

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masalah pembiayaan kesehatan, pada akhir – akhir ini banyak dikeluhkan masyarakat. Mereka mengeluh, oleh karena sakit menjadi mahal. Semakin meningkatnya biaya pelayanan kesehatan dapat disebabkan karena terjadinya *asymmetry of information* antara pemberi pelayanan kesehatan dengan orang yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Sehingga masyarakat cenderung menerima saja apa yang disarankan oleh pemberi pelayanan kesehatan atau disebut juga *consumer ignorance*. Selain itu faktor- faktor yang mempengaruhi semakin mahalnya biaya kesehatan adalah, teknologi kedokteran yang semakin canggih, dibutuhkan sumber daya manusia yang banyak dalam menunjang infrastruktur kesehatan, latar belakang budaya dan tradisi dimana pengobatan tradisional saat ini ditunjang dengan ilmu pengetahuan modern yang menjadikan pelayanan kesehatan makin bertambah variasinya, dan hubungan pasien dengan dokter dalam menentukan harga pelayanan kesehatan.

Konsep *Managed Care* yang semula tumbuh dan berkembang di Amerika Serikat menarik perhatian, karena menunjukkan kemampuan dalam mengendalikan peningkatan biaya pelayanan kesehatan, khususnya di negara maju. *Managed Care* adalah suatu sistem yang mengintegrasikan pembiayaan dan penyelenggaraan jasa pelayanan kesehatan yang layak bagi peserta program¹. Sebelum diberlakukannya

¹ Managed Care Bagian A : Mengintegrasikan Penyelenggaraan dan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan

konsep *Managed Care*, dalam dua dasawarsa kenaikan biaya pelayanan kesehatan melampaui angka inflasi atau kenaikan barang dan konsumsi lainnya. Selanjutnya dengan perkembangan penerapan konsep *Managed Care* tersebut di Amerika Serikat, masyarakat dapat mengendalikan peningkatan biaya pelayanan sehingga untuk pertama kali terjadi kenaikan premi asuransi kesehatan lebih rendah dari inflasi umum (Sulastomo, 1997).

Di Indonesia, pelaksanaan beberapa program pemeliharaan kesehatan telah mengarah kepada penerapan konsep *Managed Care*, seperti yang dilaksanakan oleh PT Askes, PT Jamsostek dan beberapa Badan Penyelenggara (Bapel) Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) lainnya. Program JPKM yang disebut sebagai adaptasi *Managed Care* di Indonesia adalah suatu upaya penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan secara paripurna, terstruktur, yang dijamin kesinambungan serta mutunya, dimana pembiayaannya dilaksanakan secara pra upaya. Pada hakekatnya JPKM merupakan perpaduan pengelolaan dana dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang dilaksanakan dengan memanfaatkan prinsip-prinsip asuransi. Prinsip kontribusi atau iuran diterapkan juga pada program JPKM untuk pesertanya, kontribusi atau iuran ini dibayarkan kepada Bapel yang mengikat kontrak dan membayar pra upaya jaringan pemberi pelayanan kesehatan berjenjang yang terjaga mutunya. Dengan demikian kendali biaya dan kendali mutu pelayanan kesehatan merupakan prinsip penting dan mendasar yang harus dijalankan dalam penyelenggaraan JPKM. Program jaga mutu mutlak dilaksanakan oleh semua elemen yang terlibat dalam JPKM, yaitu peserta, Bapel, dan Pemberi Pelayanan Kesehatan, serta badan pembina. Program jaga mutu ini dilakukan melalui upaya kendali biaya dan kendali mutu pelayanan kesehatan. Upaya kendali biaya dilakukan

dengan cara premi pra bayar dan pembayaran jasa Pemberi Pelayanan Kesehatan secara pra upaya. Upaya kendali mutu pelayanan kesehatan dengan melakukan kerjasama dengan Pemberi Pelayanan Kesehatan, penanganan keluhan peserta serta telaah utilisasi. Pada tingkat Bapel, telaah utilisasi dilakukan sebagai bagian dari pelaksanaan manajemen pemeliharaan kesehatan. Data yang berasal dari jaringan Pemberi Pelayanan Kesehatan dikumpulkan dan diolah menjadi informasi yang digunakan untuk melihat efektifitas dan efisiensi pelayanan yang dilakukan oleh PPK yang dikontrak. Informasi tersebut dapat dijadikan sebagai landasan dalam pengambilan keputusan atau penetapan kebijakan.

Menurut jenjang pelayanannya telaah utilisasi dapat dilakukan pada berbagai jenjang pelayanan, yaitu rawat jalan tingkat pertama, rawat jalan tingkat lanjutan, dan rawat inap. Telaah utilisasi dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu secara prospektif dan secara retrospektif. Telaah utilisasi prospektif dilakukan sebelum terjadinya pelayanan kesehatan, sedangkan telaah utilisasi retrospektif dilakukan setelah terjadinya pelayanan kesehatan. Pada telaah utilisasi retrospektif, data yang berasal dari jaringan pemberi pelayanan kesehatan dikumpulkan dan diolah menjadi informasi yang digunakan untuk melihat efektifitas dan efisiensi pelayanan yang dilakukan oleh pemberi layanan yang dikontrak.

Untuk memperoleh gambaran utilisasi pelayanan kesehatan dapat menggunakan salah satu parameter berikut, yaitu angka kunjungan rawat jalan, angka hari rawat inap, biaya rata-rata pelayanan kesehatan, dan angka rujukan. Biaya rata-rata pelayanan kesehatan adalah rata-rata biaya per pelayanan, baik untuk rawat jalan tingkat pertama, rawat jalan tingkat lanjut, rawat inap, kegawat daruratan. Dengan mengamati biaya rata-rata pelayanan kesehatan secara periodik, akan

diketahui pula bagaimana kecenderungan yang terjadi. Seringkali terjadi kenaikan biaya yang tidak terlihat apabila kita hanya melihat besarnya tagihan yang tertera pada tagihan klaim saja. Biaya rata-rata pelayanan kesehatan juga bermanfaat apabila kita akan melakukan negosiasi dengan pemberi pelayanan kesehatan.

Mitra Kesehatan Jaya merupakan salah satu unit usaha Kopkesja yang telah memiliki izin operasional dari Departemen Kesehatan dengan No: 942/BM/DJ/BPSM/VI/1999 sebagai Bapel JPKM. Seperti halnya *Managed Care* Mitra Kesehatan Jaya melakukan kontrak dengan Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK). Jenis PPK yang melakukan kontrak dengan Mitra Kesehatan Jaya bervariasi mulai dari pelayanan tingkat pertama (klinik dan Puskesmas), pelayanan tingkat kedua (klinik spesialis dan laboratorium), rawat inap (RS), dan pelayanan obat-obatan (apotek). Kontrak dengan pemberi pelayanan kesehatan merupakan salah satu cara Mitra Kesehatan Jaya dalam menjaga kepuasan peserta sekaligus upaya dalam pengendalian biaya. Peserta Mitra Kesehatan Jaya sebagian besar berada di wilayah Jakarta, Bogor, Depok, Tangerang dan Bekasi. Dari wilayah tersebut peserta Mitra Kesehatan Jaya paling banyak berada di Jakarta Timur. Sebaran peserta Mitra Kesehatan Jaya dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 1.1 Total Peserta Mitra Kesehatan Jaya Periode 2007
Berdasarkan Wilayah**

No	Wilayah	Total Peserta
1	Jak Tim	972
2	Jak Sel	300
3	Depok	184
4	Bekasi	158
5	Tangerang	134
6	Bogor	106
7	Jak Bar	87
8	Jak Ut	50
9	Jak Pus	44

Dari tabel di atas dapat dilihat total peserta terbanyak adalah wilayah Jakarta Timur dan yang terendah adalah wilayah Jakarta Pusat.

Upaya kendali biaya lainnya yang dilakukan oleh Mitra Kesehatan Jaya adalah dengan menyelenggarakan telaah utilisasi. Terdapat bagian yang khusus melakukan telaah utilisasi di Mitra Kesehatan Jaya. Telaah utilisasi prospektif dilakukan oleh Bagian Hubungan Pemberi Pelayanan Kesehatan yang berada di Divisi Pelayanan Kesehatan yang dilakukan dengan cara pemberian surat jaminan dan manajemen kasus. Telaah utilisasi retrospektif dilakukan oleh Bagian *Utilization Review* dan Kepesertaan yang berada di Divisi Operasional dengan menganalisa data klaim dari pemberi pelayanan kesehatan. Berikut adalah tagihan klaim oleh pemberi pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama Mitra Kesehatan Jaya berdasarkan wilayah dan diurutkan dari nominal tagihan tertinggi ke nominal tagihan terendah.

Tabel 1.2 Total Tagihan Klaim Pemberi Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama Mitra Kesehatan Jaya Periode 2007

No	Wilayah	Total Tagihan
1	Jak Tim	15,902,862
2	Depok	14,623,000
3	Jak Sel	5,163,975
4	Jak Pus	4,999,112
5	Bekasi	884,450
6	Jak Bar	564,800
7	Jak Ut	350,500
8	Bogor	314,150
9	Tangerang	184,000

Telaah utilisasi retrospektif khususnya pada pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama yang dilakukan oleh *Bagian Utilization Review* dan Kepesertaan Mitra Kesehatan Jaya, berupa rasio angka kunjungan dan penghitungan *unit cost* (biaya per unit). Penghitungan biaya rata-rata pelayanan kesehatan belum pernah dilakukan sebelumnya. Biaya rata-rata pelayanan kesehatan sangat berguna bagi Mitra Kesehatan Jaya untuk melakukan negosiasi ke pemberi pelayanan kesehatan dalam penetapan tarif layanan, khususnya bagi klinik dengan sistem pembayaran *fee for service* (biaya untuk tiap layanan). Terlebih lagi pemberi pelayanan kesehatan yang melakukan kontrak dengan Mitra Kesehatan Jaya untuk rawat jalan tingkat pertama lebih banyak dibayar dengan sistem *fee for service* yang sudah dinegosiasikan sebelumnya. Sistem pembayaran seperti ini banyak menghabiskan biaya pelayanan kesehatan bila dibandingkan dengan kapitasi. Banyaknya pemberi pelayanan kesehatan untuk rawat jalan tingkat pertama yang masih dibayar dengan

sistem *fee for service* yang sudah dinegosiasikan sebelumnya, dikarenakan peserta Mitra Kesehatan Jaya tidak terlalu banyak, sehingga sulit untuk menerapkan sistem pembayaran kapitasi. Berikut jumlah pemberi pelayanan kesehatan Mitra Kesehatan Jaya berdasarkan sistem pembayarannya

Tabel 1.3 Pemberi Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama Mitra Kesehatan Jaya Berdasarkan Sistem Pembayaran

Wilayah	Cara Bayar		Total
	FFS	Kapitasi	
Bekasi	6	2	8
Bogor	1	0	1
Cikampek	6	0	6
Depok	3	0	3
Jak-Bar	5	1	6
Jak-Pus	5	0	5
Jak-Sel	4	2	6
Jak-Tim	8	3	11
Jak-Ut	2	0	2
Karawang	3	2	5
Serang	1	0	1
Tangerang	2	1	3
Grand Total	46	11	57

Selama tahun 2007 dilihat berdasarkan total pesertanya wilayah Jakarta Pusat menduduki peringkat terbawah, yaitu sebesar 44. Namun bila dilihat dari total tagihan klaim dari pemberi pelayanan kesehatan wilayah tersebut menduduki peringkat ke empat, yaitu sebesar Rp. 4,999,112.

Oleh sebab itu, penulis merasa dengan melihat rendahnya total peserta sedangkan biaya tagihan klaim yang cukup tinggi pada tahun 2007 untuk pemberi pelayanan kesehatan dengan sistem pembayaran *fee for service* di wilayah Jakarta Pusat dan belum pernah dilakukannya telaah utilisasi rawat jalan tingkat pertama dengan melihat biaya rata-rata pelayanan kesehatan pada tahun 2007 oleh Bagian *Utilization Review* dan Kepesertaan Mitra Kesehatan Jaya, hal ini perlu diteliti lebih

lanjut untuk mendapatkan gambaran sebenarnya dari biaya rata-rata pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama klinik *fee for service* wilayah Jakarta Pusat Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Mitra Kesehatan Jaya periode 2007.

1.2 Perumusan Masalah

Dari latar belakang diatas, permasalahan yang terjadi adalah Jakarta Pusat merupakan wilayah dimana total peserta paling rendah, namun memiliki total tagihan klaim di tahun 2007 keempat terbanyak. Bagian *Utilization Review* dan Kepesertaan belum pernah melakukan telaah utilisasi dengan menggunakan analisa biaya rata-rata pelayanan kesehatan. Sehingga penulis merasa biaya rata-rata pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama klinik *fee for service* wilayah Jakarta Pusat Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Mitra Kesehatan Jaya periode 2007 penting untuk diteliti.

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimanakah gambaran biaya rata-rata pelayanan kesehatan dilihat dari segi perusahaan peserta pada pelayanan rawat jalan tingkat pertama di klinik *fee for service* wilayah Jakarta pada peserta Pusat Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Mitra Kesehatan Jaya periode 2007 ?
2. Bagaimanakah gambaran biaya rata-rata pelayanan kesehatan dilihat dari segi status kepesertaan pada pelayanan rawat jalan tingkat pertama di klinik *fee for service* wilayah Jakarta pada peserta Pusat Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Mitra Kesehatan Jaya periode 2007 ?

3. Bagaimanakah gambaran biaya rata-rata pelayanan kesehatan dilihat dari segi jenis kelamin pada pelayanan rawat jalan tingkat pertama di klinik *fee for service* wilayah Jakarta pada peserta Pusat Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Mitra Kesehatan Jaya periode 2007?
4. Bagaimanakah gambaran biaya rata-rata pelayanan kesehatan dilihat dari segi umur pada pelayanan rawat jalan tingkat pertama di klinik *fee for service* wilayah Jakarta pada peserta Pusat Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Mitra Kesehatan Jaya periode 2007
5. Bagaimanakah gambaran biaya rata-rata pelayanan kesehatan dilihat dari segi pemberi pelayanan kesehatan pada pelayanan rawat jalan tingkat pertama di klinik *fee for service* wilayah Jakarta pada peserta Pusat Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Mitra Kesehatan Jaya periode 2007?
6. Bagaimanakah gambaran biaya rata-rata pelayanan kesehatan rawat dari segi diagnosa pada pelayanan rawat jalan tingkat pertama di klinik *fee for service* wilayah Jakarta pada peserta Pusat Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Mitra Kesehatan Jaya periode 2007 ?
7. Bagaimanakah gambaran biaya rata-rata pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama di klinik *fee for service* wilayah Jakarta pada peserta Pusat Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Mitra Kesehatan Jaya periode 2007?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Utama

Diketuainya gambaran biaya rata-rata pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama klinik *fee for service* wilayah Jakarta Pusat Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Mitra Kesehatan Jaya periode 2007

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Diketuainya gambaran biaya rata-rata pelayanan kesehatan dilihat dari segi perusahaan peserta, status kepesertaan, jenis kelamin, dan umur pada pelayanan rawat jalan tingkat pertama di klinik *fee for service* wilayah Jakarta pada peserta Pusat Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Mitra Kesehatan Jaya periode 2007
2. Diketuainya gambaran biaya rata-rata pelayanan kesehatan dilihat dari segi pemberi pelayanan kesehatan pada pelayanan rawat jalan tingkat pertama di klinik *fee for service* wilayah Jakarta pada peserta Pusat Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Mitra Kesehatan Jaya periode 2007
3. Diketuainya gambaran biaya rata-rata pelayanan kesehatan dari segi diagnosa pada pelayanan rawat jalan tingkat pertama di klinik *fee for service* wilayah Jakarta pada peserta Pusat Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Mitra Kesehatan Jaya periode 2007
4. Memberikan masukan dalam melakukan telaah utilisasi dengan menggunakan analisa biaya rata-rata pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama di klinik *fee for service* wilayah Jakarta pada peserta Pusat Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Mitra Kesehatan Jaya periode 2007

1.5 Manfaat Penelitian

Manfaat aplikatif yang diperoleh dari adanya penelitian ini adalah :

1.5.1. Bagi Perusahaan (Mitra Kesehatan Jaya)

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan informasi dan masukan kepada Mitra Kesehatan Jaya mengenai gambaran biaya rata-rata pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama klinik *fee for service wilayah* Jakarta Pusat periode 2007

1.5.2 Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Hasil penelitian ini semoga dapat menambah referensi dan bahan bacaan dalam bidang telaah utilisasi pada asuransi kesehatan khususnya telaah utilisasi dengan menggunakan biaya rata-rata pelayanan kesehatan sebagai parameternya.

1.5.3 Bagi Penulis

Penelitian ini dapat menambah wawasan dan pengetahuan penulis khususnya mengenai telaah utilisasi dengan menggunakan biaya rata-rata pelayanan kesehatan sebagai parameternya.

1.6 Ruang Lingkup

Jenis penelitian yang digunakan dalam meneliti gambaran telaah utilisasi pelayanan rawat jalan klinik *fee for service wilayah* Jakarta Pusat Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Mitra Kesehatan Jaya periode 2007 adalah penelitian kuantitatif deskriptif, desain penelitian *cross sectional* dengan mengambil data sekunder. Subjek penelitian ini adalah data dari tagihan klaim klinik *fee for service*, data kepesertaan dan data daftar pemberi pelayanan

kesehatan Mitra Kesehatan Jaya Periode 2007. Penelitian ini dilakukan karena total biaya tagihan klaim klinik *fee for service* wilayah Jakarta Pusat keempat tertinggi, sedangkan rata-rata jumlah peserta tiap bulannya paling rendah selama tahun 2007. Terlebih lagi Bagian *Utilization Review* dan Kepesertaan belum pernah melakukan telaah utilisasi dengan analisa biaya rata-rata pelayanan kesehatan.

