

## UTILIZATION REVIEW PADA FASILITAS KESEHATAN RUJUKAN TINGKAT LANJUTAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) KESEHATAN KANTOR CABANG SLEMAN

Ika Widyastuti Arumsari<sup>1</sup>, Andreasta Meliala<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

<sup>2</sup>Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

### ABSTRAK

Latar Belakang: Dari data BPJS Kesehatan tahun 2014-2017 menunjukkan setiap tahunnya pembiayaan untuk pelayanan kesehatan rujukan selalu meningkat dan merupakan proporsi paling besar dalam pembiayaan manfaat program JKN-KIS. Sebagai salah satu BPJS Kesehatan yang berada di wilayah DIY, untuk alokasi pelayanan kesehatan terbesar pada BPJS Kesehatan kantor cabang Sleman yaitu pada tingkat layanan rawat inap tingkat lanjutan (RITL) yaitu berjumlah 87%. Tingginya pemanfaatan pelayanan di tingkat lanjutan salah satunya disebabkan oleh tingginya rujukan ke FKRTL. Telaah utilisasi (utilization review) merupakan instrumen yang dapat digunakan untuk melakukan kontrol terhadap utilisasi pelayanan untuk memantau dan mengendalikan utilisasi pelayanan kesehatan oleh pemberi pelayanan kesehatan (PPK). Utilization review bagi pasien rujukan di rumah sakit berfungsi memantau kelayakan perawatan serta pelayanan yang diberikan kepada pasien. Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi pelaksanaan dan tindak lanjut utilization review pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan oleh BPJS Kesehatan Cabang Sleman. Metode: Pendekatan penelitian ini adalah penelitian kualitatif, dimana pertanyaan yang diajukan secara terbuka, akan dilakukan analisis dan klasifikasi terhadap jawaban yang diberikan untuk melengkapi penajaman deskriptif maka dilakukan juga penelusuran dokumen dan analisis data yang dimiliki sebagai penunjang. Hasil: Berdasarkan analisis yang telah dilakukan, hasil dari penelitian ini adalah metode utilization review yang digunakan oleh BPJS Kesehatan KC Sleman hanya berupa evaluasi pasca pelayanan (retrospective review) dengan claim review. Kajian pemanfaatan secara prospective review dan concurrent review belum dilaksanakan. Hasil utilization review di FKRTL oleh BPJS Kesehatan KC Sleman yaitu dalam rata-rata berdasarkan indikator. Efektivitas tindak lanjut utilization review di BPJS Kesehatan KC Sleman dilakukan dengan audit klaim dan evaluasi di setiap fasilitas kesehatan. Kesimpulan: Jenis metode Utilization Review pada FKRTL BPJS Kesehatan KC Sleman telah sesuai dengan teori, yaitu menggunakan retrospective review. Hasil utilization review oleh BPJS Kesehatan KC Sleman dapat digunakan untuk menentukan suatu pelayanan kesehatan apakah underutilisasi atau overutilisasi setelah adanya kesepakatan dengan rumah sakit. Tindak lanjut utilization review di BPJS Kesehatan KC Sleman dapat berjalan baik dengan adanya komitmen perbaikan manajemen dan pelayanan oleh fasilitas kesehatan.

**Kata Kunci:** Utilization Review, *Retrospective Claim Review*, Rumah Sakit Rujukan

### ABSTRACT

*Background: According BPJS Kesehatan data for 2014-2017 shows that annually funding for referral health services is always increasing and is the biggest proportion in financing the benefits of the JKN-KIS program. As one of the BPJS Kesehatan in the DIY region, the largest allocation for health services in the BPJS Kesehatan was the Sleman branch office at the level of advanced inpatient services, which amounts to 87%. The high utilization of services at the advanced level was partly due to the high referrals to referral hospital. Utilization review is an instrument that can be used to control service utilization to monitor and control health service utilization by health service providers. Utilization review for referral patients in hospitals functions to monitor the appropriateness of care and services provided to patients. Objective: This study aims to explore the implementation and follow-up of utilization review at advanced level referral health facilities by the Sleman Branch BPJS Health. Method: The approach of this research is qualitative research, in which openly asked questions will be analyzed and classified against the answers given to complete descriptive sharpening, and document searches and analysis of data held as a support are also carried out. Result: Based on the analysis that has been done, the results of this study are the Utilization review method used by the BPJS Health KC Sleman only in the form of post-service evaluation (retrospective review) with verification of claims and pattern review. Prospective review and concurrent review studies have not been carried out. The results of utilization review by BPJS Health KC Sleman is on average based on indicators. The effectiveness of the follow-up utilization review in BPJS KC Sleman do with the claims audit and evaluation at every health facility. Conclusion: The type of Utilization Review method in referral hospital BPJS Kesehatan Sleman branch is in accordance with the theory, namely using a retrospective review. The results of the utilization review by the BPJS Kesehatan Sleman branch can be used to determine whether an utilization of health services in referral hospital has the potential to be fraudulent, abuse, or inefficient, but is unable to conclude whether the service is underutilization or overutilization. Follow-up utilization review in BPJS Kesehatan Sleman branch can work well with their commitment to improved management and care by health facilities.*

**Keywords:** Utilization Review, *Retrospective Claim Review*, Referral Hospital.

### PENDAHULUAN

Jaminan sosial nasional merupakan hak konstitusional setiap orang sesuai yang

diamanatkan dalam pasal 28 H ayat 3 UUD 1945.

Sebagai bentuk tanggung jawab negara seperti yang tertuang dalam pasal 34 ayat 2 UUD 1945,

pemerintah Republik Indonesia mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan. Ketersediaan jaminan nasional juga menjadi salah satu cita-cita Presiden Republik Indonesia yang tertuang dalam nawacita kelima, yaitu meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia melalui layanan kesehatan dengan menginisiasi Kartu Indonesia Sehat.

Sesuai dengan UU Nomor 24 tahun 2011, Badan Penyelenggara Jaminan Nasional (BPJS) Kesehatan telah ditunjuk sebagai lembaga yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden untuk menjalankan jaminan kesehatan. Jaminan sosial mempunyai kecenderungan merubah pola utilisasi suatu negara seperti di negara Jepang yang pada tahun 1961 mencapai *universal coverage*, penelitian menyatakan utilisasi pelayanan kesehatan meningkat dilihat dari peningkatan angka *inpatient days* (lama hari rawat inap pasien) sebesar 7,3%, dan angka *outpatient visit* (angka kunjungan rawat jalan) sebesar 12,6%<sup>1</sup>. Sedangkan semenjak kebijakan Medicare+Choice di Amerika Serikat dimulai, menurut American Hospital Association, terjadi peningkatan angka *outpatient visit* (angka kunjungan rawat jalan) dalam rentang 1999 – 2000 dari 860 menjadi 1852 per 1000 orang<sup>2</sup>. Berdasarkan beberapa penelitian tersebut sistem *universal health coverage* terbukti dapat meningkatkan utilisasi pelayanan kesehatan.

Jumlah kunjungan rawat jalan tingkat lanjutan tahun 2017 adalah 64,4 juta atau meningkat sebesar 30,6% bila dibandingkan realisasi pada periode yang sama tahun 2016 dengan 49,3 juta kunjungan sedangkan pada kasus rawat inap tingkat lanjutan mencapai 8,7 juta atau meningkat

sebesar 13,1% bila dibandingkan realisasi pada periode yang sama tahun 2016 dengan 7,6 juta kunjungan. Tingginya rujukan pada pasien JKN akan dapat meningkatkan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, yang berdampak pada membengkaknya biaya pelayanan kesehatan pada tingkat lanjutan<sup>3</sup>.

Total biaya yang dibayarkan kepada fasilitas pelayanan kesehatan selama 3 tahun adalah sebesar Rp166 T sebanyak Rp34 T dibayarkan ke FKTP dan Rp132 T dibayarkan ke FKRTL dengan arti pembiayaan manfaat program JKN untuk fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan sangatlah tinggi yaitu 79,5% dari total biaya yang dikeluarkan. Sampai dengan tahun 2017 rasio klaim BPJS Kesehatan sudah mencapai 113,7% dimana dana yang keluar untuk membayar klaim yaitu sebesar 84,445 T melebihi total penerimaan iuran yang hanya sebesar 74,246 T<sup>4</sup>.

Daerah Istimewa Yogyakarta merupakan salah satu provinsi di Indonesia yang memiliki 4 Kabupaten dan 1 Kota yaitu Kabupaten Kulon Progo, Kabupaten Bantul, Kabupaten Sleman, Kabupaten Gunungkidul, dan Kota Yogyakarta dengan jumlah penduduk sampai dengan periode semester II tahun 2018 sebanyak 3.631.015 jiwa menurut jenis kelamin. Kabupaten Sleman merupakan kabupaten di provinsi DIY dengan jumlah penduduk terbesar yaitu 1.063.938 juta (Pemerintah Provinsi Yogyakarta, 2018).

Sebagai salah satu BPJS Kesehatan yang berada di wilayah Daerah Istimewa Yogyakarta, untuk alokasi pelayanan kesehatan terbesar pada BPJS Kesehatan kantor cabang Sleman yaitu pada tingkat layanan rawat inap tingkat lanjutan (RITL). Seperti ditunjukkan dalam tabel di bawah ini:

Tabel 3. Realisasi vs Alokasi Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan KC Sleman s.d September 2019

Tingkat Layanan	Alokasi	Realisasi s/d Pembebanan September 2019		Total	%
		Sleman	Kulon Progo		
RJTP	74.839.010.000	62.395.974.584	22.972.542.721	4.907.995.000	67%
RITP	7.274.208.000	2.516.825.000	2.391.170.000	85.368.517.305	114%
RJTL	518.042.167.000	422.073.737.312	29.347.383.305	451.421.130.617	81%
RITL	858.923.921.000	643.662.352.338	53.150.421.870	696.812.774.208	87%
Promprev	10.441.970.000	1.787.992.100	1.607.589.500	3.395.581.600	33%
Total	1.469.521.276.000	1.132.436.000	109.469.107.396	1.241.905.998.730	85%

Tingginya pemanfaatan pelayanan di tingkat lanjutan salah satunya disebabkan oleh tingginya rujukan ke FKRTL. Tingginya angka utilisasi rujukan ini juga perlu diantisipasi dengan manajemen utilisasi yang baik pula<sup>6</sup>. Telaah utilisasi (*utilization review*) merupakan instrumen yang dapat digunakan untuk melakukan kontrol terhadap utilisasi pelayanan untuk memantau dan mengendalikan utilisasi pelayanan kesehatan oleh pemberi pelayanan kesehatan (PPK)<sup>7</sup>. Telaah pemanfaatan juga dapat menggambarkan pola

kecenderungan atau trend untuk mengidentifikasi kasus-kasus dengan utilisasi dan biaya yang tinggi<sup>8</sup>.

*Utilization review* bagi pasien rujukan di rumah sakit berfungsi memantau kelayakan perawatan serta pelayanan yang diberikan kepada pasien. Berdasarkan hal tersebut, BPJS Kesehatan sebagai penanggung wajib melaksanakan *utilization review* untuk pengendalian biaya pelayanan kesehatan khususnya pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL).

## METODE PENELITIAN

Pendekatan penelitian ini adalah penelitian kualitatif, dimana pertanyaan yang diajukan secara terbuka, akan dilakukan analisis dan klasifikasi terhadap jawaban yang diberikan secara interaktif yaitu setelah data terkumpul dibuat ringkasan, pengkodean dan membuat catatan kaki, membuang yang tidak perlu dan selanjutnya data disajikan dalam bentuk teks naratif. Untuk menjamin validitas data maka dilakukan triangulasi.

Tempat penelitian ini dilakukan di kantor cabang BPJS Kesehatan Kantor Cabang Sleman Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Waktu penelitian diadakan setelah *ethical approval* diterbitkan.

Teknik pengambilan informan ini didasarkan pada kecenderungan peneliti untuk memilih informan yang dianggap mengetahui informasi dan masalahnya secara mendalam dan dapat dipercaya untuk menjadi sumber data yang baik yaitu Kepala BPJS Kesehatan KC Sleman, Kepala bidang penjaminan manfaat rujukan, Staf bagian verifikasi, Staf bagian case manager, Staf Utilisasi Pelayanan Kesehatan Rujukan dan Anti Fraud.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Jenis Metode *Utilization Review* Pada FKRTL BPJS Kesehatan KC Sleman

Hal pertama yang ditinjau adalah metode *prospective review* yang dilakukan oleh petugas di KC Sleman dengan *preadmission review* dan otorisasi rujukan. Didapatkan bahwa *preadmission review* atau penjamin awal yang berupa legalisasi tindakan oleh petugas BPJS Kesehatan sudah tidak diberlakukan, sedangkan otorisasi rujukan hanya dilakukan di FKTP sebelum peserta dirujuk ke dokter spesialis di FKRTL

“...sekarang ini legalisasi SEP oleh petugas BPJS sudah tidak dilakukan lagi jadi hak aksesnya itu sudah dimiliki oleh rumah sakit yang diotomatisasi dengan aplikasi virtual klaim guna menerbitkan SEP yang kemudian ditandatangani oleh si peserta atau keluarga sebagai surat bukti pengesahan...(R2)”

“...untuk otorisasi rujukan setahu saya biasanya itu ada di FKTP sebagai gatekeeper pelayanan kesehatan, kalau untuk legalisasi karena sudah tidak dilakukan, penggantinya adalah melihat SEP melalui vclaim tetapi dilakukan oleh pihak rumah sakit apakah pasien tersebut eligible dan aktif sebagai peserta JKN...(R4)”

Selanjutnya mengenai *discharge planning* dalam penetapan lama hari rawat pada pasien yang akan dilakukan rawat inap dan tentang usulan paket pengobatan untuk pasien, ternyata tidak ada ketentuan tentang lama hari rawat

dan usulan paket pengobatan tersebut dari BPJS Kesehatan melainkan rumah sakit yang mempunyai ketentuannya.

“...kami untuk hal itu tidak ada mbak, namun untuk di rumah sakit sudah memiliki guide line sendiri...(R2)”

“...yang punya itu rumah sakit biasa disebut pedoman praktik klinis, misalnya di RS Hermina untuk diagnosa tifoid pedomannya menggunakan obat ini dan biasanya hari rawatnya sekian hari...(R4)”

Mekanisme *utilization review* kedua yaitu mengenai metode *concurrent review* yaitu saat pasien dirawat di rumah sakit. Tidak ada koordinasi antar petugas di FKRTL dengan petugas BPJS Kesehatan tentang perawatan pasien dengan tindakan berbiaya tinggi maupun tentang pemberian kesempatan kepada pasien untuk mendapatkan opini kedua atau *second opinion*.

Didapatkan hasil bahwa untuk *second opinion* dilakukan oleh fasilitas kesehatan dan bukan merupakan kewenangan BPJS Kesehatan yang bertindak sebagai *purchaser* untuk membayar pelayanan yang telah diberikan.

“...untuk tata laksana penyakit kronis bpjs tdk pernah dapat langsung berkomunikasi dengan dokter sepsialis, urusan bpjs adalah dengan manajemen dan untuk efisiensi biayanya ya dengan program rujuk balik itu...(R4)”

“...BPJS tidak ada memberikan saran untuk *second opinion* ya, biasanya langsung dari faskesnya sendiri misalnya di rumah sakit berminat untuk dokter syarafnya merasa tidak berkompeten dan perlu merujuk ke rumah sakit yang memiliki tingkat kompetensi lebih...(R2)”

Metode ke tiga dalam UR adalah *retrospective review* yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan berupa *claim review*. Hal tersebut dapat dilihat dari wawancara berikut ini:

“...sesuai pedoman kan *retrospective review*, kami mengolah data klaim yang diperoleh dari self service business intelegent atau SSBI...”

“...yang rutin kami lakukan tiap bulan adalah mengolah data klaim yang sudah dibayarkan ke rumah sakit yang diperoleh dari suatu luaran aplikasi...”

*Retrospective review* merupakan kajian utilisasi yang dilakukan setelah pelayanan diberikan kepada peserta, yang umumnya dilakukan dengan *claim review* dilakukan terhadap klaim-klaim memungkinkan perusahaan asuransi membuat suatu profil utilisasi yang dapat digunakan untuk memantau kecenderungan dari perilaku klaim<sup>9</sup>. Data retrospektif dapat menghasilkan tingkat yang lebih tinggi dari pemanfaatan rumah sakit apabila dibandingkan yang dilakukan secara *concurrent*<sup>10</sup>.

### Hasil Pelaksanaan *Utilization Review* Pada

### FKRTL BPJS Kesehatan KC Sleman

Hasil dari pelaksanaan *utilization review* pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan di Kantor Cabang Sleman di Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) dan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL).

“...hasil utilisasi disajikan dalam bentuk paparan trend kasus, trend, biaya, trend unit cost minimal kami sampaikan top 10 untuk diagnosa primer yang dilayani di satu episode pelayanan beberapa bulan itu apa, kemudian diagnosa sekundernya termasuk prosedurnya yang paling banyak apa...(R4)”

“...untuk itu kami sampaikan tentang prosentase rujukan antar rumah sakit, arah merujuknya kemana, jumlah kunjungan berulangnya seperti apa, kasusnya apa...(R2)”

Hasil UR di salah satu rumah sakit wilayah kerja BPJS Kesehatan KC Sleman disajikan dalam paparan berupa gambaran utilisasi seperti berikut:

- a. Rasio kunjungan FKRTL baik di pelayanan rawat jalan maupun rawat inap tertinggi pada rumah sakit kelas D yaitu sesuai dengan arah rujukan berjenjang.
- b. Biaya pelayanan tertinggi yaitu pada rumah sakit kelas A karena apabila dibandingkan dengan severity level diagnosa penyakit maka RS kelas A memiliki banyak kasus dengan severity level III yang menimbulkan biaya besar.
- c. Rasio unit cost yaitu sesuai dengan perbandingan antar biaya pelayanan dengan kunjungan, UC tertinggi adalah di rumah sakit kelas A.
- d. Adanya kunjungan berulang dapat menjadi potensi inefisiensi apabila dilihat dari efektivitas pelayanan harus dilihat kembali apakah memang perlu untuk setiap hari datang untuk melakukan treatment.
- e. Pintu masuk layanan di FKRTL terbanyak berasal dari kontrol yang berulang yaitu sebanyak 61,2%. Diharapkan untuk penerbitan surat kontrol dapat dilakukan sesuai dengan indikasi medis agar menghindari overutilisasi.
- f. Persentase proporsi severity level I di rumah sakit kelas A masih banyak, hal tersebut tidak sesuai dengan sistem rujukan berjenjang karena masih banyak kasus yang dapat ditangani di faskes sekunder tetapi ditangani di faskes tersier.

Secara keseluruhan hasil *utilization review* di FKRTL di BPJS Kesehatan KC Sleman adalah *in average* dalam arti masih ada beberapa rumah sakit yang dengan utilisasi pelayanan kurang baik namun banyak juga yang sudah baik. Untuk menyimpulkan bahwa suatu fasilitas kesehatan tersebut underutilisasi atau overutilisasi tidak

dapat dilakukan oleh satu pihak saja dengan data yang telah diolah oleh BPJS Kesehatan.

“... kalau kesimpulan over dan under yang tahu adalah dari pihak rumah sakit karena dia memiliki standar sehingga ketika nanti ada yang kurang dia tahu, kalau kami kan tidak memiliki itu...”

“...undertreatment atau overtreatment itu harus ada kesepakatan antara rumah sakit juga yaa biasanya dilihat per kasus nanti dibandingkan dengan diagnosanya, dari pedoman praktik klinisnya ...”

Faktor yang mempengaruhi biaya pelayanan kesehatan adalah umur dan diagnosa penyakit<sup>11</sup>. Penelitian yang dilakukan di wilayah New Jersey, Amerika Serikat menyebutkan bahwa penentuan *severity level* diagnosis akan mempengaruhi variasi dan penambahan dalam biaya pelayanan kesehatan di rumah sakit<sup>12</sup>.

### Efektivitas Tindak Lanjut Hasil *Utilization Review* Pada FKRTL BPJS Kesehatan KC Sleman

Output dari hasil *utilization review* adalah tindak lanjut dari pelaksanaan UR tersebut. Pertama adalah melalui kegiatan evaluasi UR oleh BPJS Kesehatan KC Sleman kepada semua fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan. Kedua yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan KC Sleman adalah melalui pembahasan khusus dengan fasilitas kesehatan untuk kasus tertentu dengan utilisasi yang tidak wajar dengan melakukan UR bertema yang dilakukan setiap 3 bulan sekali.

“...jadi setelah selesai mengolah data UR nanti kita paparkan hasilnya kepada rumah sakit yaa seperti mengevaluasi pelayanan yang dilakukan di fasilitas kesehatan yang kita lakukan rutin satu bulan sekali...(R2)”

“...feedback diberikan kepada semua rumah sakit, kalau untuk rumah sakit yang lain yang tidak bermasalah biasanya disosialisasi saja untuk lebih berhati hati untuk melakukan pengkodean misalnya...(R3)”

Tindak lanjut ketiga berdasarkan analisis data *utilization review* maka dilakukan audit klaim yaitu berupa audit insidental ataupun audit menyeluruh di beberapa FKRTL. Audit klaim dapat dilaksanakan oleh pihak internal yaitu BPJS Kesehatan sendiri atau pihak eksternal seperti Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) atau Badan Pengawas Keuangan dan Pembangunan (BPKP). Hal ini dapat dilihat dalam kutipan wawancara berikut ini:

“...kami tidak pernah akan bisa melihat apakah ini benar dilakukan atau tidak pada saat kami melakukan proses verifikasi yang kami lakukan biasanya pada saat audit klaim untuk melihat kesesuaian, audit klaim ini bisa membantu

mencegah terjadinya kecurangan di faskes... (R3)”

“...ketika ada masalah kelas perawatan jadi ada salah satu rs yang bekerja sama dengan kami di sana ada miss reading untuk pembacaan kelas perawatan misalnya peserta hak kelas 1 menempati kelas 3. Itu kemarin kami ajukan untuk audit insidental karena kejadian ini khusus terjadi di rumah sakit tersebut...(R4)”

Tindak lanjut tersebut di atas dituangkan dalam suatu komitmen antara BPJS Kesehatan dan rumah sakit serta pemberian surat peringatan bagi rumah sakit yang tidak patuh dengan komitmen berulang kali.

“...UR itu kami tindak lanjuti dengan komitmen antar kami, pimpinan, manajemen rs, dan juga pimpinan rs misalnya ini kok pasien untuk prosentase dari hasil pintu masuk pelayanan rajal di UGD sangat besar...(R4)”

“...biasanya kami bersurat, misalnya tentang kasus persalinan mohon nanti untuk pengkodingan kasus persalinan harus sesuai dengan peraturan yang berlaku seperti itu. Kalau untuk sp nanti kan bertahap ni mbak, biasanya dari lisan kemudian bersurat teguran berapa kali baru nanti yang terakhir biasanya sp sih... (R5)”

Selama ini tindak lanjut UR telah efektif dilakukan oleh BPJS Kesehatan untuk memantau utilisasi pelayanan di FKRTL juga dalam pencegahan terjadinya fraud. Tindak lanjut yang terakhir adalah apabila permasalahan dari gambaran utilisasi tidak dapat diselesaikan dengan fasilitas kesehatan maka permasalahan dapat diselesaikan melalui Dewan Pertimbangan Medis atau Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TMKB). Tidak sampai dengan pemutusan kontrak kerjasama antara fasilitas kesehatan dengan BPJS Kesehatan.

“...kalau menurut saya sudah efektif sih mbak, misalnya diberikan feedback atas hasil utilitasnya ya langsung diperbaiki oleh faskes yang bersangkutan...(R3)”

“...sejauh ini sudah efektif namun bisa menjadi lebih efektif bila tindak lanjut ini berupa telaah utilisasi yang juga dilakukan oleh fasilitas kesehatan jadi tidak hanya dari satu pihak saja ketika kami menyampaikan suatu hasil data mereka juga bisa membandingkan...(R4)”

Audit yang dilakukan dengan keseluruhan klaim akan dapat mengidentifikasi sejumlah besar kesalahan yang terjadi pada klaim dibandingkan dengan pengambilan sampel acak<sup>13</sup>.

## KESIMPULAN

Metode utilization review yang digunakan oleh BPJS Kesehatan KC Sleman di FKRTL hanya berupa evaluasi pasca pelayanan (*retrospective*

*review*) dengan claim review. Kajian pemanfaatan secara *prospective review* dan *concurrent review* belum dilaksanakan. Hasil *utilization review* oleh BPJS Kesehatan KC Sleman di FKRTL adalah berpotensi inefisiensi yaitu *overutilization* dari segi kunjungan berulang pada pasien yang melakukan kontrol. Efektivitas tindak lanjut *utilization review* di BPJS Kesehatan KC Sleman dapat berjalan baik dengan adanya komitmen perbaikan manajemen dan pelayanan oleh fasilitas kesehatan.

## SARAN

Adapun saran yang dapat disampaikan oleh peneliti dalam penelitian ini adalah BPJS Kesehatan perlu melakukan kajian prospektif dan concurrent di FKRTL terkait legalisasi pelayanan, perencanaan pemulangan pasien dengan mengakomodir alternatif lain selain di fasilitas kesehatan seperti *home health care*. BPJS Kesehatan perlu mempunyai *guideline* standar pelayanan kesehatan untuk FKRTL. Perlu dilakukan sosialisasi terhadap semua fasilitas kesehatan agar dapat melaksanakan *utilization review* dari segi rumah sakit.

## REFERENSI

1. Kondo, Ayako; Shigeoka H. Effects of Universal Health Insurance on Health Care Utilization, and Supply-Side Responses: Evidence from Japan. *J Public Econ*. 2013;1-23.
2. Bernstein A., Hing E, Moss A., Allen K., Siller A., Tiggl R. *Health Care in America: Trends in Utilization*. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistic; 2003.
3. Hidayati P. Analisis Pelaksanaan Rujukan Berjenjang Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Kasus Kegawatdaruratan Maternal Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial di 3 Puskesmas Perawatan Kota Bengkulu. *J Kebijak Kesehat Indones JKKI*. 2017;6(2):94-102. doi:10.22146/JKKI.V6I2.28904
4. BPJS Kesehatan. *Laporan Pengelolaan Program Dan Laporan Keuangan Jaminan Sosial Kesehatan Tahun 2017.*; 2017.
5. Pemerintah Provinsi Yogyakarta. *Statistik Kependudukan Daerah Istimewa Yogyakarta* : 2018.
6. Fauziah S. Analisis Utilisasi Klaim Rawat Inap Program Pemeliharaan Kesehatan Pensiunan Bringin Life Peserta PT.X Periode April-November 2011. 2012.
7. Beik J. *Health Insurance Today : A Participal Approach Second*. United States: Saunder Elsevier; 2015.
8. Sabarguna BS. *Manajemen Medis*. Jakarta: Universitas Indonesia; 2012.
9. Faizin A, Ilyas Y. Pensiunan Karyawan

- PT. Asuransi Jiwasraya (Persero) Periode Januari 2011-November 2013. [http://lib.ui.ac.id/naskahringkas/2015-08/S45306-Akbar Faizin](http://lib.ui.ac.id/naskahringkas/2015-08/S45306-AkbarFaizin).
10. Santos-Eggimann B, Sidler M, Schopfer D, Blanc T. Comparing results of concurrent and retrospective designs in a hospital utilization review. *Int J Qual Heal Care*. 1997;9(2):115-120. doi:10.1093/intqhc/9.2.115
  11. Notokusumo AA. Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Biaya Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Di Sarana Pelayanan Kesehatan Yang Dilanggan Pt. Perusahaan Listrik Nasional Batam Tahun 2009. *Tesis*. 2010.
  12. Feldman R, Averill RF, McGuire TE, et al. A study of the relationship between severity of illness and hospital cost in New Jersey hospitals. *Health Serv Res*. 1992;27(5):607-617.
  13. Sillup GP, Klimberg RK. Health plan auditing: 100-Percent-of-claims vs. random-sample audits. *Int J Electron Healthc*. 2011;6(1):47-61. doi:10.1504/IJEH.2011.039058