



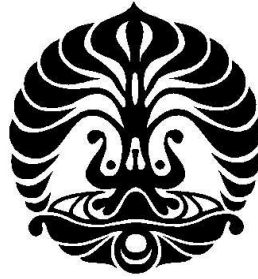
UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN KARAKTERISTIK PESERTA PT X YANG
MENGUNAKAN PELAYANAN RAWAT JALAN PRODUK
ASURANSI XYZ**

SKRIPSI

**TRİYANA RAMADHANI HIPPY
NPM : 1006822233**

**PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN MANAJEMEN ASURANSI KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN KARAKTERISTIK PESERTA PT X YANG
MENGUNAKAN PELAYANAN RAWAT JALAN PRODUK
ASURANSI XYZ**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat

**TRİYANA RAMADHANI HIPPY
NPM : 1006822233**

**PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN MANAJEMEN ASURANSI KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Triyana Ramadhani Hippy

NPM : 1006822233

Tanda Tangan : 

Tanggal : Juli 2012

PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Triyana Ramadhani Hippy

NPM : 1006822233

Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat

Kekhususan : Manajemen Asuransi Kesehatan

Tahun : 2010

Jenjang : Sarjana

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

“Gambaran Karakteristik Peserta PT X Yang Menggunakan Pelayanan Rawat Jalan Produk Asuransi XYZ”

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, Juli 2012



(Triyana Ramadhani Hippy)

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Triyana Ramadhani Hippy
NPM : 1006822233
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Judul Skripsi : Gambaran Karakteristik Peserta PT X yang Menggunakan
Pelayanan Rawat Jalan Produk Asuransi XYZ

Telah berhasil dipertahankan dihadapan 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. Adang Bachtiar MPH., DSc

(*Adang Bachtiar*)

Penguji : Prof. Anhari Achadi, dr, SKM, ScD

(*Anhari Achadi*)

Penguji : Muhamad Ramli, S.Kom

(*Muhamad Ramli*)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 13 Juli 2012

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Data Pribadi :

Nama : Triyana Ramadhani Hippy
Alamat : Komplek Japos Graha Lestari Blok D5/24 Jl. Elang
RT02/08 Ciledug Tangerang
Telepon/hp : 085711148062
Tempat/Tanggal Lahir : Jakarta, 28 Maret 1990
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Status : Belum menikah

Pendidikan Formal :

1. SD BUDI MULIA TANGERANG 1995 - 2001
2. SMP YADIKA 5 JAKARTA BARAT 2001 - 2004
3. SMAN 90 JAKARTA SELATAN 2004 - 2007
4. DIII – FISIP UI ADMINISTRASI ASURANSI DAN AKTUARIA 2007 - 2010
5. S1 - FKM UI MANAJEMEN ASURANSI KESEHATAN 2010 - 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT atas rahmat dan ridho-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini. Penyusunan skripsi yang berjudul “Gambaran Karakteristik Peserta PT X Yang Menggunakan Pelayanan Rawat Jalan Produk Asuransi XYZ” bertujuan untuk memenuhi persyaratan kelulusan dalam menyelesaikan studi pada Program S1 Ekstensi Peminatan Manajemen Asuransi Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat tahun 2012.

Penyusunan skripsi berlangsung mulai bulan Maret - Juni 2012 dimana kegiatan penelitian dilakukan di PT Asuransi XYZ. Pada hakekatnya, penyusunan skripsi ini tidak akan berjalan dengan baik dan lancar tanpa bantuan dan partisipasi dari semua pihak yang terkait. Oleh karena itu, peneliti ingin mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah tulus membantu dengan meluangkan waktunya untuk membantu proses penyusunan skripsi ini. Rasa hormat dan terima kasih tersebut peneliti tujukan kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan nikmat sehat, jasmani dan rohani sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini.
2. Drs. Bambang Wispriyano, Apt, PhD, selaku Dekan FKM UI.
3. dr. Adang Bachtiar, MPH, DSc, selaku ketua program departemen AKK dan selaku pembimbing akademik yang telah meluangkan waktu untuk membantu peneliti dalam menyelesaikan skripsi ini.
4. Bapak Pujiyanto SKM, M.Kes selaku Ketua program peminatan Manajemen Asuransi Kesehatan FKM UI yang juga telah turut bersedia memberikan bimbingan sebelum pelaksanaan magang.
5. Kepala Kantor Cabang Managed Care Kuningan Jakarta Selatan, Ibu Leonny Elimin yang telah memberikan kesempatan untuk mengambil data perusahaan.
6. Papa dan mama, terimakasih atas dukungan, doa, dan semangat yang diberikan. *I love u!*
7. Kedua kakak dan semua keluarga tercinta, terimakasih atas bantuan, semangat dan doa yang diberikan.
8. Reza Rosario, terimakasih atas segala bantuan, semangat, dan doa yang diberikan. *U are my best!*

9. Bapak Ramlie, Mba Nia, Bapak Yuliandi, Dita, dan seluruh karyawan asuransi xyz, terimakasih atas bantuan yang diberikan dalam mengakses data yang diperlukan dalam penyusunan skripsi ini.
10. Teman-teman ekstensi manajemen askes FKM angkatan 2010, Kiki, Tata, Merisa, Ima, Kak Flo, Mba Erda, Anyes, Eka, Donal, Nanarif, Pakciek, terimakasih atas bantuan dan kerjasamanya selama perkuliahan, sukses buat kita semua!
11. Mas Pri AKK yang telah bersedia mengurus semua keperluan prakesmas, penelitian dan yudisium serta dengan sabar membalas sms-sms peneliti, terimakasih mas ☺
12. Teman-teman FKM UI, Anak MRS, Epid, KL, K3, terimakasih atas dukungan dan semangat yang diberikan. Semoga kelak kita bisa menjadi orang yang berguna dan sukses!
13. Sahabat-sahabatku tersayang Cha, Nda, Upha, Anjas yang selalu ada saat peneliti suntuk mengerjakan skripsi ini. *I love u all!*
14. Semua pihak yang telah banyak membantu dalam penyelesaian skripsi ini yang tidak bisa disebutkan satu per satu.

Peneliti menyadari dalam penyusunan skripsi ini, masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, peneliti mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun demi kesempurnaan skripsi ini. Dan peneliti berharap agar skripsi ini dapat bermanfaat bagi perusahaan asuransi dan teman-teman mahasiswa di bidang yang sama, terima kasih.

Depok, Juli 2012

Peneliti

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

Nama : Triyana Ramadhani Hippy
NPM : 1006822233
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Departemen : Administrasi dan Kebijakan 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:

“Gambaran Karakteristik Peserta PT X Yang Menggunakan Pelayanan Rawat Jalan Produk Asuransi XYZ”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan 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 : Juli 2012

Yang menyatakan



(Triyana Ramadhani Hippy)

ABSTRAK

Nama : Triyana Ramadhani Hippy
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Judul : Gambaran Karakteristik Peserta PT X Yang Menggunakan Pelayanan Rawat Jalan Produk Asuransi XYZ

Penelitian ini membahas mengenai gambaran karakteristik peserta PT X yang menggunakan pelayanan rawat jalan produk asuransi XYZ. PT X merupakan perusahaan yang baru bergabung dengan asuransi XYZ. Pada tahun pertama utilisasi rawat jalan mencapai 120%. Angka tersebut bisa dikatakan *overutilization*. Tujuan Penelitian untuk mengetahui hubungan karakteristik peserta dengan penggunaan rawat jalan PT X. Desain penelitian cross sectional, dengan mengambil data sekunder yaitu data klaim dan data kepesertaan PT X periode Februari 2011 – Januari 2012. Data yang diolah adalah data klaim per peserta. Variabel yang berhubungan dengan utilisasi rawat jalan adalah usia, jenis kelamin, status kepesertaan, *plan benefit*, dan diagnosa.

Berdasarkan hasil uji statistik, diketahui bahwa dari 31% peserta yang menggunakan rawat jalan, 56% nya menggunakan rawat jalan lebih dari rata-rata. Variabel usia, jenis kelamin, status kepesertaan, *plan benefit*, dan diagnosa menunjukkan adanya hubungan yang bermakna dengan penggunaan rawat jalan oleh peserta PT X.

Kata Kunci :
Penggunaan, Rawat Jalan, *Overutilization*.

ABSTRACT

Name : Triyana Ramadhani Hippy
Program of Study : Bachelor of Public Health
Title : Overview of Characteristics Participants PT X Who Using The Outpatient Care in Insurance Product XYZ

This study discusses the characteristics of the participants an overview of PT X that use outpatient care insurance product XYZ. PT X is a company that recently joined the XYZ insurance. In the first year of outpatient utilization reaches 120%. This figure can be said to overutilization. The research goal to determine the relationship characteristics of participants with the use of outpatient PT X. Cross-sectional study design, by taking a secondary data is data and data claims membership of PT X period February 2011 - January 2012. The data is processed claims and data of participant. Variables related to the utilization of outpatient care are age, gender, membership status, benefit plan, and diagnostics.

Based on the results of statistical tests, it is known that 31% of participants who use outpatient care, 56% of them use more outpatient care than the average. The variables age, gender, membership status, benefit plan, and diagnosis showed a significant association with the use of outpatient participants PT X.

Key Words : Utilization, Out Patient, Overutilization.

DAFTAR ISI

Daftar Riwayat Hidup.....	vi
Kata Pengantar.....	vii
Daftar Isi.....	xi
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Gambar.....	xiii

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	4
1.4 Tujuan Penelitian.....	4
1.4.1 Tujuan Umum.....	4
1.4.2 Tujuan Khusus.....	4
1.5 Manfaat Penelitian.....	5
1.5.1 Manfaat Bagi Asuransi XYZ.....	5
1.5.2 Manfaat Bagi PT. X.....	5
1.5.3 Manfaat Bagi Peneliti.....	5
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	5

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengertian Asuransi.....	6
2.2 Asuransi Kesehatan.....	8
2.3 Bentuk-bentuk Asuransi Kesehatan.....	8
2.4 Perbedaan Asuransi Kesehatan Tradisional dan <i>Managed care</i>	9
2.5 Bentuk-bentuk Organisasi <i>Managed care</i>	10
2.6 Utilisasi Pelayanan.....	12
2.7 Pemantauan Utilisasi.....	16
2.8 Manfaat Review Utilisasi.....	17

BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Teori.....	19
3.2 Kerangka Konsep.....	20
3.3 Definisi Operasional.....	21

BAB IV METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Jenis dan Desain Penelitian.....	23
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	23
4.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	23
4.4 Jenis dan Sumber Data.....	24
4.5 Cara Pengumpulan Data.....	24
4.6 Pengolahan Data dan Analisis Data.....	25

4.7 Penyajian Hasil.....	25
--------------------------	----

BAB V GAMBARAN UMUM PERUSAHAAN

5.1 Latar Belakang.....	27
5.2 Visi, Misi dan Motto.....	27
5.3 Wawasan, Komitmen dan Subjek.....	28
5.4 Nilai-nilai yang di junjung tinggi.....	29

α PT AJ. XYZ MANAGED CARE PROGRAM HEALTHY CARE

A. Pendahuluan.....	29
B. Metode Layanan.....	30
C. Keunggulan.....	30
D. Kemudahan.....	31
E. Keuntungan.....	31
F. Manfaat Utama.....	32
G. Manfaat Tambahan.....	37
H. Prosedur Layanan.....	39
I. Paket Layanan.....	42
J. Kepesertaan.....	42
K. Prosedur Pendaftaran.....	42
L. Bukti dan Masa Kepesertaan.....	43
M. Tata Cara Klaim Reimbursement.....	43
N. Penyelesaian Klaim.....	44
O. Pengecualian (Exclusion).....	44

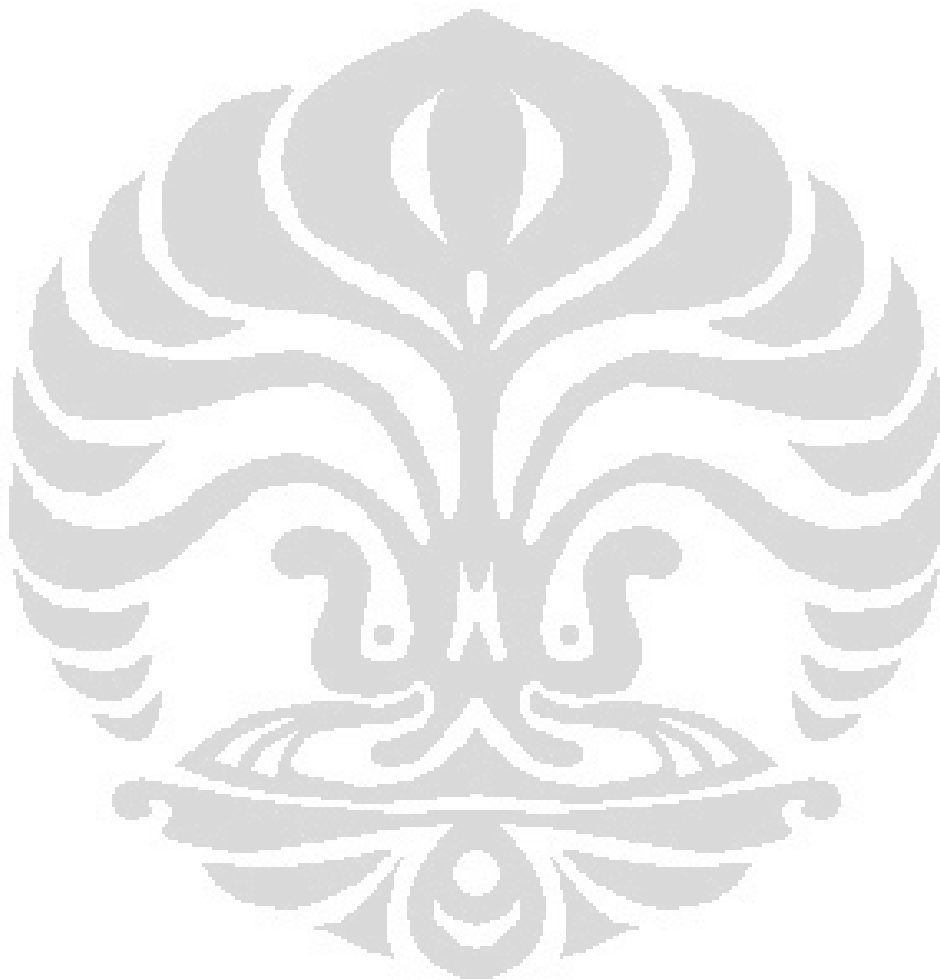
BAB VI HASIL PENELITIAN

6.1 Pelaksanaan Penelitian.....	49
6.2 Analisis Univariat.....	49
6.2.1 Karakteristik Peserta PT X.....	49
6.2.2 Utilisasi Rawat Jalan Berdasarkan Karakteristik Peserta.....	52
6.3 Analisis Bivariat.....	56
6.3.1 Hubungan Antara Usia Dengan Utilisasi Rawat Jalan.....	56
6.3.2 Hubungan Antara Jenis Kelamin Dengan Utilisasi Rawat Jalan.....	57
6.3.3 Hubungan Antara Status Kepesertaan Dengan Utilisasi Rawat Jalan.....	58
6.3.4 Hubungan Antara Plan Benefit dengan Utilisasi Rawat Jalan.....	59
6.3.5 Hubungan Antara Diagnosa dengan Utilisasi Rawat Jalan.....	60

BAB VII PEMBAHASAN

7.1 Keterbatasan Penelitian.....	61
7.2 Pembahasan Hasil Penelitian.....	61
7.2.1 Distribusi Peserta PT X.....	61
7.2.2 Distribusi Utilisasi Rawat Jalan PT X.....	62
7.2.3 Hubungan Usia dengan Utilisasi Rawat Jalan.....	62
7.2.4 Hubungan Jenis Kelamin dengan Utilisasi Rawat Jalan.....	63
7.2.5 Hubungan Status Kepesertaan dengan Utilisasi Rawat Jalan.....	64
7.2.6 Hubungan Plan Benefit dengan Utilisasi Rawat Jalan.....	65

7.2.7 Hubungan Diagnosa dengan Utilisasi Rawat Jalan.....	65
BAB VIII PENUTUP	
8.1 Kesimpulan.....	70
8.2 Saran.....	70
DAFTAR PUSTAKA.....	72

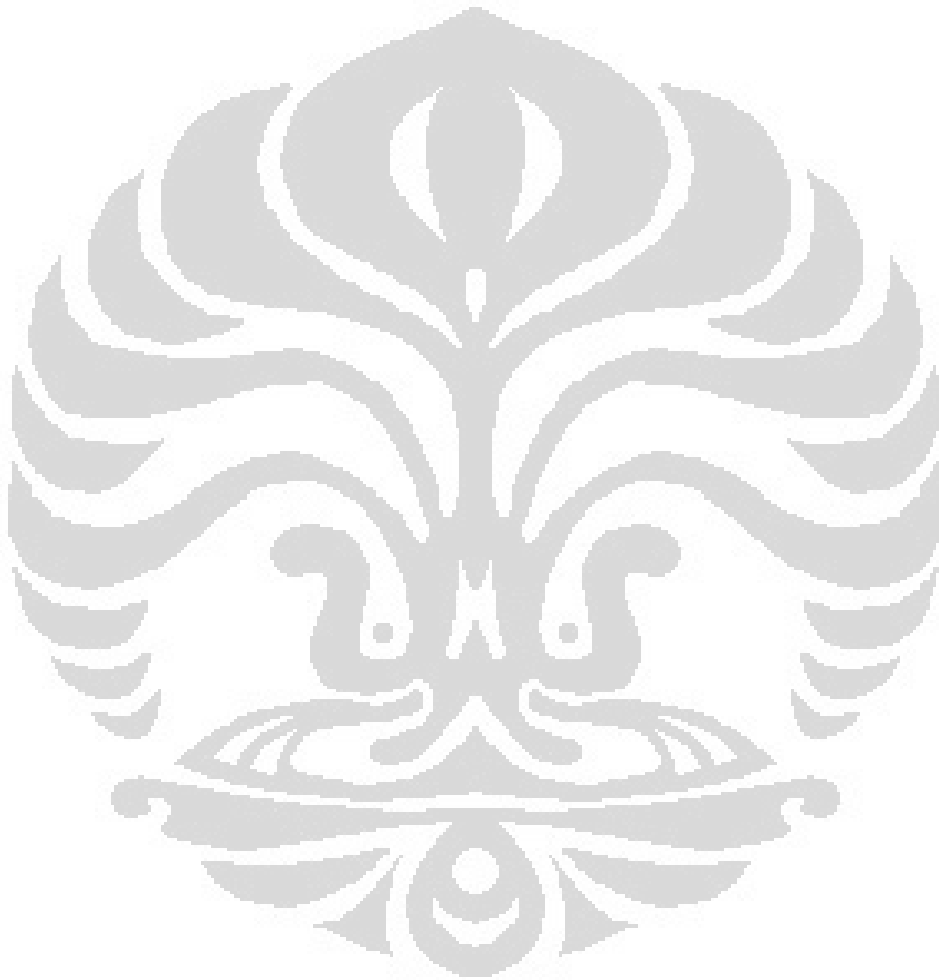


DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perbedaan Asuransi Kesehatan Tradisional dan <i>Managed Care</i>	9
Tabel 3.3 Definisi Operasional.....	21
Tabel 4.1 Analisis Univariat.....	27
Tabel 4.2 Analisis Bivariat.....	27
Tabel 6.1 Distribusi Peserta Berdasarkan Usia.....	51
Tabel 6.2 Distribusi Usia Peserta PT X.....	51
Tabel 6.3 Distribusi Peserta Berdsarkan Jenis Kelamin.....	52
Tabel 6.4 Distribusi Peserta Berdasarkan Status Kepesertaan.....	52
Tabel 6.5 Distribusi Peserta Berdasarkan Plan Benefit.....	53
Tabel 6.6 Distribusi Utilisasi Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Peserta PT X.....	53
Tabel 6.7 Distribusi Utilisasi Rawat Jalan Berdasarkan Usia.....	54
Tabel 6.8 Distribusi Utilisasi Rawat Jalan Berdasarkan Jenis Kelamin.....	55
Tabel 6.9 Distribusi Utilisasi Rawat Jalan Berdasarkan Status Kepesertaan.....	55
Tabel 6.10 Distribusi Utilisasi Rawat Jalan Berdasarkan Plan Benefit.....	56
Tabel 6.11 Distribusi Utilisasi Rawat Jalan Berdasarkan Diagnosa.....	56
Tabel 6.12 Distribusi Utilisasi Rawat Jalan Berdasarkan Jumlah Kunjungan Per Peserta PT X.....	57
Tabel 6.13 Distribusi Utilisasi Rawat Jalan Per Peserta PT X.....	57
Tabel 6.14 Hubungan Antara Usia Dengan Utilisasi Rawat Jalan.....	59
Tabel 6.15 Hubungan Antara Jenis Kelamin Dengan Utilisasi Rawat Jalan.....	60
Tabel 6.16 Hubungan Antara Status Kepesertaan Dengan Utilisasi Rawat Jalan... ..	60
Tabel 6.17 Hubungan Antara <i>Plan Benefit</i> Dengan Utilisasi Rawat Jalan.....	61
Tabel 6.18 Hubungan Antara Diagnosa Dengan Utilisasi Rawat Jalan.....	62

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pola Hubungan Bipartit.....	8
Gambar 2.2 Pola Hubungan Tripartit.....	9
Gambar 3.1 Kerangka Teori.....	19
Gambar 3.2 Kerangka Konsep.....	20
Gambar 6.1 Distribusi Peserta Berdasarkan Utilisasi Rawat Jalan.....	54
Gambar 6.2 Utilisasi Rawat Jalan Peserta PT X.....	58



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pelayanan kesehatan yang baik merupakan kebutuhan bagi setiap orang. Semua orang ingin dilayani dan mendapatkan kedudukan yang sama dalam pelayanan kesehatan. Undang Undang Dasar Tahun 1945 Pasal 28 dan Pasal 34 menyatakan negara menjamin setiap warga negara mendapatkan hidup sejahtera, tempat tinggal, kesehatan dan pelayanan kesehatan yang ada di Indonesia.

Menurut Levey dan Loomba (1973), yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan seseorang, keluarga, kelompok, dan masyarakat (Ilyas, 2003:7)

Pemanfaatan pelayanan kesehatan pada dasarnya merupakan suatu interaksi antara pengguna jasa pelayanan (user) dengan penyelenggara pelayanan (provider). Interaksi ini merupakan suatu hubungan yang kompleks yang bersifat multidimensional serta dipengaruhi oleh banyak faktor. Menurut Andersen (1975) dalam Ilyas (2006), pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat dipengaruhi oleh berbagai faktor yaitu faktor predisposisi (*predisposing factor*) meliputi usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan dsb. Faktor pendukung (*enabling factor*) meliputi daya beli, pengetahuan, ketersediaan fasilitas kesehatan dan ketercapaiannya. Faktor kebutuhan (*need factor*) meliputi rasa takut dan sakit terhadap penyakit, diagnosa.

Feldstein (1988) mengatakan bahwa dengan mengerti tentang utilisasi pelayanan kesehatan maka akan memungkinkan semakin akuratnya upaya peningkatan pelayanan kesehatan dimasa depan. Artinya, data dan informasi penggunaan pelayanan kesehatan merupakan dokumen substansial untuk merancang program pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan mampu dibeli oleh masyarakat.

Salah satu masalah yang perlu kita antisipasi adalah pembiayaan pelayanan kesehatan di masa depan. Beberapa alasan dapat dikemukakan

antara lain pertimbangan aspek pertumbuhan ekonomi, pertumbuhan demand masyarakat, teknologi kedokteran serta pertumbuhan industri kedokteran sendiri, dimana peranan swasta / PMDN / PMA akan semakin besar, sementara subsidi pemerintah semakin menurun, sehingga kenaikan biaya pelayanan kesehatan pasti akan menjadi beban yang semakin berat bagi sebagian besar masyarakat (Sulastomo, 1996).

Berdasarkan kejadian di atas, diperlukan cara untuk mengatasi tingginya pembiayaan pelayanan kesehatan. Masalah tersebut dapat diatasi dengan program asuransi kesehatan seperti yang diperkenalkan oleh banyak negara. Asuransi kesehatan merupakan cara untuk mengatasi risiko dan ketidakpastian peristiwa sakit serta implikasi biaya-biaya yang diakibatkannya. Asuransi kesehatan mengubah peristiwa tidak pasti dan sulit diramalkan menjadi peristiwa yang pasti dan terencana (Bhisma Murti, 2000).

Menurut Basuki (1993), asuransi kesehatan adalah salah satu bentuk asuransi yang dirancang untuk meringankan beban keuangan karena perubahan dari kesehatannya. Sementara itu, menurut Thabrany dan Mayanda (2005), asuransi kesehatan adalah suatu instrumen sosial untuk menjamin seseorang (anggota) dapat memenuhi kebutuhan pemeliharaan kesehatan tanpa mempertimbangkan keadaan ekonomi orang tersebut saat kebutuhan pelayanan kesehatan muncul. Jadi, dapat disimpulkan asuransi kesehatan merupakan suatu alat yang dapat membantu masyarakat agar tetap dapat melakukan pemeliharaan kesehatan tanpa harus terbebani dengan masalah ekonomi/keuangan.

Menurut Budi Hidayat (2009) masyarakat Indonesia adalah risk taker, bukan risk averse. Demand asuransi kesehatan di Indonesia masih rendah, hanya kelompok tertentu yang peduli risiko sakit dan memiliki pendapatan yang lumayan tinggi yang mempunyai asuransi kesehatan. Pembeli asuransi kesehatan umumnya kumpulan, bukan inisiatif dari individu, melainkan dari majikan/perusahaan.

Menurut Info Askes Bulan Maret Tahun 2010, data memperkirakan dari sekitar 230 juta jiwa penduduk Indonesia, yang telah mendapatkan asuransi kesehatan berkisar 98.200.000 jiwa (42,6%), yang terdiri dari 16,3 juta jiwa melalui PT. Askes dengan program askes sosial

(PNS/TNI/Polri/Veteran dan Perintis Kemerdekaan), 2,5 juta jiwa pekerja sektor formal dalam program asuransi komersial, 76,4 juta jiwa masyarakat miskin dan hampir miskin dalam program Jamkesmas, 3 juta jiwa pekerja sektor informal yang ditanggung pemerintah daerah. Dari data diketahui bahwa 57,4% atau sekitar 131 juta warga yang belum memiliki asuransi kesehatan. Jumlah ini sangat rentan sakit berat, karena banyak masyarakat yang tidak terlindungi kesehatannya akan menjadi jatuh miskin akibat penyakit yang diderita.

Asuransi XYZ adalah asuransi jiwa yang menyediakan asuransi kesehatan individu maupun kumpulan bagi para pesertanya. Asuransi XYZ memiliki 2 bentuk asuransi kesehatan yaitu asuransi *indemnity* (ganti rugi) dan *managed care*. *Managed care* pada Asuransi XYZ di bentuk pada awal tahun 2011. Saat ini asuransi kesehatan *managed care* sudah memiliki ± 8000 peserta askes, dengan jumlah peserta terbanyak berasal dari PT. X berjumlah ± 3800 orang atau $\pm 48\%$ dari total peserta *Managed Care*.

PT. X merupakan perusahaan yang bergerak dalam bidang otomotif di kota Palembang. PT. X memiliki ± 3800 peserta per Januari 2012 yang telah terdaftar sebagai peserta Asuransi XYZ *managed care* sejak februari 2011. Total klaim rawat jalan PT X selama satu tahun mencapai 4687. Angka tersebut dikatakan tinggi karena utilisasi mencapai 120% (total klaim/total peserta).

Faktor risiko peserta digolongkan antara lain berdasarkan usia. Sebagaimana telah diketahui bahwa semakin bertambahnya usia seseorang semakin tinggi pula risiko seseorang tersebut terserang penyakit, begitupula dengan faktor jenis kelamin, wanita mempunyai risiko lebih tinggi daripada pria, salah satunya adalah risiko melahirkan. Peserta yang mempunyai risiko yang tinggi cenderung akan lebih sering dalam melakukan klaim. Hal ini sering terjadi pada awal masa kepesertaan, dimana peserta merasa dengan jaminan asuransi maka beban risiko biaya untuk kesehatan menurun sehingga peserta cenderung untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang lebih banyak.

Berdasarkan permasalahan diatas, untuk menunjang usaha yang telah dilakukan oleh Asuransi XYZ diperlukan suatu langkah pengendalian utilisasi sejak dini, salah satunya dengan menganalisa penggunaan / utilisasi

layanan rawat inap. Hasil analisa tersebut diharapkan akan menjadi masukan bagi perusahaan sebagai bahan pertimbangan dalam seleksi calon peserta berikutnya.

1.2 Rumusan Masalah

Peserta yang mempunyai risiko yang tinggi cenderung akan lebih sering dalam melakukan klaim. Hal ini sering terjadi pada awal masa kepesertaan, dimana peserta merasa dengan jaminan asuransi maka beban risiko biaya untuk kesehatan menurun sehingga peserta cenderung untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang lebih banyak. Hal ini terbukti dengan total klaim rawat jalan yang tinggi mencapai 4687.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Apakah terdapat hubungan faktor predisposisi (usia, jenis kelamin), faktor pendukung (status kepesertaan, plan benefit) dan kebutuhan (diagnosa) peserta PT X terhadap pemanfaatan pelayanan rawat jalan di Asuransi XYZ.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Menjelaskan hubungan faktor predisposisi (usia, jenis kelamin), faktor pendukung (status kepesertaan, plan benefit) dan kebutuhan (diagnosa) peserta PT X terhadap pemanfaatan pelayanan rawat jalan di Asuransi XYZ.

1.4.2 Tujuan Khusus

- Mengetahui hubungan usia peserta rawat jalan PT X dengan pemanfaatan pelayanan rawat jalan.
- Mengetahui hubungan jenis kelamin peserta rawat jalan PT X dengan pemanfaatan pelayanan rawat jalan.
- Mengetahui hubungan status kepesertaan peserta rawat jalan PT X dengan pemanfaatan pelayanan rawat jalan.
- Mengetahui hubungan *plan benefit* peserta rawat jalan PT X dengan pemanfaatan pelayanan rawat jalan.

- Mengetahui hubungan diagnosa peserta rawat jalan PT X dengan pemanfaatan pelayanan rawat jalan.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Bagi Asuransi XYZ

Mendapatkan gambaran mengenai karakteristik peserta PT X yang menggunakan pelayanan kesehatan rawat jalan, sehingga diharapkan dapat merancang program pelayanan kesehatan yang lebih efektif dan efisien serta dalam seleksi calon peserta berikutnya.

1.5.2 Manfaat Bagi PT. X

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan / informasi bagi PT. X mengenai data pemanfaatan pelayanan kesehatan rawat jalan oleh karyawannya.

1.5.3 Manfaat Bagi Peneliti

Dalam penulisan penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi peneliti dalam menerapkan, mengaplikasikan teori yang diperoleh saat kuliah dengan kondisi di lapangan serta menambah wawasan.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Dalam penelitian ini akan diteliti mengenai hubungan karakteristik peserta PT X terhadap penggunaan pelayanan kesehatan rawat jalan. Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif deskriptif dengan disain penelitian *cross sectional*. Penelitian ini menggunakan data sekunder yakni data klaim dan data peserta PT. X pada periode Februari 2011 – Januari 2012. Pengambilan data dilakukan selama bulan Mei 2012.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengertian Asuransi

Banyak definisi yang telah diberikan untuk istilah asuransi. Berikut adalah beberapa definisi asuransi yang berhasil dihimpun penulis dari berbagai sumber. Definisi-definisi tersebut antara lain :

a. Menurut Undang-undang Republik Indonesia No. 2/1992 tentang usaha perasuransian.

“Perjanjian antara dua pihak atau lebih, dengan mana pihak penanggung mengikatkan diri pada tertanggung, dengan menerima [premi asuransi](#) untuk memberikan penggantian pada 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.”

b. Menurut Pasal 246 Kitab Undang-undang Hukum Dagang (KUHD) Republik Indonesia

“Asuransi atau pertanggungan adalah suatu perjanjian, dengan mana seorang penanggung mengikatkan diri pada tertanggung dengan menerima suatu premi, untuk memberi penggantian kepadanya karena suatu kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, yang mungkin akan dideritanya karena suatu peristiwa yang tidak tertentu.”

c. Menurut Abbas Salim (2007:1)

“Asuransi ialah suatu kemauan untuk menetapkan kerugian-kerugian kecil (sedikit) yang sudah pasti sebagai pengganti/substitusi kerugian-kerugian besar yang belum terjadi.”

d. Menurut Herman Darmawi (2004:2) pengertian asuransi dapat dilihat dari berbagai sudut pandang, yaitu:

1. Dalam pandangan ekonomi
2. Dalam pandangan hukum
3. Dalam pandangan bisnis

4. Dari sudut pandangan sosial
5. Dari sudut pandang matematika.

Pengertian asuransi dalam berbagai sudut pandang diatas dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Dalam pandangan ekonomi, asuransi merupakan suatu metode untuk mengurangi risiko dengan jalan memindahkan dan mengkombinasikan ketidakpastian akan adanya kerugian keuangan (*financial*). Jadi berdasarkan konsep ekonomi, asuransi berkaitan dengan pemindahan dan mengkombinasikan risiko.
2. Dalam pandangan hukum, asuransi merupakan suatu kontrak (perjanjian) pertanggungansan risiko antara tertanggung dengan penanggung. Penanggung berjanji akan membayar kerugian yang disebabkan risiko yang dipertanggungkan kepada tertanggung. Sedangkan tertanggung membayar premi secara periodik kepada penanggung. Jadi, tertanggung mempertukarkan kerugian besar yang mungkin terjadi dengan pembayaran tertentu yang relatif kecil.
3. Dalam pandangan bisnis, asuransi adalah sebuah perusahaan yang usaha utamanya menerima/menjual jasa , pemindahan risiko dari pihak lain, dan memperoleh keuntungan dengan berbagi risiko (*sharing of risk*) di antara sejumlah besar nasabahnya. Selain itu, asuransi juga merupakan lembaga keuangan bukan bank yang kegiatannya menghimpun dana (berupa premi) dari masyarakat yang kemudian menginvestasikan dana itu dalam berbagai kegiatan ekonomi (perusahaan).
4. Dari sudut pandangan sosial, asuransi didefinisikan sebagai organisasi sosial yang menerima pemindahan risiko dan mengumpulkan dana dari anggota-anggotanya guna membayar kerugian yang mungkin terjadi pada masing-masing anggota tersebut.
5. Dari sudut pandang matematika, asuransi merupakan aplikasi matematika dalam memperhitungkan biaya dan faedah pertanggungansan risiko. Hukum probabilitas dan teknik statistik dipergunakan untuk mencapai hasil yang dapat diramalkan.

2.2 Asuransi Kesehatan

Asosiasi Asuransi Kesehatan Amerika (Health Insurance Association of America/HIAA) mendefinisikan asuransi kesehatan sebagai :

“...Plan of risk management that, for a price, offers the insured an opportunity to share the costs of possible economics loss through an entity called an insurer. An insurer is a party to the insurance contract that promises to pay losses of benefits. Also, any corporation engaged in the business of furnishing insurance to the public.”

Definisi HIAA ini menjelaskan asuransi merupakan manajemen paket risiko yang mengandung unsur transfer risiko dengan membayar premi atau iuran untuk berbagi risiko dan pembayaran kerugian atau paket pelayanan oleh asuradur.

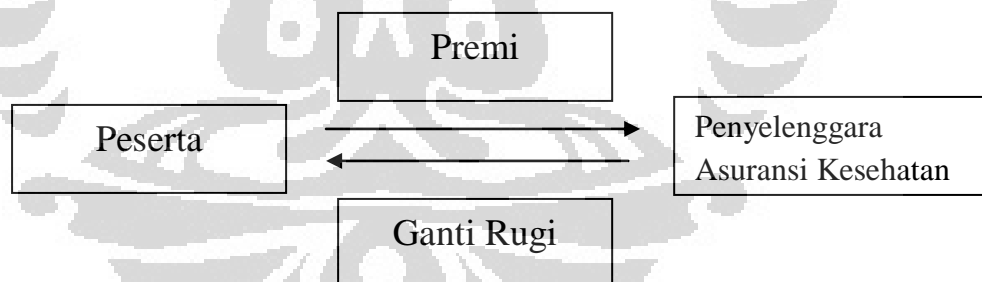
2.3 Bentuk-bentuk Asuransi Kesehatan

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.

Gambar 2.1 Pola Hubungan Bipartit

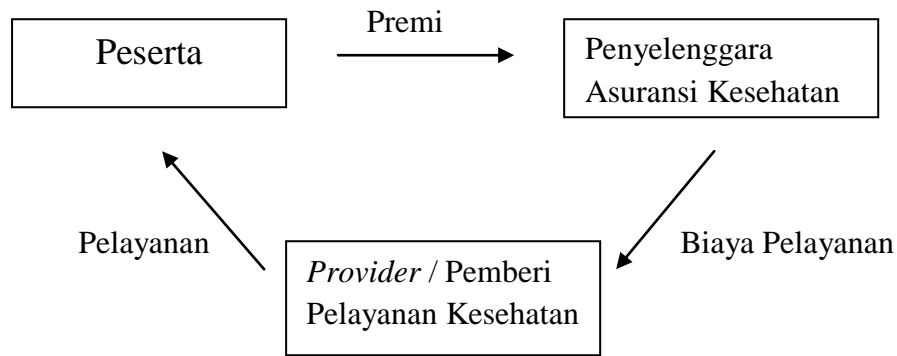


Sumber : Buku Menenal Asuransi Kesehatan, Ilyas.

2. Asuransi Kesehatan *Managed care*

Asuransi kesehatan *managed care* menggunakan sistem pelayanan kesehatan oleh jaringan PPK dan pola hubungan tripartit. Pola hubungan tripartit 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.

Gambar 2.2 Pola Hubungan Tripartit



Sumber : Buku Menenal Asuransi Kesehatan, Ilyas.

2.4 Perbedaan Asuransi Kesehatan Tradisional dan *Managed care*

Asosiasi Ahli Kesehatan Amerika (Health Insurance Association of America/HIAA) dalam buku *managed care* part A (2008), menjelaskan perbedaan asuransi kesehatan tradisional dengan *managed care* seperti dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 2.1

Perbedaan Asuransi Kesehatan Tradisional dan *Managed care*

Traditional Insurance	<i>Managed care</i>
Tidak ada batasan untuk memilih <i>provider</i>	Mendorong atau mensyaratkan penggunaan <i>provider</i> yang telah ditentukan
Menawarkan cara pembayaran <i>fee-for-service</i> kepada <i>provider</i>	Membayar berdasar tarif negosiasi kepada <i>provider</i>
Fungsi asuransi terpisah dari sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan	Mengintegrasikan pembiayaan dengan sistem pelayanan
Menanggung semua risiko keuangan	Berbagi risiko keuangan dengan <i>provider</i>
Menawarkan insentif keuangan untuk mengendalikan biaya	Menciptakan insentif keuangan bagi <i>provider</i> maupun bertanggung untuk mengendalikan biaya
Tidak tertarik untuk mengukur mutu dan kelayakan pelayanan	Ikut serta secara aktif dalam metode pengukuran kualitas dan memantau kelayakan pelayanan
Tidak memiliki ketentuan biaya secara riil, semata-mata "kalau sudah	Sebagian besar sudah menetapkan anggaran biaya pelayanan, prabayar dengan premi yang

selesai, bayar"	tetap
-----------------	-------

Sumber : Buku Mengenal Asuransi Kesehatan, Ilyas.

2.5 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*)

HMOs adalah salah satu bentuk organisasi *Managed care* yang paling baik dalam mengendalikan biaya, utilisasi dan akses. Secara umum, HMOs memiliki beberapa karakteristik sebagai berikut:

- a. Memberikan Paket Jaminan (benefit) mempunyai sifat dan ruang lingkup yang komprehensif.
- b. Tarif Premi yang dikenakan kepada peserta bersifat tetap (Fixed).
- c. *Provider* terbatas pada jaringan dokter dan rumah sakit yang tergabung dalam HMOs
- d. Peserta bebas biaya atau paling tidak membayar hanya sedikit apabila berobat di *provider* yang ditunjuk.
- e. Menggunakan dokter primer sebagai gate keeper atau sebagai pengendali rujukan ke dokter spesialis atau rawat inap.

HMOs dapat berupa organisasi independen, atau dibentuk sebagai bagian dari perusahaan asuransi. HMOs langsung memberikan layanan kepada tertanggung melalui dokter dan atau PPK yang dimiliki langsung, atau dikontrak dengan suatu perjanjian kerjasama.

Dalam melakukan pemilihan dan penunjukkan *provider*, HMOs umumnya melakukan beberapa proses seperti: kredensialing (penilaian kualifikasi pendidikan, riwayat pekerjaan, riwayat tentang malpraktik, status rumah sakit, dll), wawancara dengan komite peer review, dst.

Saat ini terdapat 4 (Empat) Model organisasi HMOs yang umum dijalankan, antara lain:

1. The Staff Model HMOs
 - a. Klinik dan Dokter dimiliki dan dipekerjakan oleh HMOs sehingga kontrol utilisasi lebih besar.
 - b. HMO menanggung resiko biaya pelayanan

- c. Investasi awal untuk membangun jaringan fasilitas dan sumberdaya manusia mahal
- d. Bersifat "Panel Tertutup", artinya bertanggung hanya dapat memperoleh jaminan apabila berobat di klinik / dokter yang ditentukan HMOs.

2. HMOs Model Kelompok

- a. HMOs Membuat kontrak dengan kelompok multispesialis untuk memberikan pelayanan bagi bertanggung
- b. Para dokter atau multispesialis menggunakan fasilitas yang dimiliki HMOs
- c. para dokter / multispesialis tersebut memperoleh bayaran dengan mekanisme kapitasi ataupun atas dasar biaya pelayanan. hal ini dapat menekan biaya gaji dokter menjadi lebih rendah
- d. Bersifat "Panel Tertutup", artinya bertanggung hanya dapat memperoleh jaminan apabila berobat di klinik / dokter yang ditentukan HMOs.

3. Individual or Independent Practice Association (IPA)

- a. HMOs mengontrak dokter praktek individu maupun kelompok secara terorganisir. namun demikian, mereka juga tetap membuka praktek mandiri dan kliniknya masing-masing
- b. Dokter diberikan kompensasi melalui metode kapitasi ataupun fee for service (ffs)
- c. Fasilitas tidak dimiliki oleh HMOs, sehingga investasi awal lebih kecil, biaya gaji dokter lebih kecil
- d. pengawasan longgar jika dibandingkan dengan dua model sebelumnya, dan sulit mengontrol pola praktek dan tingkat utilisasi pelayanan kesehatan

4. HMOs model Jaringan atau Model Campuran (Network or mixed Model HMOs)

- a. Merupakan kombinasi dari model-model HMOs yang telah disebutkan sebelumnya.
- b. keuntungannya adalah dengan model ini HMOs memiliki banyak *provider*
- c. dapat berupa panel tertutup maupun panel terbuka
- d. cara pengendalian utilisasi pelayanan bervariasi tergantung kontraknya

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 menggunakannya. Akan tetapi, POS kurang melakukan kontrol bagi penggunaan pelayanan kesehatan di luar jaringan.

2.6 Utilisasi Pelayanan

Utilisasi Pelayanan adalah sebuah kegiatan pemanfaatan pelayanan oleh sekelompok orang atau individu. Salah satu faktor yang mempengaruhi seseorang untuk menggunakan dan memanfaatkan tergantung dari pengetahuan masing-masing individu.

Terdapat berbagai macam model utilisasi kesehatan yang digunakan untuk menggambarkan perilaku pemanfaatan pelayanan, model-model tersebut adalah :

A. Model Adersen (1975)

Menurut Andersen dalam Ilyas (2003), model ini merupakan suatu model kepercayaan kesehatan yang disebut sebagai model perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi :

1. Karakteristik Predisposisi

Karakter ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa setiap individu memiliki kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda dilihat dari ciri demografi, struktur sosial dan kepercayaan.

2. Karakteristik Kemampuan

Karakteristik kemampuan merupakan suatu keadaan dan kondisi yang membuat seseorang mampu untuk melakukan sebuah tindakan untuk memenuhi kebutuhan akan pelayanan kesehatan. Berdasarkan sumbernya karakteristik kemampuan dapat dibedakan menjadi dua jenis yaitu sumber daya keluarga dan sumber daya masyarakat.

3. Karakteristik Kebutuhan

Andersen menggunakan istilah kesakitan untuk mewakili kebutuhan akan pelayanan kesehatan. Penilaian terhadap suatu penyakit merupakan bagian dari faktor kebutuhan, penilaian kebutuhan didapatkan dari 2 sumber yaitu penilaian individu dan penilaian klinik.

B. Model Zshock (1979)

Menurut Zshock dalam Ilyas (2003), menyatakan bahwa ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi seseorang dalam menggunakan pelayanan kesehatan, yaitu :

1. Status Kesehatan, pendapatan dan pendidikan
2. Faktor konsumen dan pemberi pelayanan kesehatan (PPK)
3. Kemampuan dan penerimaan pelayanan kesehatan
4. Risiko sakit dan lingkungan

C. Model Andersen dan Anderson (1979)

Menurut Andersen dan Anderson dalam Ilyas (2003), menggolongkan model utilisasi kesehatan kedalam tujuh kategori berdasarkan tipe dari variabel yang

digunakan sebagai faktor yang menentukan utilisasi pelayanan kesehatan. Ketujuh faktor-faktor tersebut adalah :

1. Model demografi

Pada model ini variabel yang digunakan berdasarkan umur, jenis kelamin, status perkawinan dan besarnya keluarga. Variabel tersebut digunakan sebagai indikator yang mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan.

2. Model struktur sosial

Pada model ini variabel yang digunakan adalah pendidikan, pekerjaan dan etnis. Variabel-variabel tersebut mencerminkan status sosial dari individu atau keluarga di dalam masyarakat dan dapat pula menggambarkan gaya hidup individu dan keluarga.

3. Model sosial psikologis

Pada model ini variabel yang digunakan adalah pengetahuan, sikap, dan keyakinan individu di dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Variabel tersebut mempengaruhi individu untuk mengambil keputusan dan bertindak di dalam menggunakan pelayanan kesehatan.

4. Model sumber daya keluarga

Pada model ini variabel yang digunakan adalah pendapatan keluarga dan cakupan mengenai pelayanan kesehatan. Variabel tersebut dapat mengukur kesanggupan diri setiap individu atau keluarga untuk memperoleh pelayanan kesehatan.

5. Model sumber daya masyarakat

Pada model ini variabel yang digunakan adalah pelayanan kesehatan dan sumber-sumber di dalam masyarakat.

6. Model organisasi

Pada model ini variabel yang digunakan adalah pencerminan perbedaan bentuk-bentuk pelayanan kesehatan. Pada umumnya variabel yang biasa digunakan adalah :

- Gaya praktek pengobatan sendiri (sendiri, rekanan, kelompok)
- Sifat alamiah dari pelayanan tersebut (pembayaran secara langsung atau tidak)
- Lokasi dari pelayanan kesehatan (pribadi, rumah sakit atau klinik)
- Petugas kesehatan yang pertama kali dihubungi oleh pasien (dokter, perawat atau lainnya)

7. Model sistem kesehatan

Model ini mengintegrasikan ke enam model diatas ke dalam suatu model yang lebih sempurna.

D. Model Black dan Huebner (1972)

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

1. Usia
2. Jenis Kelamin
3. Pekerjaan
4. Kondisi Fisik
5. Riwayat Penyakit
6. Riwayat Keluarga
7. Moral Hazard
8. Faktor lain : wilayah tempat tinggal, kebiasaan dan hobi.

E. Model Feldstein (1993)

Faktor-faktor yang berhubungan dengan permintaan penderita terhadap pelayanan kesehatan adalah :

1. Insiden penyakit yang menggambarkan kejadian penyakit.
2. Karakteristik sosio demografi yang meliputi umur, jenis kelamin, status perkawinan, jumlah anggota keluarga, pendidikan dan sistem nilai budaya yang ada pada keluarga atau masyarakat.
3. Faktor ekonomi, antara lain pendapatan, harga pelayanan medis dan nilai waktu yang dipergunakan untuk mencari pengobatan.

F. Model Green, et all (1980)

Membagi faktor-faktor yang menyebabkan perilaku kesehatan menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Faktor Predisposing

Pengetahuan, keyakinan, nilai dan sikap terhadap kesehatan, faktor demografi.

2. Faktor Enabling

Sumber daya keluarga, daya masyarakat, komitmen dan prioritas pemerintah serta masyarakat terhadap kesehatan.

3. Faktor Reinforcing

Faktor keluarga, teman, guru, pekerja, dan penyedia pelayanan kesehatan.

G. Model Black dan Skipper (2000)

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

1. Usia
2. Jenis Kelamin
3. Aspek kesehatan : riwayat sakit, kondisi fisik, faktor mental, riwayat keluarga
4. Status finansial atau keuangan : benefit asuransi
5. Pekerjaan
6. *Moral Hazard* dan *Adverse Selection*
7. Faktor-faktor lain : perjalanan luar negeri, kebiasaan dan hobi.

H. Gonzalez et all (2011)

Dalam penelitian yang dilakukan oleh 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.

2.7 Pemantauan Utilisasi

Pemantauan utilisasi adalah sebuah kegiatan yang bertujuan untuk memantau dan menilai penggunaan pemeliharaan kesehatan yang dilakukan dengan cara mengumpulkan data dari seluruh pelayanan kesehatan (Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat 2003).

Kegiatan pemantauan utilisasi ini bertujuan untuk dapat senantiasa meningkatkan pelayanan kesehatan dan mempertahankan pelayanan tersebut sehingga dapat memperkecil pelayanan-pelayanan kesehatan yang justru kurang diperlukan.

Pemantauan utilisasi pelayanan kesehatan ini dapat diselenggarakan di tingkat Badan Pelayanan (Bapel) maupun pada tingkat Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dalam hal ini rumah sakit atau puskesmas.

Dari pandangan pengguna jasa pelayanan kesehatan kegiatan pemantauan utilisasi ini dapat mengurangi keadaan-keadaan yang bersifat :

A. *Over Utilization*

Sebuah keadaan dimana kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pemberi pelayanan kesehatan (PPK) kepada pasien yang sebenarnya tidak diperlukan dalam proses pengobatan.

B. *Under Utilization*

Suatu keadaan dimana suatu jenis pelayanan kesehatan tidak diberikan kepada pasien meskipun pelayanan tersebut sebenarnya sangat dibutuhkan dalam proses pengobatan.

C. *Misuse*

Suatu keadaan dimana suatu jenis pelayanan kesehatan tertentu diberikan secara tidak tepat atau dengan kualitas dibawah standar.

(Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat, 2003)

Menurut Ilyas (2003) dan Sutomo (2005) pelaksanaan review utilisasi di ruang perawatan dapat dijalankan melalui tahapan berikut :

A. Pencatatan Data

Pencatatan meliputi data dan tanggal kunjungan, nama peserta, diagnosa penyakit, lama hari rawat, penggunaan fasilitas perawatan.

B. Analisa Data

Data yang sudah terkumpul kemudian dilakukan pengolahan dengan melakukan analisa sehingga dihasilkan suatu bentuk laporan tentang kasus rawat inap, lama hari rawat dan rata-rata biaya rawat.

Menurut Dewi (2003) dalam review utilisasi, faktor-faktor yang perlu diperhatikan sebagai data dasar adalah usia, sex, diagnosa. Usia sangat diperhatikan karena akan mempengaruhi tingkat kesakitan sehingga mempengaruhi terhadap pelayanan kesehatan dan biaya.

Sex atau jenis kelamin merupakan hal penting yang harus mendapat perhatian karena adanya perbedaan risiko sakit antara wanita dan pria. Sementara diagnosa penyakit akan mempengaruhi utilisasi pemeriksaan penunjang medis dan length of stay pasien di rumah sakit sehingga akan mempengaruhi utilisasi dan biaya.

2.8 Manfaat Review Utilisasi

Menurut Jarwati (2004) ada beberapa manfaat yang dapat diperoleh jika kita melakukan review utilisasi, beberapa manfaat tersebut adalah :

- A. Review utilisasi dapat mengevaluasi kelayakan pelayanan kesehatan untuk membantu menghapuskan risiko potensial bagi pasien dengan menilai apakah pelayanan secara medis diperlukan dan apakah pelayanan diberikan secara layak.
- B. Memberikan gambaran nyata tentang pola utilisasi pelayanan oleh pasien. Pola pemberian pelayanan oleh *provider* dan pola pembiayaan kesehatan.
- C. Merupakan dasar yang penting untuk pengendalian *provider* serta untuk perencanaan dan evaluasi khususnya yang terkait dengan pemeliharaan kesehatan.
- D. Mendeteksi adanya kecurangan pelayanan dan pembiayaan pelayanan kesehatan.

Menurut Edvin (2006) mengatakan bahwa dengan mengerti tentang utilisasi pelayanan kesehatan maka akan memungkinkan semakin akuratnya upaya peningkatan pelayanan kesehatan di masa depan. Ini berarti data dan informasi penggunaan pelayanan kesehatan merupakan dokumen yang sangat penting untuk merancang program pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan mampu menjangkau masyarakat.

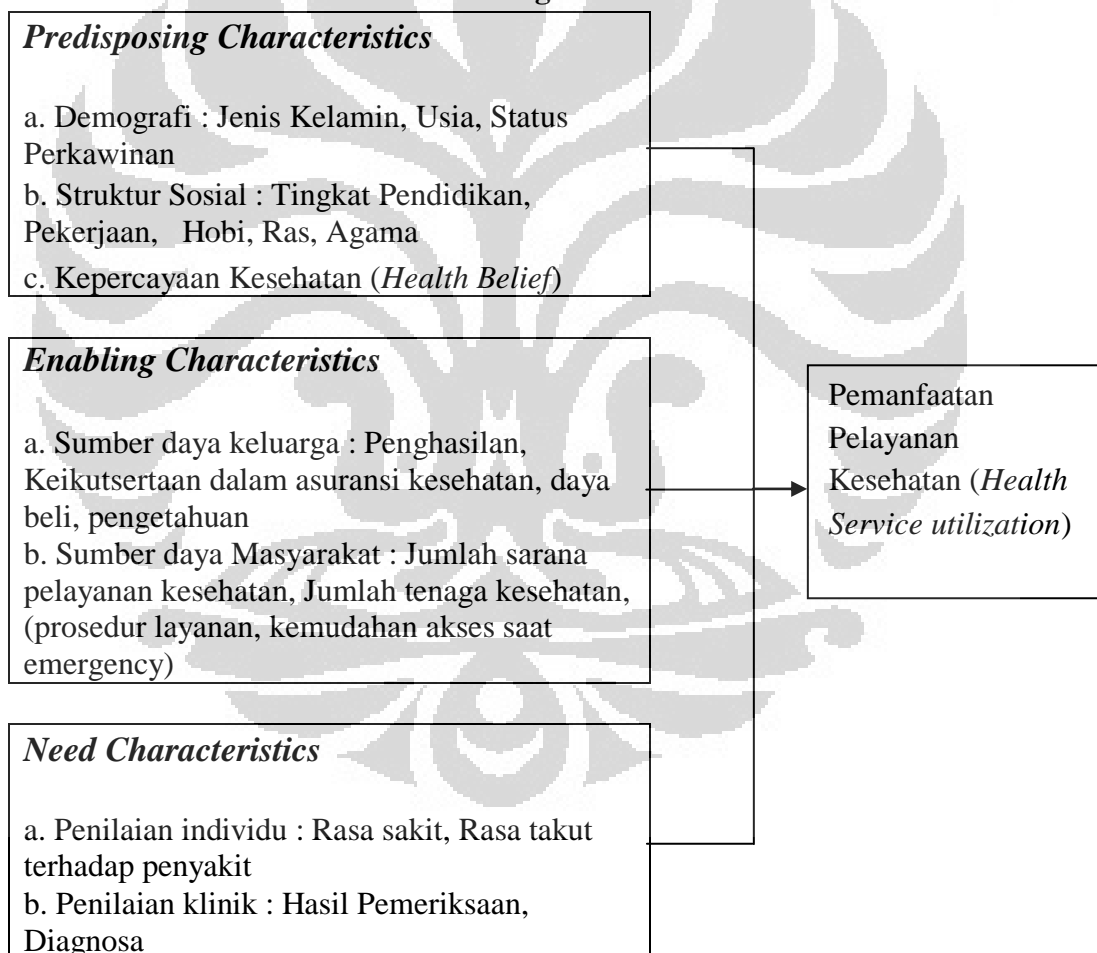
BAB III

Kerangka Teori, Kerangka Konsep dan Definisi Operasional

3.1 Kerangka Teori

Andersen (1975) seperti yang dikutip oleh Ilyas (2006) mengelompokkan faktor determinan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan (*Health Service Utilization*) ke dalam 3 kategori utama, yaitu karakteristik predisposisi (*predisposing characteristic*), karakteristik kemampuan (*enabling characteristic*), dan karakteristik kebutuhan (*need characteristic*). Berikut adalah penjabaran dan penggambaran teori Andersen (1975) dalam sebuah kerangka teori :

Gambar 3.1
Kerangka Teori

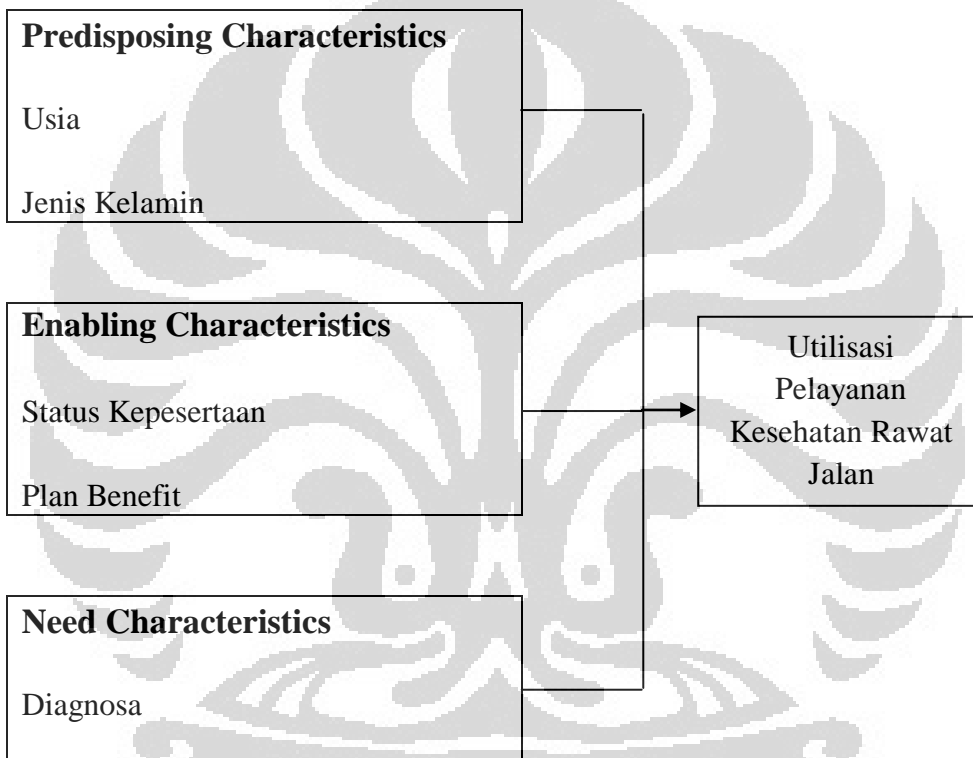


3.2 Kerangka Konsep

Dalam hal ini penulis membuat kerangka konsep sesuai dengan kerangka teori dan tinjauan pustaka yang disesuaikan dengan keadaan penelitian mengenai gambaran utilisasi rawat inap dan rawat jalan peserta produk PT AJ XYZ pada PT. X periode Juli 2011 – Januari 2012.

Variabel independen atau variabel bebas dalam penelitian ini adalah usia, jenis kelamin, status kepesertaan, plan benefit, dan diagnosa. Sedangkan Variabel dependen atau variabel terikat dalam penelitian ini adalah pemanfaatan pelayanan kesehatan rawat jalan, seperti gambar dibawah ini :

Gambar 3.2
Kerangka Konsep



3.3 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Hasil Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Usia	Jumlah tahun sejak peserta asuransi itu lahir sampai dengan ulang tahun terakhir pada saat pendaftaran asuransi	Data Kepesertaan PT. X	Melihat data kepesertaan PT.X	0 = 0 -19 tahun 1 = 20 - 49 tahun 2 = \geq 50 tahun (pengelompokkan umur 0-19 tahun mengikuti batas tertinggi data klaim anak, dan usia tua \geq 50 tahun didapat dari standart WHO yang dikutip oleh Notoatmodjo, 2003)	Interval
Jenis Kelamin	Perbedaan peserta yang dapat dilihat dari segi fisik.	Data Kepesertaan PT. X	Melihat data kepesertaan PT.X	1 = Laki-laki 2 = Perempuan	Nominal
Status Kepesertaan	Sifat (keadaan) peserta dalam kepesertaan asuransi	Data Kepesertaan PT. X	Melihat data kepesertaan PT.X	1 = Karyawan 2 = Keluarga	Nominal
<i>Plan Benefit</i>	Jenis layanan yang menjadi hak peserta asuransi yang sudah ditetapkan dalam polis	Data Klaim PT. X	Melihat data kepesertaan PT.X	1 = Class 1 2 = Class 2 3 = Class 3	Nominal

Variabel	Definisi Operasional	Hasil Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Diagnosa	Jenis penyakit yang diderita peserta sesuai dengan resume medis pada berkas klaim yang diajukan.	Data Klaim PT. X	Melihat data kepesertaan PT.X	10 Diagnosis yang paling sering muncul	Nominal
Utilisasi Pelayanan Kesehatan	Sebuah kegiatan pemanfaatan pelayanan oleh sekelompok orang atau individu	Data Klaim PT. X	Melihat data kepesertaan PT.X	1 = ≤ 4	Nominal
				2 = > 4	

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan suatu penelitian *cross sectional* maksudnya adalah pengumpulan data untuk jenis penelitian ini, baik untuk variabel sebab (independen variable) maupun variabel akibat (dependen variabel) dilakukan secara bersama-sama atau sekaligus (Notoatmojo, 2002). Desain yang digunakan adalah deskriptif dengan pendekatan kuantitatif serta dengan menggunakan data sekunder untuk menggambarkan utilisasi layanan kesehatan suatu produk asuransi kesehatan kumpulan Asuransi XYZ pada PT. X periode Februari 2011 – Januari 2012. Data kuantitatif diperoleh dari laporan klaim dan data peserta PT X.

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di PT AJ XYZ bagian Managed Care yang berlokasi di Kuningan, Jakarta Selatan. Pengambilan data dilakukan selama bulan Mei 2012. Untuk pengolahan dan analisis data dilakukan pada bulan Juni 2012. Data yang dikumpulkan adalah untuk kurun waktu 1 tahun periode polis yaitu dari Februari 2011 – Januari 2012.

4.3 Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh bertanggung baik karyawan maupun anggota keluarga karyawan yang didaftarkan PT. X menjadi peserta asuransi kesehatan. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah seluruh peserta yang telah menggunakan pelayanan kesehatan rawat jalan. Total data penelitian berjumlah 1199 data utilisasi rawat jalan. Dari 1199 menjadi 1189 akibat adanya *missing data*. Data utilisasi merupakan data klaim per peserta. Hal ini dimaksudkan agar pada penelitian ini hubungan antara variabel dependen dan 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*. Data yang digunakan adalah data kepesertaan asuransi kesehatan dan laporan klaim asuransi kesehatan PT. X yang ditagihkan ke Asuransi XYZ selama masa periode Feb 2011 – Januari 2012.

Data kepesertaan digunakan untuk melihat keterangan usia, jenis kelamin, status peserta dan plan benefit per peserta. Dalam mencari keterangan diatas, peneliti mencari berdasarkan register klaim per peserta kemudian di cocokkan dengan data kepesertaan PT. X pada tahun 2011. Adapun setiap bulannya terdapat pengurangan maupun penambahan peserta akibat dari pengunduran diri ataupun karyawan baru.

Data laporan klaim digunakan untuk melihat keterangan diagnosa dan banyaknya klaim yang dilakukan peserta. Keterangan diagnosa diklasifikasikan menjadi 10 diagnosis terbanyak.

4.5 Cara Pengumpulan Data

a. Cara pengumpulan data sekunder

Cara pengumpulan data sekunder dalam penelitian ini adalah dengan mengambil data dari sistem komputerisasi yang digunakan oleh divisi Klaim Asuransi XYZ dalam bentuk *Microsoft Excel for Windows*.

b. Studi Kepustakaan

Mempelajari dan mengumpulkan keterangan melalui buku, diktat dan modul kuliah yang berkaitan dengan masalah yang akan dibahas terutama tentang *utilization review*.

4.6 Pengolahan Data dan Analisis Data

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

a. Penyuntingan Data

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

b. Pengelompokan Data

Pengelompokan data sesuai dengan variabel yang dibutuhkan yaitu usia, jenis kelamin, status kepesertaan, plan benefit, jenis klaim, dan diagnosa.

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

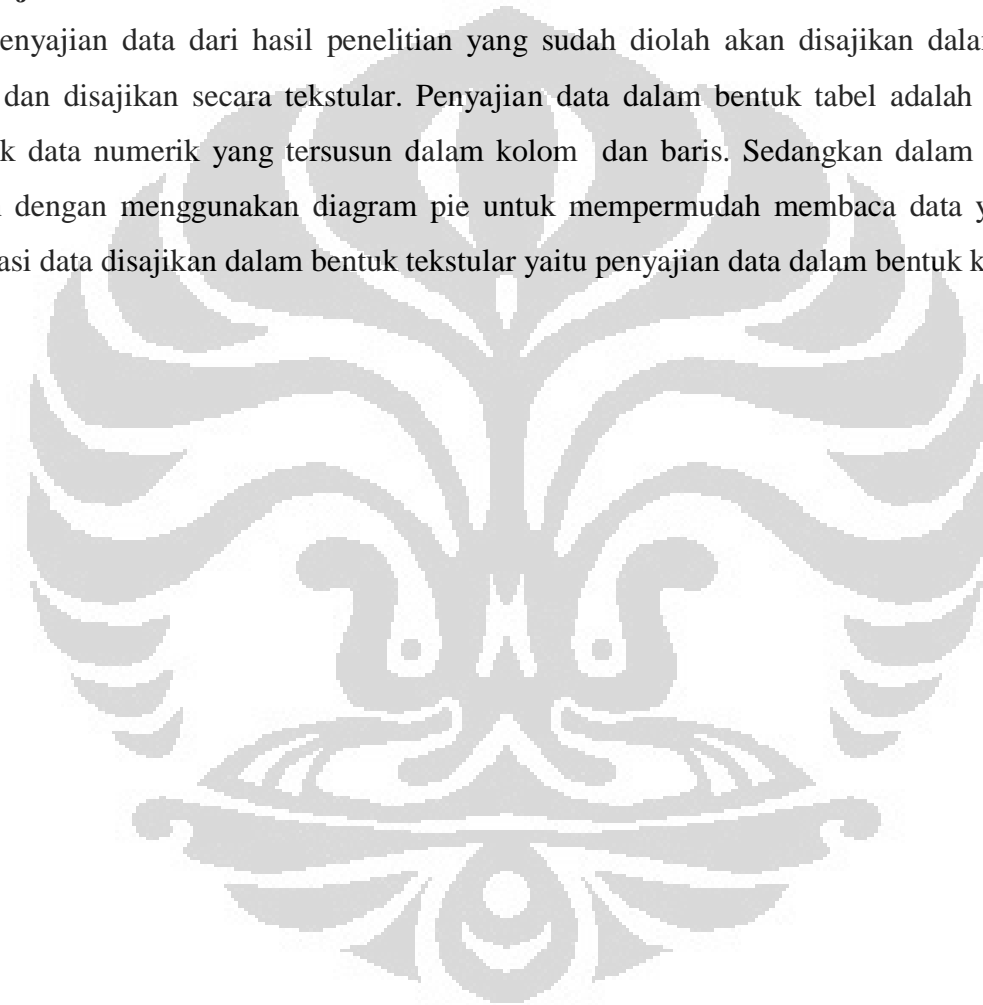
Setelah semua data sesuai dengan yang diperlukan, dilakukan proses analisis dengan menggunakan Program Statistik.

e. Pembersihan Data

Melakukan pembersihan data dengan mengecek kembali apakah terdapat kesalahan atau tidak dalam pemasukan data ke komputer.

4.7 Penyajian Hasil

Penyajian data dari hasil penelitian yang sudah diolah akan disajikan dalam bentuk tabel, diagram dan disajikan secara tekstular. Penyajian data dalam bentuk tabel adalah suatu penyajian sistematis data numerik yang tersusun dalam kolom dan baris. Sedangkan dalam bentuk diagram disajikan dengan menggunakan diagram pie untuk mempermudah membaca data yang dihasilkan. Interpretasi data disajikan dalam bentuk tekstular yaitu penyajian data dalam bentuk kalimat.



Tabel 4.1
Analisis Univariat

No	Variabel	Uji Statistik
1	Usia	Distribusi Frekuensi, Mean, Min-Max, 95%CI Skewness, Std. Error of Skewness
2	Jenis Kelamin	Distribusi Frekuensi
3	Status Kepesertaan	Distribusi Frekuensi
4	Plan Benefit	Distribusi Frekuensi
5	Diagnosa	Distribusi Frekuensi
6	Utilisasi Rawat Jalan	Distribusi Frekuensi, Mean, Min-Max, 95%CI Skewness, Std. Error of Skewness

Tabel 4.2
Analisis Bivariat

No	Variabel Independen	Variabel Dependen	Uji Statistik
1	Usia	Utilisasi Rawat Jalan	Chi Square
2	Jenis Kelamin	Utilisasi Rawat Jalan	Chi Square
3	Status Kepesertaan	Utilisasi Rawat Jalan	Chi Square
4	Plan Benefit	Utilisasi Rawat Jalan	Chi Square
5	Diagnosa	Utilisasi Rawat Jalan	Chi Square

BAB V

GAMBARAN UMUM ASURANSI XYZ

5.1 Latar Belakang

Asuransi XYZ telah berkembang pesat serta dipercaya sejak tahun 1975 untuk memberikan layanan jasa asuransi kepada berbagai jenis perusahaan dan perorangan serta membantu masyarakat dalam mengelola resiko dan merancang masa depan mereka.

Pada tahun 2000 Asuransi XYZ secara resmi telah menjadi perusahaan independen yang tidak memiliki keterkaitan dengan pemilikan saham Bank X. Asuransi XYZ identik dengan keamanan, kehandalan dan kekuatan.

Saat ini Asuransi XYZ memiliki lebih dari 655 tenaga ahli karyawan asuransi jiwa dan lebih dari 1.250 jasa konsultan serta agen yang tersebar di 65 kantor cabang serta melayani lebih dari 100.000 perusahaan pemegang polis asuransi jiwa dan kesehatan di seluruh Indonesia. Fasilitas dan infrastruktur yang mendukung seperti System Informasi Teknologi (SIT) yang handal, memberikan layanan jaringan kerja yang dibutuhkan bagi terciptanya kecepatan dan ketepatan dalam melayani nasabah serta upaya kepedulian sosial.

Asuransi XYZ memberikan perhatian dan dukungan yang besar pada upaya kepedulian sosial dan suka rela karena memiliki karyawan-karyawan yang berdedikasi tinggi untuk menjamin kelancaran dan efisiensi serta doam menjalankan perusahaan untuk menerima tanggapan yang cepat terhadap kebutuhan nasabah untuk memberikan pelayanan secara profesional yang akan meningkatkan kesetiaan nasabah.

5.2 Visi, Misi dan Motto

Visi :

1. Menjadi perusahaan dengan komitmen yang tinggi dalam memberikan pelayanan jasa asuransi kepada nasabah.
2. Memberi nilai yang signifikan dalam perencanaan financial kepada semua pihak sehingga perusahaan asuransi jiwa menjadi pilihan utama.
3. Menjaga tingkat financial balance yang sehat dan selalu berada di atas aturan yang diberikan.
4. Meningkatkan kepercayaan nasabah dan kredibilitas perusahaan dalam layanan jasa asuransi.

Misi :

Misi utama adalah menjadi yang terbaik dalam melayani para nasabah dengan memberikan rasa aman dan meningkatkan melalui kemitraan dalam mengelola resiko yang mereka hadapi. Misi yang lain adalah :

1. Menjadi perusahaan asuransi jiwa yang terbaik sebagai bisnis utama di Indonesia.
2. Memberikan solusi dan pilihan yang tepat bagi kenyamanan serta keamanan nasabah untuk mendapatkan layanan jasa asuransi dengan persyaratan kepersertaan yang mudah dan pembayaran klaim yang tepat waktu serta cepat.
3. Membantu meningkatkan sumber income atas pertumbuhan kualitas ekonomi Indonesia.
4. Menjadikan perusahaan yang menyediakan rangkaian produk sebagai “one stop shopping” / supermarket asuransi dan “one stop service” yang tersebar di seluruh nusantara.
5. Mengutamakan kesetiaan nasabah.

Perusahaan mampu bertahan dalam dunia yang berkembang sedemikian cepat, dikarenakan Asuransi XYZ mempunyai kemampuan untuk berubah dan beradaptasi sehingga mampu untuk memenuhi kebutuhan nasabah sampai saat ini dan menyiapkan dalam menghadapi tantangan di masa depan.

5.3 Wawasan, Komitmen dan Subjek

Wawasan :

Melindungi keluarga, menciptakan “Kesejahteraan, membangun bangsa. Dengan memiliki polis asuransi jiwa. Seluruh dan keluarga akan terlindung dari hal hal yang tidak diharapkan.

Managemen pengelolaam resiko yang handal dan cakap akan mengarah pada terhimpunnya dana jangka panjang dengan hasil investasi yang maksimal yang selanjutnya akan memberikan kontribusi bagi pembangunan bangsa dan negara.

Komitmen :

Untuk tetap memberikan kualitas terbaik dalam segala hal yang dilakukan untuk memenuhi kepuasan nasabah dengan mengetahui kebutuhan

mereka dan menciptakan produk serta pelayanan yang tepat sesuai dengan keinginan nasabah.

Subjek :

1. Mewujudkan ungkapan kasih yang nyata bagi ahli waris dengan menyediakan paket produk yang inovatif dan menguntungkan.
2. Memberikan motivasi yang kuat bagi pembentukan etos kerja yang maksimal bagi kepentingan dan kepuasan para nasabah.

5.4 NILAI – NILAI YANG DI JUNJUNG TINGGI

1. Integritas
2. Profesionalisme
3. Tanggung Jawab Sosial & Moral
4. Komitmen
5. Perhatian & Pelayanan
6. Loyalitas
7. Sinergi
8. Inisiatif
9. Inovasi

▫ ASURANSI XYZ MANAGED CARE PROGRAM HEALTHY CARE

A. Pendahuluan

Healthy Care dikelola oleh manajemen yang sangat berpengalaman dalam menangani Health Insurance Services, selain itu didukung pula dengan tenaga medis dan dokter yang kompeten dibidangnya. berbekal pengalaman dan keahlian yang dimiliki, kami siap bermitra dengan perusahaan dalam merancang program Jaminan Pelayanan Kesehatan karyawan dan Keluarga.

Healthy Care memberikan jaminan pelayanan kesehatan secara komprehensif (Promotive, Preventive, Kurative dan Rehabilitative) meliputi Rawat Jalan Tingkat Pertama, Rawat Jalan Tingkat Lanjutan, Rawat Inap, Persalinan, Emergency/Gawat Daruraat, Pelayanan Khusus yang dibutuhkan oleh perusahaan untuk diberikan kepada Karyawan dan Keluarganya.

B. Metode Layanan

Dalam program Healthy Care ini, kami memberlakukan metode pelayanan terstruktur (managed services), dilaksanakan melalui jaringan pemberi layanan kesehatan (jaringan provider) yang telah bekerjasama dengan kami.

Jaringan provider yang kami sediakan terdiri dari :

a. Provider Rawat Jalan Tingkat Pertama dan Tingkat Lanjutan / Spesialis :

- Klinik Healthy Care
- Klinik 24 Jam (Dokter Umum dan Dokter Gigi)
- Dokter Umum
- Dokter Gigi
- Balai Pengobatan Dokter Umum dan Dokter Gigi
- Dokter Spesialis di Rumah Sakit
- Apotek
- Farmasi di Rumah Sakit
- Laboratorium di Rumah Sakit
- Unit Gawat Darurat di Rumah Sakit
- Optik

b. Provider Rawat Inap :

- Rumah Sakit beserta seluruh fasilitas pendukungnya
- Rumah Sakit Bersalin

C. Keunggulan

a. Fleksibilitas benefit yang dapat dirancang (tailor made) sesuai dengan :

- Kebutuhan, anggaran, dan peraturan perusahaan.
- Benefit yang telah diikuti perusahaan dengan Asuransi / Managed sebelumnya.

b. Layanan yang mudah (cashless system).

c. Peserta tidak dibatasi pada pilihan dokter keluarga selama dilakukan dalam jaringan provider

d. Layanan yang proaktif dan responsif layanan Customer Service Healthy Care Non Stop 24 jam / 7 hari

e. Hot Line Service Healthy Care Non Stop 24 jam / 7 hari

f. Tidak perlu tes kesehatan.

g. Premi dapat dibayar per Bulanan, Triwulan, Semester dan Tahunan sesuai kesepakatan

D. Kemudahan

Healthy Care memberikan kemudahan pelayanan kepada setiap pesertanya karena dalam program ini tidak ada advanced payment yang harus dikeluarkan/dibayarkan kepada Dokter,

Apotek, Rumah Sakit, maupun Badan yang menyelenggarakan fasilitas pengobatan selama peserta menjalankan prosedur pengobatan secara benar.

E. Keuntungan

- a. Perusahaan dapat menentukan anggaran biaya kesehatan secara berkala dalam jumlah tetap sehingga kemungkinan adanya “pembengkakan” biaya pada tahun berjalan sangatlah kecil.
- b. Perusahaan dapat lebih memfokuskan konsentrasinya pada core business yang dikelola karena program jaminan Pelayanan kesehatan karyawan telah di”out-source” kepada lembaga pengelola yang profesional.
- c. Departemen sumber daya manusia di perusahaan dapat lebih memfokuskan pekerjaannya kepada program yang lebih strategis seperti “pengembangan sumber daya manusia yang berdaya guna” yang akan mendorong kearah produktivitas yang lebih baik dalam mengantisipasi persaingan bisnis yang akhir-akhir ini semakin ketat.
- d. Perusahaan dapat mengeliminir “claim paper-works” yang cukup menyita waktu. Biasanya hal ini terjadi di perusahaan-perusahaan berskala besar dan memiliki jumlah peserta yang sangat banyak.

Keuntungan yang diberikan oleh Healthy Care ini bagi Karyawan atau peserta adalah :

- a. Menimbulkan rasa aman karena perlindungan kesehatannya telah dijamin.
- b. Dalam keadaan mendesak, mereka tidak perlu direpotkan dengan penyediaan dana pengobatan karena program Healthicare memberikan kemudahan untuk dapat melaksanakan pemeriksaan / pengobatan kapanpun dan di manapun mereka berada.
- c. Mereka tidak perlu “pinjam uang” ke tetangga atau “kas bon” ke perusahaan jika sewaktu-waktu memerlukan biaya pengobatan.
- d. Setiap peserta akan mendapatkan kartu peserta, maka kepada orang tua yang bekerja tidak perlu khawatir jika anaknya sakit karena Kartu Peserta akan kami berikan kepada peserta yang masih berusia balita sekalipun.

F. Manfaat Utama

Setiap peserta diwajibkan menunjuk 1 (satu) dokter umum dan 1 (satu) dokter gigi yang terdaftar dalam Jaringan Provider Healthy Care sebagai dokter keluarga sehingga jika ingin melakukan pemeriksaan kesehatan, kepada peserta diharuskan mendatangi dokter keluarganya masing-masing dan sekiranya dibutuhkan pemeriksaan lanjutan, maka dokter keluarga tersebut akan

membuatkan surat rujukan / pengantar kepada dokter ahli untuk pemeriksaan lanjutan atau untuk pemeriksaan penunjang diagnostik yang dibutuhkan oleh dokter keluarga.

1) Rawat Jalan Tingkat Pertama

adalah semua jenis layanan pemeriksaan kesehatan yang dilakukan oleh dokter keluarga (dokter umum atau dokter gigi) di klinik, balai pengobatan atau praktek pribadi dengan atau tanpa obat serta peserta tidak sedang menjalani rawat inap. Layanan yang diberikan meliputi :

1. Konsultasi kesehatan oleh dokter umum
2. Pemeriksaan medis dokter umum
3. Pemberian resep obat-obatan Generik, Generik Berlogo, Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN), sesuai dengan indikasi medis
4. Pemeriksaan KB (pil, suntik)
5. Pelayanan imunisasi dasar (BCG, DPT, Polio, Campak) Estándar DepKes
6. Pemeriksaan penunjang diagnostik bila diperlukan dan sesuai dengan indikasi medis
7. Pelayanan gigi dasar, meliputi :
 - Pemeriksaan dan konsultasi oleh dokter gigi.
 - Penambalan gigi sementara atau tetap dengan amalgam.
 - Pencabutan gigi anak/dewasa.
 - Perawatan akar/saluran gigi.
 - Tindakan medis gigi (odontectomy, alveolectomy).
 - Pembersihan karang gigi/scalling (maksimal 1 kali per tahun)
8. Pemberian Surat Rujukan / Surat Pengantar Rawat Inap ke Tingkat Lanjutan (Dokter Spesialis), Rawat Inap, Ante Natal Care (ANC) tidak normal dan Partus (Sectio) ke Rumah Sakit Rujukan Jaringan Provider Health Care sesuai indikasi medis

2) Rawat Jalan Tingkat Lanjutan

adalah semua jenis layanan pemeriksaan kesehatan yang dilakukan oleh seorang dokter ahli, dokter ahli lain atau badan yang dirujuk oleh dokter keluarga untuk melakukan pemeriksaan lanjutan sebagai penunjang observasi yang dibutuhkan oleh dokter keluarga atau dokter ahli. Dalam hal ini, peserta tidak sedang menjalani rawat inap. Layanan meliputi :

1. Konsultasi kesehatan oleh dokter spesialis
2. Pemeriksaan / Penunjang medis lanjutan Laboratorium, Radiologi, Pemeriksaan Khusus, Patologi Anatomi sesuai indikasi medis

3. Tindakan one day surgery / Dokter Spesialis sesuai indikasi medis
4. Pemberian resep obat-obatan Generik, Generik Berlogo, DOEN, (Standar Formularium Rumah Sakit) sesuai dengan indikasi medis
5. Emergency / Gawat Darurat, sesuai dengan kriteria emergency
6. Physioterapi sesuai indikas medis
7. Pemberian/pembuatan surat rujukan/pengantar rawat inap

3) Rawat Inap

adalah perawatan dan Pelayanan kesehatan yang dilaksanakan di rumah sakit dimana peserta menginap sedikitnya 1x24 jam berdasarkan rujukan dari dokter yang memeriksa atau rumah sakit provider lain. Layanan meliputi :

1. Kamar dan makan (90 hari/kasus/orang/tahun) sesuai dengan hak kelas rawat inap (kelas yang tercantum pada Kartu Peserta).
2. Ruang perawatan ICU/ICCU (20 hari/kasus/orang/tahun).
3. Pemberian obat-obatan Generik, Generik Berlogo, DOEN, Standar / Formularium Rumah Sakit
4. Kunjungan harian dokter (visit)
5. Konsultasi dokter ahli / spesialis
6. Pemeriksaan / Penunjang medis lanjutan Laboratorium, Radiologi, Pemeriksaan Khusus, Patologi Anatomi sesuai indikas medis
7. Paket Operasi (honor dokter spesialis bedah, anestasi, sewa kamar, operasi, sewa alat & obat selama di kamar operasi) untuk Operasi Besar, Operasi Sedang, Operasi Kecil sesuai indikasi medis
8. Persalinan dengan Komplikasi, dijamin sesuai tariff yang berlaku untuk jenis persalinan patologis yang tertera pada Kartu Peserta Healthicare
9. Tindakan Khusus sesuai indikasi medis
10. Physioterapi sesuai indikas medis
11. Transfusi Darah, Labu Darah sesuai indikasi medis

4) Layanan Gawat Darurat/Emergency

adalah pelayanan kesehatan yang dilakukan di unit gawat darurat rumah sakit atau klinik akibat suatu penyakit atau kecelakaan serta memerlukan pemeriksaan dan tindakan medis segera

dimana apabila tidak dilakukan akan menyebabkan hal yang fatal bagi peserta. Hal ini dibuktikan dengan resume medis yang diberikan oleh dokter yang menangani.

Termasuk dalam kriteria gawat darurat adalah :

1. Sistem Pernafasan

- Mimisan/epistaksis.
- Sumbatan jalan nafas/sesak nafas.
- Batuk darah hebat (hemoptoe masif).
- Status asmatikus/asma berat.
- Cidera dada/trauma toraks.

2. Sistem Jantung & Pembuluh Darah

- Shock/penurunan kesadaran.
- Dengue shock syndrome.
- Payah jantung akut.
- Krisis hipertensi.
- Infark jantung akut.
- Cidera vaskuler (edema, nyeri yang bertambah).

3. Sistem Saraf Pusat

- Koma.
- Kejang umum dan kejang demam.
- Gangguan peredaran darah otak (stroke).
- Trauma sistem saraf pusat.

4. Sistem Saluran Cerna

- Muntah dan berak darah/Hematemesis dan melena.
- Gastroenteritis dengan dehidrasi.
- Akut abdomen.
- Cidera perut.

5. Sistem Saluran Kemih

- Payah ginjal akut.
- Retensi urin.
- Cedera saluran kemih.
- Kolik renal, ureter.

6. Sistem Muskuloskeletal

- Patah tulang.
- Dislokasi sendi.
- Cidera tulang belakang.
- Sindroma kompartemen.

7. Mata

- Glaukoma akut.
- Ulkus kornea.
- Uvetis anterior.
- Cidera mata.

8. Obstetri & Ginekologi

- Keguguran (abortus).
- Pendarahan sebelum melahirkan (antepartum).
- Pendarahan setelah melahirkan (postpartum).
- Kehamilan ektopik terganggu.
- Keracunan kehamilan (ekslamsi).
- Torsi.
- Distokea.
- Cidera kehamilan.
- Gangguan kehamilan yang lain.

9. Bayi Baru Lahir

- Asfiksi neonatorum.
- Sindrom gangguan nafas idiopatik.
- Kuning/Ikterus.
- Kejang.

10. Akibat Trauma Fisik

- Luka bakar luas lebih dari 35%.
- Shock listrik.
- Trauma dingin.
- Tenggelam.

11. Keracunan, Alergi

- Keracunan.

- Gigitan dan sengatan.

12. Lain-lain

- Muntah-muntah karena Kehamilan
- Melahirkan
- Demam lebih dari 39Celcius.
- Perdarahan oleh sebab apapun

Keterangan :

- a. Jika di Jaringan Provider Healthy Care akan mendapat pelayanan kesehatan sesuai dengan prosedur yang berlaku dalam Program Jaminan Pelayanan Kesehatan Healthy Care
- b. Jika diluar Jaringan Provider Healthy Care system reimbursement, peserta akan membayar terlebih dahulu kemudian mengajukan klaim ke Healthy Care dengan penggantian sesuai dengan plafon yang di sepakati kedua belah pihak

5) Penunjang Diagnostik

adalah pemeriksaan lanjutan yang dilakukan dengan mempergunakan alat periksa untuk membantu menegakkan diagnosis dokter atas indikasi medis. Pemeriksaan ini meliputi :

1. Pemeriksaan Laboratorium
2. Radiologi
3. Pemeriksaan Khusus
4. Patologi Anatomi
5. Pemberian Obat-obatan/Terapi, adalah proses penyembuhan yang secara medis diperlukan dengan cara diminum, disuntik, dioles, dihirup atau ditetaskan, kecuali bersifat vitamin atau makanan suplemen. Standar obat-obatan yang diberikan menggunakan standar obat generik, generik berlogo dan DOEN sesuai indikasi medis.

G. Manfaat Tambahan

Selain manfaat utama sebagaimana telah dijelaskan sebelumnya, juga memberikan manfaat tambahan yang terbagi dalam 2 (dua) jenis, yaitu :

A. Santunan pelayanan khusus karyawan - ti

Berupa Santunan / bantuan / Plafon dari program pelayanan kesehatan Healthicare system di Jaringan Provider Healthicae , selisih akan dibayar langsung pada saat Peserta selesai melakukan perawatan. Program tersebut sesuai dengan paket yang diambil oleh Peserta dan diluar Jaringan Provider Healthicare tida diganti, program pelayanan khusus tersebut meliputi :

1. Persalinan / Melahirkan

- a) Masa kepesertaan / masa tunggu 6 bulan setelah ikut program Healthy Care
- b) Santunan Paket Persalinan, dengan umur kehamilan minimal 28 minggu (meliputi: pemeriksaan kehamilan sebelum dan setelah melahirkan, obat-obatan, penunjang diagnostik, biaya persalinan, jasa dokter kandungan, jasa dokter anestesi, kamar bersalin, kamar pemulihan)
- c) Pemeriksaan Kehamilan dari 1 s/d 7 bulan di Rawat Jalan Tingkat Pertama kecuali indikasi medis dapat dirujuk ke Dokter Spesialis / Rumah Sakit Jaringan Provider Healthicare
- d) Persalinan Normal dengan ketentuan plafon maksimal baik di jaringan provider JPK BDMC maupun diluar jaringan provider Healthicare (Reimbursement) sesuai dengan paket yang dipilih oleh Peserta
- e) Persalinan Abnormal dan Operasi / Sectio akan mendapat jaminan dari Healthicare di Provider dan diluar Jaringan Provider Healthicare system Reimbursement

2. Kacamata

Penggantian atas pembelian bingkai diberikan pada tahun 2 (kedua) dan lensa kacamata diberikan setiap 1 (satu)

3. Protesa Gigi Palsu

Penggantian atas pembelian gigi palsu diberikan pada tahun Pertama dan dapat diberikan kembali setiap 2 tahun.

4. Protesa Mata

Penggantian atas pembelian mata palsu diberikan pada tahun Pertama dan dapat diberikan kembali setiap 2 tahun.

5. Protesa Kaki dan Tangan

Penggantian atas pembelian kaki palsu diberikan pada tahun Pertama dan dapat diberikan kembali setiap 2 tahun.

6. Alat Bantu Dengar (Hearing Aid)

Penggantian atas pembelian alat bantu dengar diberikan pada tahun Pertama dan dapat diberikan kembali setiap 2 tahun.

7. Alat Kesehatan (Pen, Plate, Screw)

Penggantian atas pembelian alat kesehatan dengar diberikan pada tahun Pertama dan dapat diberikan kembali setiap 2 tahun.

B. Santunan Manfaat Khusus Karyawan – ti dan Keluarga

1. Kanker / Tumor Ganas

Penggantian atas Kanker / Tumor Ganas plafon maksimal pertahun

2. Kecelakaan Lalu Lintas plafon maksimal pertahun

Penggantian plafon maksimal pertahun baik Rawat Jalan maupun Rawat Inap

3. Kecelakaan Kecelakaan Kerja

Penggantian plafon maksimal pertahun baik Rawat Jalan maupun Rawat Inap

4. Meninggal Dunia

Penggantian plafon maksimal tahun dan dapat diberikan kembali setiap 2 tahun secara lengkap. Ukuran minimal - 0,15 + 0,5, Slinder 0,25

Keterangan :

Santunan / Bantuan / Plafon pelayanan khusus pertahun dan manfaat khusus pertahun sesuai dengan paket yang diambil oleh peserta program asuransi kesehatan kumpulan managed care program Healthicare

H. Prosedur Layanan

1. Ketentuan Umum

a. Setiap peserta akan mendapatkan Pelayanan Kesehatan Healthy Care **wajib membawa Kartu Peserta dan harus diperlihatkan bila ingin berobat ke Jaringan Provider Healthycare.** Pelayanan kesehatan tidak akan diberikan apabila peserta tidak dapat memperlihatkan kartu peserta yang disebabkan karena hilang/lupa/rusak/kadaluarsa. Peserta yang tidak dapat menunjukkan kartu peserta diperlakukan sebagai pasien umum (segala biaya pelayanan yang timbul menjadi beban peserta dan penggantian tidak berlaku untuk Reimbursement kecuali kasus Emergency/Gawat Daruat.

b. Seluruh pelayanan harus dilaksanakan di jaringan provider healthy care, sebagaimana list provider yang telah ditentukan dan disepakati kedua belah pihak.

2. Rawat Jalan Tingkat Pertama

Dengan kartu peserta healthycare, peserta dapat langsung mengunjungi dokter keluarga yang telah tertera di kartu peserta dan ditunjuk sebagai rawat jalan tingkat pertama yang dipilih oleh peserta. Jika dokter keluarga memandang perlu untuk dilakukan pemeriksaan lanjutan, maka dokter

tersebut akan mengeluarkan surat rujukan atau surat pengantar rawat inap. Surat rujukan dan surat pengantar rawat inap yang dikeluarkan dokter berlaku untuk:

- a. Rujukan pemeriksaan dokter spesialis.
- b. Pengantar Rawat Inap di Rumah Sakit
- c. Rujukan pemeriksaan laboratorium dan penunjang diagnostik lainnya.

3. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan

Hanya atas rujukan dari rawat jalan tingkat pertama (dokter keluarga), peserta dapat memperoleh pelayanan di rawat jalan tingkat lanjutan/dokter spesialis yang telah ditentukan. bila tidak disertai surat rujukan, maka peserta akan dianggap sebagai pasien umum (segala biaya pelayanan yang timbul menjadi beban peserta dan penggantian tidak berlaku untuk Reimbursement kecuali kasus Emergency/Gawat Darurat. Jika dokter spesialis memandang perlu untuk dilakukan pemeriksaan atau perawatan lanjutan, maka dokter tersebut akan mengeluarkan surat pengantar rawat inap atau surat konsul intern/extern. Surat pengantar rawat inap atau surat konsul intern/extern yang dikeluarkan dokter berlaku untuk:

- a. Rawat inap.
- b. Pemeriksaan laboratorium dan penunjang diagnostik.
- c. Surat pengantar Intern Rumah Sakit
- d. Surat pengantar Extern Rumah Sakit

4. Rawat Inap

Jika peserta diharuskan menjalani perawatan di rumah sakit (tidak dalam keadaan darurat), maka peserta dapat langsung mendatangi rumah sakit provider dengan ketentuan:

- a. Untuk mendapatkan pelayanan rawat inap, peserta wajib menunjukkan surat pengantar rawat inap/surat rujukan dari provider Rawat Jalan Tingkat Pertama, Rawat Jalan Tingkat Lanjutan atau Ruang Unit Emergency/Gawat Darurat. Bila tidak disertai surat pengantar/rujukan, maka peserta akan dianggap sebagai pasien umum (segala biaya pelayanan yang timbul menjadi beban peserta kecuali kasus Emergency / Gawat Darurat.
- b. Rumah sakit provider akan mendaftarkan peserta sesuai manfaat yang tercantum pada surat jaminan perawatan tersebut.
- c. Bila tidak disertai surat jaminan perawatan, maka peserta akan dianggap sebagai pasien umum dimana segala biaya pelayanan yang timbul menjadi tanggungan peserta.

d. Peserta menempati kelas kamar perawatan sesuai dengan hak peserta yang tercantum dalam kartu peserta/kartu Pelayanan kesehatan dan surat jaminan perawatan.

e. Dalam hal kelas kamar perawatan yang menjadi hak peserta tidak tersedia (penuh), maka peserta dapat menempati kelas kamar perawatan satu tingkat lebih tinggi atau lebih rendah dari hak peserta selama 2 x 24, dan selanjutnya apabila peserta masih menempati kelas kamar tersebut, maka kepada peserta akan dikenakan selisih seluruh biaya yang timbul antara hak yang dimiliki peserta dengan kelas dan jaminan-jaminan lainnya yang telah digunakan.

f. Bila sebelumnya peserta mendapat pelayanan kesehatan dari unit gawat darurat rumah sakit rekanan yang sama, maka peserta akan dirawat langsung di kelas kamar perawatan yang sesuai dengan haknya Peserta.

g. Prosedur SURAT JAMINAN PERAWATAN :

- Pihak rumah sakit provider akan melakukan verifikasi terhadap kartu peserta dan surat rujukan / surat pengantar rawat inap.
- Health Care akan membuat surat jaminan perawatan apabila penyakit dapat dijamin dan akan membuat surat penolakan apabila penyakit termasuk yang dikondisikan dalam pengecualian.
- Jika terjadi penolakan pertanggung, maka peserta akan diperlakukan sebagaimana pasien umum rumah sakit.
- Apabila terjadi perubahan atau perluasan diagnosa, dimana diagnosa akhir ternyata termasuk penyakit yang dikondisikan dalam pengecualian, maka pertanggung menjadi tidak berlaku dan seluruh biaya yang timbul menjadi tanggungan Peserta.
- Peserta wajib membayar selisih biaya yang timbul, dan harus dibayarkan langsung pada saat pulang/keluar rumah sakit terhadap :
 - Segala jenis pelayanan yang tidak ditanggung/diluar batasan (limit) yang ditetapkan oleh pihak
 - Segala adanya penyimpangan dari persyaratan prosedur yang telah ditetapkan.
 - Peserta dirawat di atas kamar yang menjadi haknya.

5. Gawat Darurat

Jika peserta menderita/mengalami suatu penyakit yang termasuk dalam kriteria gawat darurat sebagaimana dijelaskan di atas, maka peserta dapat langsung ke Jaringan Provider atau Non Provider Unit Gawat Darurat di Rawat Jalan Tingkat Pertama, Rumah Sakit Provider dengan membawa dan menunjukkan kartu peserta kepada petugas administrasi. Jika dokter pemeriksa

di unit gawat darurat menyatakan bahwa peserta diharuskan menjalani rawat inap, maka peserta/keluarga peserta diminta untuk mengurus permohonan surat jaminan rawat inap ke loket pendaftaran di rumah sakit provider. Dalam keadaan mendesak/emergency/gawat darurat, peserta diperbolehkan pergi ke unit gawat darurat di penyedia layanan kesehatan / rumah sakit lain (non-provider) dengan ketentuan membayar terlebih dahulu seluruh biaya pengobatan kemudian diajukan klaim kepada Healthicare , penggantian sesuai dengan hak Peserta.

I. Paket Pelayanan

Paket pelayanan kesehatan Program Healthicare dapat dipilih sesuai dengan kebutuhan dan anggaran perusahaan, yaitu:

1. Paket silver, platinum, titanium

Meliputi pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama, Tingkat Lanjutan, Rawat Inap, Emergency/Gawat Darurat, Persalinan, Pelayanan Khusus, Manfaat Khusus.

2. Paket Tailor Made Program Healthy Care

Merupakan paket pelayanan dari benefit yang disesuaikan dengan budget, anggaran dan kebutuhan Perusahaan.

J. Kepesertaan

1. Peserta adalah karyawan dengan atau tanpa keluarganya yang memiliki hubungan kerja langsung dengan perusahaan dan secara resmi didaftarkan oleh perusahaan.
2. Jumlah minimum peserta adalah 200 orang karyawan belum termasuk keluarga (istri, suami, anak 1,2,3)
3. Termasuk dalam kategori anak adalah peserta dengan usia berkisar antara 0 hari sampai dengan 23 tahun pada saat pendaftaran. Ketentuannya, yang bersangkutan harus masih berstatus pelajar, belum menikah, belum bekerja.
4. Termasuk dalam kategori usia normal adalah berkisar antara 0 hari s/d 55 tahun
5. Usia peserta 56/d 60 tahun dikenakan ekstra premi 1,5 kali dari paket yang diikuti

K. Prosedur Pendaftaran

Untuk mengikuti program Healthy Care ini, kami menetapkan prosedur sebagai berikut : Mengisi formulir Surat Permintaan Perhitungan program Healthy Care. Dalam formulir ini,

peserta diwajibkan mengisi nama dokter atau klinik untuk dijadikan dokter keluarga pelayanan di Rawat Jalan Tingkat Pertama (Dokter Umum + Dokter Gigi).

Setelah diisi lengkap, formulir tersebut dikirimkan atau diserahkan kepada kami untuk selanjutnya akan kami lakukan proses seleksi dan akseptasi. Konfirmasi akseptasi akan kami lakukan dalam waktu 14 (empatbelas) hari kerja terhitung mulai tanggal diterimanya dokumen pendaftaran oleh Asuransi XYZ program Healthy Care.

L. Bukti dan Masa Kepesertaan

Sebagai bukti bahwa suatu perusahaan atau peserta telah terdaftar sebagai Peserta dari program Asuransi Kesehatan Kumpulan Managed Care program Health Care, bukti kepesertaan yang kami berikan adalah berupa:

1. Perjanjian Kerjasa Sama (PKS) dan Ketentuan Umum Polis Healthicare untuk masa berlaku selama 12 (duabelas) bulan.
2. Kartu tanda peserta bagi peserta dan hanya berlaku selama 12 (duabelas) bulan, kehilangan kartu tanda peserta akan dikenakan sanksi pembuatan kartu baru sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
3. Perjanjian Kerjasama dan Ketentuan Umum Polis Healthy Care dapat diperpanjang untuk masa periode pertanggung jawaban yang sama atas dasar kesepakatan.

13. Premi

Untuk pengelolaan Asuran Kesehatan Kumpulan Managed Care program Healthy Care ini, kami mengenakan sejumlah biaya tertentu yang biasa disebut Premi. Besarnya Premi tersebut kami perhitungkan mengacu pada beberapa hal, yaitu:

1. Kategori kepesertaan Karyawan – ti (Lajang & Kawin), Keluarga (Istri, Suami dan Anak 1 s/d 3)
2. Jumlah peserta keseluruhan, jenis kelamin peserta & golongan usia peserta.
3. Wilayah, domisili, populasi, alamat tempat tinggal peserta.
4. Jenis Paket yang dipilih
5. Fasilitas tambahan yang dibutuhkan (jika ada) & penyesuaian benefit (jika ada).

M. Tata Cara Klaim Reimbursement

Reimbursement hanya boleh berlaku apabila dalam kondisi sebagai berikut :

- a. Kasus gawat darurat /emergency yang tidak dilaksanakan di jaringan provider.
- b. Peserta berada di luar wilayah tempat tinggal (perjalanan dinas, cuti keluar kota, provider belum tersedia).

Peserta membayarkan seluruh biaya perawatan terlebih dahulu (reimbursement), kemudian mengajukan klaim ke Asuransi XYZ Managed Care Program Healthy Care dengan melampirkan :

1. Foto copy kartu peserta.
2. Kwitansi asli berikut lampirannya (laboratorium, radiologi, obat-obatan, dll).
3. Resume medis (antara lain berisi diagnosis penyakit) dari dokter yang memeriksa/rumah sakit tempat peserta menjalankan rawat inap.
4. Copy resep obat beserta rinciannya
5. Cap emergency/gawat darurat UGD dari rumah sakit tempat dirawat.
6. Healthy Care akan mengganti biaya Reimbursement sesuai table plafon Reimbursement.
7. Kelengkapan dari berkas klaim ini dikirim ke bagian Marketing Asuransi XYZ Managed Care Program Kantor Pusat dengan alamat :

N. Penyelesaian Klaim

Diproses terhitung mulai tanggal diterimanya dokumen klaim lengkap oleh Asuransi XYZ Managed Care Program Healthy Care, maka klaim yang diajukan kepada perusahaan akan diselesaikan selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari kerja.

Dokumen klaim lengkap disampaikan paling lambat 1 (satu) bulan setelah perawatan di rumah sakit, jika lebih dari batas pengajuan klaim 1 (satu) bulan maka klaim dianggap tidak ada/kadaluarsa.

Apabila dokumen klaim tidak lengkap maka batas waktu melengkapinya adalah 1 (satu) bulan setelah pemberitahuan dari Asuransi XYZ Managed Care, dan apabila melewati batas waktu yang telah ditentukan, maka klaim dianggap kadaluarsa, dan tidak menjadi kewajiban Asuransi XYZ Managed Care untuk menggantinya.

O. Pengecualian (Exclusion)

Apabila dalam jangka waktu 1 (satu) bulan setelah dilakukan pembayaran klaim tidak ada keluhan, maka pembayaran klaim dianggap sudah selesai.

1. Pelayanan kesehatan diluar fasilitas yang ditunjuk (Provider) ataupun tidak mengikuti prosedur yang telah ditempuh, kecuali dalam keadaan emergency. Perawatan atau pelayanan yang didapatkan di luar Indonesia (diluar negeri).

2. Pelayanan lainnya yang tidak bisa dan tidak lazim diberikan dalam kesehatan resmi, seperti: pelayanan dukun, paranormal, sinthe dan pengobatan alternatif lainnya.
3. Pelayanan eksperimental, yaitu pelayanan kesehatan yang belum diakui resmi oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
4. Pelayanan kesehatan yang dicakup oleh program asuransi lain seperti Jamsostek, Askes, Jasa Raharja, Asuransi Kerugian, Asuransi Life, dll.
5. Akomodasi dan perawatan kesehatan di Spa, Health Hydros / Whirpool, sauna, klinik tradisional, dukun dan klinik kesehatan dengan disiplin ilmu yang belum / tidak diakui oleh fakultas kedokteran di Indonesia.
6. Biaya perawatan emergency diluar fasilitas yang sudah ditunjuk diganti sesuai ketentuan dan paket program Healthy Care yang dipilih.
7. Semua jenis imunisasi kecuali imunisasi dasar (BCG, DPT, Polio, Campak, Hepatitis B). Jenis vaksin yang ditanggung adalah yang standard setara dengan jenis vaksin yang diberikan di sarana kesehatan pemerintah (Puskesmas), berlaku untuk anak dibawah 5 (lima) tahun (balita).
8. Penyakit yang disebabkan oleh penggunaan alkohol, narkotik, psikotropika dan sejenisnya.
9. AIDS, ARC (Aids Related Complex), serta HIV positif dan berbagai penyakit akibat hubungan sex.
10. Cedera yang diakibatkan oleh perbuatan sendiri, misalnya percobaan bunuh diri, melanggar hukum, fatigue / kelelahan.
11. Check up kesehatan / General Check Up / Regular Check Up (kecuali atas permintaan dengan beban biaya sendiri).
12. Keguguran / Pengguguran kandungan tanpa indikasi medis (abortus ilegal).
13. Akibat perang atau bertugas aktif di militer atau angkatan bersenjata dari suatu negara atau badan internasional, huru-hara (langsung / tidak langsung), tindakan kriminal (aktif dan pasif), pemberontakan dan sejenisnya.
14. Olahraga tertentu yang membahayakan (panjat gunung / tebing, hang gliding, balap mobil, motor, diving, parasut, tinju, akrobatik, scuba diving).
15. Obat-obatan gosok seperti minyak kayu putih, viks, rheumason (obat jual bebas).
16. Semua perawatan yang bersifat kosmetis, termasuk didalamnya obat-obatan kosmetik untuk kecantikan, sabun, pasta gigi, obat jerawat / acne, susu dan obat-obatan

tradisional dan bukan atas indikasi medis serta pengobatan obesitas dan konsultasi gizi termasuk program penurunan dan penambahan berat badan.

17. Cosmetic Surgery (operasi plastik), kecuali akibat kecelakaan tidak melebihi dari 30 (tiga puluh) hari kalender setelah kejadian.

18. Pengobatan terhadap penyakit kejiwaan psikologis atau gangguan mental (mental disorder) dan gangguan syaraf lainnya termasuk setiap manifestasi yang berhubungan dengan gangguan psikologi atau psikosomatik.

19. Kelainan kongenital, herediter (bawaan dari lahir) misalnya hernia, VSD, ASD, debil, embicil, mongoloid, cretinism, thallasemia, haemophillia, gangguan tumbuh kembang.

20. Pelayanan medis yang berhubungan dengan cacat bawaan, penyakit keturunan dan kelainan perkembangan (misalnya phimosis umur < 1tahun, hernia < 10tahun).

21. Segala macam dan bentuk vitamin dan multi vitamin (tablet, kaplet, pil, syrup, drop dan sejenisnya) kecuali untuk ibu hamil,

22. Obat-obat eksperimen (obat yang belum terdaftar di buku standar obat Indonesia, misalnya: interferon, omega 3 dan sejenisnya).

23. Alat pacu jantung, transplantasi organ tubuh termasuk sumsum tulang.

24. Operasi jantung termasuk kateterisasi (dan paket perawatannya)

25. Kanker.

26. Pengobatan yang berkaitan dengan Program Keluarga Berencana.

27. Semua jenis hormonal, yang berhubungan keinginan punya anak, pre dan post menopause (penuaan) tidak dijamin; Pengobatan untuk mendapatkan kesuburan ; endometriosis, bayi tabung, hidrotubasi, cysta endometriosis, impotensi dan akibat-akibat yang ditimbulkan karena pengobatan-pengobatan tersebut di atas.

28. Circumsisi (sunat) tanpa indikasi medis.

29. Pengobatan dengan Therapi Ozon, tindakan dengan Laser Eximer. Pengobatan Hyperbaric di luar penyakit yang diderita (decompresi pada saat menyelam).

30. Pengobatan akupuntur oleh bukan dokter spesialis akupuntur.

31. Istirahat untuk penyembuhan atau perawatan di Sanatorium termasuk pengobatan untuk tujuan penyembuhan seperti lelah mental atau lelah fisik, penyakit menular yang diharuskan oleh hukum untuk diisolasi / dikarantina dan wabah penyakit.

32. Pemasangan dan pembelian alat-alat bantu, seperti: Pacemaker, Stan, tongkat penyangga orang sakit, kursi roda, protesis lainnya yang berhubungan dengan penyakit atau kecelakaan. Alat-alat kesehatan seperti : termometer, ice-cup, warm water zak dan sejenisnya.
33. Perawatan yang berhubungan dengan aborsi ilegal, sterilisasi, pemeriksaan kesuburan dan perawatan yang diberikan dengan kemandulan. Kehamilan dan Kelahiran serta akibatnya pada kehamilan ke 4 dan seterusnya.
34. Perawatan yang berkaitan dengan komplikasi pasca kelahiran.
35. Biaya evakuasi peserta dan rujukan keluar negeri.
36. Semua tindakan bedah mulut kecuali odontektomi dan alveolektomi.
37. Crown, bridge, Apiks reseksi dan perawatan periodontal.
38. Biaya non medis seperti : transportasi pasien, pemberian susu (untuk pulang), fasilitas kenyamanan tambahan untuk pasien seperti pemakaian telepon, facsimile, telex, laundry, minibar, salon, peralatan penunjang alat medis seperti baterai, adaptor, steker, alat pengukur tekanan darah, biaya untuk keperluan pribadi saat dirawat inap (cuci pakaian, makanan tambahan, tissue), serta lain-lain yang tidak ada hubungannya dengan pengobatan/penyakit.
39. Screening test dan segala perawatan yang berhubungan dengan penyakit akibat hubungan kelamin dan atau HIV/AIDS.
40. Pemeriksaan yang ditujukan untuk mendiagnose penyakit Toxoplasmosis, Citomegalovirus dan Rubella.
41. Penyakit Sistemik Lupus Eritromatosus (SLE).
42. Segala bentuk diagnosa ortodontik dan pembelian/ pemasangan alat yang berkaitan dengan ortodontik.
43. Pelayanan cuci darah rutin yang diakibatkan gagal ginjal kronik.
44. Tindakan odontectomy (pencabutan gigi geraham bungsu /M3) yang dirawat inap atas sebab apapun.
45. Tidak mengikuti prosedur pelayanan / ketentuan yang berlaku dan yang telah tercantum dalam Syarat Umum Polis program .

BAB VI

HASIL PENELITIAN

6.1 Pelaksanaan Penelitian

Penelitian diawali dengan mengumpulkan data sekunder yaitu berupa data klaim dan data peserta PT. X yang telah dikonversikan dalam bentuk Microsoft Excel For Windows sebanyak 4687 data klaim rawat jalan. Dari 4687 di olah kembali menjadi per peserta per klaim sehingga menjadi 1189 data klaim yang digunakan dalam penelitian ini. Hal ini dimaksudkan agar pada penelitian ini hubungan antara variabel dependen dan independen tidak terjadi analisis ganda pada satu peserta. Penulis mengumpulkan data klaim satu tahun periode polis yakni Februari 2011 – Januari 2012. Selain itu, penulis juga mengumpulkan data sekunder lain berupa rekapan data kepesertaan terbaru (per Januari 2012) yang berjumlah 3893 peserta..

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 memberikan informasi yang lebih berguna. Berikut ini gambaran deskriptif variabel independen (usia, jenis kelamin, status kepesertaan, *plan benefit*, provider yang digunakan, diagnosa) serta variabel dependen pemanfaatan pelayanan kesehatan.

6.2.1 Karakteristik Peserta PT. X

a. Distribusi Peserta Berdasarkan Usia

Usia merupakan jumlah tahun sejak peserta asuransi itu lahir sampai dengan ulang tahun terakhir pada saat pendaftaran asuransi. Distribusi usia pada peserta PT. X sangat bervariasi, mulai dari yang terendah yaitu usia 0 tahun, sampai yang tertinggi yaitu 68 tahun. Berikut ini adalah tabel distribusi peserta berdasarkan usia :

Tabel 6.1 Distribusi Peserta Berdasarkan Usia

No	Usia	Frekuensi	%
1	0-19	934	24,0
2	20-49	2932	75,3
3	>=50	27	,7
Total		3893	100,0

Berdasarkan tabel diatas, sebagian besar peserta berusia 20-49 tahun (75,3%), kemudian 24% nya adalah peserta berusia 0-19 tahun, sisanya adalah peserta berusia lebih atau sama dengan 50.

Tabel 6.2 Distribusi Usia Peserta PT X

Usia Peserta PT X	
Mean	23
Minimal – Maksimal	0-28
Skewness	-.322
Std. Error of Skewness	.071
95% CI	21,94 - 23,24

Hasil analisis didapatkan rata-rata usia peserta PT X adalah 23 (95%CI : 21,94 – 23,24). Usia peserta terendah adalah 0 dan tertinggi adalah usia 28. Berdasarkan perhitungan nilai skewness yang dibagi dengan std. Error of skewness yaitu -4,53 artinya utilisasi rawat jalan berdistribusi tidak normal karena nilai tersebut < -2.00 .

b. Distribusi Peserta Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis kelamin adalah penunjang perbedaan peserta yang dapat dilihat dari segi fisik. Berikut ini adalah tabel distribusi peserta berdasarkan jenis kelamin.

Tabel 6.3 Distribusi Peserta Berdasarkan Jenis Kelamin

No	Jenis Kelamin	Frekuensi	%
1	Laki-Laki	2228	57,2
2	Perempuan	1665	42,8
Total		3893	100,0

Berdasarkan tabel diatas, diketahui bahwa peserta laki-laki lebih banyak dibandingkan dengan perempuan. Terdapat 57.2% laki-laki dari total peserta sedangkan sisanya adalah perempuan.

c. Distribusi Peserta Berdasarkan Status Kepesertaan

Status kepesertaan merupakan sifat (keadaan) peserta dalam kepesertaan asuransi. Peneliti mengelompokkannya ke dalam 2 kategori yaitu karyawan dan tertanggung. Karyawan adalah seseorang yang bekerja di PT. X. Sedangkan tertanggung adalah seseorang yang mempunyai hubungan keluarga dengan karyawan (istri/suami, anak). Berikut ini adalah tabel distribusi peserta berdasarkan status kepesertaan :

Tabel 6.4 Distribusi Peserta Berdasarkan Status Kepesertaan

No	Status Kepesertaan	Frekuensi	%
1	Karyawan	2372	60,9
2	Keluarga	1521	39,1
Total		3893	100,0

Berdasarkan tabel diatas diketahui 60,9% dari total peserta merupakan karyawan PT. X. Sedangkan sisanya berstatus istri/suami/anak.

d. Distribusi Peserta Berdasarkan *Plan Benefit*

Plan benefit adalah jenis layanan yang menjadi hak peserta asuransi yang sudah ditetapkan dalam polis. Asuransi XYZ menawarkan 3 plan benefit kepada PT. X yaitu CLS1, CLS2, CLS3. Berikut adalah tabel distribusi peserta berdasarkan *Plan Benefit* :

Tabel 6.5 Distribusi Peserta Berdasarkan Plan Benefit

No	Plan Benefit	Frekuensi	%
1	CLS1	132	3,4
2	CLS2	2906	74,6
3	CLS3	855	22,0
Total		3893	100,0

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa 74.6% dari total peserta mendapatkan benefit di CLS2, sedangkan 22% nya mendapatkan benefit CLS3, dan sisanya adalah CLS1.

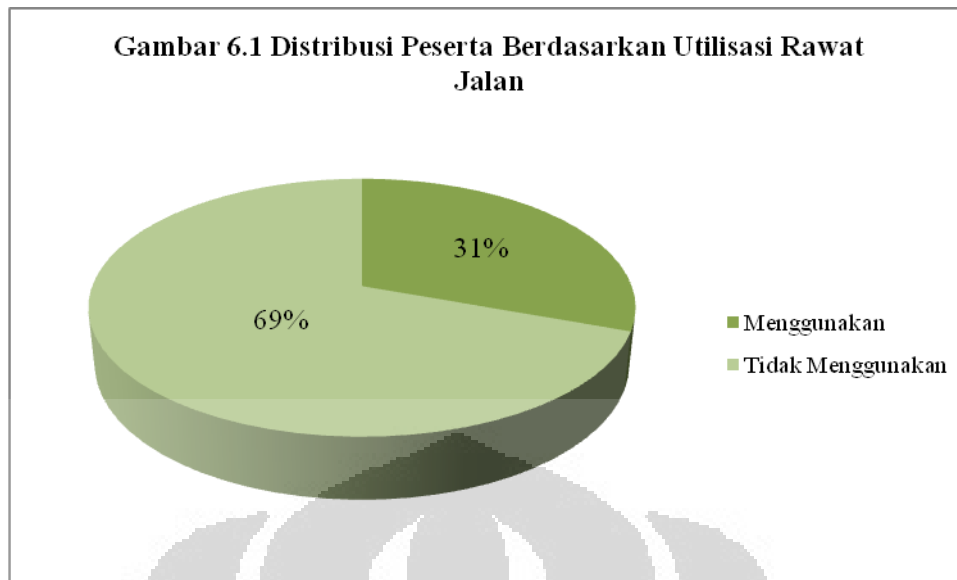
e. Distribusi Utilisasi Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Peserta PT X

Berikut ini adalah tabel distribusi utilisasi pelayanan kesehatan rawat jalan peserta PT X :

Tabel 6.6 Distribusi Utilisasi Rawat Jalan Peserta PT X

No	Utilisasi Rawat Jalan	Frekuensi	%
1	Menggunakan	1189	31%
2	Tidak Menggunakan	2704	69%
Total		3893	100%

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa 69% peserta PT X belum pernah menggunakan rawat jalan. Sedangkan 31% peserta PT X menggunakan rawat jalan. Artinya masih banyak peserta PT X yang belum menggunakan pelayanan kesehatan rawat jalan.



Berdasarkan gambar diatas, diketahui bahwa dari total peserta 69% nya tidak menggunakan pelayanan kesehatan rawat jalan. Sedangkan sisanya menggunakan rawat jalan.

6.2.2 Utilisasi Rawat Jalan Berdasarkan Karakteristik Peserta

A. Variabel Independen

1. Berdasarkan Usia

Berikut ini adalah tabel yang memperlihatkan distribusi utilisasi rawat jalan berdasarkan usia :

Tabel 6.7 Distribusi Utilisasi Rawat Jalan Berdasarkan Usia

No	Usia	Frekuensi	%
1	0-19	270	22,7
2	20-49	903	75,9
3	≥ 50	16	1,4
Total		1189	100,0

Berdasarkan tabel diatas, diketahui utilisasi rawat jalan tinggi di usia 20 – 49 tahun sebanyak 75.9%. sedangkan utilisasi terendah yaitu 1.4% berada diusia ≥ 50 . Rata-rata usia yang melakukan rawat jalan adalah 23.

2. Berdasarkan Jenis Kelamin

Berikut ini adalah tabel yang memperlihatkan distribusi utilisasi rawat jalan berdasarkan jenis kelamin :

Tabel 6.8 Distribusi Utilisasi Rawat Jalan Berdasarkan Jenis Kelamin

No	Jenis Kelamin	Frekuensi	%
1	Laki-Laki	587	49,4
2	Perempuan	602	50,6
Total		1189	100,0

Berdasarkan tabel diatas diketahui utilisasi rawat jalan paling banyak digunakan oleh perempuan 50.6%. Sedangkan sisanya digunakan oleh laki-laki. Namun perbedaan dirasakan tidak cukup bermakna.

3. Berdasarkan Status Kepesertaan

Berikut ini adalah tabel yang memperlihatkan distribusi utilisasi rawat jalan berdasarkan status kepesertaan :

Tabel 6.9 Distribusi Utilisasi Rawat Jalan Berdasarkan Status Kepesertaan

No	Status Kepesertaan	Frekuensi	%
1	Karyawan	664	55,8
2	Keluarga	525	44,2
Total		1189	100,0

Berdasarkan tabel diatas diketahui 55,8% utilisasi rawat jalan paling banyak digunakan oleh peserta yang berstatus sebagai karyawan. Sedangkan sisanya digunakan oleh peserta yang berstatus sebagai keluarga.

4. Berdasarkan Plan Benefit

Berikut ini adalah tabel yang memperlihatkan distribusi utilisasi rawat jalan berdasarkan plan benefit :

Tabel 6.10 Distribusi Utilisasi Rawat Jalan Berdasarkan Plan Benefit

No	Plan Benefit	Frekuensi	%
1	CLS1	73	6,1
2	CLS2	859	72,2
3	CLS3	257	21,6
Total		1189	100,0

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa sebanyak 72,2% utilisasi rawat jalan digunakan oleh peserta yang mendapatkan benefit CLS2. Sedangkan 21.6% digunakan oleh peserta yang mendapatkan benefit CLS3. Sisanya digunakan oleh peserta CLS1.

5. Berdasarkan Diagnosa

Berikut ini adalah tabel yang memperlihatkan distribusi utilisasi rawat jalan berdasarkan diagnosa. Diagnosa yang dimaksud dalam penelitian ini adalah diagnosa yang paling sering di klaim oleh satu peserta.

Tabel 6.11
Distribusi Utilisasi Rawat Jalan Berdasarkan 10 Diagnosa Terbanyak

No	ICD Code	Diagnosa	Frekuensi	%
1	Z34	Supervision of normal Pregnancy	134	16%
2	J06	ISPA	130	13%
3	R50	Fever of unknown origin (FUO)	101	4%
4	J00	Common Cold	79	3%
5	A09	Diarrhoea and GE	77	3%
6	I10	Essential (Primary) HyPertension	76	2%
7	J02	Acute Pharyngitis	75	2%
8	J45	Asthma	64	2%
9	G44	Other headache syndromes	43	1%
10	A01	Thypoid Fever	37	1%
11		Penyakit Lainnya	373	54%
Total			1189	100%

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa penyakit yang paling sering diklaim pada rawat jalan adalah Supervision of normal Pregnancy sebanyak 16% dari total utilisasi. Sedangkan 13% nya merupakan utilisasi rawat jalan untuk penyakit ISPA. Sisanya adalah penyakit yang muncul tapi frekuensi nya sangat kecil mungkin hanya 1 orang 1 penyakit.

B. Variabel Dependen

1. Utilisasi Rawat Jalan

Tabel 6.12

Distribusi Utilisasi Rawat Jalan Berdasarkan Jumlah Kunjungan Per Peserta PT X

Jumlah Kunjungan Rawat Jalan Per Peserta	
Mean	4
Minimal – Maksimal	1-17
Skewness	1,652
Std. Error of Skewness	0,071
95% CI	4,28-4,56

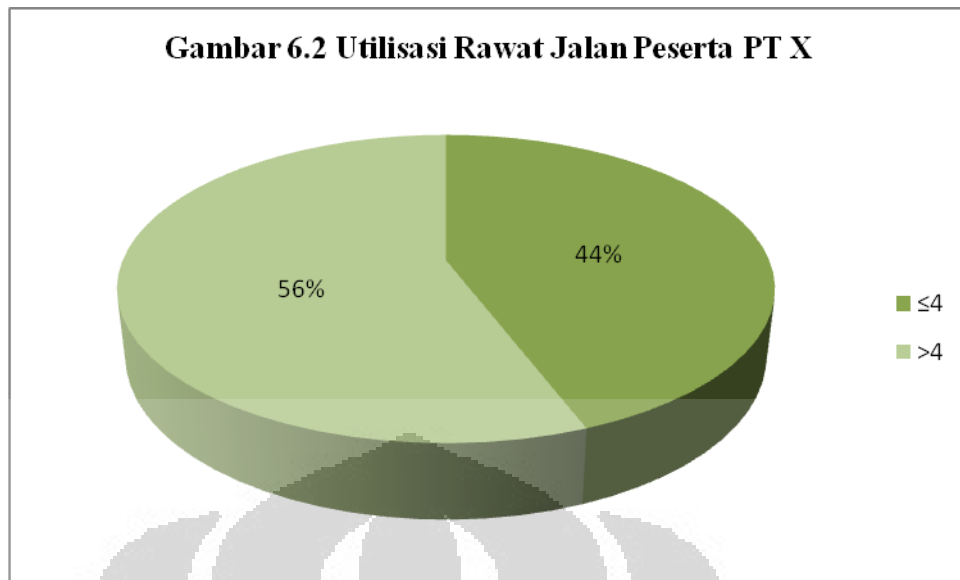
Hasil analisis didapatkan nilai rata-rata dari jumlah kunjungan peserta PT X adalah 4 (95%CI : 4,28 – 4,56). Jumlah kunjungan per peserta terendah adalah 1 dan tertinggi adalah 17. Berdasarkan perhitungan nilai skewness yang dibagi dengan std. Error of skewness yaitu 23,26 artinya utilisasi rawat jalan berdistribusi tidak normal karena nilai tersebut >2.00 .

Tabel 6.13

Distribusi Utilisasi Rawat Jalan Per Peserta PT X

No	Kunjungan/peserta	Frekuensi	%
1	≤ 4	525	44%
2	>4	664	56%
Total		1189	100%

Dari tabel diatas diketahui bahwa dari 1189 peserta, terdapat 665 peserta (56%) melakukan rawat jalan >4 sedangkan sisanya melakukan rawat jalan ≤ 4 .



Berdasarkan gambar diatas terlihat bahwa 56% peserta menggunakan rawat jalan lebih dari 4. Sedangkan 44% peserta menggunakan rawat jalan lebih atau sama dengan rata-rata 4.

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 tidak adanya 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).

6.3.1 Hubungan Antara Usia Dengan Utilisasi Rawat Jalan

Berikut ini adalah tabel *chi square* yang memperlihatkan hubungan antara usia peserta dengan utilisasi rawat jalan :

Tabel 6.14
Hubungan Antara Usia Dengan Utilisasi Rawat Jalan

Usia	Utilisasi Rawat Jalan				Total		p - value	OR
	≤4		>4		n	%		
	n	%	N	%				
0-19	26	9,6	244	90,4	270	100	0,005	11,795
20-49	498	55,1	405	44,9	903	100		
≥50	1	6,3	15	93,8	16	100		
Total	525	44,2	664	55,8	1189	100		

Dari tabel silang diatas terlihat bahwa dari 16 peserta yang berusia ≥ 50 tahun terdapat 15 peserta (93,8%) melakukan utilisasi rawat jalan lebih dari 4 kali. Dari 270 peserta yang berusia 0-19 tahun ada 244 peserta (90,4%) melakukan utilisasi rawat jalan lebih dari 4 kali. Dari 903 peserta yang berusia 20-49 tahun ada 405 peserta (44,9%) melakukan utilisasi rawat jalan lebih dari 4 kali. Artinya, usia tua dan usia anak lebih rentan sakit dan berobat jalan dibandingkan dengan usia dewasa.

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p\text{-value} = 0,005$ dengan menggunakan alpha (α) 0,05 maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara usia dengan utilisasi rawat jalan. Dari uji statistik juga diperoleh OR (odd ratio) yaitu sebesar 11,795 yang artinya adalah peserta yang berusia 0-19 tahun dan ≥ 50 tahun akan berpeluang melakukan utilisasi rawat jalan 11,795x lebih besar dari pada peserta yang berusia 20-49 tahun.

6.3.2 Hubungan Antara Jenis Kelamin Dengan Utilisasi Rawat Jalan

Berikut ini adalah tabel *chi square* yang memperlihatkan hubungan antara jenis kelamin peserta dengan utilisasi rawat jalan :

Tabel 6.15
Hubungan Antara Jenis Kelamin Dengan Utilisasi Rawat Jalan

Jenis Kelamin	Utilisasi Rawat Jalan				Total		<i>p - value</i>	OR
	≤ 4		> 4		n	%		
	n	%	N	%				
Laki-Laki	277	47,2	310	52,8	587	100	0,043	1,275
Perempuan	248	41,2	354	58,8	602	100		
Total	525	44,2	664	55,8	1189	100		

Dari tabel silang diatas terlihat bahwa dari 602 peserta perempuan, ada 354 perempuan (58,8%) yang melakukan utilisasi rawat jalan lebih dari 4 kali. Dari 587 peserta laki-laki ada 310 peserta (52,8%) yang melakukan utilisasi rawat jalan lebih dari 4 kali. Artinya perempuan lebih berisiko sakit dibandingkan dengan laki-laki.

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p\text{-value} = 0,043$ dengan menggunakan alpha (α) 0,05 maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara jenis kelamin dengan utilisasi rawat jalan. Dari uji statistik juga diperoleh OR (odd ratio) yaitu sebesar 1,275 yang artinya adalah peserta yang berjenis kelamin perempuan berpeluang akan melakukan utilisasi rawat jalan 1,275x lebih besar dibandingkan dengan peserta yang berjenis kelamin laki-laki.

6.3.3 Hubungan Antara Status Kepesertaan Dengan Utilisasi Rawat Jalan

Berikut ini adalah tabel *chi square* yang memperlihatkan hubungan antara status kepesertaan peserta dengan utilisasi rawat jalan :

Tabel 6.16

Hubungan Antara Status Kepesertaan Dengan Utilisasi Rawat Jalan

Status Kepesertaan	Utilisasi Rawat Jalan				Total		<i>p - value</i>	OR
	≤4		>4		n	%		
	n	%	N	%				
Karyawan	378	56,9	286	43,1	664	100	0,005	3,399
Keluarga	147	28,0	378	72,0	525	100		
Total	525	44,2	664	55,8	1189	100		

Dari tabel silang diatas terlihat bahwa dari 525 peserta yang berstatus keluarga, ada 1378 peserta (72%) melakukan utilisasi rawat jalan lebih dari 4 kali. Dari 664 peserta yang berstatus karyawan, ada 286 peserta (43,1%) melakukan utilisasi rawat jalan lebih dari 4 kali. Artinya, proporsi utilisasi rawat jalan lebih banyak digunakan oleh peserta yang berstatus keluarga dibandingkan dengan karyawan.

Hasil uji statistik diperoleh nilai *p-value* = 0,005 dengan menggunakan alpha (α) 0,05 maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara status kepesertaan dengan utilisasi rawat jalan. Dari uji statistik juga diperoleh OR (odd ratio) yaitu sebesar 3,399 yang artinya adalah peserta yang berstatus sebagai keluarga akan berpeluang melakukan utilisasi rawat jalan 3,399x lebih besar dibandingkan dengan peserta yang berstatus sebagai karyawan.

6.3.4 Hubungan Antara *Plan Benefit* Dengan Utilisasi Rawat Jalan

Berikut ini adalah tabel *chi square* yang memperlihatkan hubungan antara status kepesertaan peserta dengan utilisasi rawat jalan :

Tabel 6.17

Hubungan Antara *Plan Benefit* Dengan Utilisasi Rawat Jalan

<i>Plan Benefit</i>	Utilisasi Rawat Jalan				Total		<i>p - value</i>	OR
	≤4		>4					
	n	%	N	%	n	%		
CLS1	26	35,6	47	64,4	73	100	0,005	0,684
CLS2	412	48,0	447	52,0	859	100		
CLS3	87	33,9	170	66,1	257	100		
Total	525	44,2	664	55,8	1189	100		

Dari tabel silang diatas terlihat bahwa dari 73 peserta yang mempunyai plan benefit CLS1, ada 47 peserta (64,4%) melakukan utilisasi rawat jalan lebih dari 4kali. Dari 257 peserta yang mempunyai plan benefit CLS3, ada 170 peserta (66,1%) melakukan utilisasi rawat jalan lebih dari 4kali. Dari 859 peserta yang mempunyai plan benefit CLS2, ada 447 peserta (52,0%) melakukan utilisasi rawat jalan lebih dari 4kali. Artinya, peserta yang mempunyai plan benefit CLS1 lebih sering menggunakan rawat jalan daripada peserta yang mempunyai plan benefit CLS2 dan CLS3.

Hasil uji statistik diperoleh nilai *p-value* = 0,005 dengan menggunakan alpha (α) 0,05 maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara *plan benefit* dengan utilisasi rawat jalan. Dari uji statistik juga diperoleh OR (odd ratio) yaitu sebesar 0,684 yang artinya adalah peserta yang mempunyai plan benefit CLS1 akan berpeluang melakukan utilisasi rawat jalan 0,684x lebih tinggi daripada peserta yang mempunyai plan benefit CLS2 dan CLS3.

6.3.5 Hubungan Antara Diagnosa Dengan Utilisasi Rawat Jalan

Berikut ini adalah tabel *chi square* yang memperlihatkan hubungan antara diagnosa peserta dengan utilisasi rawat jalan. Sebelumnya dalam penelitian ini penulis membagi 10 diagnosa tersering muncul ke dalam 2 kategorik yaitu 5 tertinggi dan 5 terendah.

Tabel 6.18

Hubungan Antara Diagnosa Dengan Utilisasi Rawat Jalan

Diagnosa	Utilisasi Rawat Jalan				Total		<i>p - value</i>	OR
	≤4		>4					
	n	%	N	%	n	%		
Tertinggi	211	40,6	309	59,4	520	100	0,0033	0,772
Terendah	314	46,9	355	53,1	669	100		
Total	525	44,2	664	55,8	1189	100		

Dari tabel diatas terlihat bahwa dari 520 diagnosa tertinggi terdapat 309 diagnosa (59,4%) yang berkunjung lebih dari 4 kali. Dari 669 diagnosa terendah terdapat 355 diagnosa (53,1%) yang berkunjung lebih dari 4 kali. Artinya, peserta yang memiliki diagnosa tertinggi akan menggunakan rawat jalan lebih dari rata-rata dibandingkan dengan peserta yang memiliki diagnosa terendah.

Hasil uji statistik diperoleh nilai *p-value* = 0,0033 dengan menggunakan alpha (α) 0,05 maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara diagnosa dengan utilisasi rawat jalan. Dari uji statistik juga diperoleh OR (odd ratio) yaitu sebesar 0,772 yang artinya adalah peserta yang mempunyai diagnosa tertinggi akan berpeluang melakukan utilisasi rawat jalan lebih dari rata-rata 0,772x lebih tinggi daripada peserta yang mempunyai diagnosa terendah.

BAB VII

PEMBAHASAN

7.1 Keterbatasan Penelitian

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

- a. Tidak ada besarnya biaya sehingga peneliti tidak bisa menghitung biaya *per member per month* untuk setiap pelayanan kesehatan.
- b. Data sekunder yang penulis gunakan ini merupakan data klaim yang masih diinput dengan cara manual, sehingga kebenaran dan ketepatan data tergantung dari proses peng-inputan data administrator.
- c. Kepesertaan PT X yang baru satu periode saja membuat peneliti tidak dapat melihat trend kenaikan atau penurunan utilisasi peserta antar periode polis.
- d. Terbatasnya variabel-variabel yang digunakan peneliti karena terbatasnya informasi data klaim PT X. Peneliti tidak bisa melihat variabel lainnya yang mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan seperti pendidikan, pendapatan, jarak ke PPK, dsb.
- e. Penelitian ini tidak melihat dari sisi data klaim, tapi lebih melihat ke data peserta. Karena yang menjadi objek penelitian ini adalah masing-masing peserta sehingga tidak terjadi analisis ganda dalam menghubungkan variabel independen dengan variabel dependen.
- f. Penelitian ini hanya menggunakan klaim rawat jalan PT X sehingga tidak bisa melihat utilisasi pelayanan kesehatan lainnya seperti rawat inap dan *maternity*.
- g. Dalam pengambilan data hanya diperbolehkan mengambil salah satu peserta yaitu PT X, sehingga tidak bisa di generalisasi pada peserta perusahaan lain.

7.2 Pembahasan Hasil Penelitian

7.2.1 Distribusi Peserta PT X

Berdasarkan tabel 6.1 distribusi usia peserta PT X paling banyak berada di kelompok usia 20-49 tahun. Peserta yang masuk ke dalam kelompok usia ini adalah semua peserta dengan status karyawan dan istri yang apabila di dibandingkan dengan tabel 6.2 status karyawan menjadi proporsi terbesar dalam status kepesertaan. Bila dilihat dari jenis kelamin Tabel 6.2, proporsi peserta laki-laki lebih banyak dibandingkan dengan perempuan. Hal ini sesuai dengan rasio jenis kelamin dalam Profil Kesehatan Indonesia 2010, jumlah penduduk laki-laki memang sedikit lebih banyak. Rasio jenis kelamin penduduk Indonesia tahun 2010 sebesar 101 yang artinya jumlah penduduk laki-laki satu

persen lebih banyak daripada perempuan. Nilai ini berarti setiap 10 perempuan terdapat 11 laki-laki. Hal ini didukung pula oleh PT X yang bergerak dibidang otomotif sehingga kemungkinan perusahaan lebih mengutamakan pekerja laki-laki sebagai karyawannya.

Berdasarkan gambar 6.1 diperoleh informasi bahwa sebanyak 69% tidak menggunakan rawat jalan, sedangkan sisanya menggunakan rawat jalan. Dari 31% peserta yang menggunakan rawat jalan terdapat 4687 klaim rawat jalan. Angka ini termasuk angka yang sangat tinggi untuk ukuran utilisasi. Utilisasi rawat jalan bisa dihitung dengan membagi total klaim dengan jumlah peserta. Artinya utilisasi rawat jalan mencapai 120%. Padahal hanya 1/3 dari total peserta yang menggunakan rawat jalan. Hal ini terjadi diduga karena satu peserta menggunakan pelayanan rawat jalan berkali-kali dalam satu tahun. Sehingga menyebabkan tingginya jumlah klaim rawat jalan. Dalam pembahasan berikut ini, peneliti akan membahas tentang utilisasi rawat jalan peserta PT X.

7.2.2 Distribusi Utilisasi Rawat Jalan PT X

Sebelumnya telah diketahui bahwa sebanyak 31% peserta PT X menggunakan pelayanan rawat jalan. Hasil ukur dari utilisasi rawat jalan ini adalah rata-rata dari total kunjungan peserta yang menggunakan rawat jalan. Setelah melakukan uji statistik, ditemukan bahwa rata-rata kunjungan rawat jalan peserta PT X adalah 4.

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh informasi bahwa sebanyak 56% peserta menggunakan rawat jalan lebih dari 4. Sedangkan sisanya, 44% peserta menggunakan rawat jalan kurang atau sama dengan 4. Dari hasil penelitian tersebut, dapat diketahui bahwa peserta yang menggunakan rawat jalan yang melebihi rata-rata kunjungan lebih banyak dari pada peserta yang menggunakan rawat jalan kurang dari rata-rata.

Hal ini diduga karena PT X merupakan perusahaan yang baru bergabung dengan perusahaan asuransi XYZ. Sehingga diduga peserta merasa dengan jaminan asuransi maka beban risiko biaya untuk kesehatan menurun sehingga peserta cenderung untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang lebih banyak.

7.2.3 Hubungan Usia Dengan Utilisasi Rawat Jalan

Menurut beberapa teori, usia merupakan faktor yang berpengaruh terhadap utilisasi pelayanan kesehatan. Andersen dalam Ilyas (2003) mengatakan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan adalah faktor demografi yaitu usia, jenis kelamin, dan status perkawinan.

Berdasarkan uji statistik yang telah dilakukan, dapat dilihat pada Tabel 6.12 diperoleh p -value = 0,005. Hasil ini menunjukkan bahwa penelitian ini ada hubungan yang bermakna antara usia dengan utilisasi rawat jalan pada peserta PT X. Maka, hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang ada. Feldstein (1993) didalam penelitiannya menyatakan hubungan umur, penghasilan dan pendidikan terhadap aspek kesehatan. Semakin tinggi usia seseorang maka semakin tinggi frekuensi pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Hasil penelitian ini juga didukung oleh beberapa penelitian sebelumnya. Supriyadi (2004) dalam penelitiannya diperoleh hasil bahwa usia berhubungan dengan utilisasi rawat jalan.

Pada tabel 6.12 dapat dilihat bahwa kelompok usia anak dan usia tua cenderung lebih banyak menggunakan pelayanan kesehatan rawat jalan lebih dari 4 kali. Hasil ini memperlihatkan adanya kesadaran dan perhatian keluarga terhadap anak dan orang tua. Secara fisiologis anak-anak dan orang tua mempunyai tingkat kerentanan terhadap sakit sangat tinggi sehingga amat mudah terserang berbagai penyakit. Faktor belum sempurnanya imunologi menjadi penentu mudah terserang sakit. Sedangkan usia tua mengalami penurunan fungsi organ-organ tubuh.

Berdasarkan studi penelitian di Departemen Kesehatan New Mexico di Amerika, usia adalah suatu faktor dalam suatu populasi yang berkaitan dengan beberapa pengukuran kesehatan, termasuk diantaranya adalah prevalensi penyakit kronik, kebutuhan akan keluarga berencana (family planning), dan pelayanan imunisasi. Populasi dengan usia yang lebih muda, akan tampak lebih sehat dibandingkan dengan populasi yang lebih tua apabila dilihat dari angka kematian dan angka perawatan di rumah sakit pada studi penelitian yang sama. Selain itu, berdasarkan studi penelitian yang banyak dilakukan, angka-angka kesakitan maupun kematian di dalam hampir semua keadaan menunjukkan hubungan dengan umur.

Pada buletin bulanan PT Askes Edisi Januari 2011 disebutkan bahwa terjadi perubahan angka pemanfaatan (utilisasi) rawat jalan hingga 17% akibat perubahan demografis kelompok yang berusia diatas 50 tahun.

7.2.4 Hubungan Jenis Kelamin Dengan Utilisasi Rawat Jalan

Menurut beberapa teori, jenis kelamin merupakan faktor yang berpengaruh terhadap utilisasi pelayanan kesehatan. Black dan Huebner (1972) mengatakan bahwa perempuan lebih berisiko untuk sakit. Hal ini benar, sesuai dengan beberapa peraturan asuransi dimana tidak menanggung risiko kehamilan, keguguran, aborsi, dan sejenisnya.

Berdasarkan uji statistik yang telah dilakukan, dapat dilihat pada Tabel 6.13 diperoleh p -value = 0,043. Hasil ini menunjukkan bahwa penelitian ini ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan utilisasi rawat jalan pada peserta PT X. Maka, hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang ada.

Prevalensi kesakitan wanita lebih tinggi daripada pria, namun demikian angka harapan hidup perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki (HIAA, 1997). Hal lain yang mendorong perempuan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan adalah dengan adanya siklus maternitas yang terjadi pada dirinya, sehingga ini mendorong untuk memeriksakan kondisi dirinya. Andersen (1975) menyebutkan bahwa perbedaan pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan menurut jenis kelamin karena perempuan mengalami proses maternitas.

Hasil ini didukung oleh perusahaan asuransi XYZ yang menanggung risiko kehamilan, mulai dari pemeriksaan sebelum dan sesudah melahirkan. Hal ini mungkin menjadi salah satu penyebab proporsi utilisasi rawat jalan perempuan lebih besar daripada laki-laki. Hal ini tercermin pada tabel 6.9 pemeriksaan kehamilan menjadi diagnosa tertinggi pada rawat jalan peserta PT X.

7.2.5 Hubungan Status Kepesertaan Dengan Utilisasi Rawat Jalan

Menurut beberapa teori, status kepesertaan 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 statistik yang telah dilakukan, dapat dilihat pada Tabel 6.14 diperoleh p -value = 0,005. Hasil ini menunjukkan bahwa penelitian ini ada hubungan yang bermakna antara status kepesertaan dengan utilisasi rawat jalan peserta PT X. Maka, hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang ada.

Menurut HIAA (1997), karakteristik sebuah kelompok tertentu dapat mempengaruhi angka kesakitan sehingga mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan. Salah satu dari karakteristik kelompok tersebut adalah status kepesertaan, apabila status kepesertaan istri banyak maka akan menaikkan utilisasi kesehatan berkaitan dengan sistem reproduksi mereka. Oleh karena itu, banyak

perusahaan asuransi kesehatan yang tidak mencakup pelayanan kesehatan mengenai kehamilan, keguguran, dan terkait masalah reproduksi.

Peneliti tidak menemukan penelitian lain yang menggunakan status kepesertaan dan memiliki hubungan dengan rawat jalan. Dilihat dari tabel 6.8 sebenarnya utilisasi rawat jalan banyak digunakan oleh peserta yang berstatus sebagai karyawan, tetapi pada tabel 6.15 menunjukkan bahwa utilisasi rawat jalan yang melebihi rata-rata kunjungan ternyata digunakan oleh peserta yang berstatus sebagai keluarga. Menurut peneliti hal ini bisa terjadi karena peserta yang berstatus sebagai keluarga memiliki waktu yang lebih banyak dalam mengakses pelayanan kesehatan dibandingkan dengan peserta yang berstatus sebagai karyawan.

7.2.6 Hubungan *Plan Benefit* Dengan Utilisasi Rawat Jalan

Menurut beberapa teori, *plan benefit* merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap utilisasi pelayanan kesehatan. Black dan Skipper (2000) menyebutkan bahwa *benefit* asuransi menjadi salah satu faktor dalam *underwriting* asuransi kesehatan.

Berdasarkan uji statistik yang telah dilakukan, dapat dilihat pada Tabel 6.15 diperoleh $p\text{-value} = 0,005$. Hasil ini menunjukkan bahwa penelitian ini ada hubungan yang bermakna antara *plan benefit* dengan utilisasi rawat jalan peserta PT X. Maka, hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang ada.

Peneliti tidak menemukan penelitian lain yang menggunakan status kepesertaan dan memiliki hubungan dengan rawat jalan. Dilihat dari tabel 6.9 sebenarnya utilisasi rawat jalan banyak digunakan oleh peserta yang memiliki *plan benefit* CLS2. Tetapi pada tabel 6.16 menunjukkan bahwa utilisasi rawat jalan yang melebihi rata-rata kunjungan ternyata digunakan oleh peserta yang memiliki *plan benefit* CLS1 dan CLS3.

Plan benefit diberikan sesuai dengan jabatan/pangkat peserta. Semakin tinggi pangkat/jabatan seseorang maka semakin tinggi pula pendapatan seseorang dan semakin tinggi pula gaya hidup seseorang. Gaya hidup seseorang menunjukkan pola kehidupan orang yang bersangkutan yang tercermin dalam kegiatan, minat dan pendapatan (Bilson Simamora, 2002). Mungkin karena gaya hidup peserta yang tinggi peserta menjadi memiliki pola hidup yang buruk sehingga peserta lebih berisiko sakit dan akan menggunakan pelayanan kesehatan lebih banyak.

7.2.7 Hubungan Diagnosa Dengan Utilisasi Rawat Jalan

Menurut beberapa teori, diagnosis merupakan faktor yang berpengaruh terhadap utilisasi. HIAA (1997) usia tua memiliki kecenderungan untuk menderita penyakit kronik dan penyakit degeneratif. Dalam penelitian yang dilakukan oleh 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.

Berdasarkan uji statistik yang telah dilakukan, dapat dilihat pada Tabel 6.16 diperoleh p-value = 0,0033. Hasil ini menunjukkan bahwa penelitian ini ada hubungan yang bermakna antara diagnosis dengan utilisasi rawat jalan peserta PT X. Maka, hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang ada.

Diagnosa penyakit akan mempengaruhi jumlah kunjungan seseorang sehingga akan mempengaruhi utilisasi dan biaya. Pada tabel 6.9 diagnosis tertinggi yaitu pemeriksaan kehamilan. Menurut Risesdas (2010) angka pemeriksaan kehamilan penduduk Indonesia mencapai 84%, ibu hamil memeriksakan kehamilan minimal 4kali (K4) sebesar 61,3%. Data ini bisa menjadi masukan kepada perusahaan asuransi XYZ apabila menanggung risiko kehamilan. Pada tabel 6.9 penyakit tertinggi lainnya adalah ISPA. Hal ini sesuai dengan data dinas kesehatan. Menurut dinas kesehatan, penyakit infeksi yang banyak melanda ditahun 2012 adalah diare, ISPA, dan Thypoid.

BAB VIII

PENUTUP

8.1 Kesimpulan

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

- a. Dari peserta yang menggunakan rawat jalan, lebih dari separuhnya (56%) yang menggunakan rawat jalan melebihi rata-rata kunjungan.
- b. Utilisasi rawat jalan peserta PT X tinggi mencapai 120%. Angka tersebut diperoleh dari jumlah total utilisasi rawat jalan/ jumlah peserta.
- c. Dari 4683 total penggunaan rawat jalan sebenarnya hanya 1189 peserta saja yang menggunakan rawat jalan dari 3893 peserta PT X. Artinya 1189 peserta ini menggunakan pelayanan rawat jalan berkali-kali hingga mencapai 4687 penggunaan.
- d. Peserta PT X yang menggunakan rawat jalan melebihi rata-rata kunjungan berumur 0-19 dan ≥ 50 .
- e. Peserta PT X yang menggunakan rawat jalan melebihi rata-rata kunjungan berjenis kelamin perempuan.
- f. Peserta PT X yang menggunakan rawat jalan melebihi rata-rata kunjungan berstatus sebagai keluarga.
- g. Peserta PT X yang menggunakan rawat jalan melebihi rata-rata kunjungan adalah peserta yang memiliki plan benefit CLS 1.
- h. Diagnosa peserta PT X tertinggi pada rawat jalan adalah pemeriksaan kehamilan.
- i. Faktor usia, jenis kelamin, status kepesertaan, plan benefit, dan diagnosa merupakan faktor yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan kesehatan rawat jalan pada PT X.

8.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan kesimpulan diatas, maka saran yang dapat penulis sampaikan adalah sebagai berikut :

1. Saran untuk Asuransi XYZ
 - a. Asuransi XYZ harus lebih selektif lagi dalam penerimaan peserta kumpulan agar tidak mengalami *over utilization*. Misalnya, dilihat dari segi usia, sebaiknya asuransi xyz menerima peserta kumpulan yang berusia rata-rata 20-49 tahun.

- b. Apabila asuransi XYZ menjamin yang berkaitan dengan reproduksi wanita, maka sebaiknya premi yang dikenakan untuk peserta wanita yang berstatus sebagai istri lebih tinggi daripada peserta laki-laki. Hal ini dilakukan agar asuransi XYZ tidak mengalami kerugian akibat tingginya penggunaan pelayanan kesehatan oleh wanita terkait reproduksi mereka. Hal ini bisa dilihat dari tabel 6.10 yang memperlihatkan bahwa diagnosa tersering muncul adalah Z34 yaitu pemeriksaan kehamilan.
 - c. Bekerja sama dengan PT X untuk melakukan tindakan promotif dan preventif. Misalnya untuk tindakan promotif, melakukan penyuluhan kesehatan dalam bentuk seminar atau kegiatan rutin misalnya senam sehat atau jalan sehat. Untuk tindakan preventif misalnya dengan bekerja sama dengan provider dan PT X memberikan vaksin, atau imunisasi, *medical check up*, dll.
 - d. Untuk periode polis berikutnya dilakukan kembali *review* utilisasi PT X agar terlihat trend kenaikan atau penurunan utilisasi PT X.
 - e. Segera membuat sistem komputerisasi agar memperkecil *human error* saat penginputan data klaim yang masuk.
2. Saran untuk penelitian selanjutnya.
- a. Diharapkan penelitian selanjutnya dapat menganalisis kembali tingkat utilisasi PT X pada periode polis selanjutnya agar dapat melihat trend kenaikan atau penurunan tingkat utilisasi.
 - b. Semoga hasil penelitian ini dapat menjadi acuan dan memacu dilakukannya penelitian-penelitian terbaru yang lebih baik lagi.

DAFTAR PUSTAKA

- _____. *Pelayanan Kesehatan Asuransi Sosial Jaminan Penyakit Berbiaya Tinggi*. Info Askes Buletin Bulanan PT Askes (Persero). Edisi Januari 2011. 30 Juni 2012. www.ptaskes.com
- _____. *Profil Kesehatan Indonesia 2010*. 30 Juni 2012. www.depkes.go.id
- Besral. 2010. *Pengolahan dan Analisis Data-1 Menggunakan SPSS*. Departemen Biostatistika FKM: Universitas Indonesia.
- Fauziah, Sifa. 2012. *Analisis Utilisasi Klaim Rawat Inap Program Pemeliharaan Kesehatan Pensiunan (PROSPENS) Bringin Life Peserta PT X Periode April-November 2011*. Skripsi. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Depok: Universitas Indonesia.
- Gita, Theresia. 2012. *Gambaran Utilisasi Rawat Jalan Berdasarkan Karakteristik Peserta Produk Asuransi Jasindo Healthcare Pada PT X Periode Oktober 2010- September 2011*. Skripsi. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Depok: Universitas Indonesia.
- Hidayat, Budi. 2008. *Estimasi Dampak Program Asuransi Kesehatan pada Jumlah Kunjungan rawat jalan di Indonesia*. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Depok : Universitas Indonesia.
- Ilyas Y. 2003. *Mengenal asuransi kesehatan: review utilisasi, manajemen klaim dan Fraud (kecurangan asuransi kesehatan)*. Fakultas Kesehatan Masyarakat UI, Jakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Cetakan Kedua. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pujiyanto. 2009. *Modul Kuliah Pemasaran dan Underwriting*. Program S1 AKK FKM UI, Depok.
- Simamora, Bilson. 2004. *Panduan Riset Perilaku Konsumen*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Sulastomo. 2007. *Manajemen kesehatan*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama.
- Susanto, Eko. 2004. *Utilisasi Sarana Pelayanan Kesehatan*. Studi Analisis Data Susenas.
- Thabrany, dkk. 2005. *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan Bagian A*. Jakarta: PAMJAKI.
- Thabrany. 2003. *Tinjauan Akademis Tentang Asuransi Kesehatan Nasional*. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan. Univesitas Indonesia.
- Wiku Adisasmito. 2007. *Sistem Kesehatan*. Jakarta : PT Rajagrafindo Persada.

Statistics

USIA

N	Valid	3893
	Missing	0

USIA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-19	934	24.0	24.0	24.0
	20-49	2932	75.3	75.3	99.3
	>=50	27	.7	.7	100.0
	Total	3893	100.0	100.0	

SEX

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	L	2228	57.2	57.2	57.2
	P	1665	42.8	42.8	100.0
	Total	3893	100.0	100.0	

STATUSKEPESERTAAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	KARYAWAN	2372	60.9	60.9	60.9
	KELUARGA	1521	39.1	39.1	100.0
	Total	3893	100.0	100.0	

PLANBENEFIT

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	CLS1	132	3.4	3.4	3.4
	CLS2	2906	74.6	74.6	78.0
	CLS3	855	22.0	22.0	100.0
	Total	3893	100.0	100.0	

Distribusi Utilisasi Rawat Jalan Berdasarkan Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-19	270	22.7	22.7	22.7
	20-49	903	75.9	75.9	98.7
	>=50	16	1.3	1.3	100.0
	Total	1189	100.0	100.0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation	Skewness	
				Statistic	Std. Error		Statistic	Std. Error
Umur	1189	0	68	22.59	.330	11.394	-.322	.071
Valid N (listwise)	1189							

Distribusi Utilisasi Rawat Jalan Berdasarkan Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	LAKI-LAKI	587	49.4	49.4	49.4
	PEREMPUAN	602	50.6	50.6	100.0
	Total	1189	100.0	100.0	

Distribusi Utilisasi Rawat Jalan Berdasarkan Status Kepesertaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	KARYAWAN	664	55.8	55.8	55.8
	KELUARGA	525	44.2	44.2	100.0
	Total	1189	100.0	100.0	

Distribusi Utilisasi Rawat Jalan Berdasarkan Plan Benefit

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	CLS1	73	6.1	6.1	6.1
	CLS2	859	72.2	72.2	78.4
	CLS3	257	21.6	21.6	100.0
	Total	1189	100.0	100.0	

Distribusi Utilisasi Rawat Jalan Berdasarkan Diagnosa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	A01	79	6.6	6.6	6.6
	A09	101	8.5	8.5	15.1
	DLL	373	31.4	31.4	46.5
	G44	75	6.3	6.3	52.8
	I10	37	3.1	3.1	55.9
	J00	130	10.9	10.9	66.9
	J02	43	3.6	3.6	70.5
	J06	134	11.3	11.3	81.7
	J45	64	5.4	5.4	87.1
	R50	77	6.5	6.5	93.6
	Z34	76	6.4	6.4	100.0
	Total	1189	100.0	100.0	

Distribusi Utilisasi Rawat Jalan Berdasarkan Jumlah Kunjungan Per PesertaPT X

	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation	Skewness	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Statistic	Std. Error
KUNJUNGAN OP	1189	1	17	4.42	.072	2.472	1.652	.071
Valid N (listwise)	1189							

Distribusi Utilisasi Rawat Jalan Per Peserta PT X

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <=4	525	44.2	44.2	44.2
>4	664	55.8	55.8	100.0
Total	1189	100.0	100.0	

Descriptives

		Statistic	Std. Error
KUNJUNGAN OP	Mean	4.42	.072
	95% Confidence Interval Lower Bound for Mean	4.28	
	Upper Bound	4.56	
	5% Trimmed Mean	4.19	
	Median	5.00	
	Variance	6.113	
	Std. Deviation	2.472	
	Minimum	1	
	Maximum	17	
	Range	16	
	Interquartile Range	2	
	Skewness	1.652	.071
	Kurtosis	4.777	.142

USIA * UTILISASI Crosstabulation

		UTILISASI		Total
		<=4	>4	
USIA 0-19	Count	26	244	270
	% within USIA	9.6%	90.4%	100.0%
20-49	Count	498	405	903
	% within USIA	55.1%	44.9%	100.0%
>=50	Count	1	15	16
	% within USIA	6.3%	93.8%	100.0%
Total	Count	525	664	1189
	% within USIA	44.2%	55.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	184.109 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	211.198	2	.000
Linear-by-Linear Association	132.812	1	.000
N of Valid Cases	1189		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,06.

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for USIA (0-19 / 20-49) ^a	

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for USIA (0-19 / 20-49)	^a

a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2*2 table without empty cells.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
USIA_OR * UTILISASI	1189	100.0%	0	.0%	1189	100.0%

USIA_OR * UTILISASI Crosstabulation

		UTILISASI		Total
		<=4	>4	
USIA_OR 20-49	Count	498	405	903
	% within USIA_OR	55.1%	44.9%	100.0%
1-19 & >=50	Count	27	259	286
	% within USIA_OR	9.4%	90.6%	100.0%
Total	Count	525	664	1189
	% within USIA_OR	44.2%	55.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	184.039 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	182.190	1	.000		
Likelihood Ratio	210.973	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000

Linear-by-Linear Association	183.885	1	.000	
N of Valid Cases	1189			

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 126,28.

b. Computed only for a 2x2 table

OR USIA

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for USIA_OR (20-49 / 1-19 & >=50)	11.795	7.769	17.907
For cohort UTILISASI = <=4	5.842	4.060	8.405
For cohort UTILISASI = >4	.495	.457	.537
N of Valid Cases	1189		

JENISKELAMIN * UTILISASI Crosstabulation

		UTILISASI		Total
		<=4	>4	
JENISKELAMI LAKI-LAKI N	Count	277	310	587
	% within JENISKELAMIN	47.2%	52.8%	100.0%
PEREMPUAN N	Count	248	354	602
	% within JENISKELAMIN	41.2%	58.8%	100.0%
Total	Count	525	664	1189
	% within JENISKELAMIN	44.2%	55.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)

Pearson Chi-Square	4.329 ^a	1	.037		
Continuity Correction ^b	4.089	1	.043		
Likelihood Ratio	4.331	1	.037		
Fisher's Exact Test				.041	.022
Linear-by-Linear Association	4.325	1	.038		
N of Valid Cases	1189				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 259,19.

b. Computed only for a 2x2 table

OR JENIS KELAMIN

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for JENISKELAMIN (LAKI-LAKI / PEREMPUAN)	1.275	1.014	1.604
For cohort UTILISASI = <=4	1.145	1.008	1.302
For cohort UTILISASI = >4	.898	.811	.994
N of Valid Cases	1189		

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
STATUSKEPESERTAAN * UTILISASI	1189	100.0%	0	.0%	1189	100.0%

STATUSKEPESERTAAN * UTILISASI Crosstabulation

	UTILISASI		Total
	<=4	>4	
STATUSKEPESERTAAN KARYAWAN Count	378	286	664

AAN	AN	% within STATUSKEPESERTA AN	56.9%	43.1%	100.0%
	KELUARGA	Count	147	378	525
	A	% within STATUSKEPESERTA AN	28.0%	72.0%	100.0%
Total		Count	525	664	1189
		% within STATUSKEPESERTA AN	44.2%	55.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	99.497 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	98.327	1	.000		
Likelihood Ratio	101.705	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	99.413	1	.000		
N of Valid Cases	1189				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 231,81.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for STATUSKEPESERTA AN (KARYAWAN / KELUARGA)	3.399	2.661	4.341
For cohort UTILISASI = <=4	2.033	1.746	2.368
For cohort UTILISASI = >4	.598	.540	.663

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for STATUSKEPESERTAAN (KARYAWAN / KELUARGA)	3.399	2.661	4.341
For cohort UTILISASI = <=4	2.033	1.746	2.368
For cohort UTILISASI = >4	.598	.540	.663
N of Valid Cases	1189		

PLANBENEFIT * UTILISASI Crosstabulation

		UTILISASI		Total	
		<=4	>4		
PLANBENEFIT	CLS1	Count	26	47	73
		% within PLANBENEFIT	35.6%	64.4%	100.0%
	CLS2	Count	412	447	859
	% within PLANBENEFIT	48.0%	52.0%	100.0%	
	CLS3	Count	87	170	257
	% within PLANBENEFIT	33.9%	66.1%	100.0%	
Total	Count	525	664	1189	
	% within PLANBENEFIT	44.2%	55.8%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18.273 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	18.559	2	.000

Linear-by-Linear Association	5.508	1	.019
N of Valid Cases	1189		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 32,23.

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for PLANBENEFIT (CLS1 / CLS2)	a

a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2*2 table without empty cells.

PB_OR * UTILISASI Crosstabulation

		UTILISASI		Total
		<=4	>4	
PB_OR CLS1	Count	26	47	73
	% within PB_OR	35.6%	64.4%	100.0%
CLS2 & CLS3	Count	499	617	1116
	% within PB_OR	44.7%	55.3%	100.0%
Total	Count	525	664	1189
	% within PB_OR	44.2%	55.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.299 ^a	1	.129		
Continuity Correction ^b	1.945	1	.163		
Likelihood Ratio	2.340	1	.126		
Fisher's Exact Test				.145	.081
Linear-by-Linear Association	2.298	1	.130		
N of Valid Cases	1189				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 32,23.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PB_OR (CLS1 / CLS2 & CLS3)	.684	.418	1.120
For cohort UTILISASI = <=4	.797	.581	1.092
For cohort UTILISASI = >4	1.165	.974	1.392
N of Valid Cases	1189		

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
DIAGNOSA2 * UTILISASI	1189	100.0%	0	.0%	1189	100.0%

DIAGNOSA2 * UTILISASI Crosstabulation

		UTILISASI		Total
		<=4	>4	
DIAGNOSA 1.00 2	Count	211	309	520
	% within DIAGNOSA2	40.6%	59.4%	100.0%
2.00	Count	314	355	669
	% within DIAGNOSA2	46.9%	53.1%	100.0%
Total	Count	525	664	1189
	% within DIAGNOSA2	44.2%	55.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	4.798 ^a	1	.028		
Continuity Correction ^b	4.543	1	.033		
Likelihood Ratio	4.807	1	.028		
Fisher's Exact Test				.030	.016
Linear-by-Linear Association	4.794	1	.029		
N of Valid Cases	1189				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 229,60.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for DIAGNOSA2 (1,00 / 2,00)	.772	.612	.973

For cohort UTILISASI = <=4	.865	.758	.986
For cohort UTILISASI = >4	1.120	1.013	1.238
N of Valid Cases	1189		

