nya berkewajiban memberikan keterangan yang layak apabila diminta penanggung yang secara langsung memberikan kuasa kepada penanggung untuk melihat keterangan medis yang bersangkutan yang berhubungan dengan klaim-klaim atas pelayanan perawatan kesehatan yang diajukan.

5. Persetujuan dan pembayaran klaim dilakukan oleh penanggung langsung kepada tertanggung atau ahli waris-nya melalui PP PT. X/ kantor Cabang PT. X setempat.
6. Penanggung wajib menyelesaikan klaim tersebut selambat-lambatnya dalam waktu 14 (empat belas) hari terhitung sejak saat diterimanya berkas klaim dengan lengkap.

E. Persyaratan Pengajuan Klaim

Setiap klaim perawatan yang diajukan harus dilengkapi dengan:

1. Copy surat pengantar dari dokter umum/spesialis untuk rumah sakit (rujukan), kecuali darurat (*Emergency*).
2. Surat Keterangan dari rumah sakit yang berupa formulir isia (F/02/BJS/RI) yang disediakan oleh penanggung di Cabang PP PT. X /Cabang PT. X setempat atau resume medis dari rumah sakit.
3. Asli kuitansi atau foto copy kuitansi yang dilegalisir oleh pihak yang berwenang (rumah sakit yang melayani perawatan) dan rekapitulasi biaya perawatan dengan melampirkan:
 - a. Copy resep dari dokter yang merawat.
 - b. Kuitansi pembelian obat-obatan dari apotik dan laboratorium selama perawatan.
 - c. Copy surat pengantar dari dokter yang memeriksa untuk pemeriksaan laboratorium beserta perincian hasil pemeriksaan dan kuitansi laboratorium beserta perinciannya.

4. Surat keterangan dari kepolisian tentang sebab dan akibat terjadinya risiko kecelakaan, apabila perawatan sebagai akibat dari kecelakaan.
5. Copy kartu peserta asuransi
6. Copy salah satu kartu identitas diri lainnya (KTP, SIM, KK, passport)
7. Berkas klaim yang diajukan dari Cabang PP PT. X/ Pimpinan Cabang PT. X setempat dikirimkan ke :

Kantor Pusat

PT. Asuransi Jiwa BRINGIN JIWA SEJAHTERA

Divisi Bisnis Kumpulan

Gedung Graha Irama lantai 5

Jl. H.R Rasuna Said Blok X-1 Kav. 1-2

JAKARTA 12950

F. Tata Cara Pembayaran Klaim Reimbursement

1. Berkas klaim yang lengkap diterima oleh Bringin Life dari Cabang PP PT. X/ Cabang PT. X setempat.
2. Proses penyelesaian klaim maksimum selama 14 hari kerja sejak berkas diterima lengkap oleh penanggung.
3. Pembayaran klaim yang disetujui akan dikirim melalui TAC atau transfer ke rekening Cabang PP PT. X/ Cabang PT. X yang kemudian oleh Cabang PP PT. X/ Cabang PT. X diteruskan ke masing-masing peserta.
4. Surat persetujuan klaim dikirimkan oleh penanggung ke Cabang PP PT. X/ Cabang PT. X

G. Tata Cara Penggunaan Fasilitas Provider

Tertanggung dapat mempergunakan fasilitas *provider* di rumah sakit dimana memperoleh pelayanan kesehatan rawat inap sesuai daftar *provider* yang tertera di wilayah PP PT. X setempat. Adapaun langkah-langkah yang harus diperhatikan adalah sebagai berikut:

1. Tertanggung menunjukkan kartu kepesertannya dilampirkan dengan bukti identitas lainnya kepada petugas rumah sakit.
2. Mengisi formulir yang telah disediakan oleh penanggung di rumah sakit secara lengkap dengan menyertakan surat rujukan dari dokter yang memeriksa untuk memperoleh pelayanan kesehatan rawat inap dari rumah sakit tersebut.
3. Tertanggung hanya dapat penggantian perawatan yang sesuai dengan santunan yang terdapat di dalam POLIS (ikhtisar santunan). Maksimum hari perawatan adalah 25 hari/ tahun. Maksimum Biaya adalah Rp645.000/ hari/ peserta (termasuk: biaya kamar & makan; *visite* dokter; konsultasi dokter, obat-obatan; *X-Ray*; kamar bedah; dokter operasi; administrasi termasuk biaya administrasi dan materai). Apabila biaya yang dipergunakan lebih besar dari santunan yang terdapat di dalam polis, maka tertanggung wajib membayar selisih biaya tersebut langsung ke rumah sakit.
4. Tertanggung melakukan tanda tangan pada kuitansi rumah sakit atas biaya yang dipergunakan tersebut dengan menyerahkan fotocopy kartu kepesertaannya disertai foto copy bukti identitas diri lainnya.

Provider melakukan penagihan kepada penanggung dengan alamat:

Kantor Pusat

PT. Asuransi Jiwa BRINGIN JIWA SEJAHTERA

Divisi Bisnis Kumpulan

Gedung Graha Irama lantai 5

Jl. H.R Rasuna Said Blok X-1 Kav. 1-2

JAKARTA 12950

H. Hal-hal Yang Tidak Ditanggung Dalam PROSPENS

1. Pengobatan Rawat Jalan, mata dan gigi serta *Medical Check Up* atau pemeriksaan fisik rutin dan segala biaya yang berkaitan dengan melahirkan atau persalinan (termasuk kontrol kehamilan).
2. Pengobatan yang dilakukan oleh pelaksana medis yang tidak terdaftar seperti: dukun/pengobatan tradisional, sinthe, tabib, herbalis, chiropractor atau akupuntur, dan sejenisnya.
3. Bedah kecantikan (termasuk *vaginal plasty*) atau pengobatan bertujuan kosmetik kecuali untuk pengobatan luka bakar.
4. Biaya pelayanan dan perlengkapan yang dibayar oleh perusahaan asuransi lain atau biaya jasa yang dibuat oleh seseorang sedemikian rupa sehingga biaya tersebut tidak wajar (misalnya: menaikkan besarnya biaya pengobatan).
5. Perawatan khusus (*rest cures*) dan perawatan yang semata-mata hanya untuk membantu seseorang dalam menjalankan kegiatan sehari-hari (*custodial care*), misalnya kursi roda, tongkat penyangga, perawat pribadi.

6. Pengobatan penyakit atau cedera yang timbul dari atau berhubungan dengan setiap tindakan perang, sebagai pelaku pemberontakan atau kerusuhan sipil, pemogokan, keadaan darurat perang, kecuali sebagai korban.
7. Segala jenis vitamin yang dipergunakan bukan untuk suatu penyembuhan (kecuali atas permintaan dokter), imunisasi, dan vaksinasi.
8. Pengobatan akibat usaha bunuh diri, terlibat perkelahian (kecuali sebagai pihak yang mempertahankan diri) dan tindakan kejahatan atau penipuan yang dilakukan oleh peserta.
9. Pelayanan dan perlengkapan yang tidak dipergunakan untuk pengobatan suatu penyakit atau cedera yang biasanya diberikan secara cuma-cuma, yang tidak secara sah diharuskan untuk membayar, yang bersifat eksperimental, yang tidak diakui secara luas dalam kedokteran sebagai hal yang tepat untuk mengobati suatu penyakit yang semata-mata untuk kenyamanan (misalnya telepon, televisi dan biaya administrasi).
10. Penyalahgunaan segala fasilitas yang diberikan oleh penanggung, misalnya pengobatan untuk keluarga atau orang lain yang tidak terdaftar sebagai peserta.
11. Pengobatan Psikosis, neurosis, penyakit jiwa (*skizofrenia*) atau penyakit mental lainnya (termasuk setiap manifestasi dari gangguan kejiwaan atau psikosomatik) yang memerlukan perawatan khusus di rumah Sakit Jiwa.
12. Perawatan penyakit atau cedera yang timbul dari atau berhubungan dengan penggunaan alkohol, narkotika atau obat-obatan lainnya (kecuali akibat dari obat-obatan yang berdasarkan resep dokter dan bertujuan

medis), cedera yang disengaja, keterbukaan yang disengaja terhadap bahaya besar (misalnya, panjat tebing, pembukaan lokasi pertambangan dengan menggunakan bahan peledak).

13. Tindakan-tindakan atau perlengakapan yang berhubungan dengan aborsi (kecuali karena alasan medis), sterilisasi, mendapatkan kesuburan dan penyakit-penyakit yang timbul akibat keadaan tersebut.
14. AIDS dan ARC (*AIDS Related Complex*) atau pengobatan yang berhubungan dengan penyakit kelamin serta akibat yang ditimbulkannya tanpa melihat penyebabnya.

I. Ilustrasi

ILUSTRASI 1

Tuan A menjalani perawatan di RUMAH SAKIT selama 10 hari perawatan. Adapun biaya yang dikeluarkan selama menjalani perawatan adalah sebagai berikut:

Tabel 5.1
Biaya Perawatan Selama 10 Hari

| | Per Hari (Rp) | Jumlah Diajukan |
|--|----------------------|------------------------|
| Biaya Kamar dan Makan per hari sebesar | 100,000 | 1,000,000 |
| Biaya Obat-obatan, X-Ray, Rontgen dan Lab | | 2,500,000 |
| Biaya Visite Dokter per hari sebesar | 25,000 | 250,000 |
| Biaya Konsultasi Selama Perawatan sebesar | | 500,000 |
| Jumlah Biaya yang dikeluarkan adalah | | 4,250,000 |
| Biaya Adm dan Materai | | 212,500 |
| Total Biaya yang harus dikeluarkan Tuan A | | 4,462,500 |

Sumber : PROSPENS Bringin Life

Tuan A mengajukan klaim melalui Cabang PP PT. X/ Cabang PT. X setempat kepada Penanggung 3 hari setelah keluar dari rumah sakit, maka oleh PT. AJ. BJS klaim Tuan A dibayarkan untuk 10 hari kemudian dengan perhitungan sebagai berikut:

Tabel 5.2
Perhitungan Klaim yang Ditanggung Selama 10 Hari

| | |
|----------------------------------|------------------|
| Jumlah Hari Rawat | 10 hari |
| Harian Maksimum | 645.0000 |
| Penggantian Maksimum | 6.450.000 |
| Biaya yang ditanggung BJS | 4.462.500 |

Sumber : PROSPENS Bringin Life

ILUSTRASI 2

Tuan B (*Plan B*) menjalani perawatan di RUMAH SAKIT selama 20 hari perawatan. Adapun biaya yang dikeluarkan selama menjalani perawatan adalah sebagai berikut:

Tabel 5.3
Biaya Perawatan Selama 20 Hari

| | Per Hari (Rp) | Jumlah Diajukan |
|---|---------------|-----------------|
| Biaya Kamar dan Makan per hari sebesar | 350,000 | 7,000,000 |
| Biaya Obat-obatan, X-Ray, Rontgen dan Lab | | 9,000,000 |
| Biaya Visite Dokter per hari sebesar | 50,000 | 1,000,000 |
| Biaya Konsultasi Selama Perawatan sebesar | | 1,000,000 |
| Jumlah Biaya yang dikeluarkan adalah | | 18,000,000 |
| Biaya Adm dan Materai | | 600,000 |
| Total Biaya yang harus dikeluarkan Tuan A | | 18,600,000 |

Sumber : PROSPENS Bringin Life

Pada saat Tuan B hendak keluar dari RUMAH SAKIT, maka oleh PT. AJ. BJS klaim Tn. B dibayarkan 20 hari kemudian dengan perhitungan sebagai berikut:

Tabel 5.4

Perhitungan Klaim yang Ditanggung Selama 20 Hari

| | |
|--|------------|
| Jumlah Hari Rawat | 20 hari |
| Harian Maksimum | 645.000 |
| Penggantian Maksimum | 12.900.000 |
| Biaya yang ditanggung BJS di RS Provider | 12.900.000 |
| Beban Tuan B (dibayar saat keluar RS) | 5.700.000 |

J. SDM (Sumber Daya Manusia) PROSPENS

Jumlah Sumber Daya Manusia (SDM) yang bekerja di Bagian LAK PROSPENS saat ini berjumlah 6 (enam) orang. Baru-baru ini terjadi perputaran (*rolling*) pegawai di Bringin Life. 2 (dua) orang masuk hasil dari perputaran (*rolling*) pegawai, 1 (satu) orang keluar untuk perputaran (*rolling*) pegawai, dan 1 (satu) orang baru saja *resign*.

Keenam pegawai tersebut terdiri dari Ketua Seksi PROSPENS sebagai verifikator dan proses nilai tunai, satu orang pada bagian proses klaim, satu orang pada bagian agenda masuk dan keluar, satu orang pada bagian proses SPP klaim dan nilai tunai, satu orang pada bagian pengiriman dan pengarsipan, dan satu orang pada bagian penerbitan kartu. Masing-masing pegawai memiliki tugas yang berbeda-beda dan memiliki beban kerja yang berbeda. Pegawai bagian PROSPENS merupakan gabungan antara 4 (empat) pegawai organik/tetap dan 2 (dua) pegawai *outsourcing*.

BAB VI

HASIL PENELITIAN

6.1. Pelaksanaan Penelitian

Penelitian diawali dengan mengumpulkan data sekunder yaitu berupa data klaim register PROSPENS PT. X yang telah dikonversikan dalam bentuk *Microsoft Excel for Windows* sebanyak 1.708 klaim. Klaim register selalu mengalami perubahan di setiap waktunya, karena proses klaim selalu berjalan. Penulis mengumpulkan data klaim register untuk klaim per tanggal 1 April 2011 sampai dengan 30 November 2011. Per tanggal 1 April adalah tanggal perpanjangan polis PROSPENS PT. X. Selain itu, penulis juga mengumpulkan data sekunder lain berupa rekapan data seluruh peserta PROSPENS terbaru (tahun 2011) yang berjumlah sebanyak 16.759 peserta. Dari 1.708 hanya 1.674 klaim yang digunakan karena terdapat *missing data*. Dari 1.674 klaim yang didapatkan telah sesuai, kemudian yang menjadi obyek penelitian hanya klaim dari peserta yang melakukan klaim satu kali yaitu sebanyak 1.024 klaim.

6.2. Analisis Univariat

Tujuan dari analisis ini adalah mendeskripsikan atau menjelaskan karakteristik dari setiap variabel yang diteliti sehingga data yang terkumpul menjadi lebih ringkas dan memberi informasi yang lebih berguna. Berikut ini gambaran deskriptif variabel independen (jenis kelamin, diagnosis, lama hari rawat, tipe PPK, dan status peserta) serta variabel dependen (besaran klaim).

6.2.1 Variabel Independen

A. Jenis Kelamin

Tabel 6.1

Distribusi Jenis Kelamin PROSPENS PT. X Tahun 2011

| JENIS KELAMIN | FREKUENSI (N) | PERSENTASE (%) |
|---------------|---------------|----------------|
| LAKI-LAKI | 502 | 49 |
| PEREMPUAN | 522 | 51 |
| Total | 1024 | 100 |

Distribusi jenis kelamin peserta PROSPENS PT. X yang melakukan klaim paling banyak peserta berjenis kelamin perempuan yaitu 522 peserta (51%), sedangkan untuk peserta berjenis kelamin laki-laki yaitu 502 peserta (49%).

B. Diagnosis

Tabel 6.2

10 Diagnosis Terbanyak yang Diklaim PROSPENS PT. X Tahun 2011

| NO | PENYAKIT | FREKUENSI (N) | PERSENTASE (%) |
|----|--------------------------|---------------|----------------|
| 1 | Kencing manis | 109 | 10,6 |
| 2 | STROKE | 93 | 9,1 |
| 3 | OPERASI MATA | 76 | 7,4 |
| 4 | Diare | 55 | 5,4 |
| 5 | Tukak lambung | 45 | 4,4 |
| 6 | Kardiomiopati | 41 | 4 |
| 7 | Tumor ganas | 32 | 3,1 |
| 8 | Gagal Ginjal | 26 | 2,5 |
| 9 | VERTIGO | 25 | 2,4 |
| 10 | Penyakit Gangguan Syaraf | 23 | 2,2 |

Diagnosis yang paling banyak diklaim oleh peserta PROSPENS PT. X yaitu kencing manis sebanyak 109 peserta. Kemudian stroke sebanyak 93 peserta, operasi mata sebanyak 76 peserta, diare sebanyak 55 peserta, tukak

lambung sebanyak 45 peserta, kardiomiopati sebanyak 41 peserta, tumor ganas sebanyak 32 peserta, gagal ginjal sebanyak 26 peserta, avertigo sebanyak 25 peserta, dan penyakit gangguan syaraf sebanyak 23 klaim.

Tabel 6.3

Distribusi Diagnosis PROSPENS PT. X Tahun 2011

| STATUS | FREKUENSI (N) | PERSENTASE (%) |
|-------------|---------------|----------------|
| Akut | 420 | 41 |
| Kronis | 525 | 51,3 |
| Akut/Kronis | 79 | 7,7 |
| Total | 1024 | 100 |

Distribusi diagnosis para peserta PROSPENS PT. X yang melakukan klaim paling banyak dengan diagnosis kronis yaitu 525 peserta (51,3%), sedangkan untuk peserta dengan diagnosis akut dan akut/kronis yaitu masing-masing 420 peserta (41%) dan 79 peserta (7,7%).

C. Lama Hari Rawat

Tabel 6.4

Distribusi Klaim Menurut Lama Hari Rawat PROSPENS PT. X Tahun 2011

| Lama Hari Rawat | |
|-------------------------------|-------------|
| Median | 4 |
| IQR | 4 |
| Minimal - Maksimal | 1 - 25 |
| 95% CI | 5,33 - 5,87 |
| <i>Skewness</i> | 1,83 |
| <i>Std. Error of Skewness</i> | 0,076 |

Hasil analisis didapatkan nilai tengah lama hari rawat peserta PROSPENS PT. X BRI yang melakukan klaim adalah 4 hari (95% CI: 5,33 – 5,87) dengan *Inter Quartile Range* 4 hari. Lama hari rawat tersingkat 1 hari dan terlama 25 hari. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95%

diyakini bahwa rata-rata lama hari rawat peserta klaim adalah diantara 5,33 hari sampai dengan 5,87 hari. Berdasarkan perhitungan nilai *skewness* yang dibagi dengan *standar error of skewness* yaitu 24,08 artinya lama hari rawat berdistribusi tidak normal karena nilai tersebut $> 2,00$.

Tabel 6.5

Distribusi Lama Hari Rawat PROSPENS PT. X Tahun 2011

| LAMA HARI RAWAT | FREKUENSI (N) | PERSENTASE (%) |
|-----------------|---------------|----------------|
| 1 - 4 hari | 514 | 50,2 |
| 4 - 25 hari | 510 | 49,8 |
| Total | 1024 | 100,00 |

Distribusi lama hari rawat para peserta PROSPENS PT. X yang melakukan klaim paling banyak dengan lama hari perawatan 1 – 4 hari yaitu 514 peserta (50,2%), sedangkan untuk peserta yang melakukan perawatan 4 – 25 hari yaitu 510 peserta (49,8%).

D. Tipe PPK

Tabel 6.6

Distribusi Tipe PPK PROSPENS PT. X Tahun 2011

| TIPE PPK | FREKUENSI (N) | PERSENTASE (%) |
|------------|---------------|----------------|
| Pemerintah | 289 | 28,2 |
| Swasta | 735 | 71,8 |
| Total | 1024 | 100,00 |

Distribusi tipe PPK para peserta PROSPENS PT. X yang melakukan klaim paling banyak melakukan pelayanan kesehatan di PPK milik swasta yaitu 735 peserta (71,8%), sedangkan untuk peserta yang melakukan pelayanan kesehatan di PPK milik pemerintah yaitu 289 peserta (28,2%).

E. Status Kepesertaan

Tabel 6.7

Distribusi Jenis Kelamin PROSPENS PT. X Tahun 2011

| STATUS | FREKUENSI (N) | PERSENTASE (%) |
|-------------|---------------|----------------|
| PEGAWAI | 759 | 74,1 |
| SUAMI/ISTRI | 265 | 25,9 |
| Total | 1024 | 100 |

Distribusi status kepesertaan para peserta PROSPENS PT. X yang melakukan klaim paling banyak yang berstatus sebagai pegawai yaitu 759 peserta (74,1%), sedangkan untuk peserta berstatus sebagai suami/istri pegawai yaitu 265 klaim (25,9%).

6.2.1 Variabel Dependen

A. Besaran Klaim

Tabel 6.8

Distribusi Klaim Menurut Besaran Klaim PROSPENS PT. X Tahun 2011

| Jumlah Biaya Klaim | |
|------------------------|-----------------------------|
| Median | 2.580.000 |
| IQR | 2.909.306 |
| Minimal - Maksimal | 268.500 - 16.125.000 |
| 95% CI | 3.300.446,06 - 3.638.812,18 |
| Skewness | 1,877 |
| Std. Error of Skewness | 0,076 |

Hasil analisis didapatkan nilai tengah besaran klaim peserta PROSPENS PT. X yang melakukan klaim adalah Rp2.580.000 (95% CI: Rp3.300.446,06 – Rp3.638.812,18) dengan *inter quartile range* Rp2.909.306. Besaran klaim terendah Rp268.500 dan jumlah biaya klaim tertinggi Rp16.125.000. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata besaran klaim adalah diantara Rp3.300.446,06 – Rp3.638.812,18. Berdasarkan

perhitungan nilai *skewness* yang dibagi dengan *standar error of skewness* yaitu 24,7 artinya besaran klaim berdistribusi tidak normal karena nilai tersebut > 2,00.

Tabel 6.9

Distribusi Besaran Klaim PROSPENS PT. X Tahun 2011

| BIAYA | FREKUENSI (N) | PERSENTASE (%) |
|---------------|---------------|----------------|
| ≤ Rp2.580.000 | 534 | 52,1 |
| > Rp2.580.000 | 490 | 47,9 |
| Total | 1024 | 100 |

Distribusi jumlah biaya klaim para peserta PROSPENS PT. X paling banyak peserta dengan klaim sebesar ≤ Rp2.580.000 yaitu 534 peserta (52,1%), sedangkan untuk peserta dengan klaim sebesar > Rp2.580.000 yaitu 490 peserta (47,9%).

6.3 Analisis Bivariat

Tujuan dari analisis bivariat adalah mengetahui ada atau tidak hubungan atau perbedaan yang signifikan antara variabel independen dengan variabel dependen, Untuk mengetahui ada atau tidaknya hubungan antara kedua variabel tersebut, peneliti menggunakan tes *Chi-Square* dengan nilai *Pearson Correlation* (tabel lebih dari 2x2), nilai *continuity correction* (tabel 2x2) jika tidak ada nilai $E < 5$, dan nilai *Fisher's Exact Test* (tabel 2x2) jika ada nilai $E < 5$ (Hastono, 2006).

A. Hubungan Utilisasi (Besaran Klaim) dengan Jenis Kelamin

Tabel 6.10

Distribusi Klaim Menurut Jenis Kelamin dan Besaran Klaim

| Jenis Kelamin | Besaran Klaim | | | | Total | | <i>p</i> -value |
|---------------|---------------|------|---------------|------|-------|-----|-----------------|
| | ≤ Rp2.580.000 | | > Rp2.580.000 | | n | % | |
| | n | % | n | % | | | |
| Laki-laki | 254 | 50,6 | 248 | 49,4 | 502 | 100 | 0,362 |
| Perempuan | 280 | 53,6 | 242 | 46,4 | 522 | 100 | |
| Total | 534 | 52,1 | 490 | 47,9 | 1024 | 100 | |

Hasil analisis hubungan antara jenis kelamin dengan besaran klaim, diperoleh bahwa ada sebanyak 248 (49,4%) peserta laki-laki dengan jumlah klaim lebih besar dari Rp2.580.000. Sedangkan peserta perempuan dengan jumlah klaim lebih besar dari Rp2.580.000 ada 242 (46,4%) peserta. Hasil uji statistik diperoleh nilai *p*-value = 0,362 maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi besaran klaim antara jenis kelamin laki-laki dengan perempuan (tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan besaran klaim).

B. Hubungan Utilisasi (Besaran Klaim) dengan Diagnosis

Tabel 6.11

Distribusi Klaim Menurut Diagnosis dan Besaran Klaim

| Diagnosa | Besaran Klaim | | | | Total | | <i>p</i> -value |
|---------------|---------------|------|---------------|------|-------|-----|-----------------|
| | ≤ Rp2.580.000 | | > Rp2.580.000 | | n | % | |
| | n | % | n | % | | | |
| Akut | 229 | 54,5 | 191 | 45,5 | 420 | 100 | 0,102 |
| Kronis | 258 | 49,1 | 267 | 50,9 | 525 | 100 | |
| Akut/Kronis | 47 | 59,5 | 32 | 40,5 | 79 | 100 | |
| Jumlah | 534 | 52,1 | 490 | 47,9 | 1024 | 100 | |

Hasil analisis hubungan antara diagnosis dengan besaran klaim, diperoleh bahwa ada sebanyak 191 (45,5%) peserta dengan diagnosa akut yang jumlah klaimnya lebih besar dari Rp2.580.000. Sedangkan peserta dengan diagnosa kronis dan akut/kronis yang jumlah klaimnya lebih besar dari Rp2.580.000 masing-masing yaitu 267 (50,9%) peserta dan 32 (40,5%) peserta. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p\text{-value} = 0,102$ maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi besaran klaim antara jenis diagnosa akut, kronis, dan akut/kronis (tidak ada hubungan yang signifikan antara diagnosa dengan besaran klaim).

C. Hubungan Utilisasi (Besaran Klaim) dengan Lama Hari Rawat

Tabel 6.12

Distribusi Klaim Menurut Lama Hari Rawat dan Jumlah Klaim

| Lama Hari Rawat | Jumlah Klaim | | | | Total | | OR (95% CI) | $p\text{-value}$ |
|-----------------|---------------|------|---------------|------|-------|-----|----------------------------|------------------|
| | ≤ Rp2.580.000 | | > Rp2.580.000 | | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | |
| ≤ 4 hari | 514 | 100 | 0 | 0 | 514 | 100 | 12568,5 | 0,000 |
| > 4 hari | 20 | 3,9 | 490 | 96,1 | 510 | 100 | 1680,373 - 94007,215 | |
| Jumlah | 534 | 52,1 | 490 | 47,9 | 1024 | 100 | | |

Hasil analisis hubungan antara lama hari rawat dengan besaran klaim diperoleh bahwa tidak ada (0%) peserta dengan lama hari rawat kurang dari sama dengan empat hari yang jumlah klaimnya lebih besar dari Rp2.580.000. Sedangkan peserta dengan lama hari rawat lebih dari empat hari yang jumlah klaimnya lebih besar dari Rp2.580.000 ada 490 (96,1%) peserta. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p\text{-value} = 0,000$ maka dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi besaran klaim antara lama hari rawat kurang dari sama dengan empat hari dengan lama hari rawat lebih dari empat hari (ada hubungan yang signifikan antara lama hari rawat dengan besaran klaim). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR=12568,5$, artinya lama hari rawat lebih

dari 4 hari mempunyai peluang 12568,5 kali untuk memiliki besaran klaim lebih dari Rp2.580.000 dibanding lama hari rawat kurang dari sama dengan 4 hari.

D. Hubungan Utilisasi (Besaran Klaim) dengan Tipe PPK

Tabel 6.13
Distribusi Klaim Menurut Tipe PPK dan Besaran Biaya Klaim

| Tipe PPK | Besaran Klaim | | | | Total | | OR (95% CI) | <i>p</i> - <i>value</i> |
|-------------------|------------------|------|------------------|------|-------|-----|-------------------|----------------------------|
| | ≤ Rp2.580.000 | | > Rp2.580.000 | | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Pemerintah | 135 | 46,7 | 154 | 53,3 | 289 | 100 | 0,738 | 0.035 |
| Swasta | 399 | 54,3 | 336 | 45,7 | 735 | 100 | 0,562 - 0,97 | |
| Jumlah | 534 | 52,1 | 490 | 47,9 | 1024 | 100 | | |

Hasil analisis hubungan antara tipe PPK dengan besaran klaim diperoleh bahwa ada sebanyak 154 (53,3%) peserta yang melakukan pelayanan kesehatan di PPK milik pemerintah dengan besaran klaim lebih besar dari Rp2.580.000. Sedangkan pelayanan kesehatan yang dilakukan pada PPK swasta dengan besaran klaim lebih besar dari Rp2.580.000 ada 336 (45,7%) peserta. Hasil uji statistik diperoleh nilai *p-value* = 0,035 maka dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi besaran klaim antara PPK pemerintah dengan PPK swasta (ada hubungan yang signifikan antara tipe PPK dengan besaran klaim). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR=0,738, artinya tipe PPK swasta mempunyai peluang 0,738 kali untuk memiliki besaran klaim lebih dari Rp2.580.000 dibanding tipe PPK pemerintah.

E. Hubungan Utilisasi (Besaran Klaim) dengan Status Peserta

Tabel 6.14

Distribusi Klaim Menurut Status Peserta dan Besaran Klaim

| Status Peserta | Besaran Klaim | | | | Total | | <i>p - value</i> |
|--------------------|---------------|------|---------------|------|-------|-----|------------------|
| | ≤ Rp2.580.000 | | > Rp2.580.000 | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | |
| Suami/Istri | 130 | 49,1 | 135 | 50,9 | 265 | 100 | 0,7 |
| Pegawai | 360 | 47,4 | 399 | 52,6 | 759 | 100 | |
| Jumlah | 490 | 47,9 | 534 | 52,1 | 1024 | 100 | |

Hasil analisis hubungan antara status kepesertaan dengan besaran klaim diperoleh bahwa ada sebanyak 399 (52,6%) peserta berasal dari status sebagai pegawai dengan jumlah klaim lebih besar dari Rp2.580.000. Sedangkan peserta yang berasal dari status sebagai suami/istri pegawai dengan jumlah klaim lebih besar dari Rp2.580.000 ada 135 (50,9%) peserta. Hasil uji statistik diperoleh nilai *p-value* = 0,7 maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi besaran klaim antara status sebagai pegawai dengan status sebagai suami/istri pegawai (tidak ada hubungan yang signifikan antara status peserta dengan besaran klaim).

BAB VII

PEMBAHASAN

7.1 Keterbatasan Penelitian

Pada penelitian ini, terdapat beberapa hambatan yang menjadi keterbatasan dalam penelitian ini, diantaranya adalah sebagai berikut:

- a. Variabel yang digunakan dalam penelitian ini terbatas (jenis kelamin, diagnosis, lama hari rawat, tipe PPK, status peserta). Tidak dapat melihat klaim dari pendidikan, pendapatan, sistem pembayaran (*Provider* atau *Reimbursement*).
- b. Data sekunder yang penulis gunakan dalam penelitian ini merupakan register klaim yang dilakukan oleh seksie PROSPENS Bringin Life sehingga kebenaran dan ketepatan data tergantung dari proses yang dilakukan pada seksie tersebut.
- c. Pengklasifikasian diagnosis menjadi akut, kronis, dan akut/ kronis hanya melalui proses wawancara dengan tiga orang ahli di bidang kesehatan, tanpa melalui studi kepustakaan.
- d. Pengklasifikasian tipe PPK menjadi PPK pemerintah atau swasta hanya melalui sumber kepustakaan seadanya. Penulis tidak menemukan studi kepustakaan yang melampirkan seluruh nama-nama rumah sakit dengan membedakan milik pemerintah atau swasta. Penulis mengklasifikasikan PPK selain rumah sakit, yaitu klinik menjadi PPK swasta dan Puskesmas menjadi PPK pemerintah.
- e. Penelitian ini tidak menggunakan semua data klaim yang ada karena yang dijadikan objek penelitian hanya klaim dari peserta yang melakukan klaim satu kali. Hal ini dimaksudkan agar pada penelitian ini hubungan antara variabel dependen dan variabel independen tidak terjadi analisis ganda pada satu peserta.
- f. Peneliti belum menemukan penelitian lain pada variabel independen status peserta untuk memperkuat dari hasil penelitian ini.

- g. Penelitian ini hanya menggunakan klaim rawat inap PROSPENS PT. X periode April – November. Polis PROSPENS PT. X berlaku satu tahun dan bulan April ada awal mulanya berlaku polis. Sedangkan bulan November adalah waktu dilakukannya penelitian sehingga hanya dapat melihat klaim sampai dengan 30 November 2011.

7.2 Pembahasan Hasil Penelitian

7.2.1 Utilisasi (Besaran Rawat Inap) Menurut Jenis Kelamin

Menurut beberapa teori, jenis kelamin merupakan faktor yang berpengaruh terhadap utilisasi. Black dan Skipper (2000) menyatakan bahwa perempuan memiliki tingkat ketidakmampuan yang lebih tinggi daripada laki-laki. Dalam Black dan Huebner (1972) juga disebutkan bahwa benar wanita lebih beresiko untuk sakit, dimana pada beberapa peraturan asuransi tidak menanggung resiko kehamilan, keguguran, aborsi dan sejenisnya.

Berdasarkan uji *chi-square* yang telah dilakukan, dapat dilihat pada Tabel 6.10 diperoleh $p\text{-value} = 0,362$. Data ini menunjukkan bahwa penelitian ini tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan utilisasi (besaran klaim) rawat inap pada peserta PROSPENS PT. X. Maka, hasil penelitian ini tidak sesuai dengan teori yang ada.

Hasil penelitian ini juga didukung oleh beberapa penelitian sebelumnya. Wahyuningsih (2006), dalam penelitiannya diperoleh hasil bahwa jenis kelamin tidak berhubungan dengan utilisasi klaim rawat jalan pada asuransi kesehatan swasta. Asyuri (2007), tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan biaya rawat inap program asuransi kesehatan pensiunan di salah satu perusahaan asuransi swasta. Selain itu juga pada penelitian Chalidyanto (2000), bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan pemanfaatan rawat jalan dan rawat inap.

Menurut peneliti, jenis kelamin tidak berhubungan dengan utilisasi (besaran klaim) rawat inap disebabkan dalam populasi penelitian ini rata-rata yang menjadi pegawai adalah jenis kelamin laki-laki sehingga pensiunan lebih

banyak laki-laki. Waktu yang telah dihabiskan oleh pensiunan pegawai PT. X selama bertahun-tahun bekerja menciptakan pola hidup yang tidak sehat akibat tuntutan pekerjaan yang banyak. Misalnya, menjadi tidak teratur berolahraga, kebiasaan duduk terlalu lama.

7.2.2 Utilisasi (Besaran Rawat Inap) Menurut Diagnosis

Menurut beberapa teori, diagnosis merupakan faktor yang berpengaruh terhadap utilisasi. HIAA (1997), usia tua memiliki kecenderungan untuk menderita penyakit kronik dan penyakit degeneratif. Penyakit-penyakit kronis dan katastropik ini adalah jenis penyakit yang karena sifat dan karakteristiknya memerlukan keahlian khusus, menggunakan alat kesehatan canggih dan atau memerlukan pelayanan kesehatan seumur hidup, sehingga berakibat pada pelayanan kesehatan yang tinggi (www.ptaskes.com).

Berdasarkan uji *chi-square* yang telah dilakukan, dapat dilihat pada Tabel 6.11 diperoleh *p-value* = 0,102. Data ini menunjukkan bahwa penelitian ini tidak ada hubungan yang bermakna antara diagnosa dengan utilisasi (besaran klaim) rawat inap pada peserta PROSPENS PT. X. Maka, hasil penelitian ini tidak sesuai dengan teori yang ada. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Wahyuningsih (2006). Dalam penelitian Wahyuningsih (2006) diperoleh hasil bahwa tidak ada hubungan signifikan antara diagnosa (akut dan kronis) dengan utilisasi klaim rawat jalan.

Menurut peneliti, diagnosa tidak berhubungan dengan utilisasi (besaran klaim) rawat inap disebabkan penyakit akut bisa jadi lebih mahal biayanya daripada penyakit kronis karena tidak standar yang berlaku berapa maksimum lama hari rawat, jenis pelayanan yang dibutuhkan pasien dan besarnya biaya perawatan di rumah sakit. Oleh karena itu, rumah sakit memiliki kebijakan masing-masing dalam menentukan berapa lama hari rawat, jenis pelayanan yang dibutuhkan pasien, dan besarnya biaya perawatan. Maka bisa saja penyakit akut di suatu rumah sakit menjadi lebih mahal biayanya daripada penyakit kronis di rumah sakit lain.

7.2.3 Utilisasi (Besaran Rawat Inap) Menurut Lama Hari Rawat

Menurut beberapa teori, lama hari rawat merupakan faktor yang berpengaruh terhadap utilisasi. Teori yang mendukung lama hari rawat merupakan faktor yang berpengaruh terhadap utilisasi yaitu pada publikasi yang diterbitkan oleh *Oxford University Press* (1976). Dalam publikasi tersebut, dijelaskan bahwa lama hari rawat merupakan salah satu faktor *morbidity* yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan kesehatan

Berdasarkan uji *chi-square* yang telah dilakukan, dapat dilihat pada Tabel 6.12 diperoleh *p-value* = 0,000. Data ini menunjukkan bahwa penelitian ini ada hubungan yang bermakna antara lama hari rawat dengan utilisasi (besaran klaim) rawat inap pada peserta PROSPENS PT. X. Maka, hasil penelitian ini telah sesuai dengan teori yang ada.

Menurut peneliti, lama hari rawat berhubungan signifikan dengan utilisasi (besaran klaim) rawat inap disebabkan pemberian manfaat klaim pada PROSPENS Bringin Life dilakukan dengan sistem HCP (*Hospitalization Cash Plan*). Sistem tersebut menerapkan pemberian manfaat *include* maksimal Rp645.000/hari. Jadi, semakin lama hari rawat akan menyebabkan semakin tinggi utilisasi rawat inap yang digunakan. Lama hari rawat juga cenderung berkaitan dengan diagnosis, dimana penyakit kronis lebih memakan waktu lama hari rawat.

7.2.4 Utilisasi (Besaran Rawat Inap) Menurut Tipe PPK

Menurut beberapa teori, Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK) merupakan faktor yang berpengaruh terhadap utilisasi. Teori yang mendukung PPK merupakan faktor yang berpengaruh terhadap utilisasi yaitu Green (1980). Green (1980), faktor yang mendukung timbulnya tindakan kesehatan salah satunya adalah faktor penyelenggara jasa pelayanan kesehatan.

Berdasarkan uji *chi-square* yang telah dilakukan, dapat dilihat pada Tabel 6.13 diperoleh *p-value* = 0,035. Data ini menunjukkan bahwa penelitian ini ada hubungan yang bermakna antara tipe PPK dengan utilisasi (besaran

klaim) rawat inap pada peserta PROSPENS PT. X. Maka, hasil penelitian ini telah sesuai dengan teori yang ada.

Menurut peneliti, tipe PPK berhubungan signifikan dengan utilisasi (besaran klaim) rawat inap disebabkan asumsi masyarakat sekarang yang beranggapan bahwa rumah sakit swasta lebih berkualitas daripada rumah sakit pemerintah. Asumsi ini berawal dari asumsi bahwa biaya menentukan kualitas sehingga biaya yang lebih mahal adalah yang lebih berkualitas. Apalagi dalam perusahaan asuransi Bringin Life tidak memiliki *gatekeeper* sehingga peserta dapat langsung ke PPK yang diinginkannya.

7.2.5 Utilisasi (Besaran Rawat Inap) Menurut Status Peserta

Menurut beberapa teori, merupakan faktor yang berpengaruh terhadap utilisasi. HIAA (1975), keikutsertaan tanggungan atau keluarga adalah hal yang perlu dipertimbangkan dalam melakukan proyeksi klaim. Karakteristik sebuah kelompok tertentu dapat mempengaruhi angka kesakitan utilisasi pelayanan kesehatan, dan tentunya biaya kesehatan. Karakteristik kelompok yang dimaksud salah satunya adalah distribusi tanggungan (PAMJAKI, FA, 2005).

Berdasarkan uji *chi-square* yang telah dilakukan, dapat dilihat pada Tabel 6.14 diperoleh *p-value* = 0,7. Data ini menunjukkan bahwa penelitian ini tidak ada hubungan yang bermakna antara status peserta dengan utilisasi (besaran klaim) rawat inap pada peserta PROSPENS PT. X. Maka, hasil penelitian ini tidak sesuai dengan teori yang ada. Hasil penelitian ini tidak dapat diperkuat dengan penelitian sebelumnya, karena peneliti belum menemukan penelitian lain yang menggunakan status peserta sebagai variabel independen terhadap utilisasi klaim.

Menurut peneliti, status peserta tidak berhubungan signifikan dengan utilisasi (besaran klaim) rawat inap disebabkan tidak adanya perbedaan manfaat asuransi yang didapatkan antara pegawai dan suami/ istri pegawai yaitu Rp645.000/ hari maksimal 25 hari/ tahun.

BAB VIII

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil yang telah didapatkan dalam penelitian ini, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

- a. Asuransi kesehatan pensiunan merupakan suatu asuransi yang sangat beresiko. Hal ini terbukti dari tingkat *loss ratio* PROSPENS PT. X yang semakin meningkat. Semakin tinggi angka persentase *loss ratio* berarti semakin banyak biaya yang dikeluarkan oleh perusahaan untuk membiaya pelayanan kesehatan anggotanya atau semakin sedikit persentase keuntungan yang diperoleh.
- b. Jenis kelamin peserta tidak berhubungan signifikan dengan utilisasi (besaran klaim) rawat inap peserta PT. X PROSPENS Bringin Life.
- c. Diagnosis tidak berhubungan signifikan dengan utilisasi (besaran klaim) rawat inap peserta PT. X PROSPENS Bringin Life.
- d. Lama hari rawat memiliki berhubungan yang signifikan dengan utilisasi (besaran klaim) rawat inap peserta PT. X PROSPENS Bringin Life.
- e. Tipe PPK memiliki berhubungan yang signifikan dengan utilisasi (besaran klaim) rawat inap peserta PT. X PROSPENS Bringin Life.
- f. Status peserta tidak berhubungan signifikan dengan utilisasi (besaran klaim) rawat inap peserta PT. X PROSPENS Bringin Life.

8.2 Saran

Berdasarkan hasil dari variabel-variabel independen yang telah dianalisis, maka peneliti memberikan saran sebagai berikut :

- a. Jenis Kelamin

Tidak perlu membedakan manfaat antara peserta laki-laki dan perempuan

b. Diagnosis

Menerapkan sistem DRG (*Diagnosis Related Group*) dimana sudah ada ketentuan tarif untuk setiap diagnosis.

c. Lama Hari Rawat

Menerapkan sistem DRG (*Diagnosis Related Group*) dimana sudah ada ketentuan maksimum lama hari rawat untuk setiap diagnosis.

d. Tipe PPK

Menerapkan sistem DRG (*Diagnosis Related Group*) dan lebih banyak bekerjasama dengan RS pemerintah.

e. Status Peserta

Tidak perlu adanya perbedaan manfaat antara pegawai dan suami/istri

Selain itu, peneliti juga memiliki saran bagi para pihak yang berkepentingan dalam PROSPENS Bringin Life, antara lain :

(1) Perusahaan Asuransi

a. Bringin Life segera menerapkan sistem *managed care* untuk pengendalian biaya, yaitu sebagai berikut:

1. Tidak menggunakan sistem penggantian biaya kepada peserta dengan cara *reimbursement*. Peserta hanya boleh melakukan pelayanan kesehatan di rumah sakit jaringan, kecuali dalam keadaan darurat. Bringin Life perlu memperluas jumlah jaringan provider di seluruh Indonesia.
2. Melakukan telaah utilisasi (*utilization review*) yaitu melakukan telaah utilisasi ketika pasien akan masuk rawat inap, sedang menjalani rawat inap, dan akan selesai melakukan perawatan

khususnya pada kasus-kasus dengan biaya diatas rata-rata (Rp2.580.000) atau lama hari rawat diatas rata-rata (lebih dari 4 hari).

b. Mengkaji ulang tingkatan premi.

(2) PT. X

a. Seluruh pegawai PT. X tidak perlu dipisah antara asuransi kesehatan dan asuransi kesehatan pensiunan agar *risk pooling* semakin luas, sesuai dengan hukum bilangan besar.

(3) Rumah Sakit

a. Menerapkan sistem DRG (*Diagnosis Related Group*).

(4) Kebijakan Pemerintah

a. Pensiunan perlu mendapatkan perhatian yang serius karena merupakan populasi yang akan memakan biaya kesehatan paling banyak untuk pelaksanaan SJSN mendatang.

b. Melakukan kajian mengenai efektifitas sistem DRG (*Diagnosis Related Group*) serta memberlakukan sistem DRG (*Diagnosis Related Group*) kepada seluruh rumah sakit di Indonesia.

DAFTAR REFERENSI

- _____. *Berapa Usia Pensiun Yang Ideal?* 15 Desember 2011. www.bbc.co.uk.
- _____. *Daftar Rumah Sakit Terakreditasi.* 25 Desember 2011. http://kars.or.id/index.php?option=com_docman&Itemid=75.
- _____. *Pelayanan Kesehatan Asuransi Sosial Jaminan Penyakit Berbiaya Tinggi.* Buletin Info Askes Edisi Januari 2011. 20 Desember 2011. www.ptaskes.com.
- _____. *Penduduk Lanjut Usia.* 15 Desember 2011. www.menegpp.go.id.
- _____. *Profil Kesehatan Indonesia 2010.* 15 Desember 2011. www.depkes.go.id.
- _____. *Tahun 2025, Angka Harapan Hidup Penduduk Indonesia 73,7 Tahun.* 10 Desember 2011. www.bappenas.go.id.
- _____. *Tentang Bringin Life.* 21 November 2011. bringinlife.co.id.
- _____. *Undang-Undang No.2 Tahun 1992, Usaha Perasuransian.* 21 Agustus 2011. www.bapepam.go.id.
- Adisamito, Wiku. 2008. *Kebijakan Standar Pelayanan Medik dan Diagnosis Related Group (DRG), Kelayakan Penerapannya di Indonesia.* Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. 17 Januari 2012. Diakses dari http://staff.blog.ui.ac.id/wiku-a/files/2009/02/kebijakan-standar-pelayanan-medik-drg_edited.pdf.
- Andersen, Ronald. 1975. *Equity in Health Services, Emperical Analysis in Social Policy.* United States of Amerika: Ballinger Publiship Company.
- Asyuri, Agus. 2007. “Analisis Utilisasi dan Biaya Pelayanan Rawat Inap Peserta Program Kesehatan Pensiunan (PROKESPENS) PT. Asuransi Jiwa Sraya (Persero) Jakarta III Regional Office Selama Bulan april 2006 Sampai Dengan Maret 2007”. *Skripsi.* Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

Black, Kenneth dan Skipper, Harold D. 2000. *Life and Health Insurance*. New Jersey: Prentice Hall International, Inc.

Chalidyanto, Djazuly. 2000. "Analisis utilisasi pelayanan kesehatan rumah sakit untuk perhitungan biaya kapitasi di propinsi jawa barat tahun 1998". *Tesis*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Darmojo, Budhi, dkk. 1999. *Geriatric (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Departemen Pendidikan Nasional. 2005. *Kamus Besar Bahasa Indonesia Edisi Ketiga*. Jakarta: Balai Pustaka.

Feldstein, Paul J, 1993. *Health Care Economics, 2nd Edition*. United States of America: John Wiley & Sons, Inc.

Gonzalez, et all. 2011. "Health Care Utilization in the Elderly Mexican Population: Expenditures and Determinants". *BMC Public Health*. (<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/192>).

Green, Lawrence W, et all, 1980. *Health Education Planning. A Diagnostic Approach. 1st Ed.* California: Mayfield Publishing Company.

Hastono, Sutanto Priyo. 2006. *Modul Analisa Data*. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

HIAA. 1997. *The Health Insurance Primer*. Washington DC: The Health Insurance Association of America.

Huebner, S.S dan Black, Jr. Kenneth. 1972. *Life Insurance, 8th Edition*. New York: Appleton-Century-Crofts, Meredith Corporation.

Ilyas, Yaslis. 2003. *Mengenal Manajemen Asuransi, Review Utilisasi, Manajemen Klaim, dan Fraud*. Depok: FKM UI.

Kohn, Robert dan White, L. Kerr (Editor). 1976. *Health Care An International Study*. New York, Toronto: Oxford University Press.

Sulastomo. 2001. *Asuransi Kesehatan Sosial Sebuah Pilihan*, Edisi Pertama. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.

Thabrany, dkk. 2005. *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan Bagian A*. Jakarta: PAMJAKI.

Thabrany, dkk. 2005. *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan Bagian B*. Jakarta: PAMJAKI.

Thabrany, dkk. 2005. *Managed Care Bagian A*. Jakarta: PAMJAKI.

Thabrany, dkk, 2000. *Pedoman Manajemen Utilisasi Pelayanan Kesehatan*. Depok: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

Tim Surkesnas. 2002. *Survei Kesehatan Nasional 2001; Laporan SKRT 2001; Studi Morbiditas dan Disabilitas*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI.

Wahyuningsih. 2006. "Analisis Utilisasi Klaim Rawat Jalan Asuransi Kesehatan Kumpulan Direct Protection Care PT. Asuransi Jiwa Manulife Indonesia Tahun 2005". *Skripsi*. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

Zschock, Dieter K. 1979. *Health Care Financing In Developing Countries*. Washington, D.C: American Public Health Association.

OUTPUT UNIVARIAT

JenisKe1amin

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | LAKI-LAKI | 502 | 49.0 | 49.0 | 49.0 |
| | PEREMPUAN | 522 | 51.0 | 51.0 | 100.0 |
| | Total | 1024 | 100.0 | 100.0 | |

StatusKepesertaan

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | PEGAWAI | 759 | 74.1 | 74.1 | 74.1 |
| | SUAMI/ISTRI | 265 | 25.9 | 25.9 | 100.0 |
| | Total | 1024 | 100.0 | 100.0 | |

KlasifikasiRS

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | PEMERINTAH | 289 | 28.2 | 28.2 | 28.2 |
| | SWASTA | 735 | 71.8 | 71.8 | 100.0 |
| | Total | 1024 | 100.0 | 100.0 | |

KLASIFIKASIDIAGNOSIS

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | AKUT | 420 | 41.0 | 41.0 | 41.0 |
| | KRONIS | 525 | 51.3 | 51.3 | 92.3 |
| | AKUT/KRONIS | 79 | 7.7 | 7.7 | 100.0 |
| | Total | 1024 | 100.0 | 100.0 | |

biaya2

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | <=2.580.000 | 534 | 52.1 | 52.1 | 52.1 |
| | > 2.580.000 | 490 | 47.9 | 47.9 | 100.0 |
| | Total | 1024 | 100.0 | 100.0 | |

| Diagnosis | | | | | |
|-----------|--|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| | (ISPA) Infeksi Akut lain pada Saluran Pernafasan atas | 1 | .1 | .1 | .1 |
| | AKUT | 17 | 1.7 | 1.7 | 1.8 |
| | Asma | 15 | 1.5 | 1.5 | 3.2 |
| | Badan Lemas dan Lesu | 3 | .3 | .3 | 3.5 |
| | Batu disaluran kemih | 6 | .6 | .6 | 4.1 |
| | BATU EMPEDU | 7 | .7 | .7 | 4.8 |
| | Bronkhitis | 8 | .8 | .8 | 5.6 |
| | Cedera Kepala | 6 | .6 | .6 | 6.2 |
| | Cholesterol/Triglyserida Tinggi | 1 | .1 | .1 | 6.2 |
| | Colic Renal | 6 | .6 | .6 | 6.8 |
| | DHF (demam berdarah) | 11 | 1.1 | 1.1 | 7.9 |
| | Diare | 55 | 5.4 | 5.4 | 13.3 |
| | Dysentri | 2 | .2 | .2 | 13.5 |
| | FISURA ANI | 1 | .1 | .1 | 13.6 |
| | Gagal Ginjal | 26 | 2.5 | 2.5 | 16.1 |
| | Gangguan Kelenjar Prostat | 7 | .7 | .7 | 16.8 |
| | Gangguan Siklus Haid | 1 | .1 | .1 | 16.9 |
| | Hernia | 2 | .2 | .2 | 17.1 |
| | Herpes Zoster | 1 | .1 | .1 | 17.2 |
| | HIPONATREMIA | 1 | .1 | .1 | 17.3 |
| | HIPOTENSI | 1 | .1 | .1 | 17.4 |
| | Ileus Obstruktif | 1 | .1 | .1 | 17.5 |
| | INFARK MIOKARD AKUT | 13 | 1.3 | 1.3 | 18.8 |
| | Infeksi pada anus | 1 | .1 | .1 | 18.8 |
| | Infeksi penyakit usus lain | 1 | .1 | .1 | 18.9 |
| | Kardiomiopati | 41 | 4.0 | 4.0 | 22.9 |
| | Katerisasi JANTUNG | 2 | .2 | .2 | 23.1 |
| | Kejang - kejang | 1 | .1 | .1 | 23.2 |
| | KELUMPUHAN | 1 | .1 | .1 | 23.3 |
| | Kemoterapi | 1 | .1 | .1 | 23.4 |
| | Kencing manis | 109 | 10.6 | 10.6 | 34.1 |
| | Keracunan bahan kimia | 2 | .2 | .2 | 34.3 |
| | KRONIK | 1 | .1 | .1 | 34.4 |
| | KURET | 1 | .1 | .1 | 34.5 |
| | LEUCEMIA | 2 | .2 | .2 | 34.7 |
| | mulut-mual, muntah-muntah | 3 | .3 | .3 | 35.0 |
| | Nephrotic Syndrome | 1 | .1 | .1 | 35.1 |
| | Nyeri didada | 8 | .8 | .8 | 35.8 |
| | NYERI PERUT | 3 | .3 | .3 | 36.1 |
| | OBS. FEBRIS | 7 | .7 | .7 | 36.8 |
| | OBSTIFASI | 2 | .2 | .2 | 37.0 |
| | OPERARI PADA KULIT | 1 | .1 | .1 | 37.1 |
| | Operasi Batu Ginjal | 3 | .3 | .3 | 37.4 |
| | Operasi di anus | 8 | .8 | .8 | 37.7 |
| | Operasi di Saluran Kemih | 8 | .8 | .8 | 38.5 |
| | Operasi Hernia | 15 | 1.5 | 1.5 | 39.9 |
| | Operasi Kandungan | 4 | .4 | .4 | 40.3 |
| | Operasi Kepala | 1 | .1 | .1 | 40.4 |
| | OPERASI MATA | 76 | 7.4 | 7.4 | 47.9 |
| | Operasi Pada Saluran Nafas | 2 | .2 | .2 | 48.0 |
| | Operasi patah tulang | 2 | .2 | .2 | 48.2 |
| | Operasi Prostat | 18 | 1.8 | 1.8 | 50.0 |
| | Operasi Tumor Ganas | 1 | .1 | .1 | 50.1 |
| | Operasi Tumor jinak | 7 | .7 | .7 | 50.8 |
| | Operasi usus buntu | 7 | .7 | .7 | 51.5 |
| | Operasi Usus yang lain | 4 | .4 | .4 | 51.9 |
| | Operasi Wasir | 2 | .2 | .2 | 52.1 |
| | Patah tulang | 8 | .8 | .8 | 52.8 |
| | Pembesaran Kelenjar Leher | 1 | .1 | .1 | 52.9 |
| | Penyakit di liver | 2 | .2 | .2 | 53.1 |
| | PENYAKIT GANGGUAN SYARAF | 23 | 2.2 | 2.2 | 55.4 |
| | Penyakit hati menahun | 12 | 1.2 | 1.2 | 56.5 |
| | PENYAKIT JANTUNG ISKEMIK | 13 | 1.3 | 1.3 | 57.8 |
| | PENYAKIT LAIN DARI SUSUNAN PEREDARAN DARAH | 1 | .1 | .1 | 57.9 |
| | PENYAKIT LAIN PADA SALURAN PERNAFASAN BAWAH | 12 | 1.2 | 1.2 | 59.1 |
| | PENYAKIT LAIN PADA SISTEM PENCERNAAN | 5 | .5 | .5 | 59.6 |
| | PENYAKIT LAIN-LAIN | 17 | 1.7 | 1.7 | 61.2 |
| | PENYAKIT PADA SALURAN KEMIH | 12 | 1.2 | 1.2 | 62.4 |
| | Penyakit pada susunan darah | 1 | .1 | .1 | 62.5 |
| | PENYAKIT PD. SISTEM OTOT & JARINGAN PENGIKAT (REMATIK) | 17 | 1.7 | 1.7 | 64.2 |
| | Penyakit Pembuluh Darah Koroner | 9 | .9 | .9 | 65.0 |
| | PENYAKIT SALURAN PERNAFASAN BAGIAN ATAS | 1 | .1 | .1 | 65.1 |
| | PENYAKIT TEKANAN DARAH TINGGI | 83 | 8.1 | 8.1 | 73.2 |
| | PENYAKIT VIRUS | 1 | .1 | .1 | 73.3 |
| | PERAWATAN LUKA | 1 | .1 | .1 | 73.4 |
| | Pmbesaran Thyroid | 1 | .1 | .1 | 73.5 |
| | Pneumonia | 9 | .9 | .9 | 74.4 |
| | PUSING | 9 | .9 | .9 | 75.3 |
| | SEPTIC SHOCK | 4 | .4 | .4 | 75.7 |
| | Sesak Nafas | 1 | .1 | .1 | 75.8 |
| | SLE | 1 | .1 | .1 | 75.9 |
| | STROKE | 93 | 9.1 | 9.1 | 85.0 |
| | TBC. PARU | 10 | 1.0 | 1.0 | 85.9 |
| | THALASSEMIA | 1 | .1 | .1 | 86.0 |
| | tindakan pada tulang | 17 | 1.7 | 1.7 | 87.7 |
| | Tipus perut | 17 | 1.7 | 1.7 | 89.4 |
| | Trauma Tumpul | 1 | .1 | .1 | 89.5 |
| | Tukak lambung | 45 | 4.4 | 4.4 | 93.8 |
| | Tumor ganas | 32 | 3.1 | 3.1 | 97.0 |
| | Tumor jinak | 5 | .5 | .5 | 97.5 |
| | Tumor Kandungan | 1 | .1 | .1 | 97.6 |
| | VERTIGO | 25 | 2.4 | 2.4 | 100.0 |
| | Total | 1024 | 100.0 | 100.0 | |

hari2

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | <=4 | 514 | 50.2 | 50.2 | 50.2 |
| | >4 | 510 | 49.8 | 49.8 | 100.0 |
| Total | | 1024 | 100.0 | 100.0 | |

Descriptives

| | | Statistic | Std. Error | |
|-----------|----------------------------------|-------------|------------|--|
| Disetujui | Mean | 3469629.12 | 86217.347 | |
| | 95% Confidence Interval for Mean | Lower Bound | 3300446.06 | |
| | | Upper Bound | 3638812.18 | |
| | 5% Trimmed Mean | 3155783.44 | | |
| | Median | 2580000.00 | | |
| | Variance | 7.612E12 | | |
| | Std. Deviation | 2758955.104 | | |
| | Minimum | 268500 | | |
| | Maximum | 16125000 | | |
| | Range | 15856500 | | |
| | Interquartile Range | 2909306 | | |
| | Skewness | 1.877 | .076 | |
| | Kurtosis | 4.468 | .153 | |

Descriptives

| | | Statistic | Std. Error | |
|---------------|----------------------------------|-------------|------------|--|
| HariDisetujui | Mean | 5.60 | .136 | |
| | 95% Confidence Interval for Mean | Lower Bound | 5.33 | |
| | | Upper Bound | 5.87 | |
| | 5% Trimmed Mean | 5.11 | | |
| | Median | 4.00 | | |
| | Variance | 18.960 | | |
| | Std. Deviation | 4.354 | | |
| | Minimum | 1 | | |
| | Maximum | 25 | | |
| | Range | 24 | | |
| | Interquartile Range | 4 | | |
| | Skewness | 1.830 | .076 | |
| | Kurtosis | 4.225 | .153 | |

OUTPUT BIVARIAT

JenisKe1amin * biaya2 Crosstabulation

| | | | biaya2 | | Total |
|--------------|-----------|-----------------------|-------------|-------------|--------|
| | | | <=2.580.000 | > 2.580.000 | |
| JenisKe1amin | LAKI-LAKI | Count | 254 | 248 | 502 |
| | | % within JenisKe1amin | 50.6% | 49.4% | 100.0% |
| | PEREMPUAN | Count | 280 | 242 | 522 |
| | | % within JenisKe1amin | 53.6% | 46.4% | 100.0% |
| Total | | Count | 534 | 490 | 1024 |
| | | % within JenisKe1amin | 52.1% | 47.9% | 100.0% |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | .949 ^a | 1 | .330 | | |
| Continuity Correction ^b | .831 | 1 | .362 | | |
| Likelihood Ratio | .949 | 1 | .330 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .348 | .181 |
| Linear-by-Linear Association | .948 | 1 | .330 | | |
| N of Valid Cases ^b | 1024 | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 240.21.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

| | Value | 95% Confidence Interval | |
|---|-------|-------------------------|-------|
| | | Lower | Upper |
| Odds Ratio for JenisKe1amin (LAKI-LAKI / PEREMPUAN) | .885 | .693 | 1.131 |
| For cohort biaya2 = <=2.580.000 | .943 | .839 | 1.061 |
| For cohort biaya2 = > 2.580.000 | 1.066 | .938 | 1.211 |
| N of Valid Cases | 1024 | | |

status2 * biaya2 Crosstabulation

| | | | biaya2 | | Total |
|---------|-------------|------------------|-------------|------------|--------|
| | | | <=2.580.000 | >2.580.000 | |
| status2 | suami/istri | Count | 135 | 130 | 265 |
| | | % within status2 | 50.9% | 49.1% | 100.0% |
| | pegawai | Count | 399 | 360 | 759 |
| | | % within status2 | 52.6% | 47.4% | 100.0% |
| Total | | Count | 534 | 490 | 1024 |
| | | % within status2 | 52.1% | 47.9% | 100.0% |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | .208 ^a | 1 | .648 | | |
| Continuity Correction ^b | .148 | 1 | .700 | | |
| Likelihood Ratio | .208 | 1 | .648 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .669 | .350 |
| Linear-by-Linear Association | .208 | 1 | .648 | | |
| N of Valid Cases ^a | 1024 | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 126.81.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

| | Value | 95% Confidence Interval | |
|--|-------|-------------------------|-------|
| | | Lower | Upper |
| Odds Ratio for StatusKepesertaan (PEGAWAI / SUAMI/ISTRI) | 1.067 | .807 | 1.412 |
| For cohort biaya2 = <=2.580.000 | 1.032 | .901 | 1.182 |
| For cohort biaya2 = >2.580.000 | .967 | .837 | 1.116 |
| N of Valid Cases | 1024 | | |

KlasifikasiRS * biaya2 Crosstabulation

| | | | biaya2 | | Total |
|---------------|------------|------------------------|-------------|-------------|--------|
| | | | <=2.580.000 | > 2.580.000 | |
| KlasifikasiRS | PEMERINTAH | Count | 135 | 154 | 289 |
| | | % within KlasifikasiRS | 46.7% | 53.3% | 100.0% |
| | SWASTA | Count | 399 | 336 | 735 |
| | | % within KlasifikasiRS | 54.3% | 45.7% | 100.0% |
| Total | | Count | 534 | 490 | 1024 |
| | | % within KlasifikasiRS | 52.1% | 47.9% | 100.0% |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 4.767 ^a | 1 | .029 | | |
| Continuity Correction ^b | 4.469 | 1 | .035 | | |
| Likelihood Ratio | 4.765 | 1 | .029 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .031 | .017 |
| Linear-by-Linear Association | 4.763 | 1 | .029 | | |
| N of Valid Cases ^b | 1024 | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 138.29.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

| | Value | 95% Confidence Interval | |
|--|-------|-------------------------|-------|
| | | Lower | Upper |
| Odds Ratio for KlasifikasiRS (PEMERINTAH / SWASTA) | .738 | .562 | .970 |
| For cohort biaya2 = <=2.580.000 | .860 | .748 | .990 |
| For cohort biaya2 = > 2.580.000 | 1.166 | 1.020 | 1.332 |
| N of Valid Cases | 1024 | | |

KLASIFIKASIDIAGNOSIS * biaya2 Crosstabulation

| | | | biaya2 | | Total |
|----------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------|-------------|--------|
| | | | <= 2.580.000 | > 2.580.000 | |
| KLASIFIKASIDIAGNOSIS | AKUT | Count | 229 | 191 | 420 |
| | | % within KLASIFIKASIDIAGNOSIS | 54.5% | 45.5% | 100.0% |
| | KRONIS | Count | 258 | 267 | 525 |
| | | % within KLASIFIKASIDIAGNOSIS | 49.1% | 50.9% | 100.0% |
| | AKUT/KRONIS | Count | 47 | 32 | 79 |
| | | % within KLASIFIKASIDIAGNOSIS | 59.5% | 40.5% | 100.0% |
| Total | Count | 534 | 490 | 1024 | |
| | % within KLASIFIKASIDIAGNOSIS | 52.1% | 47.9% | 100.0% | |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 4.558 ^a | 2 | .102 |
| Likelihood Ratio | 4.571 | 2 | .102 |
| Linear-by-Linear Association | .181 | 1 | .671 |
| N of Valid Cases | 1024 | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 37.80.

hari2 * biaya2 Crosstabulation

| | | biaya2 | | Total | |
|-------|-----|----------------|-------------|-------|--------|
| | | <=2.580.000 | > 2.580.000 | | |
| hari2 | <=4 | Count | 514 | 0 | 514 |
| | | % within hari2 | 100.0% | .0% | 100.0% |
| | >4 | Count | 20 | 490 | 510 |
| | | % within hari2 | 3.9% | 96.1% | 100.0% |
| Total | | Count | 534 | 490 | 1024 |
| | | % within hari2 | 52.1% | 47.9% | 100.0% |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|----------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 9.470E2 ^a | 1 | .000 | | |
| Continuity Correction ^b | 943.149 | 1 | .000 | | |
| Likelihood Ratio | 1.249E3 | 1 | .000 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .000 | .000 |
| Linear-by-Linear Association | 946.070 | 1 | .000 | | |
| N of Valid Cases ^b | 1024 | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 244.04.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

| | Value | 95% Confidence Interval | |
|---------------------------------|--------|-------------------------|--------|
| | | Lower | Upper |
| For cohort biaya2 = <=2.580.000 | 25.500 | 16.595 | 39.184 |
| N of Valid Cases | 1024 | | |