

EVALUASI PEMBIAYAAN JPKM DI RUMAH SAKIT SURYA HUSADHA DENPASAR: Studi Kasus Surya Husadha Hospital Club di Hotel Grand Hyatt Bali

*EVALUATION OF JPKM FINANCING AT SURYA HUSADHA HOSPITAL,
DENPASAR, BALI: A Case Study of Surya Husadha Hospital Club at Grand Hyatt Hotel, Bali*

Ratih Komala Dewi¹ Laksono Trisnantoro²

¹ RSU Surya Husadha, Denpasar, Bali

² Magister Manajemen Rumahsakit Program Pascasarjana UGM

ABSTRACT

Background: Surya Husadha Hospital is a private hospital located in Denpasar. Since 1992 Surya Husadha hospital has implemented managed health care so called as Surya Husadha Hospital Club (SHHC). SHHC has about 15.000 members. Data showed that SHHC was suffering loss. This study aimed to explore the loss of SHHC, factors that cause the loss, and ways to solve the problem.

Methods: This is an evaluative case study which used qualitative and quantitative approaches. SHHC of Grand Hyatt Hotel was the unit of analysis. Secondary data were collected from financial department and medical record department.

Results: The study showed that SHHC of Grand Hyatt Hotel lost Rp 137.669.144,5,- in a year. Factors that caused the loss included: (1) fee for service as method of payment for provider; (2) predominant curative services; (3) gatekeeper functioning ineffectively (4) unavailable pharmaceutical formulation; (5) utilization review which was not properly implemented; (6) premium setting which was not based on unit cost and utilization rate; (7) the inefficient biparty system; and (8) number of enrollees that was "only" 15.000 people.

Conclusion: It is suggested that (1) the manager of SHHC implement the managed care concept; (2) Surya Husadha Hospital reconsider the biparty system implemented; and (3) Grand Hyatt Hotel in Bali control the utilization of the clinic and encourage healthy behavior so that premium would not be high.

Keywords: managed care, utilization review, unit cost

PENGANTAR

Rumah Sakit Surya Husadha merupakan salah satu rumah sakit swasta yang terletak di Kotamadya Denpasar. Rumah sakit ini didirikan pada tahun 1982 oleh Yayasan Surya Husadha yang saat ini berkapasitas 91 TT.

RS Surya Husadha menyelenggarakan pelayanan yang meliputi: a) Rawat jalan dengan pelayanan poliklinik, *Doctor on call & Ambulance service* 24 jam; b) Rawat Darurat; c) Pelayanan konsultasi dokter spesialis (melalui radio panggil); d) Pelayanan Rawat Inap dengan pelayanan spesialistik empat besar, THT, mata, kulit dan kelamin serta layanan subspecialistik untuk bedah

syaraf dan urologi; dan e) Pelayanan penunjang medik, dengan layanan Laboratorium Klinik, Radiologi, Farmasi dan konsultasi Gizi.

Tingkat hunian rumah sakit atau *Bed Occupancy Rate (BOR)* tahun 1996 sebesar 50,82%, tahun 1997: 56,74% dan 67,56% di tahun 1998 dengan *Length of Stay (LOS)* 4,01 hari, *Bed Turn Over (BTO)* 66 kali sedang *Turn Over Interval (TOI)* 1,80 hari.

Pada tahun 1992 RS Surya Husadha membentuk program jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat yang diberi nama Surya Husadha *Hospital Club* (SHHC) dan usaha yang dilakukan berupa pelayanan kesehatan.

Tujuan didirikannya Surya Husadha *Hospital Club* adalah ikut berperan aktif di dalam pembangunan kesehatan masyarakat serta mewujudkan sistem pengelolaan pembiayaan yang terpadu antara penyelenggara kesehatan, pengelola dana dan masyarakat. Adapun tujuan khusus dari Surya Husadha *Hospital Club* adalah sebagai pemasaran dari RS Surya Husadha. Oleh karena peserta SHHC bila memerlukan rawat inap akan dirujuk ke RS Surya Husadha. Selain itu juga untuk mengembangkan unit rawat jalan dari RS Surya Husadha dengan membuka poliklinik di Kuta, Nusa Dua dan hotel-hotel yang menjadi peserta SHHC. Saat ini jumlah peserta dari SHHC mencapai 15.000 orang.

Besarnya premi SHHC per bulan adalah: (a) kelas III = Rp.20.000; (b) kelas II = Rp 22.000; (c) kelas I = Rp 24.000; (d) VIP = Rp 27.000. Penetapan premi ini belum berdasarkan biaya satuan pelayanan dan jumlah utilisasi. Paket pelayanan yang disediakan oleh SHHC meliputi pelayanan dasar, pelayanan lanjutan, pelayanan rawat inap dan pelayanan persalinan.

Sasaran dari pada SHHC adalah karyawan dari perusahaan swasta, hotel, agen perjalanan yang karyawannya lebih dari seratus orang. Di antara peserta SHHC didominasi oleh karyawan hotel berbintang yang berdomisili di sekitar Denpasar. Saat ini SHHC beranggotakan delapan hotel berbintang. Sistem yang dijalankan selama ini adalah sistem bipartit. Artinya, ada dua komponen yang terpisah yaitu: (1) pengumpul/pengelola dana sekaligus pelaksana pelayanan kesehatan, dan (2) peserta/anggota.

Dari pengamatan dan laporan keuangan SHHC selama ini nampaknya terus merugi. Yang menonjol (yang paling banyak kerugiannya) adalah Hotel Grand Hyatt Bali sehingga penulis membatasi penelitian pada Hotel Grand Hyatt Bali dimana bila dilihat dari jumlah karyawannya termasuk yang paling besar yakni sebesar 2935 orang. Data bagian keuangan RS Surya Husadha memperlihatkan bahwa hampir setiap bulan mengalami kerugian. Dan total kerugian mencapai Rp. 173.958.516 per tahun. Hal ini menarik perhatian penulis untuk

mengetahui penyebab-penyebab kerugian tersebut dan alternatif penanggulangannya agar program JPKM SHHC dapat berlangsung.

Tujuan penelitian adalah: (1) mengetahui faktor-faktor penyebab kerugian SHHC; (2) mengetahui berapa kerugian SHHC setelah dihitung berdasarkan biaya satuan.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Subyek penelitian adalah Surya Husadha *Hospital Club* dengan sub unit Hotel Grand Hyatt Bali. Objek penelitian adalah variabel-variabel dalam penelitian. Unit analisis adalah Surya Husadha *Hospital Club*.

Data yang dikumpulkan meliputi (1) data kuantitatif berupa data sekunder, yang diperoleh dari bagian keuangan dan bagian catatan medik. Yang meliputi: utilisasi rawat jalan dan rawat inap 1 tahun, untuk analisa kerugian diperlukan data: total pemakaian dan total biaya (berbasis biaya satuan) pelayanan dokter, pelayanan perawatan, pelayanan penunjang, pelayanan sarana fisik dan pelayanan administrasi serta pemakaian obat dalam 1 tahun; untuk menghitung biaya satuan diperlukan data: biaya langsung yang terdiri dari: biaya berubah dan biaya tetap; biaya tidak langsung yang terdiri dari: biaya berubah dan biaya tetap, (2) data kualitatif dari analisis faktor-faktor penyebab kerugian JPKM SHHC. Lokasi penelitian adalah di Hotel Grand Hyatt Bali, Surya Husadha *Hospital Club* RS Surya Husadha.

Jalannya penelitian, pertama melakukan pengumpulan data kunjungan rawat jalan dari masing-masing poliklinik dan rawat inap di RS Surya Husadha. Kemudian melakukan pengumpulan data dari bagian keuangan RS Surya Husadha untuk mengetahui jumlah premi, jumlah pemakaian rawat jalan dan jumlah pemakaian rawat inap SHHC Hotel Grand Hyatt selama satu tahun. Setelah itu menelusuri data biaya langsung dan biaya tidak langsung yang terdiri dari biaya tetap dan biaya berubah untuk perhitungan biaya satuan pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Sebagai perbandingan dipakai *managed care* standar untuk

mengetahui masalah yang menyebabkan kerugian pada SHHC Hotel Grand Hyatt Bali.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Dari hasil penelitian didapatkan:

Tolok ukur persentase kunjungan digunakan angka rata-rata nasional yakni 14 – 20%. Bila persentase kunjungan di bawah 14% dan di atas 20%, perlu dicari faktor-faktor yang mempengaruhinya¹. Hasil Susenas 1992 dan 1994

Tabel 1. Perhitungan selisih dari kerugian SHHC Hotel Grand Hyatt dengan keuntungan RSSH

SHHC	Premi peserta per tahun	Penggunaan dana oleh RSSH per tahun	Kerugian
	Rp 665.291.225,-	Rp 897.891.520,-	- Rp 232.600.295,-
RSSH	Pemasukan dana dari SHHC per tahun	Biaya RSSH,- per tahun (berbasis biaya satuan)	Keuntungan
	Rp 897.891.520	Rp 802.960.369,5	Rp 94.931.150,5
Selisih dalam bentuk kerugian untuk Yayasan Surya Husadha			-Rp 137.669.144,5

Tabel 1 memperlihatkan pada SHHC terdapat kerugian sebesar Rp 232.600.295,- per tahun yang didapat dari jumlah premi peserta per tahun (Rp 665.291.225,-) dikurangi penggunaan dana oleh RSSH per tahun (Rp 897.891.526,-). Pada RSSH terdapat keuntungan sebesar Rp94.931.150,5,- per tahun yang didapat dari pemasukan dana dari SHHC per tahun (Rp897.891.520,-) dikurangi biaya RSSH per tahun yang berbasis biaya satuan Rp 802.960.369,5,-). Selisih dari kerugian SHHC dan keuntungan RSSH dalam bentuk kerugian untuk Yayasan Surya Husadha sebesar Rp137.669.144,5,- per tahun.

Faktor-faktor Penyebab Kerugian SHHC

Pada SHHC sistem pembayaran pada PPK I dan PPK II secara *fee for service*. Akibat pembayaran *fee for service* ini menyebabkan adanya bahaya moral baik pada peserta maupun pada PPK. Hal ini dapat dilihat pada kunjungan rawat jalan sebesar 60,27%. Kunjungan ini lebih banyak terjadi di poliklinik Hotel Grand Hyatt. Bisa dimengerti oleh karena poliklinik terletak di dalam hotel dan dokter melayani selama 24 jam, sehingga memudahkan peserta untuk berobat walaupun penyakitnya tidak serius.

menunjukkan bahwa angka persentase penduduk yang mempunyai keluhan sakit dalam sebulan terakhir sebesar 21,0% dan 18,5%².

Dari data rawat inap, 50,46% adalah kasus kebidanan dan penyakit kandungan di mana 74,69% di antaranya adalah kasus melahirkan, yang menarik, 30,53% dari yang melahirkan berlangsung melalui bedah sesar. Ini sesuai dengan penggunaan dana rawat inap terbanyak, yaitu, 49,88% digunakan untuk kebidanan dan penyakit kandungan. Salah satu penyebabnya adalah belum adanya standarisasi pelayanan di mana dapat dilakukan upaya-upaya efisiensi pelayanan tanpa mengorbankan mutu.

Sebagai pembandingan diambil dari penelitian Santoso³ di dapatkan bahwa sebesar 998 persalinan (10,7%) dari 9.070 persalinan melalui bedah sesar. Perbandingan ini diambil dari RS Dr. Sardjito sebab RS Dr. Sardjito merupakan rumah sakit pendidikan dimana bedah sesar dilakukan dengan betul dan atas indikasi yang tepat.

Pada sistem pembayaran *fee for service*, dokter dibayar dengan sejumlah uang berdasarkan jumlah pelayanan yang diberikan yang menyebabkan adanya motivasi dari dokter untuk meningkatkan jumlah pelayanan⁴.

Menurut Murti⁵ *fee for service* mendorong terjadinya bahaya moral dokter (*provider moral hazard*). Dengan semua jasa pelayanan diganti oleh perusahaan asuransi, maka para dokter tidak menanggung pembagian beban resiko finansial. Para dokter akan mengalami situasi bahaya moral di mana mereka merasa tidak mengalami kerugian ketika memberikan pelayanan diagnostik maupun terapi secara berlebihan. Sebaliknya pendapatan mereka malah makin menggelembung dengan memperbanyak pelayanan-pelayanan yang tidak perlu. *Fee for service* dapat meningkatkan permintaan yang didorong pemasok (*supplier-induced demand*).

Sistem pelayanan pada SHHC lebih banyak bersifat kuratif, belum banyak dilakukan upaya-upaya pelayanan yang bersifat promotif dan preventif.

Istilah *gatekeeper* merujuk kepada peranan dan fungsi dokter (PPK1 SHHC) yang di satu pihak bertanggungjawab pada pelayanan tingkat pertama, dan di pihak lain bertanggungjawab mengatur pelayanan kesehatan rujukan yang sesuai dengan kebutuhan penderita⁶. Pada SHHC *gatekeeper* belum berfungsi dengan baik serta belum adanya standar pelayanan.

Penggunaan obat-obat rawat jalan yang tinggi (56,82%) terjadi pada PPK 1. Hal ini disebabkan oleh belum adanya formularium dan kunjungan rawat jalan yang tinggi juga pola persepsian yang berlebihan (*over prescription*) baik jumlah, jenis maupun harganya. Faktor lainnya adalah kurang lancarnya penyediaan obat di poliklinik hotel sehingga sebagian obat-obatan diberikan dalam bentuk resep.

Hal ini sesuai dengan yang dikatakan Quick⁷ bahwa: pada persepsian/pemakaian obat di rumah sakit dipengaruhi oleh faktor-faktor sebagai berikut: informasi yang tidak bias dan pengaruh industri farmasi, perilaku persepsian (pengetahuan yang kurang, kebiasaan dan pengalaman sebelumnya), tempat kerja (tugas yang terlalu banyak dan infrastruktur yang kurang mendukung), kelompok kerja (kebijakan dan prosedur serta tekanan senioritas), hubungan pelaku persepsian dengan

pasien (kepercayaan dan budaya serta tuntutan pasien).

Pada SHHC belum dilaksanakan kajian utilisasi yang ketat. Ini disebabkan karena keterbatasan pengalaman dan kurang pahaman dalam melaksanakan kajian utilisasi. Kajian utilisasi ini sangat penting untuk sistem informasi JPKM SHHC. Sebagaimana diketahui, pengelolaan JPKM mencakup tiga fungsi pokok yakni pengelolaan dana, pelayanan kesehatan dan kepesertaan. Dengan demikian sistem informasi JPKM harus mampu menyediakan data dan informasi yang akurat untuk menjalankan ketiga fungsi tersebut. Sistem informasi JPKM haruslah sederhana dan mudah, tetapi mencakup jenis dan alur informasi yang efektif dan efisien.

Penetapan premi pada JPKM SHHC belum berdasarkan biaya satuan dan jumlah utilisasi pelayanan. Yang mana seharusnya penentuan premi ini berbasis pada utilisasi pelayanan dan biaya satuan⁸.

Karena fungsi pembiayaan dan penyediaan pelayanan kesehatan dilakukan oleh satu institusi maka model ini dikenal dengan model bipartit. Sistem ini memiliki keuntungan lebih mudah melakukan pengontrolan terhadap pola praktek para dokter. Menurut Sulastomo⁹, model bipartit seperti ini akan mudah mengontrol biaya dan mutu. Kelemahannya adalah memerlukan investasi yang besar dan menuntut kemampuan manajemen yang baik.

Pada JPKM SHHC jumlah peserta baru mencapai 15.000 orang. Menurut Murti⁵ agar resiko dapat disebarkan secara luas dan direduksi dengan efektif, maka asuransi membutuhkan jumlah besar peserta. Makin besar jumlah peserta, makin besar risiko kerugian yang dapat direduksi. Prinsip ini merupakan konsekuensi hukum jumlah besar (*the law of large number*).

Usulan Pemecahan Masalah

Tiga dari bentuk pembiayaan pra upaya yang paling terkenal adalah (1) sistem kapitasi; (2) sistem anggaran; dan (3) sistem paket. Untuk menerapkan pembiayaan pra upaya ada tiga kegiatan yang harus

dilakukan: (a) menetapkan jenis pelayanan kesehatan yang akan diselenggarakan; (b) menetapkan unit biaya untuk setiap jenis pelayanan kesehatan yang akan diselenggarakan; (c) menetapkan angka pemanfaatan untuk setiap jenis pelayanan kesehatan yang akan diselenggarakan (*utilization rate*).

Apabila sistem pembiayaan pra upaya dapat diterapkan, akan banyak manfaat yang akan diperoleh. Manfaat yang dimaksud adalah: (a) penyelenggara pelayanan kesehatan akan terhindar dari godaan menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berlebihan; (b) sistem serta beban administrasi pihak pengelola dana/ataupun penyelenggara pelayanan kesehatan akan lebih sederhana; (c) penghasilan penyelenggara pelayanan kesehatan akan lebih stabil dan merata; dan (d) bersamaan dengan itu, untuk mencegah kunjungan pasien yang berlebihan dan berulang, menyelenggarakan pelayanan promosi kesehatan serta pelayanan pencegahan penyakit¹¹.

Standar pelayanan dapat memberikan keuntungan antara lain: (1) standar dapat meminimalkan kebutuhan sumber daya serta pikiran; (2) standar dapat meminimalkan kesalahan manusia, karena sudah terlatih untuk bekerja dalam suatu prosedur yang sudah distandarkan; (3) standar dapat memudahkan komunikasi serta memudahkan pengembangan gagasan; dan (4) standar dapat memungkinkan terjadinya suatu kreativitas dalam area, di luar/ bahkan melampaui standar karena sebuah standar tidak bersifat tetap atau mati¹⁰.

Pada *managed care* pelayanan peserta bersifat paripurna di mana setiap PPK diharuskan memberikan pelayanan kesehatan yang menyeluruh meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Prinsip pelayanan menyeluruh ini sangat ditunjang oleh sistem kapitasi karena semakin rendah angka kesakitan peserta sebagai akibat keberhasilan pelayanan promotif-preventif, maka pengeluaran biaya akan semakin rendah pula. Hal ini akan meningkatkan insentif bagi *provider/PPK* yang bersangkutan.

Gatekeeper berfungsi antara lain: (1) secara umum mengatur pengeluaran biaya pada sistem kapitasi, (2) mengutamakan pelayanan kesehatan

dasar dan bersifat paripurna, dan (3) menentukan peserta bila memerlukan pelayanan kesehatan lanjutan¹¹.

Tanggungjawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama tidak hanya pada waktu peserta jatuh sakit saja, tetapi yang lebih penting lagi semasa sehat. Untuk itu amat diharapkan *gatekeeper* dapat menyelenggarakan program peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit, misalnya dalam bentuk pendidikan kesehatan.

Keberhasilan program JPKM sangat ditentukan oleh efisiensi pemakaian sumber dana, maka amat diharapkan *gatekeeper* dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang hemat dana, peranan ini dalam program JPKM dikenal dengan nama pengendalian biaya kesehatan (*cost containment*).

Karena jumlah/jenis obat yang beredar maupun harga yang sangat bervariasi, maka adanya suatu standar obat serta patokan harga adalah sangat penting. Untuk itu, didalam kebijaksanaan pengadaan obat-obatan, SHHC RSSH perlu merumuskan formularium yang berlaku bagi peserta SHHC serta patokan harga tertinggi obat-obatan.

Untuk memperbaiki mutu peresepan dapat dilakukan upaya pendidikan, pengelolaan/pengaturan, metode-metode untuk menjaga perubahan pola peresepan, penelaahan penggunaan obat, laporan efek samping obat dan penelaahan formularium

Peresepan yang rasional adalah bila tepat indikasi, memilih obat yang terbaik dari pilihan yang tersedia, dosis dan waktu pemberian yang cukup, berdasarkan standar pengobatan yang berlaku serta menggunakan obat yang dapat memenuhi kebutuhan pelayanan sebagian besar penduduk, bisa diperoleh setiap saat dalam jumlah yang cukup dan dalam bentuk sediaan yang memadai⁷.

Identifikasi peresepan yang tidak rasional adalah dengan indikator: (a) rata-rata jumlah obat yang diberikan per kunjungan; (b) persentase penggunaan obat generik; (c) persentase penggunaan antibiotika; (d) persentase pemberian injeksi dan (e) persentase obat yang berasal atau masuk dalam formularium atau daftar obat esensial.

Hal yang perlu diperhatikan untuk mengontrol penggunaan farmasi adalah: (a) profil pelaku peresepan; (b) instruksi penggunaan obat generik; (c) variasi kontrak dengan industri farmasi, (d) penggunaan obat-obat yang sesuai dengan formularium serta; dan (e) manajemen resiko¹².

Kajian utilisasi sangat penting untuk sistem informasi JPKM SHHC dan penetapan premi yang berbasis pada biaya satuan dan jumlah utilisasi, serta sebagai laporan kesehatan karyawan ke pihak manajemen hotel. Pihak manajemen hotel juga harus menyadari bahwa harga premi sangat ditentukan oleh jumlah utilisasi dari peserta. Dengan demikian diharapkan peran sertanya agar dapat menekan angka kunjungan sehingga harga premi tidak terlalu tinggi.

Operasionalisasi sistem informasi JPKM harus mampu menyimpan, mengolah, menganalisis data sesuai dengan kebutuhan masing-masing fungsi JPKM. Sistem informasi harus dapat mengolah data menjadi rasio, *rate*, rerata. Dengan dapat disajikan data yang relevan, maka setiap fungsi manajemen JPKM dapat berjalan dengan efektif dan efisien.

Melakukan perhitungan premi kembali yang berdasarkan "angka kapitasi"^{13,14}. Menghitung angka kapitasi menurut angka penggunaan pelayanan kesehatan tahunan yaitu (a) rumus biaya per anggota per bulan (PAPB) biasa = angka penggunaan tahunan x biaya unit: 12 bulan = PAPB; (b) rumus PAPB menurut anggaran = biaya agregat tahunan: anggota yang dilayani: 12 bulan = PAPB.

Dengan sistem bipartit seharusnya JPKM SHHC lebih mudah mengelola dan mengendalikan utilisasi pelayanan kesehatan. Hanya saja pengelolaannya belum profesional dan belum dilakukan oleh SDM yang khusus menangani JPKM SHHC agar dapat mengendalikan utilisasi, mengontrol dan mengelola serta menerapkan konsep *managed care* dengan benar. Diharapkan dengan evaluasi ini, perlu dipikirkan sistem pengelolaannya serta SDM yang mengelola walaupun mungkin tetap dengan model bipartit.

Hukum jumlah besar berlaku pula pada sistem pelayanan kesehatan alternatif yang menggabungkan asuransi dengan penyediaan pelayanan

kesehatan, disebut *Health Maintenance Organization* (HMO). Pada HMO, perhitungan premi tidak berdasarkan probabilitas sakit orang per orang maupun komunitas, melainkan berdasarkan utilisasi pelayanan kesehatan komunitas. Menurut para analis, rata-rata jumlah anggota sebesar 50.000 orang per HMO dipandang menguntungkan untuk menjalankan bisnis HMO⁵.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. Dari analisa keuangan didapatkan bahwa JPKM Surya Husadha *Hospital Club Hotel Grand Hyatt* rugi sebesar Rp 137.669.144,5 per tahun.
2. Faktor-faktor penyebab kerugian antara lain: (a) sistem pembayaran kepada PPK secara *fee-for service*, (b) sistem pelayanan lebih banyak bersifat kuratif, (c) *gatekeeper* belum berfungsi dengan efektif (d) belum ada formularium obat, (e) kajian utilisasi belum dilakukan/dilaksanakan dengan baik, (f) penentuan premi yang tidak berbasis biaya satuan dan jumlah utilisasi (g) sistem bipartit yang belum efisien (biaya) dan (h) jumlah peserta yang baru mencapai 15.000 orang.

Saran

Berdasarkan hasil penelitian, maka saran-saran yang dapat peneliti sampaikan adalah sebagai berikut:

1. Kepada pengelola SHHC:
Menerapkan konsep *managed care*: (a) sistem pembayaran kepada PPK secara kapitasi (b) menerapkan sistem pelayanan paripurna, (c) mengefektifkan fungsi *gatekeeper*, (d) kajian utilisasi diperketat, (e) melakukan perhitungan premi yang berdasarkan biaya satuan dan jumlah utilisasi, (f) meningkatkan jumlah peserta minimal 50.000 orang; dan (g) membuat formularium obat.
2. Kepada RS Surya Husadha:
Meninjau kembali sistem bipartit yang telah dijalankan selama ini.

3. Kepada Hotel Grand Hyatt Bali:
Untuk membantu menekan angka kunjungan karyawan ke poliklinik dengan meningkatkan cara-cara hidup sehat agar premi tidak terlalu tinggi.

KEPUSTAKAAN

1. Pedoman Evaluasi Penyelenggaraan Program Pemeliharaan Kesehatan Bagi Peserta PT. ASKES. Jakarta: PT. ASKES Indonesia, 1998.
2. Profil Kesehatan Propinsi Bali. Departemen Kesehatan RI Kantor wilayah Propinsi Bali, 1998.
3. Santoso, B. Kecenderungan Bedah Sesar di RS Dr. Sardjito Tahun 1989 – 1994. [Tesis]. Yogyakarta: Bagian Obstetri dan Ginekologi FK UGM, RSUP Dr. Sardjito, 1996.
4. Rice, T. Physician Payment Policies: Impacts and Implications. *Journal of Public Health*, California: UCLA School of Public Health, 1997.
5. Murti, B. Dasar-dasar Asuransi Kesehatan. Yogyakarta: Penerbit Kanisius, 1999.
6. Belzer, E.J. *Balancing The Triad: Cost containment, Quality of Service and Quality of Care in Managed Care System*, Columbia: University of Missouri, 1989.
7. Quick, J. D. *Managing Drug Supply*. Second Edition, Connecticut USA: Kumarian Press, 1997.
8. Sulastomo. *Asuransi Kesehatan dan Managed Care*. Jakarta: PT Askes Indonesia, 1997.
9. Feldstein, P.J. *Health Care Economic*, New York: John Wiley & Sons, 1983.
10. Schroeder, P. *Improving Quality and Performance, Concepts, Program and Technique*, St. Louis: Mosby, 1994.
11. Samuels, D. I. *Capitation: New Opportunities in Healthcare Delivery*. Chicago: Irwin Professional Publishing, 1996.
12. Kongstvedt, P.R. *The Managed Healthcare Handbook*. Gaithersburg: Aspen Publisher, Inc., 1989.
13. Cleverley, W.O. *Essentials Of Health Care Finance*. Fourth Edition, Gaithersburg: Aspen Publishers, Inc., 1997.