

DISKUSI KELOMPOK KECIL UNTUK MENURUNKAN BIAYA OBAT PESERTA WAJIB PT. ASKES DI PALEMBANG

SMALL GROUP DISCUSSION TO REDUCE THE MEDICINE COST OF HEALTH INSURERS OF PT ASKES, PALEMBANG

Sarmalina Simamora¹, Sri Suryawati²

¹ Politeknik Kesehatan, Departemen Kesehatan, Palembang

² Magister Manajemen dan Kebijakan Obat, FK UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: High cost of medicine in compulsory health insurer is one problem for PT. Askes as a holding company that holds health insurance for civil servant. It may be caused by overuse of health facilities, abuse of membership right to achieve drugs and lack of control for prescription. The objective of this study was to change prescribing behavior to decrease the cost of medicine.

Methods: This study was pre-experimental methods, in small group discussion without control groups. The intervention groups were the doctors in internal department dr. M. Husin Palembang Hospital. Outcomes were measured by retrospective prescribing survey covering the period three months before and three months after the intervention, then compared the result with t-test.

Result: The result showed that the small group discussion changed prescribing behavior. Significant decrease of number of drugs from 4,9 to 3,8 per prescriptions ($p < 0,05$). The cost of medicine average decrease from Rp62.498,00 to Rp21.801,00 ($p < 0,05$).

Conclusion: Overall, this small group discussion had changed the prescribe behavior effectively to decrease the cost of medicine.

Keywords: cost of medicine, health insurance, rational use of medicine, small group discussion

PENGANTAR

Harga pelayanan kesehatan termasuk obat cenderung meningkat dari waktu ke waktu. Peningkatan ini terjadi karena kemajuan teknologi kesehatan dan obat-obatan, peningkatan pengetahuan dan kebutuhan, bahkan gaya hidup. PT Askes sebagai penyelenggara asuransi kesehatan mengalami banyak masalah dalam pembiayaan kesehatan. Premi rendah, biaya pemanfaatan tinggi, tetapi mutu pelayanan rendah. Masalah biaya dan mutu merupakan hal yang sulit diatasi.

Beberapa hal yang menjadi penyebab tingginya biaya pelayanan kesehatan, antara

lain terjadinya praktik-praktik yang tidak benar seperti *moral hazard* yaitu pasien kurang menjaga kesehatannya karena bergantung pada asuransi kesehatan (niat jahat untuk menyalahgunakan haknya sebagai peserta) dan adanya *supplier* yang mempengaruhi keinginan dokter maupun pasien (*supplier induced demand*) untuk selalu menggunakan pelayanan yang lebih mahal dan sebagainya.

Obat merupakan salah satu komponen penting dalam pelayanan kesehatan. Bahkan obat menyerap biaya terbesar dari total biaya pelayanan kesehatan di Indonesia, sehingga perlu dilakukan pengendalian biaya untuk

menjaga mutu pelayanan kesehatan agar seimbang dengan beban biaya yang harus dikeluarkan. Untuk itu berbagai cara dilakukan untuk mengendalikan biaya obat.

Sebagai alat untuk mengendalikan biaya obat, PT. Askes telah menerbitkan buku Pedoman Penulisan Resep yaitu Daftar dan Plafon Harga Obat (DPHO) yang berisi daftar nama obat berikut harganya. Namun DPHO tanpa kontrol yang ketat terhadap peresepan tetap saja belum cukup untuk mengendalikan biaya obat. Hal ini disebabkan oleh banyaknya kepentingan yang terkait dalam sektor pelayanan kesehatan, termasuk kepentingan bisnis.¹ Hal tersebut terlihat pada perilaku peresepan yang mengarah kepada praktik yang tidak rasional.

Praktik pengobatan yang tidak rasional ini banyak terjadi di rumah sakit. Banyak promosi yang datang silih berganti dari pabrik obat yang cenderung membawa informasi bias. Melalui promosi yang tidak etis ditujukan kepada para dokter di rumah sakit, ditambah dengan masih rendahnya kepatuhan dokter dalam menjalankan praktik sesuai dengan pedoman pengobatan standar.

Keadaan ini dimanfaatkan oleh peserta yang ingin mendapat keuntungan dengan mendapatkan obat kemudian menjual kembali obat tersebut di pasar tidak resmi guna mendapatkan uang. Praktik seperti ini berlangsung terus dan sulit dihindari karena penegakan hukum masih lemah dan para penulis resep yang seolah tidak peduli atas masalah yang terjadi karena merasa apabila pasien menjual obatnya kembali bukan tanggung jawab dokter sebagai penulis resep. Melihat kenyataan itu perlu adanya upaya untuk menurunkan biaya obat yang tinggi bagi peserta wajib PT. Askes yaitu pegawai negeri sipil, pensiunan, dan keluarganya yang menjadi tanggungan.

Tiga strategi yang dapat digunakan untuk memperbaiki dan meningkatkan penggunaan obat yang rasional yaitu strategi edukasi, stra-

tegi manajerial, dan strategi regulasi. Strategi ini dapat ditujukan kepada penyelenggara jaminan pemeliharaan kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan, bahkan kepada pengguna pelayanan kesehatan atau masyarakat. Pemilihan strategi haruslah didasarkan pada masalah yang terjadi. Bila pemilihannya tidak tepat maka terdapat kemungkinan *outcome* negatif akan diperoleh. Bila masalahnya terletak pada perilaku, sikap, keahlian, maupun pengetahuan, maka pemilihan strategi edukasi adalah tepat. Strategi edukasi ini dapat dilakukan dengan pendekatan tatap muka dalam kelompok kecil atau besar, formal atau informal, juga dengan pemberian materi cetak.

Strategi edukasi ini sudah banyak dilakukan untuk meningkatkan penggunaan obat rasional, terutama yang sifatnya tatap muka, dan hasilnya baik. Cara ini direkomendasikan untuk memperbaiki penggunaan obat.² Beberapa diantaranya adalah teknik *Interactional Group Discussion* untuk menurunkan penggunaan injeksi.³ Teknik diskusi kelompok kecil yang dibandingkan dengan seminar juga pernah dilakukan untuk menurunkan penggunaan antibiotik pada diare akut.⁴

Penelitian ini dimaksudkan untuk mengubah perilaku dokter dalam peresepan, dengan memilih strategi edukasi melalui pendekatan tatap muka dalam suatu diskusi kelompok kecil. Diharapkan hal ini dapat menurunkan biaya obat bagi peserta wajib. Pertimbangannya adalah bahwa strategi manajerial sudah diterapkan, yaitu dengan menerbitkan DPHO tanpa diikuti dengan strategi lain. Namun, terbukti belum dapat sepenuhnya mengendalikan biaya obat yang tinggi. Hal ini terjadi karena permasalahan bukan hanya terletak pada kepatuhan dalam menulis resep sesuai dengan DPHO saja, tetapi lebih kepada perilaku dokter sebagai pembuat keputusan dalam penulisan resep.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dan kuantitatif, dengan metode pre-eksperimental. Penelitian dilakukan di Bagian Penyakit Dalam Rumah Sakit dr. M. Husin Palembang. Subyek penelitian adalah para dokter yang sedang menjalani Program Pendidikan Dokter Spesialis dan bertugas di Poliklinik Penyakit Dalam umum maupun khusus, karena para dokter inilah yang melayani pasien di poliklinik rawat jalan setiap harinya. Penelitian ini tidak menggunakan kontrol sebab tidak ada rumah sakit yang sesuai untuk dijadikan kontrol di Palembang. Rumah sakit swasta tidak melayani pasien Askes wajib, dan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bari yang ada di Palembang bukan kontrol yang seimbang karena kelasnya berbeda. Untuk mengatasi kelemahan dari desain ini maka dilakukan pengukuran secara *pre and post*.

Resep rawat jalan peserta wajib Askes dijadikan sebagai unit analisis. Pengambilan data dilakukan secara retrospektif yaitu selama tiga bulan sebelum dan tiga bulan sesudah diskusi kelompok kecil dilakukan.

Pembatasan dokter di Bagian Penyakit Dalam yang akan menjadi subyek penelitian dilakukan dengan pertimbangan bahwa kunjungan rawat jalan terbanyak terjadi di Poliklinik Penyakit Dalam. Hampir sebagian besar pengunjungnya adalah peserta Askes wajib, bahkan di poliklinik khusus untuk penyakit-penyakit kronis 99% pengunjungnya adalah peserta Askes wajib.

Pengambilan sampel resep dilakukan secara *systematic random sampling*. Sampel diambil sebanyak seratus lembar resep per minggu. Dalam satu bulan jumlah sampel yang diambil sebanyak empat ratus lembar resep. Bila dalam satu bulan terdapat lebih dari empat minggu, maka yang diambil adalah resep pada minggu dengan jumlah hari terbanyak, sehingga jumlahnya tetap empat ratus lembar per bulan. Resep-resep yang mengandung obat *tuberculosis* (TBC), sitostatika, dan insulin

injeksi tidak diikutsertakan dalam penelitian. Penelitian ini dilakukan dalam tiga tahapan, yaitu tahap sebelum diskusi kelompok kecil, tahap diskusi yang dianggap sebagai suatu intervensi, dan tahap sesudah diskusi kelompok kecil atau tahap evaluasi.

Tahap sebelum diskusi kelompok kecil

Pada tahap ini dilakukan survei persepean yang dilakukan di apotek yang melayani peserta Askes wajib, untuk mengetahui pola persepean yang terjadi selama ini. Kemudian dilanjutkan dengan observasi pelayanan di poliklinik yang dilakukan pada jam-jam pelayanan selama satu minggu. Observasi dimaksudkan untuk melihat langsung proses pelayanan sampai kepada penulisan resep. Setelah observasi selesai, lalu dilanjutkan dengan pemberian kuesioner kepada seratus orang pasien rawat jalan yang berobat di Poliklinik Penyakit Dalam. Hal ini untuk mengetahui pengetahuan maupun pendapat pasien terhadap pelayanan dan obat yang diterimanya. Penelitian pada tahapan ini dimaksudkan untuk mengidentifikasi masalah yang ada dan dari temuan yang didapatkan disusunlah materi yang akan disampaikan dalam diskusi kelompok kecil dengan para penulis resep atau dokter.

Tahap diskusi

Diskusi kelompok kecil dilakukan dalam suatu pertemuan informal, dipandu oleh seorang fasilitator yang mengerti konsep pengobatan rasional. Dalam diskusi dihadirkan narasumber seorang ahli farmakologi senior. Farmakolog ini memberi penjelasan terhadap masalah-masalah persepean. Juga hadir pihak PT. Askes 06-01 Palembang yang memberikan informasi mengenai hal-hal yang berhubungan dengan penggunaan obat bagi peserta Askes. Hal-hal yang dibicarakan dalam diskusi adalah hasil temuan pada waktu survei penggunaan obat. Selain itu, juga dibicarakan pere-

sepan obat dalam jumlah banyak (polifarmasi), biaya obat yang tinggi, proses pelayanan di poliklinik dan pendapat pasien mengenai pereseapan dan obat. Tujuan diskusi kelompok kecil adalah menyampaikan keadaan yang terjadi. Keadaan mengenai penggunaan obat dan tingginya biaya untuk pasien wajib Askes serta mencari kesepakatan untuk pengendaliannya melalui pola pereseapan yang rasional.

Tahap Sesudah Diskusi Kelompok Kecil (Tahap Evaluasi)

Pada tahap ini dilakukan evaluasi terhadap hasil intervensi dengan membandingkan pereseapan sebelum dengan pereseapan sesudah diskusi kelompok kecil dilaksanakan. Data yang diambil adalah rata-rata jumlah item obat dalam setiap lembar, dan jumlah rata-rata harga per lembar resep. Perhitungan rata-rata jumlah item obat adalah jumlah seluruh item obat dibagi dengan jumlah lembar resep. Perhitungan rata-rata harga adalah jumlah seluruh harga atau biaya dibagi dengan jumlah lembar resep. Dalam hal ini yang dimaksud dengan harga adalah harga obat yang dibayarkan oleh PT. Askes kepada apotek sesuai dengan DPHO yang berlaku, tidak termasuk biaya *service* atau *embalase*. Data yang diperoleh kemudian dianalisis menggunakan uji-t.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Temuan Sebelum Diskusi Kelompok Kecil

Penelitian diawali dengan survei terhadap pola penggunaan obat di dua apotek yang melayani peserta Askes wajib. Satu berlokasi di kompleks rumah sakit dan yang lain berada di luar rumah sakit. Berdasarkan hasil survei pereseapan diketahui bahwa umumnya terdapat lebih dari tiga item obat pada setiap lembar resep. Penggunaan obat yang terbanyak adalah vitamin. Selanjutnya, obat-obat antihipertensi, obat saluran pencernaan seperti antagonis H-2 dan antasida, selanjutnya obat-obat antibiotik dan analgetik serta anti-inflamasi

nonsteroid (AINS). Penggunaan obat berdasarkan urutan volume disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Penggunaan Obat Berdasarkan Urutan Volume Terbanyak

No. Nama Obat	Jumlah Obat (Tablet atau Kapsul)
1. Vitamin B6	103.874
2. Vitamin B1	103.467
3. Vitamin B12	101.177
4. Tensivask 5 mg	30.538
5. Radin 150 mg	30.043
6. Dexacap 12,5 mg	22.864
7. Diazepam 2 mg	20.434
8. Nitromack Retard Forte 5 mg	17.639
9. Amoksisilin	15.692
10. Pondex Forte 500 mg	12.249

Sumber: Penggunaan obat bulan Juni 2001 dari Apotek Sehat Bersama

Penggunaan vitamin mencapai lebih dari 100.000 tablet untuk masing-masing jenis per bulan tidak menghabiskan dana besar karena harga sangat murah. Namun, penggunaan obat-obatan antihipertensi selain jumlahnya cukup banyak, juga menghabiskan dana sangat banyak karena harga yang mahal.

Setelah survei, penelitian dilanjutkan dengan melakukan observasi terhadap proses pelayanan di poliklinik penyakit dalam. Observasi dilakukan oleh penulis dibantu oleh beberapa orang petugas independen yang telah dilatih untuk melakukan observasi. Selain melakukan observasi, petugas juga melakukan wawancara tertulis dengan seratus orang pasien rawat jalan. Pedoman observasi diambil dari buku petunjuk pereseapan yang baik.⁵ Dari observasi diketahui bahwa yang paling sering dilakukan dokter adalah menyebut nama pasien, melakukan *anamnese* dengan singkat, dan mengatakan kapan pasien harus kembali. Yang paling sedikit dilakukan adalah menjelaskan tujuan pengobatan secara spesifik, menyebutkan nama obat, memberikan informasi dan peringatan tentang efek samping dan interaksi obat. Berdasarkan observasi dicatat bahwa waktu konsultasi tidak lebih dari 6 menit per pasien. Jumlah kunjungan mencapai rata-rata

tiga ratus orang pada hari Senin hingga Kamis, dengan jam pelayanan dari jam 09.00 hingga jam 12.30. Juga didapati bahwa beberapa orang dokter bahkan tidak sempat berkomunikasi dengan pasien, hanya memeriksa seadanya, lalu perawat menuliskan resep dengan menyalin dari resep sebelumnya yang terdapat pada kartu status pasien. Dokter kemudian membubuhkan tanda tangan pada resep yang sudah ditulis oleh perawat.

Pada bagian tahap sebelum intervensi dilakukan wawancara tertulis atau kuesioner dengan pasien. Petugas tidak membagikan kertas untuk dijawab sendiri oleh responden, tetapi bertanya, kemudian mengisi lembar jawaban sesuai dengan pernyataan responden. Hal ini dilakukan untuk menghindari agar pasien tidak mengisi dengan seadanya, tetapi jawaban yang diberikan adalah gambaran atas keadaan yang sebenarnya. Berdasarkan wawancara diketahui bahwa umumnya pasien datang berobat ke rumah sakit karena meminta rujukan dari Puskesmas. Hampir semua pasien mengemukakan alasan bahwa obat di rumah sakit lebih lengkap. Di samping itu, di rumah sakit dilayani oleh dokter spesialis, sedangkan di Puskesmas biasanya hanya dilayani paramedis. Pada umumnya pasien tidak mendapat penjelasan yang cukup dari dokter tentang obat yang diberikan. Sebagian besar tidak mengetahui efek samping obat. Ada pasien yang menghabiskan obatnya tetapi banyak juga yang tidak karena tidak merasakan adanya perubahan yang lebih baik. Bahkan, banyak pasien yang merasa bertambah buruk keadaannya setelah minum obat.

Proses diskusi

Intervensi berupa diskusi kelompok kecil dengan para dokter semula direncanakan dilakukan di suatu tempat di luar rumah sakit. Namun, akhirnya dilakukan di ruangan konferensi Bagian Penyakit Dalam, karena permintaan para dokter mengingat waktu dan

kesibukannya. Diskusi berlangsung selama hampir tiga jam, rencana semula hanya dua jam. Diskusi pertama diikuti oleh 13 orang dokter dan diskusi kedua diikuti oleh 15 orang dokter yang berbeda. Peserta diskusi dikelompokkan berdasarkan tahun angkatan karena peserta berasal dari dua tahun angkatan yang berbeda. Dalam diskusi disampaikan semua temuan hasil survei persepan, observasi proses pelayanan, dan wawancara dengan pasien. Biaya obat sangat tinggi yaitu mencapai lebih dari 60% dari total biaya pelayanan kesehatan. Hal itu antara lain disebabkan persepan para dokter yang kurang *cost* efektif. Keadaan ini akhirnya memicu peserta untuk rajin berobat lalu obatnya dijual kembali untuk mendapatkan uang. Menanggapi hal itu, dokter mengatakan bahwa hal tersebut bukan tanggung jawab mereka. Padahal semestinya dokter sebagai pembuat keputusan dalam menuliskan resep ikut bertanggung jawab atas hal itu.

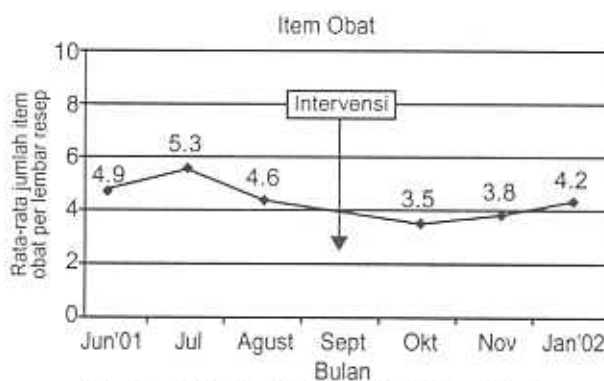
Beberapa hal yang dikemukakan dokter pada saat diskusi antara lain persepan obat dengan jumlah item obat yang banyak dalam setiap lembar resep disebabkan oleh sistem pengobatan yang holistik, pasien yang datang berobat ke rumah sakit adalah pasien dengan gejala yang kompleks, pemilihan obat-obat yang mahal karena merupakan obat terbaik, tidak ada larangan untuk meresepkan obat mahal sepanjang obat tersebut tersedia dalam DPHO sebagai pedoman penulisan resep.

Selain itu, dalam diskusi juga dibahas mengenai pola persepan para dokter dan narasumber untuk memberi penjelasan tentang hal-hal yang seharusnya dilakukan dalam melakukan keputusan terapi. Tidak dicapai kesepakatan untuk menurunkan biaya obat bagi peserta wajib Askes karena dokter tetap pada pendapatnya bahwa semua yang dilakukan pasien atas obat yang diterimanya adalah hak pasien, termasuk jika mereka menjual obat yang diterimanya. Namun,

fasilitator menutup diskusi dengan memberi penekanan pada kenyataan yang berkembang saat ini terutama mengenai penggunaan obat yang rasional. Peresepan yang cenderung banyak atau *polifarmasi* adalah hal-hal yang harus dipertimbangkan dalam peresepan yang rasional. Bahkan, penulis resep dapat dituntut jika peresepannya mengakibatkan penderitaan lain bagi pasien, termasuk oleh penyelenggara asuransi jika sistem kerja samanya sudah seperti yang dilaksanakan di negara maju.

Hasil evaluasi

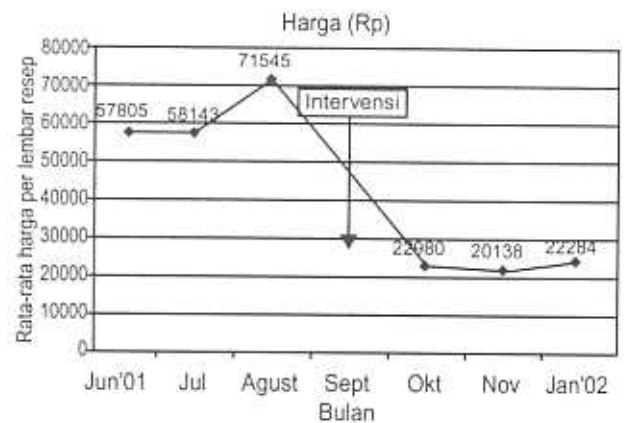
Untuk mengetahui pengaruh intervensi yang diberikan, dilakukan evaluasi dengan membandingkan rata-rata jumlah item obat dan rata-rata harga sebelum dan sesudah intervensi. Dari hasil uji-t diketahui bahwa terjadi penurunan yang bermakna pada rata-rata jumlah item obat, yaitu dari 4,9 sebelum intervensi, menjadi 3,8 ($p < 0,05$) sesudah intervensi. Penurunan ini terjadi karena peserta mendapat penjelasan dari narasumber yang mengingatkan kembali tentang efek samping obat dan kemungkinan terjadinya interaksi obat dalam tubuh. Rata-rata jumlah item obat sebelum dan sesudah intervensi disajikan pada Gambar 1.



Gambar 1. Rata-Rata Jumlah Item Obat Per Lembar Resep Sebelum dan Sesudah Diskusi Kelompok Kecil (Intervensi)

Menurunnya rata-rata jumlah item obat ini juga diikuti dengan menurunnya rata-rata harga per lembar resep, yaitu dari rata-rata

Rp62.498,00 per lembar sebelum intervensi menjadi Rp21.801,00 per lembar ($p < 0,05$) sesudah intervensi. Penurunan harga ini jauh di bawah harga rata-rata per lembar resep rawat jalan peserta wajib secara umum di Rumah Sakit dr. M.Husin, yaitu rata-rata Rp40.000,00. Penurunan ini cukup besar dan akan sangat bermanfaat bagi PT. Askes jika hal itu terjadi di semua bagian rumah sakit. Angka ini jauh di bawah harga rata-rata per lembar resep secara umum untuk seluruh rawat jalan yaitu sekitar Rp40.000,00 per lembar resep. Rata-rata harga per lembar resep sebelum dan sesudah pelaksanaan diskusi kelompok kecil disajikan pada Gambar 2.



Gambar 2. Rata-Rata Harga Per Lembar Resep Sebelum dan Sesudah Diskusi Kecil (Intervensi)

1. Rata-rata jumlah item obat

Pola peresepan yang cenderung tidak rasional (ditinjau dari segi jumlah item obat), karena sistem pengobatan yang holistik. Dalam sistem ini satu poliklinik bisa mengobati lebih dari satu diagnosa yang berhubungan tanpa harus merujuk ke bagian lain. Hal ini sebenarnya kurang sejalan dengan kebijakan rumah sakit yang membagi bagian atas beberapa divisi. Apabila dokter menyebutkan alasan bahwa pasien yang datang berobat adalah pasien dengan kondisi yang kompleks, terutama pasien geriatrik, cenderung meresepkan obat dalam jumlah item yang banyak. Hal itu disebabkan oleh dokter yang ingin mengatasi semua keluhan pasien dengan obat. Hal itu berarti

dokter lebih mengutamakan terapi simptomatik daripada kausatif. Perilaku tersebut didukung oleh pasien yang terlalu percaya kepada terapi obat dan meremehkan terapi nonobat. Hal ini sesuai dengan pendapat Santoso⁶ yang mengatakan bahwa persepsian yang tidak rasional dapat mengakibatkan dampak psiko-sosial dalam masyarakat. Masyarakat menjadi terlalu percaya pada obat dan menganggap remeh hal-hal penting di luar obat dalam mengatasi masalah kesehatannya. Diperkirakan sekitar 30% obat untuk pasien usia lanjut diberikan dalam jangka waktu yang lama. Sebenarnya kebanyakan obat tersebut tidak diperlukan, seperti pemberian antasida, antihipertensi, glikosida jantung, tranquilizer dan antidepresan.⁷ Hal ini didukung oleh pernyataan dari beberapa pasien pada saat wawancara tertulis. Beberapa orang pasien mengeluh kesehatannya semakin buruk setelah mendapat obat dari dokter. Hal ini mungkin disebabkan oleh efek samping obat, tetapi hal itu tidak mudah dibuktikan sebab kemungkinan pasien juga mengkonsumsi obat lain di luar resep dokter.

2. Rata-rata harga atau biaya obat

Jumlah dana yang dikeluarkan oleh PT. Askes Kantor Perwakilan Cabang (KPC) 06-01 Palembang untuk membiayai obat rawat jalan selama tahun 2001 sebesar Rp5.641.073.162,00 dan Rp1.588.013.179,00 untuk rawat inap. Jumlah ini sangat besar, terutama biaya obat rawat jalan, jika dibandingkan dengan biaya pelayanan kesehatan yang hanya menghabiskan dana sebesar Rp2.408.777.076,00. Hal ini terjadi karena kunjungan rawat jalan peserta wajib sangat tinggi di Rumah Sakit dr.M.Husin Palembang, khususnya di Poliklinik Penyakit Dalam Khusus. Pada hari Senin hingga Kamis kunjungan bisa mencapai rata-rata 300 orang per hari. Dengan jumlah peserta sebanyak 170.463 jiwa, dapat diperkirakan berapa rupiah dana yang diterima

oleh PT. Askes KPC 06-01 Palembang sebagai premi setiap tahunnya. Premi yang dibayar peserta hanya 2% dari gaji pokok. Seandainya rata-rata gaji pokok pegawai negeri dan pensiunan adalah sebesar 1 juta rupiah, maka dari tiap keluarga yang maksimal terdiri dari empat orang peserta, hanya dipotong sebesar Rp20.000,00, sehingga untuk 170.463 jiwa, PT. Askes menerima sekitar 850 juta rupiah per bulan, itu berarti 10 milyar per tahun. Untuk membiayai seluruh obat dan pelayanan kesehatannya pada tahun 2001 PT. Askes 06-01 harus mengeluarkan dana sekitar 9,5 milyar, dengan lebih dari 70% dari jumlah itu dikeluarkan hanya untuk obat. Jika dibandingkan dengan keadaan di Amerika yang hanya mengeluarkan dana 9,3% untuk obat,¹ maka jumlah ini sangat besar. Kalau dilihat dari jumlah itu, PT. Askes KPC 06-01 sebagai penyelenggara asuransi kesehatan tentulah mengalami kesulitan dalam pembiayaan. Namun, sampai saat ini karena prinsip pembayarannya masih bersifat sentralistik maka pengeluaran sebanyak itu dapat disubsidi oleh daerah lain.

Konsekuensi dari penggunaan obat yang tidak rasional selain masalah kesehatan yang semakin buruk, juga masalah biaya yang tinggi. Bila persepsian berubah menjadi rasional maka dengan sendirinya biaya menjadi terkendali.

Tingginya biaya yang dikeluarkan oleh PT. Askes ternyata belum dapat menjamin mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK). Kecilnya *fee for service* yang diberikan merupakan salah satu alasan untuk hal ini. Pemborosan biaya yang terjadi akibat penyalahgunaan hak kepesertaan tidak dapat sepenuhnya ditimpakan kepada dokter tanpa adanya suatu mekanisme kerja sama yang baik dan terkontrol.

Diskusi kelompok kecil yang dilakukan ternyata telah mampu mengubah perilaku persepsian. Keadaan ini pada akhirnya juga

telah menurunkan biaya obat dari jumlah rata-rata Rp62.498,00 per lembar resep sebelum intervensi menjadi Rp21.801,00 per lembar resep sesudah intervensi. Penurunan ini jauh di bawah rata-rata harga per lembar resep rawat jalan secara keseluruhan, yaitu sekitar Rp40.000,00. Hal ini perlu dijaga dengan mengembangkan mekanisme pengendalian yang lebih baik, misalnya dengan melakukan pertemuan berkala untuk memberi umpan balik bagi para dokter tentang peresepannya.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa teknik diskusi kelompok kecil dapat memperbaiki perilaku peresepan yang cenderung banyak (*polifarmasi*). Penurunan rata-rata jumlah obat ini juga mengakibatkan turunnya rata-rata harga obat per lembar resep.

Saran

Bagi PT. Askes sebagai penyelenggara asuransi kesehatan, perlu dikembangkan suatu sistem komunikasi yang dapat memberikan umpan balik bagi penulis resep, misalnya dengan mengadakan pertemuan berupa diskusi kelompok secara berkala pada tiap-tiap bagian di rumah sakit. Hal ini dapat digunakan sebagai salah satu cara untuk mengendalikan biaya penggunaan obat dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan. Di samping itu, untuk dapat mencegah penyalahgunaan hak oleh peserta perlu diciptakan suatu mekanisme kontrol selain sistem rujukan yang sudah berlaku selama ini.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada Kepala PT. Askes Indonesia Kantor Cabang Sumatera Selatan dan Kepala PT. Askes Indonesia Kantor Perwakilan Cabang

0601 Palembang yang telah memberikan ijin dan membantu dalam proses pelaksanaan penelitian. Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada Prof. dr. H. Azwar Agoes, Sp. FK sebagai narasumber, dr. Theodorus, MmedSc sebagai fasilitator dalam diskusi kelompok kecil dan kepada dr. Ali Ghanie, Sp. PD selaku Kepala Staf Medik Fungsional Bagian Penyakit Dalam Rumah Sakit dr. M. Husin Palembang yang turut membantu jalannya penelitian ini.

KEPUSTAKAAN

1. Sulastomo. *Managed Health-Care Concept: Sebuah Introduksi*. Medika. 1997;6:496-7.
2. Laing, R. O., Hogerzeil H. V., and Ross-Degnan, D. Ten Recommendation to Improve use of Medicines in Developing Countries. *Health Policy and Planning*. 2001;16(1):13-20.
3. Hadiyono, J.E.P., Santoso, B., and Suryawati, S. Interactional Group Discussion: Result Of A Controlled Trial Using A Behavioral Intervention To Reduce The Use Of Injections In Public Health Facilities. *Soc. Sci. Med.* 1995; 42(8):1177-83.
4. Santoso, B., Suryawati, S., Prawitasari, J.E. Small Group Intervention vs Formal Seminar for Improving Appropriate Drug Use. *Social Science and Medicine*. 1996; 42(8):163-8.
5. de Vries, T. P. G., M. Henning, H. R., Hogerzeil, V.H., Frestle, A.D. *Guide to Good Prescribing*. WHO Action Programme on Essential Drugs. Geneva. 1994.
6. Santoso, B. Hospital Pharmacy and Therapeutic Committees in South East Asia. *Medical Progress*. 1995; 22(11): 5-10.
7. Joshi, M. P., and Adhikari, R. K. *Manual of Drugs and Therapeutics*. (1st Ed.). Health Learning Materials Center. Kathmandu. 1996.