

Berbagai Faktor yang Berhubungan dengan Beban Biaya Obat Pasien Rawat Inap Program Askeskin, di Cirebon Tahun 2005

Lucya Agung Susilawati* Hasbullah Thabrany**

Abstrak

Askeskin membayar klaim pengobatan rumah sakit untuk penduduk miskin dengan tarif yang ditetapkan. Namun, resep obat tidak terdaftar yang tidak boleh dibebankan pada pasien justru menjadi beban rumah sakit. Inisiatif pimpinan RSUD Gunung Jati menyediakan dana pendamping menjadi beban secara finansial. Pada tahun 2005, rujukan pasien rawat inap kelas III, meningkat 153 % dan beban pasien luar kota meningkat 331 %. Tujuan penelitian ini mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi beban RS menutupi biaya perawatan, khususnya obat non DPHO yang tidak dapat diklaim ke Askes. Penelitian menggunakan Sumber data catatan medik, catatan klaim dan studi kualitatif wawancara mendalam. Ditemukan bahwa pasien luar yang dirawat di SMF bedah menghabiskan dana dua kali lebih besar daripada pasien yang berasal dari Cirebon dan dirawat di SMF non Bedah. Lama pasien dirawat berbanding lurus dengan besar biaya yang menjadi beban rumah sakit. Penelitian ini juga menemukan visi dan persepsi institusi terkait tentang tanggung jawab pemda yang tidak-sinkron. Hal ini menyebabkan dana pelayanan kesehatan pasien miskin di RSUD Gunung Jati tidak tersedia. Disarankan untuk membentuk forum bersama antara pemda terkait di wilayah III Cirebon guna menangani tanggung jawab pendanaan kesehatan masyarakat miskin dan mekanismenya. Juga diperlukan sosialisasi efektif tentang obat DPHO kepada dokter di rumah sakit.

Kata kunci : Asuransi kesehatan, DPHO, askeskin.

Abstract

Askes—the health insurance corporation—pay hospitals according to predetermined prices, but the hospital must finance the costs of those non-covered drugs and medical supplies prescription because of prohibition of charging the poor. In Gunung Jati Hospital, funding for the poor from local governments which is the responsibility of local governments is not available. The hospital should finance the gap which in turn putting high financial burden to the hospital. Askeskin removes financial barriers to access inpatient care producing an increase of 153% of the third class hospital inpatient from the level of 2004. The objective of this study is to know the factors related to the high financial burden to the hospital in order to finance non covered drugs and medical supplies. The study used survey method complemented by in depth interview in the qualitative part of the study. This study concludes that the average costs of non-covered services are more than twice more expensive among patients coming from out of Cirebon and hospitalized in surgical wards. In addition, length of stay positively correlated with higher burden to the hospital. Inconsistencies and misunderstanding among policy makers regarding vision and mission of caring the poor resulting to no allocation of fund to the hospital. The researchers suggest that a forum is established to delineate local government responsibility and funding for non-covered services to complement the national program of Askeskin. In addition, effective communication to physicians to prescribe from formularium would reduce the financial burden of the hospital.

Key words : Health insurance, DPHO, medicaid.

*Wadir Bidang Operasional Pelayanan Medis RSUD Gunung Jati Cirebon, **Guru Besar Departemen Administrasi Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Pemerintah telah berupaya untuk memenuhi hak masyarakat miskin (maskin) dalam mendapatkan pelayanan kesehatan mulai dari kebijakan kartu sehat sampai program Askeskin. Program Askeskin merupakan hasil evolusi dari berbagai program sebelumnya yang belum bisa menjamin jumlah penduduk yang besar dan kebutuhan pelayanan kesehatan yang betul-betul komprehensif. Padahal, program asuransi sosial PNS sudah berjalan secara nasional selama 37 tahun. Mulai tahun 2005, 36.146.700 penduduk miskin mendapat bantuan iuran Askes dari Depkes.¹

Mengingat sebelumnya banyak penduduk yang dijamin oleh beberapa Pemda, maka pada tahun 2006, Depkes menambah jumlah penduduk yang dijamin menjadi 60 juta jiwa. Jaminan pemerintah tersebut tampaknya berpengaruh terhadap peningkatan jumlah penduduk miskin yang dirawat di rumah sakit. Pada tahun 2004, RSUD Gunung Jati menerima rujukan rawat inap 1.708 orang pasien, pasien yang berasal dari kota Cirebon (87,5 %) dan dari luar kota Cirebon (12,5 %). Pada tahun pertama program Askeskin, jumlah pasien rawat inap melonjak menjadi 4.313 pasien (naik 153 %) dengan warga luar kota Cirebon 53,8 %, dan dari dalam kota Cirebon 46,2 %. Proporsi pasien Askeskin rawat inap dari luar kota Cirebon pada tahun 2004-2005, (331 %). Peningkatan jumlah pasien rawat inap tersebut tidak diikuti dengan kepatuhan dokter untuk meresepkan obat dan bahan medis habis pakai (BMHP) dari daftar formularium yang dijamin Askes. Padahal, Departemen Kesehatan melarang RS menarik biaya dari penduduk miskin.

Peningkatan jumlah resep obat diluar DPHO dan BMHP non paket yang tidak dijamin Askes tersebut, tampaknya meningkatkan jumlah rujukan pasien Askeskin. Disinyalir banyak puskesmas yang terlalu mudah merujuk pasien. Komitmen direktur RS mematuhi peraturan Menkes, berakibat peningkatan belanja obat non DPHO. Pada tahun 2005, RSUD Gunung Jati mengeluarkan dana Rp. 480.369.000 untuk pelayanan obat non DPHO dan BMHP non paket. Menkes (2006) menganjurkan dana kesehatan Program Askeskin ditanggung oleh pemerintah pusat dan daerah, tetapi persepsi, komitmen, dan kemampuan pemda mendanai kesehatan warga miskin tidak sama. Hal tersebut akan menjadi beban RSUD, karena tidak ada dana pendamping dari Pemda kota dan propinsi. Meskipun diketahui bahwa fungsi rumah sakit adalah pelayanan, bukan pendanaan. Akibatnya, dana penerimaan RSUD dari pasien non-gakin yang seharusnya dapat digunakan untuk biaya operasional dan meningkatkan insentif karyawan, terse-dot untuk mendanai obat non DPHO dan BMHP non paket.

Tujuan penelitian ini adalah mengetahui lebih lanjut berbagai faktor yang berhubungan dengan besar biaya

obat non DPHO dan BMHP non paket yang menjadi beban RSUD Gunung Jati dalam pelayanan kesehatan pasien rawat inap Askeskin.

Metode

Penelitian ini menggunakan rancangan studi *crossectional* dengan metoda pengumpulan data wawancara terstruktur (survei).² Populasi adalah seluruh pasien Askeskin pemegang kartu Askeskin dan surat keterangan tidak mampu yang dirawat di ruang rawat inap kelas III dan mendapat obat non DPHO dan BMHP non paket selama tahun 2005. Sampel adalah pasien Askeskin yang berjumlah 166 pasien terpilih secara *stratified random sampling*. Untuk melengkapi penelitian kuantitatif dilakukan penelitian kualitatif,³ dengan metoda pengumpulan data wawancara mendalam dan telaah dokumen. Informan dalam penelitian kualitatif dipilih secara purposif berdasarkan tanggungjawab yang dimiliki berkaitan dengan pendanaan dan kebijakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Selain itu, disertakan wakil pelaksana RSUD Gunung Jati yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien Askeskin. Penelitian ini mengacu pada prinsip kesesuaian (*Appropriateness*) dan kecukupan (*Adequacy*),⁴ guna meningkatkan validasi beberapa hal yang terkait dengan perilaku pasien maupun dokter dalam ruang perawatan kelas III.

Informan berjumlah 11 orang terdiri dari: (1) Kepala Seksi Perencanaan dan Bina Program Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Barat, (2) Wakil Walikota kota Cirebon, (3) Sekretaris Daerah kota Cirebon, (4) Ketua DPRD komisi D kota Cirebon, (5) Sekretaris DPRD komisi D kota Cirebon, (6) Kepala Askes cabang kota Cirebon, (7) Direktur RSUD Gunung Jati, (8) Kepala SMF Obstetri & Ginekologi, (9) Kepala SMF Bedah, (10) Dokter Spesialis Anak, dan (11) Kepala SMF Penyakit Dalam. Pengolahan data kuantitatif dilakukan dengan analisis multivariat, setelah kandidat variabel yang memenuhi syarat dianalisis secara univariat dan bivariat melalui Uji T dan Anova.

Hasil

Analisis Deskriptif dan Bivariat

Data yang dikumpulkan dari rekap klaim di apotik, yang mencatat obat non DPHO dan BMHP yang tidak dijamin PT. Askes, terpilih secara acak sistematis 166 kasus/pasien yang terdiri dari 69 pasien bertempat tinggal di dalam kota Cirebon dan 97 pasien yang berdomisili di luar kota Cirebon. Pasien dari luar kota Cirebon dirujuk oleh RSUD di kabupaten yang terkait karena ketiadaan fasilitas atau dokter spesialis. Hal ini dimungkinkan karena program Askeskin berskala nasional sehingga rujukan antar kota (portabilitas jaminan) dapat dilakukan dengan mudah. Dari seluruh sampel terpilih, 86 adalah pasien laki-laki dan 80 pasien perempuan dengan kisaran usia an-

tara 1 tahun dan 82 tahun. Secara keseluruhan, lama hari rawat pasien adalah 5,81 hari dan biaya rata-rata obat non DPHO dan BMHP yang diresepkan dokter yang tidak bisa diklaim kepada PT. Askes adalah Rp. 159.170,- sebagaimana tampak dalam Tabel 1.

Beban RS pasien luar kota 2 kali lebih besar daripada dalam kota Cirebon dengan nilai p = 0,003. Hal ini menunjukkan bahwa pasien dari luar kota Cirebon mendapatkan resep non-paket yang lebih banyak. Menurut seorang informan disebabkan oleh kondisi pasien saat masuk rumah sakit relatif lebih gawat atau lebih berat. Juga dinyatakan bahwa masih dijumpai kasus rujukan yang

bukan atas indikasi medis. Kasus tersebut dapat ditangani di rumah sakit setempat, tetapi dengan pertimbangan lain seperti pasien tanpa surat rujukan, atau dokter spesialisnya sedang cuti (Lihat tabel 2).

Analisis Multivariat

Analisis regresi ganda dilakukan terhadap tujuh variabel yang dalam uji bivariat menunjukkan korelasi positif (kandidat model). Uji regresi yang dilakukan dengan metoda ENTER memberikan hasil seperti terlihat pada tabel 3.

Analisis multivariat menemukan tiga variabel (lama rawat, kelompok SMF Bedah, dan pasien luar kota Cirebon) berhubungan secara bermakna dengan beban biaya rumah sakit akibat pola persepian dokter di luar DPHO/BMHP paket. Koefisien determinasi (*R square*) menunjukkan bahwa ketiga variabel tersebut dapat menjelaskan variasi beban biaya rumah sakit, akibat persepian di luar DPHO/paket BMHP, sebesar 32%. Variabel lama hari rawat memiliki nilai koefisien standar beta paling besar, disusul dengan kelompok SMF Bedah dan terakhir variabel tempat tinggal pasien di luar kota Cirebon.

Tabel 1. Rata-Rata Hari Umur, Tempat Tinggal dan Jenis Kelamin Pasien Askeskin di RSUD Gunung Jati Kota Cirebon Tahun 2005

Variabel	Rata-rata	Median	Rentang
Hari Rawat	5,8	5,0	1 – 28
Umur Pasien	27	25	1 – 82
Tempat tinggal pasien:			
Dalam Kota	97.907	38.850	5.907 – 833.104
Luar Kota	202.748	102.970	6.244 - 1.513.970
Jender Pasien			
Laki-laki	159.654	70.416	5.978 – 1.513.970
Perempuan	158.650	68.940	5.907 – 856.633

Tabel 2. Rerata Biaya Obat Non DPHO & BMHP Non Paket (dalam rupiah) Menurut Variabel Independen Pasien Askeskin

Variabel	Kategori	Rerata (Rp)	Median (Rp)	Rentang (Rp)	Nilai p	n
Kelompok SMF	Non Bedah	99.854	37.686	5.978 – 620.912	0,002	76
	Bedah	209.259	133.717	5.907 – 1.513.970		
Tindakan Operasi	Ya	132.845	42.111	5.978 – 1.513.970	0,158	78
	Tidak	182.503	101.970	5.907 – 1.171.481		
Dokter spesialis yang merawat	Anak	142.952	69.229	6.150 – 1.172.480	0,963	44
	Obgyn	156.151	85.160	6.244 – 775.274		
	Bedah	164.537	80.102	7.084 – 1.513.970		
	P.Dalam	165.322	52.406	5.907 – 821.481		
	lain	202.518	70.435	8.040 – 856.633		
BMHP	BMHP	59.406	28.983	8.040 - 265.499	22	83
	Obat	88.034	42.612	5.907 - 775.274		
	BMHP & Obat	29.942	192.276	14.674 - 1.513.970		
Total Sampel		159.170	70.416	5.907 - 1.508.063		166

Tabel 3. Hasil Regresi Ganda dengan Dependen Variabel Log Biaya Obat Non-DPHO dan Biaya BHMP Non Paket

Variabel independen	Variabel Dependen: Log Biaya			Nilai p
	Koefisien Non Standar		Koefisien Standar	
	β	Std Error	β	
Konstanta	4.198	0,233		0,000
Pasien Luar Kota Cirebon (Referensi Dalam Kota)	0,170	0,087	0,141	0,053
Pasien SMF Bedah (Referensi Non Bedah)	0,266	0,096	0,221	0,006
Tindakan Operasi (Referensi Non Operasi)	-3,342E-02	0,094	-0,028	0,721
Lama Hari Rawat	5,393E-02	0,008	0,455	0,000
Umur Pasien	-1,277E-03	0,003	-0,044	0,657
Jenis Kelamin (Referensi Perempuan)	-2,835E-02	0,097	-0,024	0,770
Spesialis Anak	6,819E-02	0,222	0,050	0,759
Spesialis Obgyn	0,131	0,201	0,090	0,516
Spesialis Bedah	0,271	0,192	0,212	0,161
Spesialis P.Dalam (Referensi spesialis lain)	5,327E-02	0,202	0,031	0,792

Tabel 4. Model Summary

Model	R	Perawat Square	F	Sig.
1	0,565	0,320	7,284	0,000

Pembahasan

Sebagai rumah sakit rujukan tipe B pendidikan dengan fasilitas dan jenis spesialis terlengkap, di wilayah III, Cirebon, RSUD Gunung Jati dirancang sebagai RS rujukan regional.⁵ Namun, pada era desentralisasi, rujukan antar kabupaten ini dapat berasal dari luar kota atau bahkan luar provinsi. Sesuai azas desentralisasi, pelayanan dengan eksternalitas kota/kabupaten menjadi tanggung-jawab provinsi dan yang dengan eksternalitas provinsi menjadi tanggung jawab nasional. Program Aseskin pada dasarnya telah mengatasi masalah eksternalitas nasional. Namun, untuk pendanaan yang tidak ditanggung program nasional (Aseskin) seharusnya menjadi tanggung jawab provinsi.

Penelitian mengamati perilaku dokter yang menangani kasus bedah dan non-bedah, serta lintas SMF, untuk mengetahui persepsi dan tindakan pembuatan resep yang berbeda untuk kasus-kasus bedah yang mungkin memerlukan obat dan BMHP non paket. Uji T yang membandingkan besarnya biaya non paket berdasarkan kelompok SMF (kelompok Bedah dan non Bedah) memperlihatkan hasil yang secara statistik bermakna (nilai $p = 0,002$). Ini berarti bahwa ada perbedaan perilaku persepsi untuk kasus bedah dan non bedah. Kasus-kasus bedah menghabiskan biaya non paket yang tidak dapat diklaim lebih besar daripada kasus non bedah sehingga menjadi beban RS yang lebih tinggi. Seorang informan mengemukakan bahwa beberapa obat khususnya antibiotik untuk kasus komplikasi atau kasus istimewa diresepkan di luar DPHO. Para dokter tampaknya merasa berbagai obat yang tercantum di dalam DPHO, dianggap kurang efektif, tetapi secara klinis hal tersebut tidak terbukti.

Tidak tertutup kemungkinan dokter mempunyai preferensi khusus resep obat di luar DPHO. Obat yang tidak perlu diresepkan di luar DPHO, membuat pelayanan kesehatan tidak efisien. Menurut Trisnantoro,⁶ obat yang digunakan pada kasus bedah yang relatif sangat mahal tersebut terpaksa ditebus, sebagai akibat persepsi tidak ada substitusi atau pasien tidak ada pilihan lain. Hal tersebut sejalan dengan teori informasi asimetri.⁷ DPHO merupakan suatu daftar obat untuk peserta Askes, termasuk Askeskin yang dapat diklaim, dengan tujuan mematok harga pembelian yang disetujui Askes.⁸ Daftar tersebut dinilai dan disempurnakan oleh Tim Ahli setiap tahun. Namun, meskipun di luar DPHO, obat-obatan khusus yang sesuai kebutuhan medis masih

dibayar oleh Askes apabila disertai keterangan medis dari dokter yang memberikan resep dan diketahui direktur.⁹

Biaya obat non DPHO dan BMHP non-paket ternyata lebih tinggi pada pasien yang dirawat di SMF kelompok bedah daripada non bedah. Hal tersebut diduga disebabkan oleh asumsi kebutuhan obat untuk kualitas pelayanan yang lebih tinggi. Menurut Feldstein yang dikutip dari Rivany,¹⁰ biaya berbanding lurus dengan mutu pelayanan. Kemungkinan lain adalah bahwa bedah membutuhkan komponen obat yang lebih banyak. Tindakan *craniotomy* pada cedera kepala di RSUD Tangerang dengan komponen obat dan alkes yang menghabiskan 67,5 % biaya perawatan.¹¹ Sementara, biaya obat untuk kasus demam thyfoid yang tanpa penyerta dan penyulit (42,5 %), dengan penyakit penyerta (45,83 %) disertai penyulit (45,74 %).¹² Penelitian lebih lanjut menunjukkan bahwa rata-rata biaya obat non DPHO untuk kasus tanpa operasi (Rp. 132.845,-) lebih rendah daripada kasus operasi (Rp. 182.503,-), tetapi perbedaan tersebut secara statistik tidak bermakna (nilai $p = 0,158$). Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa biaya obat non-DPHO dan BHMP non paket di kelompok SMF bedah yang lebih tinggi, tidak disebabkan oleh tindakan bedah. Selain itu, penelitian di tiga rumah sakit daerah DKI Jakarta menemukan bahwa jenis kelamin dan umur tidak mempengaruhi perbedaan besaran biaya obat dan BMHP ($p = 0,920$). Jenis spesialisasi dokter juga tidak berpengaruh terhadap pola resep, meskipun spesialis lain (Paru, Jantung, dan Syaraf) membuat resep obat non DPHO paling tinggi dengan Rp. 202.518 ($p = 0,963$).¹³

Dari pola resep dokter yang berhubungan dengan besaran biaya yang tidak dijamin Askes, dapat digali beberapa kemungkinan berikut. Pertama, pasien yang dirawat lebih lama, umumnya berhubungan dengan penyakit yang lebih serius. Dokter yang menilai penyakit pasien lebih serius atau lebih berat merasa perlu mendapat obat yang 'lebih baik' bukan dari daftar DPHO. Hal tersebut tidak sejalan dengan evidens yang dinyatakan tim penyusun DPHO. Pemberian obat yang dianggap lebih baik untuk kasus yang gawat merupakan sikap yang logis, namun pola pikir tentang obat DPHO yang tidak efektif, tidak didukung oleh evidens ilmiah. Kedua, pasien yang dirawat di SMF bedah, cenderung dipersiapkan untuk operasi. Pola pikir pasien yang dipersiapkan untuk operasi memerlukan obat yang 'lebih baik' juga dapat dipahami. Untuk itu, perlu penelitian lebih lanjut untuk menguji korelasi persepsi penyakit lebih berat dengan pola resep obat/BMHP yang dianggap 'lebih baik'. Penelitian lanjutan tentang perilaku dokter tersebut menjadi sangat penting untuk mengendalikan biaya perawatan, khususnya dari obat dan BMHP. Ketiga, para pasien yang datang dari luar kota Cirebon cenderung mendapat obat/BMHP diluar DPHO. Hal ini kemungki-

nan berhubungan dengan tingkat keseriusan penyakit. Pasien dari luar kota Cirebon, yang dirujuk atau yang datang sendiri, memerlukan tindakan medis lanjut yang tidak tersedia di RS yang lebih kecil. Hal tersebut berpotensi berkorelasi dengan tingkat keparahan penyakit, yang mendorong dokter membuat resep obat non DPHO yang diharapkan berkualitas lebih baik.

Implikasi besar dari temuan penelitian ini adalah persepsi tentang efektifitas obat DPHO dan BMHP paket. Di seluruh dunia, pengobatan dan perawatan pasien memerlukan teknik-teknik kendali biaya semacam DPHO yang dikenal dengan istilah *formularium*. Hal tersebut terkait dengan variasi harga obat yang dapat mencapai 1 (satu) berbanding 70 untuk bahan aktif obat yang sama.¹⁴ Teknik *managed care* yang menggunakan daftar obat yang dijamin, seperti DPHO Askes, menjadi standar prosedur di Australia yang dikenal dengan *Pharmaceutical Benefit Scheme*. Di Dunia, WHO juga secara aktif mempromosikan daftar obat esensial yang harus digunakan berbagai negara dalam upaya peningkatan efisiensi pemakaian obat. Di Indonesia, efisiensi pemakaian obat menjadi sangat penting dengan komponen obat dapat mencapai 50% biaya perawatan. Sedangkan di negara maju, komponen obat jarang sekali menghabiskan 20% biaya perawatan. Namun, di Indonesia sering obat-obat DPHO atau obat dalam DOEN dianggap berkualitas rendah. Hal tersebut tampaknya berhubungan dengan strategi perdagangan, mengingat di pasar tersedia lebih dari 13.000 nama dagang obat sedangkan bahan aktif yang diperlukan tidak lebih dari 600 jenis. Dengan demikian, jika dokter di RSUD Gunung Jati dapat mematuhi pembuatan resep dari DPHO, maka beban RSUD Gunung Jati tidak perlu terjadi.

Kesimpulan

Program Askeskin telah meningkatkan akses penduduk miskin pada pelayanan rumah sakit secara bermakna. Pembebasan beban biaya pasien miskin tersebut telah menjadi beban rumah sakit, akibat banyak dokter yang membuat resep obat dan BMHP di luar paket yang dijamin Askes. Komitmen pimpinan RS menyarankan obat luar paket yang diresepkan dokter ditang-

gung oleh RS sendiri. Besaran beban RS berhubungan dengan tempat tinggal pasien, lama hari rawat, dan SMF tempat pasien dirawat. Diduga, obat dan BMHP luar paket tersebut berhubungan dengan persepsi dokter tentang keseriusan penyakit dan persepsi obat DPHO yang kurang efektif.

Saran

Melakukan studi lebih lanjut tentang aspek kepercayaan dokter terhadap obat DPHO akan meningkatkan efisiensi pemakaian obat.

Daftar Pustaka

1. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan di Puskesmas, Rujukan Rawat Jalan, dan Rawat Inap Kelas III Rumah Sakit yang dijamin Pemerintah, Jakarta. 2005.
2. Bungin, Burhan. Metodologi Penelitian Kuantitatif. Prenada Media. Jakarta. 2005.
3. Prasetyo, Bambang & Jannah, LM. Metodologi Penelitian Kuantitatif, Teori dan Aplikasi. Raja Grafindo. Jakarta. 2005.
4. Kresno, dkk. Aplikasi Penelitian Kualitatif dalam Pemantauan dan Evaluasi Program Kesehatan. Jakarta. 1998.
5. Surat Keputusan Walikota Nomor 41 Tahun 2001 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja RSUD Gunung Jati. Cirebon. 2001.
6. Trisnantoro, Laksono, 2005
Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi Dalam Manajemen Rumah Sakit, Gajah Mada University Press, Jakarta
7. Thabrany, Hasbullah. Pendanaan Kesehatan di Indonesia. Raja Grafindo. Jakarta. 2005.
8. Darmansyah, Iwan. DPHO Sebagai Pedoman Obat Rasional, dalam Seminar Hasil Formularium Rumah Sakit Indonesia. Jakarta. 1999.
9. Suroso, Gatot. Peranan Tim Pengendali Rumah Sakit Dalam Pelayanan Obat Bagi Peserta Askes, dalam Seminar Peranan Tim Pengendali Askes. Bandung. 1999.
10. Rivany, Ronnie. Ekonomi Layanan Kesehatan. Modul Pendidikan Program Studi KARS Universitas Indonesia. Jakarta. 2001.
11. Suningsih, Cici, 2005
Studi Eksplorasi Variasi Biaya dalam Rangka Penetapan DRG's Kasus Cedera Kepala dengan Craniotomy di RSU Tangerang tahun 2002, Tesis, Ilmu Kesehatan Masyarakat, FKM UI, Jakarta, 2003.
12. Nurwahyuni, Atik, 2004. Pengembangan Model Formulir Klaim Rawat Inap Standar Berbasis Diagnosis bagi Askes tahun 2004 (Studi Kasus Demam Tifoid di RS Haji Jakarta dan PT Askes Cabang Jakarta tahun 2004), Tesis, Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UI, Jakarta.
13. Thabarany, Hasbullah. Studi Kepuasan Pasien Rawat Inap di RSD DKI Jakarta. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKMUI, Depok. 2003.
14. Thamrin, Husniah. Penggunaan Obat Rasional. Makalah disampaikan dalam Kongres PAMJAKI, 29-31 Agustus 2006 di Jakarta.