

Analisis Biaya Obat Unit Rawat Jalan pada Rumah Sakit Badan Layanan Umum (BLU)/ Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) di Indonesia

Cost Analysis of Drugs in Outpatient Department at Public Service Agency District/Province Hospitals in Indonesia

Suharmiati, Lestari Handayani, Betty Roosihermiatie*

*Pusat Penelitian dan Pengembangan Humaniora dan Manajemen Kesehatan
Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jakarta, Indonesia
Email: atiek_2004@yahoo.com

Diterima: 14 Februari 2019

Direvisi: 08 April 2019

Disetujui: 21 Mei 2019

Abstrak

Belanja obat merupakan bagian terbesar dari anggaran pelayanan kesehatan di Indonesia. Pembiayaan pelayanan kesehatan dilakukan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan dibayarkan kepada fasilitas kesehatan rujukan yaitu rumah sakit. Besar biaya obat di Rumah Sakit Badan Layanan Umum (BLU)/Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) di Indonesia belum diketahui dengan pasti. Artikel ini menganalisis lanjut secara deskriptif biaya obat di 84 RS BLU/BLUD dengan sumber data dari riset pembiayaan kesehatan di RS tahun 2016. Hasil penelitian menunjukkan bahwa permasalahan ketersediaan obat di kelas B sebesar 94,6%, kelas C sebesar 78,9% dan A sebesar 77,8%. Proporsi biaya obat generik terhadap total biaya obat tertinggi di kelas C selanjutnya B dan A, berturut turut 40,57%, 37,83% dan 23,74%. Besar biaya obat non generik dibandingkan biaya obat generik pada RS Kelas A, B, dan C berturut turut adalah 2,22 kali, 1,15 kali dan 0,86 kali. Besar biaya obat generik terbanyak terdapat di Rawat jalan spesialis pada semua kelas rumah Sakit. Besar biaya obat generik pada rawat jalan semakin meningkat seiring dengan peningkatan kelas rumah sakit. Kesimpulan, biaya obat di rumah sakit A dan B didominasi obat non generik sedang di C obat generik. Kebijakan penggunaan obat generik perlu terus disosialisasi dan diperhatikan oleh pihak manajemen agar dapat melakukan efisiensi biaya.

Kata kunci : Biaya obat; Rawat jalan; Rumah Sakit; BLU/BLUD

Abstract

Drugs expenditure is the highest proportion in health services budget. financing for health services in National Universal Health Coverage era is carried out by BPJS paid to referral health facilities namely hospitals. The medicine cost at public service agency/District or Province public service agency is unknown certainly. This descriptive study was advanced analyzes of the secondary data of 84 hospitals from health financing research in the year of 2016. The result showed that there were problems of drug availability in class B 94,6%, C 78,9% and A 77,8%. The highest proportion of generic drugs cost to total drug cost is class C hospital, followed by B class and A class hospitals i.e 40,57%, 37,83% dan 23,74% respectively. The cost of non generic drug compared to generic drugs at A, B and C class is 2,22 times, 1,15 times and 0,86 times respectively. The highest cost of generic drug is in outpatient specialist services in all class of hospitals. The cost of the drugs was increasing higher as well as the hospital class. Conclusion: The non generic drugs cost dominated in A and B class hospital while C class was generic drug cost. Generic drug use policy should be socialized by government and to be considered by management in order to be able to carried out cost efficiency.

Keywords : Drug expenditure; Outpatient; Hospitals; Public service agency/ Distric or Province Public service agency

PENDAHULUAN

Rumah Sakit sebagai penyelenggara layanan kesehatan rujukan, harus menyediakan pelayanan kesehatan yang bermutu dan adil bagi masyarakat. Pelaksanaan pelayanan di RS diwadahi dalam berbagai instalasi termasuk Instalasi Farmasi yang merupakan bagian tidak terpisahkan dalam sistem pelayanan kesehatan Rumah Sakit. Instalasi farmasi menyelenggarakan pelayanan kefarmasian mencakup perencanaan, pengadaan, produksi, penyimpanan, perbekalan kesehatan/sediaan farmasi, *dispensing* obat berdasarkan resep bagi penderita rawat jalan dan rawat inap, pengendalian mutu, pengendalian distribusi dan penggunaan seluruh perbekalan kesehatan di rumah sakit serta pelayanan farmasi klinik umum dan spesialis.

Masalah biaya pelayanan merupakan hal yang sangat penting sehingga mendorong seluruh elemen yang berkepentingan menghitung secara riil besarnya biaya pelayanan yang dibutuhkan. Belanja obat merupakan bagian terbesar dari biaya kesehatan.¹

Biaya obat di negara berkembang lebih besar dibandingkan beberapa negara maju, yaitu antara 25-65% sedangkan di negara maju hanya sekitar 10-20% dari anggaran kesehatan, seperti di Jerman 15% dan Jepang 19%. Biaya obat di Indonesia mencapai 40-50% dari biaya operasional kesehatan dan terus menunjukkan peningkatan setiap tahunnya. Pemerintah berupaya mengendalikan biaya obat dengan menerbitkan berbagai peraturan terkait. Salah satu cara pemerintah untuk mengantisipasi besarnya biaya obat tersebut dengan mengeluarkan Permenkes No. HK 02.02/Menkes/068/I/2010 pasal 8, tentang kewajiban menggunakan obat generik di fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah. Berdasarkan Permenkes tersebut ada 3 unsur utama yang berperan yaitu

tenaga medis (dokter), tenaga farmasis (apoteker) dan pasien.²

Pemerintah mulai memberlakukan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada tahun 2014 yang menjamin peserta mendapat pelayanan kesehatan secara memadai termasuk obat. Biaya pelayanan obat yang diberikan kepada pasien termasuk dalam paket kapitasi dan paket INA CBG's. Obat yang diberikan kepada pasien harus mengacu pada Peraturan Presiden (PP) Nomor 111 tahun 2013, pasal 32 yakni obat-obatan yang diberikan mengacu daftar dan harga obat yang ditetapkan oleh menteri kesehatan. Daftar obat dicantumkan dalam Formularium Nasional (Fornas) sedangkan penetapan daftar harga obat (e-Katalog Obat) dilakukan kementerian kesehatan bekerjasama dengan lembaga kebijakan pengadaan barang/jasa pemerintah (LKPP).³ Pengaturan pembayaran juga tertuang dalam Peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2013, pasal 39 yang menyatakan bahwa BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) secara praupaya berdasarkan kapitasi, sedangkan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) berdasarkan *Indonesia Case Base Groups* (INA CBG's).⁴

Obat-obatan yang diberikan dalam pelayanan telah diatur di fasilitas pelayanan termasuk dalam paket kapitasi atau INA CBG's. Merujuk pada Permenkes Nomor 28 Tahun 2014, pemberian obat tertentu di luar Fornas tidak boleh dibebankan kepada peserta.⁵ Pelayanan obat di era JKN mengalami perubahan yaitu ada beberapa obat yang ditagihkan terpisah oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS karena obat-obatan tersebut di luar paket kapitasi, seperti obat Program Rujuk Balik dan Obat di luar paket INA CBG's yaitu obat-obatan untuk penyakit kronis di FKRTL dan kemoterapi.⁶ Pengendalian biaya kesehatan khususnya obat di era JKN antara lain adalah dengan

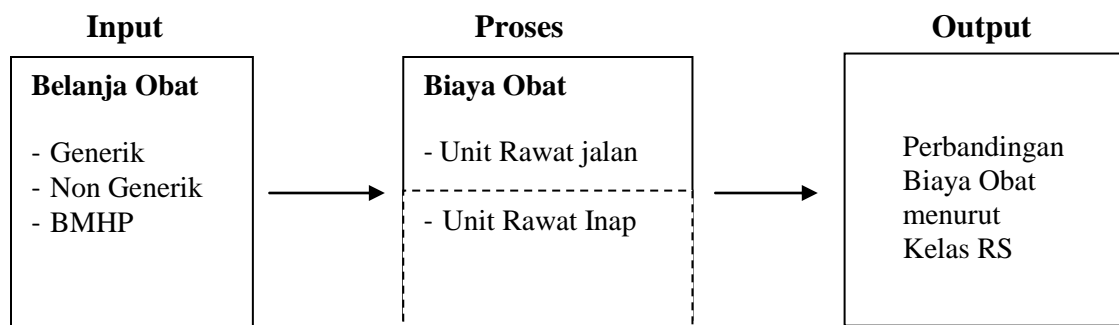
membuat pedoman persepean. Kementerian Kesehatan, khususnya Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan menyusun Fornas sebagai acuan dalam pemilihan obat untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan aksesibilitas obat. Penelitian di RSUP Prof Kandou di Kota Manado dalam bulan Januari sampai dengan Juni 2014 menunjukkan sebanyak 72,82% penulisan resep dengan nama generik dan 91,87% kesesuaian dengan Fornas. Persepean yang sepenuhnya menggunakan nama generik dan sesuai Fornas rata-rata sebesar 33,21%.⁷ Penulisan resep obat generik oleh dokter di rumah sakit masing-masing sebesar 62,1% untuk dewasa dan 62,6% untuk anak-anak. Penulisan resep obat esensial masing-masing sebesar 32,6% untuk pasien dewasa dan 35,2% untuk pasien anak baik obat generik maupun yang bermerek.⁸

Hasil penelitian Pembiayaan Kesehatan tahun 2016 menunjukkan bahwa BPJS harus menanggung biaya pelayanan pengobatan yakni rawat inap sebesar 61,13% dan rawat jalan sebesar 62,03% dibandingkan sumber pembiayaan yang lain seperti Jamkesda ataupun asuransi lainnya. Lebih separoh RS pernah mengalami masalah dalam pengadaan obat, yaitu sebanyak 52,4%, sedangkan 57,1% terkait ketersediaan bahan medis, dan 32,1% ketersediaan bahan non medis dengan berbagai macam penyebab.⁹ Masalah pembiayaan obat menjadi fokus

perhatian karena besarnya proporsi yang harus dikeluarkan untuk biaya obat di rumah sakit. Rawat jalan mengambil bagian besar dalam penggunaan obat di era JKN, namun belum diketahui secara pasti besar pembiayaan obat di Unit Rawat Jalan Rumah Sakit, khususnya RS BLU/BLUD di Indonesia. Penelitian ini menganalisis biaya obat di Unit Rawat Jalan Rumah Sakit BLU/BLUD di Indonesia berdasar data Penelitian Pembiayaan Kesehatan tahun 2016.

METODE

Penelitian ini merupakan analisis lanjut dari data sekunder Riset Pembiayaan Kesehatan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKTRL) tahun 2016. Berdasar kerangka konsep (Gambar 1) dilakukan analisis terhadap sistem manajemen untuk biaya obat pada RS BLU/BLUD di Indonesia. Determinan input adalah obat generik, obat non generik, dan Bahan Media Habis Pakai (BMHP); proses adalah Biaya obat pada Unit Rawat jalan; dan output adalah perbandingan biaya obat (obat generik, obat non generik dan bahan medis habis pakai) menurut kelas Rumah Sakit. Data biaya obat diperoleh dari Bagian Keuangan Rumah Sakit yang berasal dari Instalasi Farmasi meliputi obat generik, obat non generik dan BMHP.



Gambar 1. Kerangka Konsep Analisis Biaya Obat di Unit Rawat Jalan RS BLU/BLUD

Kebutuhan irisan data diperoleh dari Laboratorium Manajemen Data Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Kegiatan analisis sampai dengan penulisan laporan dilakukan pada bulan Nopember sampai dengan Desember tahun 2017. Riset Pembiayaan Kesehatan FKTRL tahun 2016 merupakan penelitian observasional dengan desain potong lintang di RS umum pemerintah Badan Layanan Umum (BLU) dan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) yang telah ditetapkan sejak tahun 2013. Jumlah RS BLU/BLUD adalah 241 unit merupakan populasi penelitian.

Sampel RS dihitung berdasarkan Rumus Slovin dengan batas toleransi kesalahan (e) sebesar 10%, maka diperoleh sampel (n) sebesar 71 yang merupakan kebutuhan sampel minimal RS.¹⁰ Sampel ditambah sebesar 10% sehingga kebutuhan jumlah sampel dibulatkan menjadi 84 RS. Keterwakilan nasional dilakukan dengan mengambil sebaran sampel sesuai dengan sebaran populasi berdasarkan kelas RS dan regionalisasi INA-CBGs. Sampel penelitian ditentukan untuk mewakili 5 regional tarif INA-CBGs (Tabel 1). Dasar penentuan regionalisasi digunakan Indeks Harga Konsumen (IHK) dari Badan Pusat Statistik (BPS). Pemilihan sampel 84 RS terpilih dilakukan secara acak dengan bantuan *Software Minitab* ditetapkan bersama

dengan perhitungan statistik yang bekerjasama dengan BPS.(Tabel1) Besar sampel RS menggunakan Rumus Slovin, yaitu

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Keterangan : n = jumlah sampel; N = jumlah populasi; e = batas toleransi kesalahan

Rumah Sakit menurut tipe perawatan terbagi menjadi unit rawat jalan dan rawat inap disamping Unit Gawat Darurat (UGD). Unit Gawat Darurat (UGD) adalah salah satu bagian pada RS yang menyediakan penanganan awal bagi pasien yang menderita sakit dan cedera, yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya. Unit Gawat Darurat (UGD) merupakan bagian dari rangkaian pelayanan yang perlu diorganisir. Tidak semua Rumah Sakit harus mempunyai bagian gawat darurat yang lengkap dengan tenaga memadai dan peralatan canggih karena menyebabkan pengeluaran dana dan sarana yang besar. Data biaya obat diperoleh dari Bagian Keuangan Rumah Sakit yang berasal dari Instalasi Farmasi meliputi obat generik, obat non generik serta BMHP dan dimintakan secara terpisah untuk ketiga jenis obat tersebut. Analisis data secara deskriptif.

Tabel 1. Distribusi Sampel RS Pemerintah (A, B, C, D) BLU/BLUD berdasarkan Regionalisasi INA-CBGs

Kelas RS	Regionalisasi INA-CBGs					Total (n)
	I	II	III	IV	V	
A	3	2	2	1	1	9
B	19	5	8	2	2	36
C	12	9	9	2	4	36
D	1	2	-	-	-	3
Total	35	18	19	5	7	84

Tabel 2. Persentase Rumah Sakit yang Mengalami Permasalahan Ketersediaan Obat dan Frekuensinya dalam Satu Tahun Terakhir menurut Kelas RS, RPK 2016

Kelas RS	RS yang mengalami Permasalahan (%)	Frekuensi (%)			
		Setiap hari	Paling sedikit sekali seminggu	Paling sedikit sekali sebulan	Tidak setiap bulan
A (n=9)	77,8	0,0	28,6	28,6	42,9
B (n=37)	94,6	11,4	5,7	22,9	60,0
C (n=38)	78,9	3,3	23,3	23,3	50,0

Sumber: Data Riset Pembiayaan Kesehatan tahun 2016

Tabel 3. Biaya Obat Berdasarkan Jenis Obat dan Kelas RS BLU/BLUD di Indonesia tahun 2016

RS	Obat Generik (%)	Obat Non Generik (%)	Bahan Habis Pakai (%)	Total (%)
Klas A (n=9)	361.230.365.246 (23,74)	803.333.381.823 (52,79)	357.154.349.587 (23,47)	1.521.718.096.656 (100,00)
Klas B (n=37)	331.245.891.086 (37,83)	382.556.792.457 (43,70)	161.700.750.690 (18,47)	875.503.434.233 (100,00)
Klas C (n=38)	166.444.697.617 (40,57)	143.542.402.044 (34,99)	100.231.159.537 (24,43)	410.218.249.198 (100,00)
Total	813.920.953.949 (29,46)	1.329.432.576.324 (48,12)	619.086.259.814 (22,41)	2.762.439.790.087 (100,00)

Sumber: Diolah dari data Riset Pembiayaan Kesehatan Tahun 2016

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Permasalahan biaya obat di RS BLU/BLUD

Obat merupakan kebutuhan esensial dalam pelayanan kesehatan di RS. Kelancaran pelayanan tergantung ketersediaan obat, kekurangan jumlah atau jenis obat serta pasokan yang tidak lancar dapat mengganggu pelayanan dan menimbulkan ketidakpuasan pasien maupun petugas kesehatan. Berikut ini adalah kondisi permasalahan ketersediaan obat di RS berdasar data penelitian RPK 2016 (Tabel 2).

Tabel 2 di atas memberikan gambaran bahwa permasalahan ketersediaan obat terbanyak terjadi di kelas B (94,6%) disusul kelas C (78,9%) dan A (77,8%). Ketersediaan obat menjadi masalah yang

terjadi di semua kelas RS bahkan terjadi setiap hari di RS kelas B dan C. Ketersediaan, keterjangkauan dan pembiayaan obat ditekankan dalam Kebijakan Obat Nasional tahun 2005 yang menyatakan bahwa perencanaan obat sangat mempengaruhi kelancaran dalam manajemen logistik. Ketersediaan obat di era JKN semakin mengemuka permasalahannya karena jumlah kunjungan pelayanan yang meningkat. Perencanaan yang baik akan membantu ketersediaan obat sehingga kelancaran pelayanan kesehatan juga semakin terjamin. Penelitian di RS Cikampek Jawa Barat menunjukkan bahwa dengan menggunakan metode ABC Indeks Kritis dapat membantu RS merencanakan pemakaian obat dengan mempertimbangkan utilisasi, nilai investasi dan kekritisannya. Penelitian ini menyatakan pentingnya

standar terapi sebagai acuan bagi dokter karena akan mempengaruhi perencanaan.¹¹ Sementara penelitian lain menyebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi ketersediaan obat adalah faktor dokter, faktor tenaga kefarmasian dan pasien.¹²

Mengetahui beban biaya obat di Rumah Sakit sangat penting bagi pihak manajemen karena merupakan bagian dari pengelolaan pelayanan. Rumah Sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat pada semua tipe RS. Rumah Sakit sebagai Badan Layanan Umum (BLU) dan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan atau jasa tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas. Rumah Sakit BLU berdasar Peraturan Pemerintah (PP) No. 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (BLU) adalah sebagaimana yang diamanatkan dalam Pasal 69 ayat (7) UU No. 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara. Peraturan Pemerintah tersebut bertujuan untuk meningkatkan pelayanan publik oleh Pemerintah, karena sebelumnya tidak ada pengaturan yang spesifik mengenai unit pemerintahan yang melakukan pelayanan kepada masyarakat yang pada saat itu bentuk dan modelnya beraneka macam.^{13,14}

2. Rata-rata Beban Biaya Obat di 84 RS Sampel Penelitian

Biaya obat yang dimaksud dalam penelitian ini adalah biaya yang digunakan untuk membayar kebutuhan obat generik dan non generik serta bahan medis habis pakai (BMHP) di semua unit baik Rawat Jalan maupun Rawat Inap dan Unit Gawat Darurat (UGD). Obat Non Generik adalah

Obat yang masuk dalam golongan obat paten dan obat bermerek. Bahan medis habis pakai adalah Barang atau bahan yang ditujukan untuk penggunaan sekali pakai dengan daftar produk yang diatur dalam peraturan perundang-undangan.

Penekanan pemerintah agar RS menggunakan obat generik terkait dengan efisiensi biaya. Biaya obat generik yang lebih murah akan membantu menekan pembiayaan obat dalam pelayanan kesehatan. BPJS mengelola pembiayaan pelayanan kesehatan bagi peserta JKN yang terus meningkat jumlah pembiayaannya. Faktor yang mempengaruhi biaya obat adalah usia, penjamin, jumlah item obat dan penggunaan obat generik.¹⁵ Efisiensi biaya obat akan terjadi bila obat generik menjadi obat utama dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Harga obat generik 30-60% lebih murah dibandingkan obat bermerek atau paten.¹⁶ Hasil penelitian ini didukung penelitian oleh Ramesh (2013) yang menyatakan persentase harga obat bermerk 20 % - 218 % lebih mahal dibanding obat generik.¹⁷ Bukti penelitian tersebut bisa sebagai gambaran pengaruh jumlah dan jenis penggunaan obat generik terhadap besar biaya obat di RS. Temuan dalam analisis ini memberikan gambaran bahwa besar biaya obat non generik 2,22 kali dibandingkan biaya obat generik pada RS Kelas A, sedangkan di RS kelas B 1,15 kali dan RS kelas C 0,86 kali.

Biaya Obat Berdasarkan Kelas Rumah Sakit yaitu Kelas A, B dan C disajikan pada Tabel 3. Berdasarkan Tabel 3 di atas dapat dilihat bahwa proporsi obat generik tertinggi di kelas C selanjutnya B dan A berturut turut dengan proporsi 40,57%, 37,83% dan 23,74%. Proporsi biaya Obat non generik tertinggi terdapat di RS kelas A, disusul kelas B dan kelas C dengan besaran berturut turut 52,79%, 43,70% dan 34,99%. Proporsi biaya BHPM tertinggi terdapat pada RS kelas C disusul kelas A dan B. Secara

keseluruhan proporsi biaya obat tertinggi banyak digunakan untuk pembiayaan obat non generik (48,12%) disusul obat generik sebanyak 29,46% dan terakhir untuk biaya BMHP 22,41%.

Obat generik merupakan obat yang disarankan untuk digunakan dalam pelayanan di RS. Merujuk pada proporsi penggunaan obat generik meningkat pada kelas rumah sakit yang terbanyak pada RS kelas C, sebaliknya pada obat non generik yang terbanyak di kelas A. Kelas rumah sakit menunjukkan kemampuan penanganan penyakit dengan rujukan tertinggi pada kelas A. Kasus penyakit yang tidak dapat ditangani RS kelas C akan dirujuk ke RS kelas B dan selanjutnya ke RS kelas A. RS Kelas A adalah RS yang memberikan pelayanan medik oleh tenaga kedokteran spesialis dan subspecialis luas, serta merupakan RS tempat rujukan tertinggi dan pada umumnya merupakan RS pendidikan. RS Kelas B adalah RS yang menyediakan pelayanan medik spesialis luas serta subspecialis terbatas. Rumah Sakit Kelas B ini diharapkan bisa menampung pasien rujukan dari RS tingkat kabupaten. Rumah Sakit Kelas C adalah RS yang mampu memberikan layanan kedokteran subspecialis terbatas.

Pelayanan yang diberikan identik dengan jenis obat yang dibutuhkan. Semakin tinggi kelas RS akan menangani kasus dengan tingkat keparahan semakin tinggi. Kasus-kasus penyakit pada RS kelas A lebih parah dari kasus kelas B sedang kasus di RS kelas B lebih parah daripada kasus di RS kelas C. Semakin parah kasus, kemungkinan membutuhkan jenis obat yang berbeda dan bervariasi dengan tingkat potensi yang lebih kuat. Ada kemungkinan obat generik untuk penanganan kasus sulit/parah tidak tersedia sehingga harus menggunakan obat non generik. Jenis pelayanan (spesialis dan sub

spesialis) semakin tinggi maka obat yang digunakan adalah obat paten dan atau obat bermerek yang dinilai lebih poten untuk kasus tertentu.

Proporsi penggunaan biaya obat generik pada RS BLU/BLUD di Indonesia antara 23,74 - 40,57%. Hasil ini berbeda bila dibandingkan dengan persentase persepan obat generik dan non generik. Penulisan resep obat generik pada RSUD Pemerintah Prof. Kandou Manado rata-rata sebesar 33,21 persen.⁷ Demikian pula penelitian di salah satu Rumah Sakit di Kabupaten Sidoarjo menunjukkan bahwa penggunaan obat generik sebesar 31,36% dan obat bermerek 68,64%.¹⁸ Pada 7314 lembar resep dari 3 poli penyakit dalam, bedah dan umum, menunjukkan bahwa persentase penggunaan obat generik pelayanan rawat jalan RS pemerintah Provinsi Sumatra barat sebesar 72,4%.¹⁹ Penelitian di RS Loekmono Hadi Kudus menghasilkan data bahwa persepan antibiotik oral sebesar 98,70% menggunakan obat generik, namun tidak semua golongan obat yang diresepkan.²⁰ Penelitian lain menunjukkan bahwa persepan obat generik dan obat paten memiliki kesempatan yang sama untuk diresepkan oleh dokter. Antara kelompok dokter, tidak ada perbedaan dalam perilaku dapat dijelaskan dalam resep Obat.²¹

Rata-rata biaya obat dikelompokkan menurut jenisnya yaitu obat generik, obat non generik dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) berdasar kelas RS yaitu Kelas A, B dan C. Data tentang biaya obat disajikan pada Tabel 4. Penelitian ini mendata pembiayaan obat generik, non generik dan BMHP di 9 RS kelas A, 37 RS kelas B dan 38 RS kelas C. Bila mewakili Indonesia maka dapat dikatakan bahwa beban biaya obat generik secara rata-rata di tahun 2016 terbesar terdapat di RS kelas A.

Tabel 4. Rata-rata Biaya Obat Berdasarkan Jenis Obat dan Kelas RS BLU/BLUD di Indonesia tahun 2016

Jenis Obat	Kelas RS					
	Kelas A (n=9)		Kelas B (n=37)		Kelas C (n=38)	
	Rata2(Rp)	±SD	Rata2(Rp)	±SD	Rata2(Rp)	±SD
Obat Generik	40.136.707.250	50.857.685.530	9.201.274.752	8.769.053.392	4.498.505.341	4.462.106.399
Non Generik	89.259.264.647	81.349.278.022	10.626.577.568	8.280.583.241	3.879.524.380	4.281.811.164
BMHP	39.683.816.621	22.861.122.858	4.491.687.519	4.149.236.903	2.708.950.258	2.257.561.168

Sumber: Riset Pembiayaan Kesehatan Tahun 2016

Rata-rata biaya obat generik di RS semakin tinggi kelas semakin besar biayanya. Rata-rata biaya obat generik pada RS Kelas A sebesar Rp. 40.136.707.250,- atau 8,9 kali dibandingkan (Rp. 4.498.505.341) RS Kelas C. Biaya rata-rata biaya obat generik pada RS Kelas B sebesar Rp. 9.201.274.752,- atau 2,0 kali dibandingkan (Rp. 4.498.505.341) pada RS Kelas C, sedangkan rata-rata biaya obat generik pada RS Kelas A dibanding pada RS Kelas B sebesar 4,5 kali. Rata-rata biaya bahan medis habis pakai semakin rendah dengan menurunnya kelas RS. Rata-rata biaya bahan medis habis pakai pada RS Kelas A sebesar Rp. 39.683.816.621 atau 14,6 kali dibandingkan (Rp.2.708.950.258) RS kelas C. Biaya rata-rata biaya bahan habis pakai pada RS Kelas B sebesar Rp. 4.491.687.519 atau 1,7 kali dibandingkan (Rp. 2.708.950.258) pada RS Kelas C.

Beban biaya obat generik ternyata jauh dibawah obat non generik untuk kelas A yaitu sebesar 89,2 milyar yang berarti 2 kali lipat biaya obat generik. Kondisi di RS kelas B berbeda karena pembiayaan obat non generik hanya sedikit berbeda dengan obat generik, sedangkan di RS kelas C biaya obat non generik lebih sedikit daripada obat generik. Rata-rata biaya obat di RS kelas A terbanyak diantara 3 kelas RS yaitu mencapai Rp. 169 milyar. Biaya obat tersebut bila diteliti lebih jauh pada rumah sakit kelas A, B, dan C tertinggi terletak pada unit yang sama yakni Instalasi Bedah Sentral.⁹

Bukti penelitian menunjukkan bahwa penggunaan obat generik masih dibawah harapan. Upaya pemerintah mempromosikan

obat generik didukung dengan peraturan yang telah diterbitkan yaitu Permenkes No. HK 02.02/Menkes/068/I/2010 pasal 8, tentang kewajiban menggunakan obat generik di fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah untuk penggunaan obat yang bermutu, aman, berkhasiat dan terjangkau; Kepmenkes HK 03.01/Menkes/159/1/2010 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penggunaan Obat Generik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah, serta kebijakan lain yang menetapkan formularium Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) berbasis obat generik.²² Pemerintah telah menjamin kualitas obat generik dengan biaya yang lebih murah dibandingkan obat paten. Hasil penelitian Lewek,2010 menunjukkan kualitas obat generik akan sama dengan obat bermerk karena baik pabrik obat generik atau pabrik obat bermerk diharuskan memenuhi persyaratan yang sama baik secara kimia kontrol pabrik maupun proses yang lain.²³ Pada kenyataannya dalam peresepan obat generik dipengaruhi banyak faktor. Faktor yang berpengaruh terhadap peresepan obat generik karena pemahaman dan kepercayaan terhadap obat generik. Ada pengaruh pasien dan detailer dalam meresepkan obat generik, namun pengaruhnya rendah.¹⁹

Penggunaan obat generik dapat berjalan lancar apabila ketersediaan obat tercukupi dan adanya dukungan berbagai kebijakan. Ketersediaan obat generik pada Instalasi Farmasi kabupaten/kota di Indonesia pada tahun 2010 menunjukkan kecukupan dalam 14,2 bulan, sedangkan penggunaan obat generik pada tahun 2010 tersebut pada

puskesmas mencapai lebih dari 95% lebih dan pada RS 57,8%.²⁴ Permenkes No. HK 02.02/Menkes/068/I/2010 pasal 8, Kepmenkes HK 03.01/Menkes/159/1/2010, dan kebijakan lain yang menetapkan formularium Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) berbasis obat generik meningkatkan sosialisasi penggunaan obat generik, baik kepada dokter yang merawat maupun kepada pasiennya sendiri. Di samping itu, Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian pada pasal 24 disebutkan bahwa pasien yang tidak mampu diberikan obat paten dapat diganti dengan obat generik yang khasiatnya sama atas persetujuan dokter dan/atau pasien.^{2,20} Upaya pemerintah menggalakkan penggunaan obat generik semakin diperkuat dengan adanya peraturan Menkes HK.02.02/Menkes/068/I/2010 pada pasal 7 yang mengizinkan apoteker dapat mengganti obat merek dagang/paten dengan obat generik yang sama komponen aktifnya dengan persetujuan dokter dan atau pasien.

Biaya obat, terutama non generik masih merupakan komponen terbesar dalam struktur pembiayaan pelayanan kesehatan di Indonesia. Maka pengendalian biaya obat untuk penggunaan obat generik akan meningkatkan efisiensi pembiayaan pelayanan kesehatan karena harga obat nama dagang 3 sampai 5 kali lebih mahal daripada obat generik.²⁵ Sejalan kebijakan rasionalisasi obat generik tahun 2010, terdapat penurunan harga dari 106 jenis obat generik sedangkan yang tetap harganya sebanyak 314 jenis. Ada pula sebagian obat yang harganya naik yakni sebanyak 33 jenis obat dan salah satunya obat suntik. Kenaikan harga obat terjadi karena proses pembuatannya tidak memungkinkan dengan harga murah. Studi telaah resep untuk efisiensi biaya obat dan intervensi apoteker dalam pelayanan farmasi menunjukkan penggantian obat dengan substitusi generik

atau nama dagang sesuai dengan formularium Fornas menempati urutan kedua (34,70%) setelah pembatasan jumlah obat yang mengacu pada tingkat penyakit sebanyak 61,53 persen.²⁶

Penggunaan obat generik juga dipengaruhi oleh pengguna atau pasien. Studi pemilihan obat generik di Desa Masaran, Kabupaten Sragen terhadap 119 orang menunjukkan hubungan negatif antara penghasilan dengan pemilihan masyarakat terhadap obat generik atau bila penghasilan menurun maka pemilihan obat generik akan meningkat.²⁷ Penelitian sebelumnya menunjukkan pemakaian Obat Generik Berlogo (OGB) di Indonesia sekitar 12% pada tahun 2001 dan menurun menjadi 7,8% pada tahun 2007 walaupun pasar obat nasional naik. Penggunaan Obat Generik Berlogo relatif rendah. Tampaknya program OGB kurang sukses karena relatif rendahnya kepercayaan masyarakat terhadap mutu OGB. Kajian peresepan obat pada apotik di wilayah Pariaman, mendapatkan dari total 2384 lembar resep terdiri dari 1198 resep OGB dan 1186 resep Obat Generik Bermerek (OGM). Penggunaan OGB relatif seimbang dengan OGM dan pada dasarnya mutu OGB dan OGM adalah sama.²⁸ Diharapkan masyarakat memilih obat dengan mempertimbangkan aspek ekonomi karena Obat Generik Bermerek relatif lebih mahal dibandingkan dengan Obat Generik Berlogo.

Pemerintah melalui Peraturan Menteri Keuangan nomor 241/PMK.011/2010 menetapkan sistem klasifikasi barang dan pembebanan tarif bea masuk atas barang impor (bea impor dan 10% PPN) sehingga pembuatan obat generik dapat mengurangi harga obat.²⁹ Permasalahan di negara berkembang terdapat di masyarakat termasuk dokter, mereka masih awam terhadap penggunaan obat generik.

3. Biaya obat di Unit Rawat Jalan Menurut Kelas Rumah Sakit

Unit Rawat Jalan (RJ) terbagi menjadi regular/umum dan spesialis/sub spesialis adalah unit pelayanan kesehatan sesuai yang diatur dalam Permenkes R.I Nomor 11 Tahun 2016. Rumah sakit kelas A dan B pada umumnya selain memiliki unit rawat jalan umum juga rawat jalan spesialis/sub spesialis. Rawat Jalan Eksekutif/Spesialis adalah salah satu bagian pada RS yang memberikan pelayanan kesehatan melalui pelayanan dokter spesialis-subspesialis dalam satu fasilitas ruangan terpadu secara khusus tanpa menginap pada RS dengan sarana dan prasarana di atas standar diatur dalam Permenkes R.I No 11 tahun 2016.³⁰ Beberapa RS memberi istilah dengan rawat jalan eksekutif yaitu pelayanan rawat jalan spesialis dengan fasilitas ruangan yang lebih baik dan lebih nyaman.

Rata-rata biaya obat di unit rawat jalan berdasarkan jenis obat di RS BLU/BLUD Kelas A, B dan C di Indonesia tahun 2016 disajikan pada Tabel 5. Biaya obat generik di unit Rawat jalan RS Kelas A, terbesar pada rawat jalan spesialis yaitu Rp. 6.225.472.514,- sedangkan yang paling sedikit pada Rawat jalan eksekutif yaitu Rp.

1.541.542.369,-. Hal tersebut kemungkinan banyak pasien yang berobat atau rujukan ke rawat jalan spesialis dari peserta asuransi kesehatan karena kelas RS yang tinggi memiliki pelayanan subspecialistik yang luas. Biaya obat non generik terbesar pada Rawat Jalan (RJ) umum yaitu Rp. 24.496.153.254,- sedangkan yang paling sedikit pada Rawat Jalan (RJ) eksekutif yaitu Rp. 954.848.555,-. Hal ini kemungkinan karena pasien yang berobat ke RJ umum adalah pasien umum yang membayar untuk mendapatkan pelayanan paling murah namun paling banyak jumlahnya. Pengeluaran untuk biaya BMHP terbesar di UGD yaitu Rp. 5.512.281.954, - sedangkan pada Rawat jalan eksekutif yaitu Rp. 358.823.485,-. UGD merupakan tempat melakukan pertolongan pertama dan gawat darurat sehingga banyak melakukan tindakan yang banyak menggunakan bahan medis habis pakai. Prosentase rata-rata penggunaan obat generik dibanding non generik di masing-masing unit rawat jalan tertinggi di UGD obat generik 44,4%, Rawat Jalan Umum 10,1% dan Rawat Jalan Spesialis 32,1% dan Rawat Jalan Eksekutif 61,8% .

Tabel 5. Rata-rata Biaya Obat di Unit Rawat Jalan Berdasarkan Jenis Obat dan Kelas RS BLU/BLUD di Indonesia tahun 2016

RS Kelas A	Rata-rata Biaya Obat					
	Jenis Obat					
	Obat Generik		Obat Non Generik		Bahan Medis Habis Pakai	
	Rata2(Rp)	±SD	Rata2(Rp)	±SD	Rata2(Rp)	±SD
UGD	2.364.858.955	2.188.751.768	2.963.960.949	2.253.827.749	5.512.281.954	5.389.192.408
RJ Umum	2.741.545.804	2.562.171.538	24.496.153.254	31.841.568.269	2.569.032.280	3.537.680.483
RJ Spesialis	6.225.472.514	10.067.198.152	13.139.976.044	26.586.141.743	547.475.661	616.029.890
RJ Eksekutif	1.541.542.369	2.421.447.824	954.848.555	823.200.469	358.823.485	559.718.410
RS Kelas B						
UGD	874.899.584	1.158.699.994	785.206.718	707.300.936	533.700.845	1.418.794.437
RJ Umum	539.038.021	711.614.940	691.398.809	868.041.366	293.481.695	615.056.687
RJ Spesialis	1.764.639.811	2.287.821.897	2.118.869.598	2.173.194.863	518.453.371	797.826.473
RJ Eksekutif	180.888.961	213.233.140	483.349.941	354.166.376	13.415.748	11.716.348
RS Kelas C						
UGD	474.965.359	692.038.127	426.880.364	981.255.744	360.181.171	713.071.598
RJ Umum	289.097.036	1.096.082.697	116.569.524	411.400.393	63.911.317	149.101.379
RJ Spesialis	836.770.340	1.000.820.913	871.159.657	1.165.644.312	360.580.673	569.606.821
RJ Eksekutif	1.558.837	-	2.472.638	-	1.343.825	-

Sumber: Riset Pembiayaan Kesehatan Tahun 2016

Biaya obat generik di unit Rawat jalan RS Kelas B terbesar pada Rawat Jalan Spesialis yaitu Rp. 1.764.639.811,- ; sebagaimana untuk biaya obat non generik yaitu sebesar Rp. 2.118.869.598,- karena yang berobat ke rawat jalan spesialis kemungkinan adalah pasien rujukan peserta asuransi kesehatan. Sedangkan yang paling sedikit untuk biaya obat generik pada Rawat jalan eksekutif sebesar Rp. 180.888.961,- ; sebagaimana untuk biaya non generik dan bahan medis habis pakai masing-masing sebesar Rp. 483.349.941,- dan Rp.13.415.748,- karena kemungkinan jumlah pasien sedikit karena biaya yang dibayar oleh pasien relatif mahal. Biaya bahan medis habis pakai terbanyak pada UGD, sebesar Rp. 533.700.845,- kemungkinan karena di UGD banyak dilakukan tindakan termasuk untuk kedaruratan sehingga banyak menggunakan bahan medis habis pakai, sedangkan yang paling sedikit di unit Rawat jalan eksekutif karena jumlah pasien yang memerlukan tindakan relatif sedikit. Rata-rata prosentase penggunaan obat generik dan non generik di masing-masing unit rawat jalan maka di UGD obat generik 52,7% dan obat non generik 47,3%; Rawat jalan Umum obat generik 43,8% dan obat non generik 56,2% ; Rawat jalan Spesialis obat generik 45,4% dan obat non generik 54,6%, sedangkan pada Rawat Jalan Eksekutif obat generik 27,2% dan obat non generik 72,8%.

Biaya obat generik terbesar di unit Rawat jalan RS Kelas C pada Rawat Jalan spesialis yaitu Rp 836.770.340,- ; demikian obat non generik yaitu Rp. 871.159.657,-. karena yang berobat ke rawat jalan spesialis kemungkinan adalah pasien rujukan peserta asuransi kesehatan atau karena pasien yang berkunjung ke RS baik A, B atau C untuk mencari pengobatan lanjutan (spesialistik) baik dari FKTP maupun dari kelas RS secara berjenjang. Sedangkan untuk obat generik yang paling sedikit pada Rawat jalan

eksekutif yaitu Rp. 1.558.837,- ; demikian obat non generik yaitu sebesar Rp. 116.569.524,- kemungkinan karena jumlah pasien yang berobat ke rawat jalan eksekutif paling sedikit.

Biaya bahan medis habis pakai terbesar pada Rawat Jalan spesialis yaitu sebesar Rp. 360.580.673,-, sedangkan paling sedikit pada Rawat jalan eksekutif yaitu sebesar Rp. 1.343.825,-. Menurut prosentasenya, rata-rata penggunaan obat generik dan non generik di masing-masing unit rawat jalan yaitu di UGD obat generik 52,7% dan obat non generik 47,3%; Rawat jalan Umum obat generik 71,3% dan obat non generik 28,7% ; Rawat jalan Spesialis obat generik 49,0% dan obat non generik 51,0%, sedangkan pada Rawat Jalan Eksekutif obat generik 38,7% dan obat non generik 61,3%.

Sebagai fasilitas rujukan dari pelayanan primer, di unit rawat jalan yaitu rawat jalan spesialis penggunaan obat generik di semua kelas rumah sakit tertinggi dibandingkan unit lainnya (UGD, rawat jalan umum maupun rawat jalan spesialis) tampaknya dokter telah meresepkan obat generik tersebut sesuai Permenkes No. HK 02.02/Menkes/068/I/2010 pasal 8, tentang kewajiban menggunakan obat generik di fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah, kemungkinan pasien rujukan terutama adalah pasien yang memiliki asuransi kesehatan. Penggunaan obat generik dan non generik yang paling sedikit pada rawat jalan eksekutif kemungkinan karena jumlah pasiennya sedikit.

Biaya obat menurut jenisnya, yaitu obat generik untuk Rawat Jalan yang terbanyak adalah di Rawat Jalan spesialis pada semua kelas Rumah Sakit. Besar biaya obat generik pada rawat jalan tersebut semakin meningkat dengan meningkatnya kelas Rumah Sakit. Sebagai pelayanan rujukan, pada rawat jalan terutama rawat jalan spesialis maka dokter meresepkan obat generik sesuai kewajiban menggunakan obat generik di fasilitas

pelayanan kesehatan milik Pemerintah, kemungkinan pasien rujukan terutama adalah pasien yang memiliki asuransi kesehatan.

Biaya obat non generik di unit rawat jalan, pada RS kelas A yang terbanyak rawat jalan umum kemungkinan banyak kasus dan sebagai rujukan tertinggi kemungkinan derajat penyakit ditangani berat walaupun pada rawat jalan umum sehingga memerlukan obat non generik. Sedangkan pada RS kelas B dan C adalah rawat jalan spesialis kemungkinan derajat penyakit ditangani pada fasilitas rujukan cukup berat sehingga memerlukan obat non generik.

KESIMPULAN

Biaya obat di rumah sakit menentukan kelancaran pelayanan di RS karena mengambil porsi yang cukup besar dalam pelayanan kesehatan. Penelitian ini membuktikan bahwa hampir semua RS kelas A, B dan C mengalami masalah ketersediaan obat. Obat generik diwajibkan digunakan dalam pelayanan kesehatan dalam rangka efisiensi biaya, namun pada kenyataannya obat non generik menjadi beban tertinggi dalam pembiayaan obat di RS kelas A. Beban tertinggi untuk obat generik ada di rawat jalan RS kelas C.

Rata-rata biaya obat non generik di RS Kelas A, tertinggi pada unit rawat jalan umum, sedangkan untuk RS Kelas B dan C rata-rata biaya obat non generik tertinggi pada rawat jalan spesialis. Penelitian ini membuktikan bahwa efisiensi biaya pelayanan kesehatan melalui penggunaan obat generik masih belum sesuai harapan karena proporsi biaya rawat jalan masih didominasi obat non generik.

SARAN

Perlu terus meningkatkan sosialisasi tentang obat generik, baik kepada dokter tentang kewajiban penggunaan obat generik maupun kepada masyarakat bahwa khasiat

obat generik adalah sama dengan obat bermerek. Pihak manajemen RS perlu mengetahui kecenderungan pembiayaan obat agar bisa dilakukan perencanaan yang lebih baik khususnya penggunaan obat generik.

UCAPAN TERIMA KASIH

Kami mengucapkan terima kasih kepada Kepala Pusat Penelitian dan Pengembangan Humaniora dan Manajemen Kesehatan yang memberi kesempatan untuk melakukan analisis lanjut data Riset Pembiayaan FKRTL tahun 2016.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. Options for financing and optimizing medicines in resource-poor countries. Geneva: WHO; 2010.
2. Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.02.02/Menkes/068/I/2010 tentang Kewajiban Menggunakan Obat Generik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2010.
3. Republik Indonesia. Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan. Jakarta: Sekretariat Negara; 2013.
4. Republik Indonesia. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan. Jakarta: Sekretariat Negara; 2013.
5. Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2014.
6. Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 59 tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2014.
7. Tanner AE, Ranti L, Lolo WA. Evaluasi pelaksanaan pelayanan resep obat generik pada pasien BPJS rawat jalan di RSUP

- Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *Pharmacon*. 2015;4(4):58–64.
8. Siahaan S. Analisis ketersediaan dan pola persepan obat di Rumah Sakit pemerintah di Indonesia. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. 2013;16(4):373–9.
 9. Handayani L. Riset pembiayaan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) pada tahun 2016 (studi di RS Badan Layanan Umum/Badan Layanan Umum Daerah). Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Pusat Penelitian dan Pengembangan Humaniora dan Manajemen Kesehatan; 2016.
 10. Sevilla CG, Jesus AO, Twila GP, Bella PR, Gabriel GU. *An introduction to research methods*. Manila: Rex Printing Company; 1992. Diunduh dari: <https://www.worldcat.org/title/introduction-to-research-methods/oclc/16899541>.
 11. Suciati S, Wiku BBA. Analisis perencanaan obat berdasarkan ABC indeks kritis di instalasi farmasi. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2006;9(1):19-26.
 12. Prabowo P, Satibi, Gunawan PW. Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi ketersediaan obat di era JKN pada Rumah Sakit Umum Daerah. *Jurnal Manajemen Pelayanan Farmasi*. 2016;6(3):213-6.
 13. Republik Indonesia. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum. Jakarta: Sekretariat Negara; 2005.
 14. Republik Indonesia. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara.
 15. Hadiningsih H. Analisis besaran biaya obat beberapa penyakit rawat jalan dan faktor-faktor yang mempengaruhi di RS Awal Bros Bekasi tahun 2014. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit*. 2015;2(1):53-61.
 16. Zarowitz BJ, Semla T. Avoiding potential pitfalls of generic substitution. *Geriatrics Nurs*. 2009;30(4):206-3.
 17. Ramesh L. Economic evaluation of antibiotic prescriptions : a cost minimization analysis. *J App Pharm Sci*. 2013;3(6):160-3.
 18. Agustin D. Profil penggunaan obat generik pada pasien hipertensi rawat inap rumah sakit X di Sepanjang Sidoarjo [skripsi]. Sidoarjo; 2009.
 19. Sukpti, Dwiyaniti D. Peresepan obat generik dan faktor-faktor yang mempengaruhinya pada instalasi rawat jalan rumah sakit pemerintah di provinsi Sumatera Barat. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2011;5(1):21-7.
 20. Sari VM, Pratiwi Y. Prosentase pelaksanaan obat antibiotik oral sesuai dengan formularium rumah sakit pada pasien BPJS rawat jalan di RSUD Dr. Loekmono Hadi Kudus. *Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat Cendekia Utama*. 2016;1(5):33-42.
 21. Hartono S, Sumarwan U, Suharjo HB. Analisis marketing pharmaceutical dalam keputusan dokter meresepkan kategori obat. *Jurnal Manajemen*. 2014;18(2):191-205.
 22. Republik Indonesia. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.03.01/Menkes/159/I/2010 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penggunaan Obat Generik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2010.
 23. Lewek P, Przemyslaw K. Generik drugs: the benefits and risks of making the switch. *The Journal of Family Practice*. 2010;59(11):634.
 24. Kemenkes RI. Utamakan obat yang bermutu, aman, berkhasiat dan terjangkau. Jakarta: Puskom Publik; 2010.
 25. Djamaludin M. Kebijakan manajemen farmasi. Jakarta: Badan POM RI; 2001.
 26. Gunawan CA, Firman P, Irma R. Analisis efisiensi biaya obat setelah dilakukan telaah resep dan intervensi apoteker dalam pelayanan farmasi pasien JKN rawat jalan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Proceeding Health Architecture*; 2017 Mei 17; 2017.
 27. Natalia M. Pengaruh tingkat penghasilan konsumen terhadap pemilihan obat generik di desa Masaran kabupaten Sragen [tugas akhir D3]. Surakarta: Universitas Sebelas Maret Surakarta; 2013.
 28. Sofyan, Fadli S. Kajian pola persepan dan harga obat generik di apotek dalam wilayah

- kota Pariaman. Prosiding Rakernas dan Pertemuan Ilmiah. Tahunan Ikatan Apoteker Indonesia; 2016.
29. Republik Indonesia. Peraturan Menteri Keuangan No. 241/PMK.011/2010 tentang Perubahan Keempat Atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 110/PMK.010/2006 tentang Penetapan Sistem Klasifikasi Barang dan Pembebanan Tarif Bea Masuk Atas Barang Impor. Jakarta: Kementerian Keuangan; 2010.
 30. Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Rawat Jalan Eksekutif di Rumah Sakit. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2016.