

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengertian Asuransi

Definisi asuransi menurut Undang-undang No.2 tahun 1992 tentang asuransi adalah “.....perjanjian antara kedua belah pihak atau lebih dengan mana pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung dengan menerima premi asuransi, untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan, 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 “

Menurut kamus Webster New Universal Unbridged Dictionary (1995), seperti dikutip oleh Thabrany (1998), asuransi adalah : “.....*a system of protection against loss in which a number of individuals agree to pay certain sums for a guarantee that will be compensated for any specified loss by fire, accident, death, etc*”

Dua definisi di atas merupakan definisi asuransi secara umum, sedangkan definisi asuransi kesehatan yang dikemukakan oleh Black and Skipper (1994), seperti dikutip Thabrany (1998) adalah “.....*a social instrument whereby individuals transfer the financial risks associated with loss of health to the group of individuals, and whisch involves the accumulation of funds by the group from these individual to meet the uncertain financial losses from an illness or for prevention of an illness*”

Asosiasi Asuransi Kesehatan Amerika (HIAA, 1997) mendefinisikan asuransi sebagai berikut “ *Health insurance (sometimes called accident and health or sickness*

and accident insurance) is designed to ease the financial burden caused by adverse changes in health from either sickness or injury. Health insurance is designed to protect against the risk that health care services will be needed or that an individual will be unable to work due to illness or injury”

2.2 Managed Care

Menurut Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yang bekerjasama dengan PT (Persero) Asuransi Kesehatan dalam bukunya *Managed Care* Bagian A (2001), *Managed Care* adalah sebagai suatu sistem yang mengintegrasikan pembiayaan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan memiliki ciri-ciri sebagai berikut :

1. Menilai penggunaan menyeluruh
2. Memantau dan menganalisa pola-pola praktek dokter
3. Menggunakan tenaga dokter pelayanan primer dan pemberi pelayanan lainnya untuk pasien
4. Menjaga agar pasien dilayani secara efisien dan bermutu tinggi
5. Program dengan mutu yang senantiasa diperbaiki
6. Sistem pembayaran yang menekankan kesesuaian antara jasa dokter, rumah sakit, dan pemberi pelayanan kesehatan lainnya dengan biaya dan kualitas pelayanan kesehatan

Pada *Managed Care*, organisasi melakukan kontrak dengan Pemberi Pelayanan Kesehatan. Secara umum Pemberi Pelayanan Kesehatan setuju menyediakan pelayanan tertentu kepada peserta dengan tarif diskon, tarif kesepakatan atau kapitasi. Pemberi pelayanan kesehatan juga setuju untuk mematuhi persyaratan

administrasi, umumnya terkait dengan manajemen pelayanan medis dan pembayaran klaim.

Pemberi pelayanan kesehatan juga ikut menanggung risiko finansial untuk biaya dan jumlah pelayanan tertentu yang diberikan kepada peserta. Dalam kontraknya pemberi pelayanan kesehatan juga memiliki insentif untuk mengendalikan biaya, mempromosikan penggunaan pelayanan preventif dan memelihara kepuasan peserta pada tingkat tertentu. Tujuan sistem ini adalah agar Pemberi Pelayanan Kesehatan mengurangi pelayanan yang tidak perlu secara medis dan mengendalikan biaya sambil tetap mempertahankan atau meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan tingkat kepuasan peserta (Ilyas, Yaslis 2003)

2.3 Bentuk-bentuk Organisasi *Managed Care*

Bentuk-bentuk dari organisasi *Managed Care* adalah sebagai berikut :¹

1. HMO (*Health Maintenance Organization*)

HMO memiliki ciri-ciri sebagai berikut :

- a. Hubungan yang lebih erat dengan pemberi pelayanan kesehatan
- b. Adanya sebagian risiko finansial untuk biaya dan volume pelayanan medis yang diberikan kepada peserta
- c. Pemberi pelayanan kesehatan memiliki tanggung jawab yang lebih besar dalam hal fungsi administrasi (misalnya : kredensialing, otorisasi, dan pembayaran klaim)

Dalam sebuah HMO, peserta atau perusahaan membayar premi bulanan atau tahunan yang tetap jumlahnya untuk seluruh pelayanan yang ditawarkan. HMO

¹ Idem

mengasumsikan risiko bahwa biaya pelayanan tidak akan melebihi premi tersebut.

HMO memiliki 4 model, yaitu diantaranya :

- a. HMO Model Staf dimana asuradur memiliki fasilitas kesehatan sendiri dengan memperkerjakan dokter dan tenaga kesehatan lainnya. HMO model ini biasanya membutuhkan modal yang besar namun menawarkan paket pelayanan yang lengkap bagi pesertanya.
- b. HMO Model Kelompok dimana asuradur melakukan kontrak dengan kelompok multi spesialis untuk memberikan pelayanan bagi peserta program. Para dokter bukan pegawai HMO, namun diperkerjakan oleh kelompok praktek. HMO model ini membutuhkan modal yang lebih sedikit dibandingkan dengan HMO model staf namun pemberi pelayanan kesehatan terbatas dalam segi wilayah dan jumlahnya.
- c. HMO Model IPA (*Independent Practice Association*) dimana asuradur mengadakan kontrak dengan dokter yang praktek pribadi baik secara individual maupun kelompok yang terorganisir. Para dokter IPA tetap berpraktek pribadi, dengan memandang pasien HMO sebagai bagian dari prakteknya. Dengan melakukan kontrak melalui IPA, HMO dapat mengurangi beban negosiasi dan pemasaran dengan sejumlah dokter, serta pada model ini modal yang dibutuhkan pun relatif kecil. Namun jika dibandingkan dengan HMO model staf, pada model ini asuradur lebih sulit dalam mengendalikan pola praktek pelayanan dokter.
- d. HMO Model Jaringan atau Campuran dimana asuradur mengadakan kontrak dengan sejumlah IPA atau praktek kelompok untuk memberikan pelayanan

kesehatan bagi pesertanya. Model ini menawarkan partisipasi paling luas di HMO dan seperti halnya HMO model IPA, model ini sulit dalam mengedalikan pola praktek pelayanan dokter.

2. PPO (*Preferred Provider Organization*)

PPO adalah organisasi *Managed Care* yang terdiri atas suatu kelompok rumah sakit, dokter, dan pemberi pelayanan kesehatan lainnya yang mengadakan kontrak dengan asuransi, perusahaan, administrator pihak ketiga, atau kelompok sponsor lainnya untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi pesertanya. PPO memberikan pelayanan kesehatan yang luas bagi pesertanya seperti :

- a. Memberikan pilihan yang lebih luas kepada peserta untuk tetap menggunakan jaringan pemberi pelayanan kesehatan
- b. Memungkinkan Pemberi Pelayanan Kesehatan melakukan rujukan pasien kepada dokter lain di dalam jaringan tanpa harus memutuskan rantai rujukan
- c. Memungkinkan kontrak ganda sehingga mengurangi kemungkinan Pemberi Pelayanan Kesehatan memutuskan hubungan kontrak dengan asuradur
- d. Membantu pengendalian biaya karena pada akhirnya proporsi orang yang berobat di dalam jaringan, dengan biaya diskon akan lebih besar

Kerugian dari PPO adalah kurang dapat mengontrol perilaku pemberi pelayanan kesehatan. PPO kurang berupaya keras melakukan penilaian pemanfaatan pelayanan dan juga kurang tegas terhadap persoalan biaya, khususnya jika tidak ada dokter keluarga atau tipe lain dari menanggung risiko bersama.

3. EPO (*Exclusive Provider Organization*)

EPO merupakan gambaran PPO yang lebih terbatas dan dikontrol lebih ketat. Meskipun kriteria bagi keikutsertaan pemberi pelayanan kesehatan mungkin

sama dengan yang ada dalam PPO, banyak EPO melakukan seleksi dan proses kredensial atas Pemberi Pelayanan Kesehatan secara lebih ketat. Oleh sebab itu, banyak jaringan EPO mempunyai kelompok kecil dokter yang sudah dinilai. Artinya pasien mendapat akses pelayanan dokter yang tinggi kualitasnya, akan tetapi pilihan terhadap pemberi pelayanan kesehatan menjadi terbatas. Karena pilihan pemberi pelayanan kesehatan yang sangat terbatas EPO kurang disukai oleh peserta

4. POS (*Point of Service Plans*)

POS adalah model *Managed Care* yang relatif baru dan merupakan salah satu pilihan yang cepat berkembang. POS mengkombinasikan ciri-ciri HMO dengan PPO. Program ini menyediakan pelayanan kesehatan yang komprehensif seperti HMO dan peserta dapat menggunakan pelayanan kesehatan yang sudah ada dalam jaringan atau yang di luar jaringan dengan membayar selisih biaya pelayanan yang tidak termasuk program. POS lebih menarik bagi perusahaan dan pembeli jasa asuransi kesehatan lainnya karena fleksibilitasnya. Aspek negatif POS adalah kurangnya kontrol yang tersedia bagi asuradur untuk penggunaan pemberi pelayanan kesehatan di luar jaringan.

2.4 Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat

Menurut Undang-undang No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan pasal 1 ayat 15 ”Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) adalah suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna berdasarkan azas usaha bersama dan kekeluargaan, yang berkesinambungan dan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara pra upaya”

Tujuan dari JPKM adalah mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui pemeliharaan kesehatan paripurna yang bermutu dan merata dengan pengendalian biaya yang berasal dari pesertanya. Karena fungsi pemeliharaan kesehatan dan fungsi pembiayaan kesehatan saling mempengaruhi, maka efisiensi dan efektivitas yang optimal hanya dapat diperoleh dengan suatu keterpaduan dalam melaksanakan kedua fungsi tersebut².

Pelaku yang terlibat dalam JPKM ada empat, yaitu peserta, pemberi pelayanan kesehatan, Badan Penyelenggara (Bapel), dan Badan Pembina. Hubungan antara ketiga pelaku yang disebutkan pertama diatur dalam suatu ikatan kerjasama dan diawasi serta dibina oleh Badan Pembina.

Dalam pelaksanaannya JPKM diwujudkan melalui penerapan beberapa mekanisme pengelolaan diantaranya yaitu, melakukan ikatan kerjasama antara Bapel dengan pemberi pelayanan kesehatan, pembayaran pemberi pelayanan kesehatan oleh Bapel dilakukan secara prospektif yang disertai dengan sistem *risk-profit sharing*, adanya mekanisme jaga mutu dan pemantauan pemanfaatan oleh Bapel, adanya mekanisme pemantauan keluhan peserta maupun pemberi pelayanan kesehatan dan adanya pemeliharaan kesehatan paripurna yang berbentuk suatu paket pemeliharaan kesehatan dasar yang distruktur sesuai kebutuhan medis³.

2.5 Teknik Mengontrol Biaya

Kompensasi pemberi pelayanan kesehatan merupakan alat yang penting dalam mengontrol biaya dalam program *Managed Care*. Kompensasi meliputi hal-hal

² Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) : Pengertian dan Pelaksanaannya, Departemen Kesehatan RI 1997

³ Bunga Rampai Pengembangan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) di Indonesia, Pusat Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan Depkes RI 1997

seperti menanggung bersama risiko (*risk sharing*) dan insentif yang akhirnya mempengaruhi perilaku Pemberi Pelayanan Kesehatan. Tipe-tipe kompensasi bagi Pemberi Pelayanan Kesehatan tersebut antara lain sebagai berikut :

1. Gaji

Sistem pembayaran model ini biasanya diterapkan pada HMO model staf. Biasanya 20 persen dari gaji disimpan hingga kinerja program kesehatan dinilai pada akhir tahun. Jika tujuan finansial tercapai bagian itu akan diberikan kepada dokter pelayanan primer, dan jika terjadi kerugian jumlah yang disimpan itu tidak akan diberikan kepada dokter pelayanan primer, melainkan digunakan untuk menutupi kerugian program *Managed Care*

2. Kapitasi

Sejumlah uang dibayarkan ke pemberi pelayanan kesehatan dengan jumlah tetap per bulan per anggota, tanpa memperhatikan jumlah kunjungan atau biaya pelayanan. Dua macam penyesuaian yang paling sering dilakukan untuk kapitasi adalah umur dan jenis kelamin.

3. Per Diem

Pembayaran yang jumlahnya tetap per hari untuk pelayanan yang diberikan. Per diem biasanya dibayarkan kepada rumah sakit untuk pasien rawat inap dan dapat dibatasi hingga lama maksimum dirawat di rumah sakit untuk suatu diagnosa khusus.

4. *Diagnosis Related Group* (DRG)

Biaya pukul rata untuk semua pelayanan rawat inap yang dikaitkan dengan suatu diagnosa dan satu episode pelayanan

5. *Budget System*

Sistem pembiayaan dimana pembiayaan pelayanan kesehatan pada suatu kelompok ditetapkan berdasarkan budget tertentu yang telah disepakati bersama

6. *Fee For Services*

Pembayaran berdasarkan pelayanan yang telah diberikan, biasanya per item pemeriksaan, tindakan, terapi dan lain-lain yang diidentifikasi satu persatu kemudian dijumlahkan dan ditagihkan kepada badan askes. Resiko mengarah kepada perusahaan/ pegawai

7. *Global Budget (Anggaran Global)*

Pembayaran kepada pemberi pelayanan kesehatan dengan menyusun suatu anggaran yang telah dinegosiasikan dengan pemberi pelayanan kesehatan dimana satu pembayaran untuk seluruh pelayanan yang diberikan dalam satu episode pelayanan, baik kunjungan klinis, pemeriksaan lab, test diagnostik, obat.

8. *Case Rates (Peringkat Kasus)*

Pembayaran kepada pemberi pelayanan kesehatan berdasarkan peringkat kasus, jumlah biaya relatif tetap besarnya dan dinegosiasikan dengan Pemberi Pelayanan Kesehatan . Hampir sama dengan anggaran global, metode peringkat kasus dapat disesuaikan dengan kondisi tertentu, misalkan suatu kasus butuh pelayanan yang lebih intensif dan lebih mahal

9. *Pembayaran dengan Bonus (Bonus Payment)*

Pembayaran tambahan kepada pemberi pelayanan kesehatan karena kinerja tertentu telah dilakukan oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan, misalkan pemberi pelayanan kesehatan melakukan pelayanan preventif atau promotif

2.6 Telaah Utilisasi

Telaah utilisasi adalah kegiatan untuk memantau dan menilai penggunaan pemeliharaan kesehatan yang dilakukan dengan mengumpulkan data dari seluruh tingkat pelayanan kesehatan⁴. Telaah utilisasi bertujuan untuk menurunkan atau meminimalkan pemberian pelayanan kesehatan yang tidak perlu. Sebaliknya justru akan meningkatkan pelayanan kesehatan dan penggunaannya secara wajar, sesuai dengan kebutuhannya.

Menurut Depkes (2003) Untuk memperoleh gambaran utilisasi pelayanan kesehatan dapat digunakan salah satu parameter sebagai berikut :

1. Angka kunjungan rawat jalan (*visit rate*)

Angka kunjungan rawat jalan adalah rata-rata jumlah kunjungan rawat jalan dari seluruh peserta ke sarana pelayanan kesehatan dalam kurun waktu tertentu.

2. Angka hari rawat inap (*length of stay*)

Angka hari rawat inap adalah rata-rata lama hari rawat inap tiap pasien pada sarana pelayanan kesehatan dalam kurun waktu tertentu

3. Biaya rata-rata pelayanan kesehatan

Biaya rata-rata pelayanan kesehatan adalah rata-rata biaya per pelayanan, baik untuk rawat jalan tingkat pertama, rawat jalan tingkat lanjut, rawat inap dan kegawat daruratan.

4. Angka rujukan

Angka rujukan adalah rata-rata jumlah kasus yang dirujuk dari tingkat pelayanan yang rendah ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi maupun pada tingkat

⁴ Pemantauan Utilisasi Dalam Pelayanan Kesehatan Terkendali : Pengertian dan Pelaksanaannya, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan RI, 2003

pelayanan yang sama tetapi mempunyai fasilitas atau kemampuan lebih baik dalam kurun waktu tertentu.

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.

2.6.1 Telaah Utilisasi Prospketif

Telaah prospektif didesain untuk menentukan kebutuhan pelayanan kesehatan sebelum pelayanan tersebut diberikan, utamanya dalam pengelolaan pelayanan rumah sakit. Telaah ini dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut :

a. Manajemen Kasus

Suatu pendekatan terencana untuk memberikan pelayanan atau pengobatan kepada tertanggung yang mengalami masalah kesehatan yang serius. Pendekatan ini dimaksudkan untuk mengatur biaya dan promosi kearah intervensi yang lebih efektif untuk memenuhi kebutuhan pasien. Manajemen kasus juga dapat diartikan sebagai suatu kolaborasi proses penilaian, perencanaan, pengkoordinasian, monitoring dan evaluasi terhadap kebutuhan pelayanan kesehatan tertentu, terutama untuk kasus-kasus penyakit yang serius yang biasanya dilakukan oleh seorang professional asuransi kesehatan atau dokter.

b. *Preadmission Certification* (Sertifikasi Rawat Inap)

Suatu surat yang dikeluarkan oleh perusahaan asuransi, yang menyatakan bahwa seorang peserta diperbolehkan untuk dirawat dengan tindakan perawatan, kelas perawatan serta waktu yang sesuai dengan penyakit dan perjanjian di dalam polis. *Preadmission certification* dikenal juga dengan nama surat jaminan.

c. *Outpatient Certification* (Sertifikasi Tindakan)

Suatu pengesahan terhadap jenis pemeriksaan penentuan diagnosa, jenis tindakan serta alat kesehatan yang diperlukan untuk bertanggung.

d. *Referral Authorization* (Otorisasi Rujukan)

Suatu cara untuk memastikan bahwa kebutuhan rujukan ke pelayanan spesialis benar-benar dibutuhkan. Biasanya pada *Managed Care* otoritas ini diberikan kepada dokter keluarga.

e. *Second Opinion* (Opini Kedua)

Merupakan pendapat dari dokter ahli lain untuk meyakinkan atau mendukung bahwa tindakan atau perawatan yang direkomendasikan tersebut memang perlu dilakukan. Opini kedua juga sering dibutuhkan dalam *surgical review*, karena tindakan operasi membutuhkan biaya yang cukup mahal.

2.6.2 Concurrent Review

Telaah utilisasi dilakukan ketika pelayanan diberikan kepada peserta. Teknik yang biasa dilakukan adalah dengan melakukan penilaian terhadap *length of stay* (LOS), *discharge planning*, serta *continued stay review*. Konsep concurrent review meliputi penentuan apakah pengobatan dan perawatan rawat inap perlu dilanjutkan, karena dengan *concurrent review* dapat mengurangi lama hari rawat, maka hal ini akan berpotensi untuk mengurangi biaya-biaya.

a. *Maximum Length of Stay (MaxLOS)*

Pendekatan yang biasa dilakukan dalam menelaah utilisasi rumah sakit adalah dengan menetapkan batasan lama hari rawat inap. Penentuan LOS maksimum didasarkan kepada *International Clasification Disease (ICD)* atau *Diagnosis Related Group* yang memiliki konsep yang serupa.

b. *Discharge Planning*

Rencana perawatan lanjutan setelah keluar dari rumah sakit disesuaikan dengan kondisi kesehatan pasien. *Discharge planning* sebaiknya telah ada sedini mungkin pada saat pasien dirawat di rumah sakit. *Discharge planning* menjamin bahwa pasien mendapatkan perawatan yang sesuai setelah dirawat di rumah sakit.

c. *Continued Stay Review*

Suatu telaah medis yang dilakukan diluar rumah sakit selama peserta dirawat. Telaah ini berdasarkan pada hasil pembicaraan melalui telepon antara koordinator rumah sakit dengan staf telaah utilisasi. Hubungan via telepon dilakukan untuk mengetahui kondisi pasien sampai pasien boleh keluar.

2.6.3 Telaah Retrospektif

Telaah retrospektif dilakukan setelah pelayanan diberikan kepada peserta. Telaah retrospektif umumnya dilakukan dengan telaah klaim dan telaah terhadap pola-pola utilisasi pelayanan kesehatan.

Telaah retrospektif terhadap klaim-klaim memungkinkan asuransi atau pemegang polis kumpulan untuk membuat suatu profil utilisasi untuk digunakan dalam pengawasan terhadap kecenderungan yang terjadi.

Cara lain untuk melihat bagaimana pola pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah didasarkan pada pencermatan terhadap perubahan yang terjadi dalam kurun waktu tertentu. Pola perubahan atau kecenderungan (trend) seringkali dapat diikuti setelah melakukan pengamatan atau pengumpulan data berkali-kali dan teratur dalam satuan waktu yang berbeda. Pola perubahan yang muncul dalam satu episode seringkali sangat bermanfaat untuk melakukan perencanaan dan antisipasi.⁵

2.7 Sumber Data Telaah Utilisasi

Ilyas, Yaslis (2003) mengemukakan beberapa sumber data yang dapat digunakan untuk melakukan telaah utilisasi, diantaranya yaitu :

1. Data Rekam Medis

Telaah utilisasi dibuat melalui rekam medis. Dari catatan rekam medis dapat diketahui seluruh informasi pelayanan medis yang diterima oleh peserta dari pemberi pelayanan kesehatan

2. Data Pemberi Pelayanan Kesehatan

Data tentang jenis dan jumlah pemberi pelayanan kesehatan seperti dokter umum, dokter spesialis, rumah sakit dan pemberi pelayanan kesehatan lainnya. Disamping itu kita dapat mengetahui lokasi dan sebaran pemberi pelayanan kesehatan apakah sesuai dengan tempat tinggal atau kerja peserta sehingga memberikan kemudahan untuk akses bila membutuhkan pelayanan

3. Survei Peserta

Melakukan survei terhadap peserta, tentunya kita dapat mengembangkan survei dengan tujuan untuk melihat perilaku penggunaan pelayanan

⁵ Idem

kesehatan, kepuasan terhadap paket pelayanan kesehatan dan tujuan-tujuan lainnya yang dianggap penting untuk pengambilan kebijakan manajemen.

4. Data Pembanding

Data pembanding bisa diperoleh dari perusahaan asuransi lain dan data referensi kepustakaan atau biro statistik. Data pembanding bisa digunakan untuk mengetahui karakteristik peserta, umur peserta, kebiasaan berobat dan kondisi kesehatan atau penyakit.

2.8 Model-Model Utilisasi Pelayanan Kesehatan

Dalam bukunya *Mengenal Asuransi Kesehatan : Review Utilisasi, Manajemen Klaim dan Fraud (Kecurangan Asuransi Kesehatan) tahun 2003*, Ilyas, Yaslis memaparkan model-model utilisasi pelayanan kesehatan, yaitu :

2.8.1 Model Andersen (1975)

Andersen mendeskripsikan model sistem kesehatan merupakan suatu model kepercayaan kesehatan yang disebut sebagai model perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan (*behavioral model of health service utilization*). Andersen mengelompokkan factor determinan dalam pemanfaatan pelayanan ke dalam 3 kategori utama, yaitu karakteristik predisposisi, karakteristik kemampuan dan karakteristik kebutuhan, yang penjelasannya sebagai berikut :

1. Karakteristik Predisposisi

Karakteristik ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda. Hal ini disebabkan karena adanya cirri-ciri individu yang digolongkan ke dalam 3 kelompok, yaitu :

- a. Ciri-ciri demografi, seperti jenis kelamin, umur dan status perkawinan
- b. Struktur sosial, seperti tingkat pendidikan, pekerjaan, hobi, ras, agama, dan sebagainya
- c. Kepercayaan kesehatan, seperti keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit

2. Karakteristik Kemampuan

Karakteristik kemampuan adalah sebagai keadaan atau kondisi yang membuat seseorang mampu untuk melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhannya terhadap pelayanan kesehatan. Andersen (1975) membaginya ke dalam 2 golongan, yaitu :

- a. Sumber daya keluarga, yang termasuk di dalamnya adalah penghasilan keluarga, keikutsertaan dalam asuransi kesehatan, kemampuan membeli jasa pelayanan kesehatan dan pengetahuan tentang informasi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan
- b. Sumber daya masyarakat, yang termasuk di dalamnya adalah jumlah sarana pelayanan kesehatan yang ada, jumlah tenaga kesehatan yang tersedia dalam wilayah tersebut, rasio penduduk terhadap tenaga kesehatan, dan lokasi pemukiman penduduk. Asumsi Andersen adalah semakin banyak sarana dan jumlah tenaga kesehatan, maka tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan suatu masyarakat akan semakin bertambah

3. Karakteristik Kebutuhan

Dalam hal ini karakteristik kebutuhan merupakan komponen yang paling langsung berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Andersen (1975) menggunakan istilah kesakitan untuk mewakili kebutuhan pelayanan

kesehatan. Penilaian terhadap suatu penyakit merupakan bagian dari faktor kebutuhan. Penilaian kebutuhan ini dapat diperoleh dari dua sumber, yaitu :

- a. Penilaian individu, merupakan penilaian keadaan kesehatan yang dirasakan oleh individu, besarnya ketakutan terhadap penyakit dan hebatnya rasa sakit yang diderita
- b. Penilaian klinik, merupakan penilaian beratnya penyakit dari dokter yang merawatnya. Hal ini tercermin antara lain dari hasil pemeriksaan dan penentuan diagnosis penyakit oleh dokter

2.8.2 Model Zschock (1979)

Zschock menyatakan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi seseorang menggunakan pelayanan kesehatan, yaitu :

1. Status Kesehatan, Pendapatan, dan Pendidikan

Faktor status kesehatan mempunyai hubungan yang erat dengan penggunaan pelayanan kesehatan meskipun tidak selalu demikian fenomenanya. Artinya, makin tinggi status kesehatan seseorang maka ada kecenderungan orang tersebut banyak menggunakan pelayanan kesehatan. Tingkat pendapatan seseorang sangat mempengaruhi dalam menggunakan pelayanan kesehatan. Seseorang yang tidak memiliki pendapatan dan biaya yang cukup akan sangat sulit mendapatkan pelayanan kesehatan meskipun dia sangat membutuhkan pelayanan tersebut. Akibatnya adalah tidak terdapatnya kesesuaian antara kebutuhan dan permintaan terhadap pelayanan kesehatan. Biasanya orang dengan tingkat pendidikan formal lebih tinggi akan mempunyai tingkat pengetahuan akan informasi tentang pelayanan kesehatan yang lebih baik dan pada akhirnya akan mempengaruhi status kesehatan seseorang.

2. Faktor Konsumen dan Pemberi Pelayanan Kesehatan

Provider sebagai pemberi jasa pelayanan mempunyai peranan yang lebih besar dalam menentukan tingkat dan jenis pelayanan yang akan dikonsumsi bila dibandingkan dengan konsumen sebagai pembeli jasa pelayanan. Hal ini sangat memungkinkan *provider* melakukan pemeriksaan dan tindakan yang sebenarnya tidak diperlukan bagi pasien. Pada beberapa daerah yang sudah maju dan pelayanan kesehatannya banyak, masyarakat dapat menentukan pilihan terhadap *provider* yang sesuai dengan keinginannya. Tetapi bagi masyarakat dengan sarana dan fasilitas kesehatan terbatas maka tidak ada pilihan lain kecuali menyerahkan semua keputusan tersebut kepada *provider* yang ada

3. Kemampuan dan Penerimaan Pelayanan Kesehatan

Kemampuan membayar pelayanan kesehatan berhubungan erat dengan tingkat penerimaan pelayanan kesehatan. Pihak ketiga (perusahaan asuransi) pada umumnya cenderung membayar pembiayaan kesehatan tertanggung lebih besar dibanding dengan perorangan. Sebab itu, pada negara dimana asuransi kesehatan sosial lebih dominan atas komersial atau sistem asuransi kesehatan nasional, peranan asuradur sangat penting dalam menentukan penggunaan pelayanan kesehatan.

4. Resiko Sakit dan Lingkungan

Faktor resiko dan lingkungan juga mempengaruhi tingkat utilisasi pelayanan kesehatan seseorang. Resiko sakit tidak sama pada setiap individu dan datangnya penyakit tidak terduga pada masing-masing individu. Disamping itu, faktor lingkungan sangat mempengaruhi status kesehatan individu maupun masyarakat.

Lingkungan hidup yang memenuhi persyaratan kesehatan memberikan risiko sakit yang lebih rendah kepada individu dan masyarakat

2.8.3 Model Andersen dan Anderson (1979)

Andersen dan Anderson, menggolongkan model yang dilakukan dalam penelitian utilisasi pelayanan kesehatan kedalam tujuh kategori berdasarkan tipe dari variabel yang digunakan sebagai faktor yang menentukan dalam utilisasi pelayanan kesehatan, yaitu :

1. Model Demografi

Pada model ini, variabel-variabel yang dipakai adalah umur, seks, status perkawinan, dan besarnya keluarga. Variabel ini digunakan sebagai ukuran atau indikator yang mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan

2. Model Struktur Sosial

Di dalam model ini, variabel yang dipakai adalah pendidikan, pekerjaan dan etnis. Variabel ini mencerminkan status sosial dari individu atau keluarga dalam masyarakat, yang juga dapat menggambarkan tentang gaya hidup mereka. Struktur sosial dan gaya hidup masyarakat ini akan menggambarkan tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat itu sendiri.

3. Model Sosial Psikologis

Dalam model ini, variabel yang dipakai adalah pengetahuan, sikap dan keyakinan individu dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Variabel psikologi ini mempengaruhi individu untuk mengambil keputusan dan bertindak dalam menggunakan pelayanan kesehatan yang tersedia.

4. Model Sumber Keluarga

Dalam model ini variabel yang dipakai adalah pendapatan keluarga dan cakupan asuransi kesehatan. Variabel ini dapat mengukur kesanggupan dari individu atau keluarga untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Makin komprehensif paket asuransi kesehatan yang sanggup dibeli oleh individu, makin terjamin pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dapat dikonsumsi oleh individu

5. Model Sumber Daya Masyarakat

Pada model ini variabel yang digunakan adalah penyediaan pelayanan kesehatan dan sumber-sumber di dalam masyarakat. Pada dasarnya model sumber daya masyarakat ini adalah suplai ekonomis yang berfokus pada ketersediaan sumber kesehatan pada masyarakat. Artinya, makin banyak Pemberi Pelayanan Kesehatan yang tersedia, makin tinggi aksesibilitas masyarakat untuk menggunakan pelayanan kesehatan

6. Model Organisasi

Pada model ini variabel yang digunakan adalah pencerminan perbedaan bentuk-bentuk sistem pelayanan kesehatan. Biasanya variabel yang digunakan adalah :

- a. Gaya praktek pengobatan (sendiri, rekanan, atau kelompok)
- b. Sifat alamiah dari pelayanan tersebut (membayar langsung atau tidak)
- c. Lokasi dari pelayanan kesehatan (pribadi, rumah sakit, atau klinik)
- d. Petugas kesehatan yang pertama kali dikontrak oleh pasien (dokter, perawat, atau yang lainnya)

7. Model Sistem Kesehatan

Model ini mengintegrasikan keenam model di atas ke dalam suatu model yang lebih sempurna, sehingga apabila dilakukan analisa terhadap penyediaan dan utilisasi pelayanan kesehatan harus dipertimbangkan semua faktor yang berpengaruh di dalamnya.



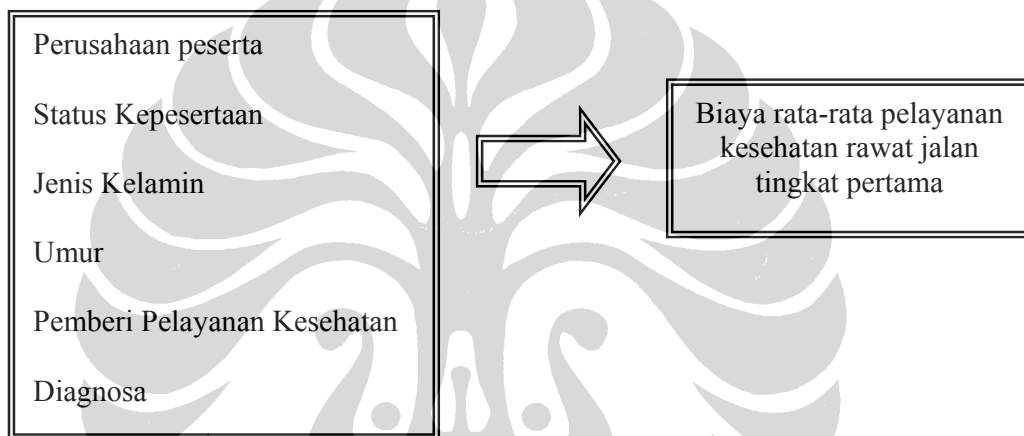
BAB III

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep

Program jaga mutu mutlak dilaksanakan oleh semua elemen yang terlibat dalam Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat, yaitu peserta, Bapel, dan pemberi pelayanan kesehatan, serta badan pembina. Salah satu upaya jaga mutu dengan melakukan telaah utilisasi terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pemberi pelayanan kesehatan. Berdasarkan hasil tinjauan pustaka telaah utilisasi adalah kegiatan untuk memantau dan menilai penggunaan pemeliharaan kesehatan yang dilakukan dengan mengumpulkan data dari seluruh tingkat pelayanan kesehatan. Menurut Depkes (2003) untuk memperoleh gambaran utilisasi pelayanan kesehatan dapat digunakan salah satu parameter, yaitu angka kunjungan, angka hari rawat inap, biaya rata-rata, dan angka rujukan. Biaya rata-rata adalah rata-rata biaya per pelayanan, baik untuk rawat jalan tingkat pertama, rawat jalan tingkat lanjut, rawat inap, dan kegawat darurat. Dengan melihat biaya rata-rata sebagai salah satu parameter dalam melakukan telaah utilisasi, penulis akan melihat gambaran biaya rata-rata dari segi perusahaan peserta, status kepesertaan, jenis kelamin, umur, pemberi pelayanan kesehatan dan diagnosa yang didasarkan pada model utilisasi *Andersen* (1975) dan *Zschock* (1979). Selain itu penetapan perusahaan peserta, status kepesertaan, jenis kelamin, pemberi pelayanan kesehatan dan diagnosa untuk melihat gambaran biaya rata-rata juga disesuaikan dengan data yang didapatkan oleh penulis.

Pada penelitian ini penulis mencoba untuk memberikan gambaran biaya rata-rata pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama untuk klinik dengan sistem pembayaran *fee for service* wilayah Jakarta Pusat program jaminan pemeliharaan kesehatan Mitra Kesehatan Jaya periode 2007, dengan melihat dari segi perusahaan peserta, status kepesertaan, jenis kelamin, umur, pemberi pelayanan kesehatan dan diagnosa.



3.2 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Hasil Ukur	Skala
1	Biaya rata-rata pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama	Total biaya klaim rawat jalan tingkat pertama dibagi dengan jumlah kunjungan yang dihitung dalam kurun waktu tertentu	Biaya rata-rata pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama	Rasio
2	Perusahaan Peserta	Nama perusahaan tempat peserta bekerja yang membayarkan iuran jaminan pemeliharaan kesehatan ke Mitra Kesehatan Jaya	Nama perusahaan peserta Mitra Kesehatan Jaya	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Hasil Ukur	Skala
3	Status Kepesertaan	Status peserta yang tertera di kartu peserta jaminan pemeliharaan kesehatan Mitra Kesehatan Jaya	- Tenaga kerja - Istri/Suami - Anak pertama - Anak kedua - Anak ketiga	Nominal
4	Jenis Kelamin	Gender peserta Mitra Kesehatan Jaya yang dilihat dari data kepesertaan periode 2007	- Laki-laki - Perempuan	Nominal
5	Umur	Usia peserta Mitra Kesehatan Jaya yang dilihat dari data kepesertaan periode 2007 yang dikelompokkan berdasarkan umur muda, umur produktif, dan umur tua	- 0-14 tahun - 15-64 tahun - 65 + tahun	Interval
6	Pemberi Pelayanan Kesehatan	Pemberi pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama yang memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta Mitra Kesehatan Jaya dengan dasar ikatan kerjasama	Nama pemberi pelayanan kesehatan	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Hasil Ukur	Skala
7	Diagnosa	Hasil akhir penilaian klinis dari tenaga medis pemberi pelayanan kesehatan setelah diverifikasi oleh Bagian Administrasi Klaim dan penulis klasifikasikan menjadi 10 diagnosa terbanyak rawat jalan tingkat pertama klinik <i>fee for service</i> wilayah Jakarta Pusat periode 2007	10 diagnosa kerja terbanyak berdasarkan ICD X	Nominal

